

بررسی اضطراب مرگ در چارچوب الگوهای دلبستگی در بیماران سرطانی: یک مطالعه مقایسه‌ای

احمد ولیخانی*، علی فیروزآبادی**

* دانش‌آموخته ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، ایران.

** دانشیار بخش روانپزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ایران. (نویسنده مسئول)

چکیده

تاریخچه:

دریافت: ۱۳۹۴/۰۳/۳۰

تجدید نظر: ۱۳۹۴/۱۰/۱۴

پذیرش: ۱۳۹۵/۰۷/۰۶

کلیدواژه‌ها:

اضطراب مرگ، الگوهای دلبستگی، مدیریت اضطراب مرگ، بیماران سرطانی.

هدف: مطالعات مختلف نشان داده‌اند که اضطراب مرگ در بسیاری از جنبه‌های زندگی بیماران سخت‌العلاج (مانند سرطان) از قبیل کیفیت زندگی و ارتقاء رفتارهای سلامت بخش، مشکلات جسمی و روانشناختی تأثیرگذار است. بنابراین، شناخت عوامل روانشناختی تأثیرگذار بر اضطراب مرگ بیماران سرطانی می‌تواند ما را در فهم مدیریت بهتر این نوع اضطراب وجودی کمک شایانی نماید. از این‌رو، هدف از پژوهش حاضر بررسی اضطراب مرگ و الگوهای دلبستگی بیماران سرطانی بوده است که به‌عنوان یکی از عوامل تعیین‌کننده در نوع ارتباط با خود، دیگران و دنیا می‌توانند به‌عنوان سازه‌ای در ایجاد و محافظت از اضطراب مرگ عمل نمایند.

روش: به منظور مقایسه و بررسی رابطه اضطراب مرگ و الگوهای دلبستگی، ۲۱۰ نفر شامل سه گروه ۷۰ نفری از بیماران سرطانی تحت شیمی‌درمانی، کارکنان بیمارستان و افراد عادی که با یکدیگر در متغیرهای جمعیت‌شناختی هم‌تا شده بودند، انتخاب و پرسشنامه‌های اضطراب مرگ تمپلر و الگوهای دلبستگی فینی و همکاران را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از مجموعه‌ای از تحلیل‌های واریانس و آزمون ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در بیماران سرطانی اضطراب مرگ با هر چهار الگوی دلبستگی نایمن رابطه مثبت و معنادار، و با الگو دلبستگی ایمن رابطه منفی و معنادار را نشان داد. نتایج دیگر تحقیق نشان داد که بیماران سرطانی ($M = ۸/۷۸ \pm ۳/۳۷$) نسبت به افراد عادی ($M = ۷/۱۴ \pm ۲/۹۳$)، اما نه کارکنان بیمارستان ($M = ۷/۸۲ \pm ۳/۰۶$) اضطراب مرگ بالاتری دارند. مقایسه الگوهای دلبستگی بین گروه‌ها نشان داد بیماران سرطانی به احتمال بیشتری نسبت به کارکنان بیمارستان از الگوهای دلبستگی نایمن روابط به‌عنوان اولویت دوم و دل مشغولی نسبت به روابط برخوردار بودند. همچنین بیماران سرطانی و افراد عادی نسبت به کارکنان بیمارستان، الگوی دلبستگی نایمن نیاز به تأیید بیشتری را گزارش کردند.

نتیجه‌گیری: از آنجایی که نتایج نشان داد اضطراب مرگ و الگوهای دلبستگی نایمن در بیماران سرطانی بالا است و با توجه به اینکه الگوهای دلبستگی نایمن با اضطراب مرگ در گروه بیماران سرطانی با یکدیگر رابطه مثبت دارند، می‌توان از این موضوع برای مدیریت اضطراب مرگ بیماران سرطانی به‌وسیله مراقبت‌های پرستاری بهره جست.

۱. نشانی نویسنده مسئول:

firooza@sums.ac.ir

این مطالعه مستخرج از طرح پژوهشی بوده و با کد ۶۷۶۸ در دانشگاه علوم پزشکی شیراز ثبت و با حمایت مالی مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شده است.

Examining Death Anxiety within the Framework of Attachment Styles in Cancer Patients: A Comparative Study

* A. Valikhani, ** A. Firouzabadi

* Department of Clinical Psychology, College of Education and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

** Department of Psychiatry, Research Center for Psychiatry and Behavior Sciences, Shiraz University of Medical Science, Shiraz, Iran.

Abstract

Objective: Various studies indicated that the death anxiety is more common in refractory disease (like, cancer); and it effects on many aspects of patients life such as their quality of life and promoting health behavior as well as physical and psychological problems. Thus, identifying effective psychological factors on death anxiety in cancer patients could us help to substantial contribute in understanding and managing this kind of existential anxiety.

Methods: In order to comparing and examining the relationship between death anxiety and attachment styles, 210 people, including 70 members of three groups of cancer patients under chemotherapy, hospital staff, and ordinary people who were matched the demographic variables were recruited and completed Templer Death Anxiety scale and Attachment Styles questionnaire. For analyzing Data series of variance analyses and Pearson correlation coefficients was used.

Results: Results showed that death anxiety was positively and significantly linked with insecure attachment styles and was negatively and significantly correlated with secure attachment style in cancer group. Comparison of attachment styles among groups showed that there were significantly differences between the styles of relationship as secondary, preoccupation with relationship, and need for approval. So that, cancer patients had higher scores in insecure attachment styles (relationship as secondary and preoccupation with relationship) than hospital staff. Furthermore, there was significantly difference in the style of need for approval between hospital staff and cancer patients, also hospital staff and ordinary people. Hospital staff had less mean score than cancer patients group and ordinary people.

Conclusion: Since the results demonstrated that death anxiety is more common in cancer patients, and according to the relationship between death anxiety and attachment styles especially in the cancer group it can be said that we can use the issue for managing death anxiety of cancer patients.

Article Information:

History:

Receipt: 2015/06/20

Revise: 2016/01/04

Acceptance: 2016/09/27

Keywords:

Death anxiety,
attachment styles,
cancer patients.

مقدمه

سرطان یکی از علل اصلی مرگ در سرتاسر جهان است و تعداد کل موارد مرگ و میر ناشی از آن در سطح جهان در حال افزایش است. نرخ مرگ و میر جهانی ناشی از سرطان از سال ۲۰۰۷ تا ۲۰۳۰، نزدیک به ۴۵ درصد پیش‌بینی می‌شود (از ۷/۹ میلیون به ۱۱/۵ میلیون مرگ و میر)، که تحت تاثیر افزایش جمعیت و بالا رفتن سن جهانی افزایش این رقم می‌یابد (سازمان جهانی بهداشت، ۱۳۸۹). بنابراین، بی‌شک بیماران سرطانی با مرگ مواجه مستقیمی دارند. این موضوع منجر شده است تا پزشکان، روانشناسان و سایر متخصصان مربوطه به دنبال کشف علل، درمان و در نهایت ارتقاء سلامت روانی و بهبود کیفیت زندگی این گروه جمعیتی از بیماران باشند.

انسان به‌طور غریزی تمایل به جاودانگی را از خود بروز می‌دهد. از این رو، در برابر هر گونه فکر درباره فنا و نابودی از خود مقاومت و انکار نشان می‌دهد. با این وجود، وقتی به‌طور مستقیم با مرگ روبرو می‌شود، تشویش خاطر و نگرانی را تجربه می‌کند که این احساس همان اضطراب مرگ است که موجب اختلال در زندگی شده و سطح کنش‌وری و فعالیت را کاهش می‌دهد (تقوی، ۱۳۸۹). علی‌رغم پیشرفت‌های تکنولوژی که در علم پزشکی و شمار نسبتاً بالای زنده ماندن در بیماری‌های معین صورت گرفته است، آدمی هیچ‌گاه عاری از اضطراب مرگ نبوده است. افرادی که مبتلا به سرطان تشخیص داده می‌شوند، بدون در نظر گرفتن پیش‌آگهی با این حقیقت روبرو می‌شوند که به‌طور هولناکی به خطر افتاده‌اند، تشخیص ابتلا به سرطان نوعی یادآوری بی‌پروا در این مورد است که ما فناپذیر هستیم و

جسم‌های مان همچون سایر حیوانات در معرض مرگ و نابودی است (کیم^۱، ۲۰۱۰). از این رو، برای بیماران سرطانی برجسته‌ترین خصیصه‌ی روان‌شناختی تشخیص ابتلا به سرطان، تهدید حیات و در نتیجه ترس از مرگ است (کوبلر راس^۲، ۱۹۶۹؛ روانبخش، احمدی، محمدی و تیرگری سراج، ۱۳۹۱).

ریچاردسون، برمن و پیووارسکی^۳ (۱۹۸۳) اضطراب مرگ را به عنوان احساسی منفی که درباره‌ی مرگ و مردن افراد تجربه می‌کنند، تعریف کرده‌اند. همچنین هولتر^۴ (۱۹۷۹) اضطراب مرگ را به عنوان اضطرابی درباره‌ی تعداد زیادی از جنبه‌های مختلف مرگ تعریف می‌کند. اضطراب مرگ دارای ابعاد متعددی است. بر اساس مقاله مروری که لهتو و استین^۵ (۲۰۰۹) در رابطه با اضطراب مرگ انجام دادند، اضطراب مرگ را سازه‌ی چند بعدی مربوط به ترس، اضطراب انتظار و آگاهی از واقعیت مردن و مرگ نشان دادند مؤلفه‌های انگیزشی، شناختی و هیجانی که به‌وسیله‌ی مراحل رشدی و رخدادهای زندگی اجتماعی - فرهنگی تغییر می‌کند را در بر می‌گیرد. ماهیت ادراک مداوم مدیریت آگاهی از مرگ در انسان مفروض انگاشته شده است که نشان می‌دهد اضطراب مرگ هر دو جزء هیجانی ترس و اضطراب را شامل می‌شود.

از آنجایی که اضطراب مرگ سازه‌ای چند بُعدی است می‌توان انتظار داشت که بر بسیاری از جنبه‌های زندگی بیماران تأثیرگذار باشد. به‌طوری-

1- Kim

2- Kübler-Ross

3- Richardson, Berman, & Piwowski

4- Hoelster

5- Lehto & Stein

اینزورث، بلهار، واترز و وال^۵ (۱۹۷۸) بر اساس نظریه‌ی دلبستگی بولبی، با طراحی موقعیتی به نام موقعیت ناآشنا در آزمایشگاه و به وسیله‌ی مشاهده‌ی نحوه‌ی رفتار کودکان در این موقعیت به سه الگوی اساسی دلبستگی دست پیدا کردند: ایمن، اجتنابی و دوسوگرا یا مضطرب. برخی شواهد حاکی از این است که نوجوانان و بزرگسالان با الگوهای بازنمایی ایمن از رضایت بیشتر و رابطه‌های دیرپا و صمیمی با افراد دیگر لذت می‌برند. درحالی‌که، دلبستگی اجتنابی با بدگمانی، فاصله‌های هیجانی از دیگران، تنهایی و خصومت مرتبط است. دلبستگی دوسوگرا نیز نشان‌دهنده‌ی تعصب شدید، حسادت، وابستگی و رابطه‌های ناپایدار است (کلین، ۱۹۹۶).

تحقیقاتی که در زمینه‌ی اضطراب مرگ و الگوهای دلبستگی صورت گرفته است نشان می‌دهند که آزمودنی‌های دوسوگرا ترس از مرگ قوی‌تری را نسبت به آزمودنی‌های ایمن و اجتنابی از خود نشان می‌دهند. همچنین، افراد دلبسته‌ی دوسوگرا و اجتنابی ترس از مرگ قوی‌تری را در سطح ناهشیار نسبت به افراد ایمن نشان می‌دهند (میکولینسر، فلورین و تولکماز^۷، ۱۹۹۰). در تحقیق دیگری که به تأثیر یادآوری‌های جدایی بر دسترسی به افکار مرگ مربوط می‌شد، نشان داده شد افکار جدایی از یک رابطه‌ی دوستی منجر به دسترسی بیشتر به افکار مرتبط به مرگ، به خصوص زمانی که افکار بر روی جدایی‌های پایانی یا طولانی مدت متمرکز بودند، در میان اشخاصی که نمره اضطراب دلبستگی بالایی داشتند، می‌شد (میکولینسر، فلورین، بیرنباوم و

که، عزت نفس (بریور^۱، ۲۰۰۲)، کیفیت زندگی و ارتقاء رفتارهای سلامت بخش (بوزو، تانکا و سیمسک^۲، ۲۰۰۹؛ بهرامی، مرادی، سلیمانی، کلانتری و حسینی، ۱۳۹۲). سطح پایین یکپارچگی خود، مشکلات جسمی و مشکلات روانشناختی (فورتنر و نیمیر^۳، ۱۹۹۹) را در پی دارد. بنابراین، نه تنها شناسایی سطوح اضطراب مرگ در افراد بیمار (مانند بیماران سرطانی) و افرادی که در مشاغلی که به‌طور غیرمستقیم با مرگ سر و کار دارند (مانند کارکنان بیمارستان) ضروری به نظر می‌رسد، بلکه لزوم شناخت عوامل تأثیرگذار بر اضطراب مرگ (نوع دلبستگی و سبک ارتباطی فرد) در چنین گروه‌های جمعیتی نیز ضروری است. یکی از عواملی که نوع برخورد و مواجهه‌ی آدمی با مرگ و شیوه‌ی اندیشه‌ی او را شکل می‌دهد، نوع دلبستگی فرد است که از همان اوایل زندگی تحت تأثیر نوع تعامل او با افراد مهم زندگی در وجودش شکل گرفته و پس از آن، فرد در طول زندگی خود به شیوه‌ای عمل می‌کند که حقیقت انکارناپذیر مرگ را فرای نگرش یا عملی که نسبت به دنیای خارج به خود گرفته است، پنهان یا فراموش می‌کند (ولیکانی و یارمحمدی واصل، ۱۳۹۳).

بولبی^۴ (۱۹۶۹) بیان می‌کند که بازنمایی‌ها یا الگوهای عمل درونی خود در ارتباط با دیگران براساس تجارب تعاملی ساخته می‌شوند. این الگوهای عمل درونی، پاسخ‌ها، تفسیرها و اختلالات را در روابط فرد شکل می‌دهد.

1- Brewer

2- Bozo, Tunca, & Simsek

3- Fortner & Neimeyer

4- Bowlby

5- Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall

6- Colin

7- Mikulincer, Florian, & Tolmacev

شرایط خود با افسردگی واکنش نشان دهند (سزیمازک^۳، ۲۰۰۵). در تحقیق صورت گرفته در زنان مبتلا به سرطان سینه نشان داده شد آنان به- طور معناداری دل بستگی اجتنابی و کنترل هیجانی بالاتری را نسبت به گروه مقایسه برخوردارند (تاکن، کالدرا و بل^۴، ۲۰۰۱). همچنین دل بستگی ایمن بیماران سرطانی به طور معناداری مانع تاثیرگذاری عامل های بیماری بر روی نشانه های افسردگی آنان می شود (رادین و همکاران، ۲۰۰۷). در تحقیقی که در بیماران سرطان ریه و همسران- شان صورت گرفت، سبک های دل بستگی در بیماران و همسران آنان عوامل مهم سازگاری را در حوزه های مختلف تحت تاثیر قرار می دهند (پورتر^۵، ۲۰۱۲). در یک نتیجه گیری کلی می توان گفت سرطان تهدیدی برای وجود پیوند و فعالیت های دل بستگی ایجاد می کند (شیلدز، تراویسب و روسیوس^۶، ۲۰۰۰).

پرستاران به عنوان عضوی از تیم ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی نقش اساسی در مراقبت از بیماران در مرحله آخر حیات و خانواده های آنان ایفا می کنند (دان، اوتون و استیفنز^۷، ۲۰۰۵). از این رو، پرستاران نقش مهمی در ارتقاء مراقبت پایان عمر از طریق نقش های متعدد خود در پزشکی، تحقیق، آموزش، مدیریت و سیاست- گذاری دارند (بریگز و کولین^۸، ۲۰۰۲). از

مالیشکوویچ^۱، ۲۰۰۲). همچنین نشان داده شده است برجستگی مرگ و میر منجر به افزایش در حس جاودانگی نمادین و نیز میل به صمیمیت تنها در میان اشخاص ایمن، و نه در میان اشخاص اجتنابی و دوسوگرا می شود (میکولینسر و فلورین، ۲۰۰۰). دیگر تحقیقات نشان دادند دل بستگی اجتنابی و دوسوگرا به طور معنادار و مثبت با اضطراب مرگ در بین بیماران قلبی- عروقی رابطه دارد (ولیکانی و یارمحمدی واصل، ۱۳۹۳). نیز معتقدند دل بستگی که شامل الگوهای مثبت به خود و دیگران است با سطوح پایین ترس از مرگ ارتباط دارد (بسر و پریل^۲، ۲۰۰۸).

تحقیقاتی که در زمینه الگوهای دل بستگی بیماران سرطانی صورت گرفته است، نشان داده شده اند که مردان مبتلا به سرطان پروستات با سبک دل بستگی دوسوگرا به احتمال بیشتر نسبت به افراد غیردوسوگرا بیوپیسی مثبت از خود نشان دادند و آنهایی که خود را بین سطوح ایمن بدین معنی که خودشان را نه نایمن و نه به طور کامل ایمن بر چسب زده بودند به احتمال بیشتری بیوپیسی مثبت نسبت به افرادی که سبک دل بستگی ایمن دارا بودند، داشتند (نقش دل بستگی، ۲۰۱۴). در تحقیقی دیگر نشان داده شد سبک ایمن و اجتنابی ممکن است آزمودنی های سرطان ریه را از بیش واکنشی به افسردگی در طول دوره ی بستری محافظت کند، اما سبک دوسوگرا ممکن است سطح افسردگی را افزایش دهد؛ به طوری که افراد دل بسته- ی نایمن پس از بازگشت به خانه نسبت به افراد دل بسته ی ایمن به احتمال بیشتری ممکن است به

³- Szymczak

⁴- Tacon, Caldera, & Bell

⁵- Porter

⁶- Shields, Travisb, & Rousseauc

⁷- Dunn, Otten, & Stephens

⁸- Briggs & Colvin

¹- Mikulincer, Florian, Birnbaum, & Malishkevich

²- Besser & Priel

آنجایی که، گاهی مشکلات و علائم جسمانی ریشه در مسائل و نگرانی‌های روانی بیماران دارد. در بیماری‌های سخت‌العلاجی چون سرطان توجه عمده تیم درمان عمدتاً به درمان علائم جسمانی معطوف است؛ در حالی که، علاوه بر تسکین علائم جسمانی در نظر گرفتن نیازهای روانی بیماران و حمایت از آنان می‌تواند از جمله اولویت‌های مداخلاتی در این گروه از بیماران باشد (بهرامی و همکاران، ۱۳۹۲). از آنجایی که نگرانی و دغدغه اصلی بیماران سرطانی آشفتگی شدید فردی و خانوادگی، احساس عجز و ناامیدی و تصور آینده نامشخص بیماری است و در حالت اصلی یا درون مایه مرکزی آنها تهدید حیات است. کارکنان بالینی و پرستاران لازم است به این دغدغه در مواجهه با بیماران سرطانی توجه نموده و مراقبت‌های خود را بر مبنای این تجربه برنامه‌ریزی نمایند (روانبخش و همکاران، ۱۳۹۱). لزوم توجه به این نگرانی و دغدغه اصلی و در نهایت مدیریت آن در بیماران میسر نخواهد بود، مگر با شناخت نیازهای روانی و ارتباطی آنان. بنابراین، با شناخت نوع رابطه میان انواع سبک ارتباطی با اضطراب مرگ می‌توان، با آموزش به مراقبین و پرستاران، آنان را با نحوه برقراری ارتباط با بیماران سرطانی به‌منظور کاستن از تجربه تهدید حیات و اضطراب مرگ و مدیریت آن و در نتیجه بالا بردن کیفیت زندگی بیماران و به نوعی اثر بخش‌تر کردن درمان آنان بهره جست.

ضرورت انجام پژوهش حاضر با توجه به ادبیات اضطراب مرگ در این است که تحقیقات خیلی کمی در رابطه مقایسه اضطراب مرگ در

بیماران سرطانی و افراد عادی انجام شده است. در واقع، بیشتر تحقیقات صورت گرفته بدون گروه مقایسه بوده و تنها اطلاعات توصیفی را شامل می‌شدند. همچنین، در رابطه با مقایسه اضطراب مرگ در بین افرادی که به طور مستقیم (بیماران سرطانی) و گروهی که به طور غیرمستقیم (کارکنان بیمارستان) با گروهی که کمتر با مرگ در ارتباطاند (افراد سالم) صورت گرفته است. بعلاوه، بیشتر تحقیقات تنها به پیامدهای اضطراب مرگ بر روی افراد سالم و بیماران پرداخته‌اند و از عوامل تأثیرگذار بر روی خود اضطراب مرگ (مانند نوع دلبستگی و سبک ارتباطی فرد) غفلت ورزیدند. تحقیقات پیشین که سبک‌های دلبستگی بیماران را مورد نظر قرار داده بودند، تنها به وجود دلبستگی‌های نایمن اجتنابی و دوسوگرا به طور کلی در این بیماران سرطانی پرداختند و از هسته‌های اصلی درون مایه این نوع از دلبستگی‌های نایمن که ما را در شناخت نیازهای روانی اساسی بیماران آگاه‌تر می‌سازد غفلت ورزیدند. در واقع، در پژوهش حاضر پرسشنامه‌ای که برای سنجش سبک دلبستگی به‌کار رفته است (فینی، نولر و هانراهان^۱، ۱۹۹۴)، هسته‌های اصلی این نوع از سبک‌های دلبستگی نایمن (برای مثال، عدم راحتی از قربت و روابط به عنوان اولویت دوم به‌عنوان هسته‌های اصلی سبک دلبستگی اجتنابی) را مورد هدف قرار داده است. همچنین بررسی رابطه بین اضطراب مرگ و الگوهای دلبستگی ما را نه تنها از وجود رابطه بین آنها آگاه می‌سازد، بلکه امکان خواهد داد تا با شناخت ماهیت این نوع رابطه رفتار و مراقبت‌های پرستاران را در جهت سوق داده شود که در کاهش اضطراب

^۱- Feeney, Noller, & Hanrahan

مرگ و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی بیماران مفید واقع شود.

بنابراین، دو هدف کلی در پژوهش حاضر دنبال می‌شود ابتدا کشف رابطه‌ی اضطراب مرگ با الگوهای دلبستگی در سه گروه مورد مطالعه به-طور جداگانه؛ و ثانیاً مقایسه‌ی اضطراب مرگ و الگوهای دلبستگی در بیماران سرطانی، کارکنان بیمارستان و افراد عادی.

روش تحقیق

پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای و همبستگی بود که در سه گروه بیماران سرطانی، کارکنان بیمارستان و افراد عادی انجام شد. حجم نمونه در هر گروه ۷۰ نفر و در مجموع ۲۱۰ نفر را شامل می‌شد. بیماران سرطانی دارای انواع مختلف سرطان (سینه ۴۶/۸٪، روده ۴۰/۴٪، تناسلی ۶/۴٪، خون ۶/۴٪)، از بخش شیمی درمانی انتخاب شدند. کارکنان بیمارستان را پرستاران بخش سرطان (۴۰٪)، پرستاران قلب (۲۷/۱٪) و کارمندان اداری (۳۲/۹٪) تشکیل می‌دادند. بیماران سرطانی و کارکنان بیمارستان از بیمارستان نمازی شهر شیراز انتخاب شدند. گروه افراد عادی نیز شامل افرادی می‌شد که سابقه‌ی بیماری جسمی حاد و مزمن نداشته و در بیمارستان مشغول به کار نبودند.

روش اجرا بدین صورت بود که پس از کسب مجوزهای لازم از دانشگاه علوم پزشکی شیراز و کمیته اخلاق این دانشگاه، محقق به بیمارستان نمازی مراجعه کرده و با هماهنگی‌های لازم با مراجعه به بخش شیمی درمانی این بیمارستان، پرسشنامه‌ها بین بیماران سرطانی داوطلب در طول مدت سه ماه متوالی اجرای تحقیق توزیع می‌شد، ملاک‌های ورود داشتن

حدأقل تحصیلات سیکل بود تا بیماران در درک مفاهیم و سوالات پرسشنامه مشکل کمتری داشته باشند. برای ملاحظات اخلاقی پژوهش، ابتدا شرکت کنندگان از جنبه‌های مختلف تحقیق آگاه شدند و به آنان در رابطه با محرمانه بودن اطلاعات شخصی توضیحات لازم داده شد تا با رضایت کامل و اختیار تصمیم به شرکت در تحقیق بگیرند. لازم به ذکر است که در برخی از موارد که بیماران تحت درمان شیمی درمانی بودند و قادر به تکمیل پرسشنامه به‌تنهایی نبودند، محقق سوالات و گزینه‌های پرسشنامه‌ها را برای آنان می‌خواند و جواب داده شده به‌وسیله آن‌ها را در پرسشنامه علامت می‌زد.

مقیاس اضطراب مرگ تمپلر^۱: برای سنجش اضطراب مرگ بیماران از پرسشنامه‌ی اضطراب مرگ تمپلر^۲ (۱۹۷۰) استفاده شد. این پرسشنامه از ۱۵ سوال به صورت صحیح و غلط تشکیل شده است. دامنه‌ی نمرات بین صفر تا پانزده متغیر و نمره‌ی بالا معرف میزان بالای اضطراب مرگ در افراد است. روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط رجبی و بحرانی به‌دست آمده است؛ آنان ضریب اعتبار تصنیف پرسشنامه را ۰/۶۲ و ضریب آلفای کرونباخ (همسانی درونی) را ۰/۷۳ گزارش کردند (رجبی و بحرانی، ۱۳۸۰).

پرسشنامه الگوهای دلبستگی^۳: این پرسشنامه شامل ۴۰ آیتم است که هر آیتم با مقیاس شش درجه‌ای لیکرت قابل پاسخ‌گویی است (۱= کاملاً مخالفم تا ۶= کاملاً موافقم). این پرسشنامه توسط فینی و همکاران (۱۹۹۴) طراحی شده است که در بردارنده‌ی پنج مقیاس ذیل است: ۱- عدم راحتی

1- Templer Death Anxiety Scale

2- Templer

3- Attachment Styles Questionnaire

برای تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی از قبیل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. همچنین آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون (Pearson)، خی دو (2) و مجموعه‌ای از تحلیل‌های واریانس یک راهه (آنوا؛ ANOVA) و چند راهه (مانوا؛ MANOVA) با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS. 16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

سه گروه مورد مطالعه، بیماران سرطانی، کارکنان بیمارستان و افراد عادی بودند که در هر یک از گروه‌ها حجم نمونه برابر (n=70) بود. این گروه‌ها با برخی از متغیرهای جمعیت‌شناختی تأثیرگذار مانند جنسیت (میسر و همکاران، 2012؛ شلگرن، 2000)، سن (هنری، 3، 2011؛ وینگ، 4، 2011) و وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی، قومیت، محل تولد و محل سکونت همگن شدند. به طوری که، گروه‌ها تفاوت معناداری را در هیچ یک از متغیرهای جمعیت‌شناختی نشان ندادند (جدول 1).

از قرابت، 2- روابط به عنوان اولویت دوم، 3- نیاز به تایید، 4- دل‌مشغول نسبت به روابط و 5- اطمینان به خود و دیگران. اطمینان به خود و دیگران بیان‌کننده‌ی الگوی دلبستگی ایمن است و چهار مقیاس دیگر جنبه‌های خاصی از دلبستگی ناایمن هستند. در مجموع، الگوهای نیاز به تأیید و دل‌مشغولی نسبت به روابط بیان‌کننده‌ی هسته اصلی سبک دلبستگی مضطرب یا دوسوگرا؛ الگوهای عدم راحتی از قرابت و روابط به عنوان اولویت دوم بیان‌کننده‌ی هسته مرکزی سبک دلبستگی اجتنابی؛ و الگوی اطمینان به خود و دیگران بیان‌کننده‌ی سبک دلبستگی ایمن هستند. فینی و همکاران (1994) در تحقیق خود آلفای کرونباخ مقیاس‌های پرسشنامه را برای اطمینان 0/80، عدم راحتی با قرابت 0/84، نیاز به تأیید 0/79، دل‌مشغولی نسبت به روابط 0/76 و روابط به عنوان اولویت دوم 0/76 به دست آمد. در ایران این پرسشنامه توسط فیروزآبادی و همکاران ترجمه و روایی و پایایی آن به دست آمده است که از نظر ثبات درونی ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه 0/77 گزارش شد (فیروزآبادی، عابدی، علی‌یاری، ذوالفقاری و غنی‌زاده، 1392).

1- Missler & et al.

2- Chelgren

3- Henrie

4- Wing

جدول ۱. متغیرهای جمعیت‌شناختی مرتبط با سه گروه مورد مطالعه

گروه‌ها	بیماران سرطانی (n= ۷۰)	کارکنان بیمارستان (n= ۷۰)	افراد عادی (n= ۷۰)	آزمون F آزمون χ^2	سطح معناداری
سن، M (SD)	(۱۱/۰۶) ۳۸/۰۷	۳۵/۰۷ (۸/۳۹)	۳۵/۶۲ (۹/۹۵)	۱/۸۳۲	۰/۱۶۳
جنسیت، %				۱/۶۳۳	۰/۴۴۲
زن	۶۷/۱	۷۵/۷	۶۷/۱		
مرد	۳۲/۹	۲۴/۳	۳۲/۹		
وضعیت تأهل، %				۶/۵۰۶	۰/۱۶۴
متأهل	۸۱/۴	۶۵/۷	۷۱		
مجرد	۱۸/۶	۳۴/۳	۲۷/۵		
مطلقه	۰	۰	۱/۴		
وضعیت اقتصادی، %				۴/۷۳۸	۰/۳۱۵
پایین	۱۴/۷	۶/۲	۱۳/۸		
متوسط	۸۰/۹	۸۹/۲	۷۶/۹		
بالا	۴/۴	۴/۶	۹/۲		
قومیت، %				۴/۸۱۳	۰/۷۷۷
کرد	۲/۹	۱/۶	۱/۵		
فارس	۷۶/۵	۸۸/۹	۸۶/۲		
ترک	۱۰/۳	۴/۸	۶/۲		
لر	۸/۸	۴/۸	۴/۶		
سایر	۱/۵	۰	۱/۵		
محل تولد، %				۳/۷۹۹	۰/۱۵۰
شهر	۸۸/۲	۹۲/۳	۸۱		
روستا	۱۱/۸	۷/۷	۱۹		
محل سکونت، %				۴/۷۴۹	۰/۰۹۳
شهر	۸۸/۲	۹۸/۳	۹۰/۵		
روستا	۱۱/۸	۱/۷	۹/۵		

به‌طور جالبی نشان می‌دهد که اضطراب مرگ با پنج نوع الگو دلبستگی در بین بیماران سرطانی روابط معناداری دارد؛ اما در بین افراد عادی

جدول ۲ ضریب همبستگی پیرسون بین الگوهای دلبستگی و اضطراب مرگ را به تفکیک در سه گروه مورد مطالعه نشان می‌دهد. نتایج جدول

اولویت دوم ($r=0.35, p<0.01$) و ناراحتی در روابط ($r=0.32, p<0.01$) رابطه‌ی متوسط و مثبت؛ و اطمینان به خود و دیگران رابطه‌ی متوسط و منفی ($r=-0.32, p<0.01$) با اضطراب مرگ داشتند. در بین کارکنان بیمارستان نیز تنها الگوهای دل‌بستگی نیاز به تأیید ($p<0.05, r=0.30$) و ناراحتی در روابط ($r=0.37, p<0.01$) با اضطراب مرگ رابطه‌ی مثبت و متوسطی را نشان دادند.

اضطراب مرگ با هیچ یک از الگوهای دل‌بستگی رابطه‌ی معناداری را نشان نمی‌دهد. در بین کارکنان بیمارستان نیز اضطراب مرگ تنها با نیاز به تأیید و ناراحتی در روابط رابطه‌ی معناداری را نشان داد. در بین بیماران سرطانی الگوهای دل‌بستگی اشتغال با روابط ($r=0.48, p<0.001$) و نیاز به تأیید ($r=0.42, p<0.001$) با اضطراب مرگ رابطه‌ی قوی و مثبت را نشان دادند. همچنین الگوهای دل‌بستگی روابط به عنوان

جدول ۲. نتایج ضریب همبستگی پیرسون بین الگوهای دل‌بستگی و اضطراب مرگ به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه ($n=70$)

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱. روابط به عنوان اولویت دوم	-	۰/۲۵*	۰/۳۵**	۰/۴۶***	-۰/۳۰**	۰/۰۳
۲. دل مشغولی با روابط	۰/۶۱***	-	۰/۴۵***	۰/۲۲	-۰/۴۵***	۰/۱۴
۳. نیاز به تأیید	۰/۳۷***	۰/۷۰***	-	۰/۳۱**	-۰/۲۲	۰/۰۰
۴. عدم راحتی در قرابت	۰/۳۸***	۰/۳۹***	۰/۳۷**	-	-۰/۳۷***	-۰/۰۱
۵. اطمینان	-۰/۳۸***	-۰/۳۲**	-۰/۲۶*	-۰/۴۱***	-	-۰/۱۴
۶. اضطراب مرگ	۰/۳۵**	۰/۴۸***	۰/۴۲***	۰/۳۲**	-۰/۳۲**	-
	۰/۱۷	۰/۲۳*	۰/۳۰*	۰/۳۷***	-۰/۱۷	

* $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

توجه: ضرایب پایین ماتریس همبستگی برای گروه بیماران سرطانی؛ ارزش‌های بالای ماتریس همبستگی برای گروه افراد عادی؛ و ارزش‌های برجسته شده در پایین ماتریس برای گروه کارکنان بیمارستان هستند.

اسمیرنوف و نمودار کیو-کیو^۱ برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌های متغیر وابسته (اضطراب مرگ) در بین سه گروه مورد مطالعه به طور

به منظور مقایسه‌ی میانگین اضطراب مرگ در سه گروه بیماران سرطانی، کارکنان بیمارستان و افراد عادی از تحلیل واریانس یک راهه (آنوا) استفاده شد. پیش از انجام تحلیل، آزمون کالموگروف

^۱- Q-Q

کدام یک از گروه‌ها تفاوت معناداری را با یکدیگر در میزان اضطراب مرگ دارند آزمون تعقیبی توکی به دلیل حجم برابر گروه‌ها به کار رفت. نتایج آزمون توکی نشان داد که بیماران سرطانی و افرادی عادی در تجربه‌ی اضطراب مرگ با یکدیگر تفاوت معناداری در سطح $(p= ۰/۰۰۶)$ دارند. بدین صورت که بیماران سرطانی نسبت به افراد عادی از اضطراب مرگ بالاتری برخوردار بودند. مقایسه‌ی نمرات کارکنان بیمارستان با افرادی عادی و بیماران سرطانی تفاوت معناداری را نشان نداد.

جداگانه صورت گرفت که نتایج آن‌ها نشان داد داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار هستند. همچنین آزمون لون^۱ به منظور آزمون یکسانی واریانس متغیر وابسته در گروه‌ها به کار رفت؛ نتایج آن نشان داد که واریانس نمرات اضطراب مرگ در بین گروه‌ها تفاوت معناداری ندارد $(p= ۰/۳۱۸)$ ، $F(۲, ۲۷۰) = ۱/۱۵۳$ ، در نتیجه با رعایت پیش-فرض‌های تحلیل واریانس، همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، نتایج تفاوت معناداری را بین سه گروه مورد مطالعه در میانگین نمرات اضطراب مرگ نشان داد $(p < ۰/۰۰۸)$ ، $F(۲, ۲۷۰) = ۴/۸۸۹$ ، $F(۲, ۲۷۰) = ۴/۸۸۹$ ، به منظور تعیین اینکه

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس یک راهه (آنوا) برای مقایسه‌ی اضطراب مرگ در بین گروه‌های مورد مطالعه

گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	df_B	df_W	آزمون F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
بیماران سرطانی	۸/۷۸	۳/۳۷	۲	۲۰۷	۴/۸۸۹	۰/۰۰۸	۰/۰۴۵	۰/۸۰
کارکنان بیمارستان	۷/۸۲	۳/۰۶						
افراد عادی	۷/۱۴	۲/۹۳						

بودن چند متغیری نیز تأیید می‌شود (گارسون^۲، ۲۰۱۲). آزمون بارتلت نیز برای آزمون این فرض که آیا متغیرهای وابسته از یکدیگر مستقل یا همبسته هستند به کار رفت، نتایج آن نشان داد که متغیرهای وابسته با یکدیگر به‌طور معناداری رابطه دارند. بنابراین، فرض استقلال متغیرهای وابسته از یکدیگر رد می‌شود در نتیجه به مانوا برای آزمون داده‌ها نیاز است $(p = ۰/۰۰۰۱)$ ، $\chi^2 = ۲۷۸/۷۳$. همچنین، آزمون ام‌باکس^۳ به منظور بررسی یکسانی ماتریس کوواریانس صورت گرفت که

برای مقایسه‌ی پنج نوع الگو دل‌بستگی (روابط به عنوان اولویت دوم و عدم راحتی در قربت [سبک نایمن اجتنابی] دل مشغولی با روابط و نیاز به تأیید [سبک نایمن دوسوگرا] و اطمینان به خود و دیگران [سبک دل‌بستگی ایمن]) در بین سه گروه مورد مطالعه از تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) استفاده شد. قبل از اجرای آن به منظور بررسی پیش‌فرض‌های آن از آزمون‌های کالموگروف اسمیرنوف و نمودار کیو-کیو برای بررسی نرمال بودن متغیرها استفاده شد که نتایج آزمون‌ها نشان داد که هر یک از پنج متغیر وابسته دارای توزیع نرمال هستند. بنابراین، فرض نرمال

^۲- Garson

^۳- Box's M

^۱- Levene

گروه‌ها انجام شد. نتایج هر چهار آزمون مانوا تفاوت معناداری را نشان دادند (به طور مثال، $Wilks' \lambda = 0.1870$ ، $F(1/35, 30) = 0.06$ ، $p = 0.001$). این نتایج نشان دهنده‌ی این است که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته در بین گروه‌های مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود دارد (جدول ۴).

تفاوت معناداری را نشان داد ($p = 0.005$ ، $F(1/80, 30) = 0.05$)؛ بنابراین، فرض یکسانی ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده در بین گروه‌ها رد می‌شود، ولی از آنجا که حجم نمونه در سه گروه مساوی و بالا است عدم رعایت این فرض مشکل اساسی را ایجاد نمی‌کند. در نتیجه، مانوا برای مقایسه‌ی سبک‌های دلبستگی در بین

جدول ۴. نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) برای مقایسه‌ی پنج نوع الگو دلبستگی در بین سه گروه مورد مطالعه

آزمون	ارزش	آزمون F	$df_{Hypothesis}$	df_{error}	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
اثر پیلایی	۰/۱۳۳	۲/۹۰	۱۰	۴۰۸	۰/۰۰۲	۰/۰۶۶	۰/۹۷۷
لامبدا یویلکز	۰/۸۷۰	۲/۹۲	۱۰	۴۰۶	۰/۰۰۱	۰/۰۶۷	۰/۹۷۸
اثر هتلینگ	۰/۱۴۶	۲/۹۴	۱۰	۴۰۴	۰/۰۰۱	۰/۰۶۸	۰/۹۷۹
بزرگترین ریشه روی	۰/۱۱۴	۴/۶۴	۵	۲۰۴	۰/۰۰۰	۰/۱۰۲	۰/۹۷۳

پس از معناداری آزمون‌های چهارگانه‌ی مانوا برای بررسی اینکه بین کدام یک از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد، مجموعه‌ای از آزمون‌های آنوا به کار رفت. نتایج آنوا نشان داد در مقیاس‌های روابط به عنوان اولویت دوم ($p = 0.023$ ، $F(2, 207) = 3.856$ ، $\eta^2 = 0.036$)؛ دل مشغولی با روابط ($p = 0.002$)؛ $F(2, 207) = 9.718$ ، $\eta^2 = 0.089$ ، $p = 0.0001$) و نیاز به تأیید در بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود داشت. با وجود این در مقیاس‌های عدم راحتی در قرابت و اطمینان به خود و دیگران تفاوت معناداری یافت نشد (جدول ۵).

پس از معناداری آزمون‌های چهارگانه‌ی مانوا برای بررسی اینکه بین کدام یک از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد، مجموعه‌ای از آزمون‌های آنوا به کار رفت. نتایج آنوا نشان داد در مقیاس‌های روابط به عنوان اولویت دوم ($p = 0.023$ ، $F(2, 207) = 3.856$ ، $\eta^2 = 0.036$)؛ دل مشغولی با روابط ($p = 0.002$)؛ $F(2, 207) = 9.718$ ، $\eta^2 = 0.089$ ، $p = 0.0001$) و نیاز به تأیید در بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود داشت. با وجود این در مقیاس‌های عدم راحتی در قرابت و اطمینان به خود و دیگران تفاوت معناداری یافت نشد (جدول ۵).

جدول ۵. نتایج مجموعه‌ای از تحلیل واریانس یک راهه برای مقایسه‌ی پنج نوع الگو دلبستگی در بین سه گروه مورد مطالعه

متغیر وابسته	گروه‌ها	M	SD	df _B	df _w	آزمون F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
روابط به عنوان اولویت دوم	بیماران سرطانی	۲۵/۳۴	۵/۸۰	۲	۲۰۷	۳/۸۵۶	۰/۰۲۳	۰/۰۳۶	۰/۶۹۴
	کارکنان بیمارستان	۲۲/۹۹	۴/۲۵	۲	۲۰۷	۳/۸۵۶	۰/۰۲۳	۰/۰۳۶	۰/۶۹۴
	افراد عادی	۲۳/۵۱	۵/۵۹	۲	۲۰۷	۳/۸۵۶	۰/۰۲۳	۰/۰۳۶	۰/۶۹۴
دل مشغولی با روابط	بیماران سرطانی	۲۹/۲۲	۸/۹۲	۲	۲۰۷	۶/۵۱۹	۰/۰۰۲	۰/۰۵۹	۰/۹۰۵
	کارکنان بیمارستان	۲۴/۶۸	۶/۷۰	۲	۲۰۷	۶/۵۱۹	۰/۰۰۲	۰/۰۵۹	۰/۹۰۵
	افراد عادی	۲۶/۴۶	۶/۶۰	۲	۲۰۷	۶/۵۱۹	۰/۰۰۲	۰/۰۵۹	۰/۹۰۵
نیاز به تأیید	بیماران سرطانی	۲۶/۱۲	۵/۸۷	۲	۲۰۷	۹/۷۱۸	۰/۰۰۰	۰/۰۸۶	۰/۹۸۱
	کارکنان بیمارستان	۲۲/۱۰	۵/۱۴	۲	۲۰۷	۹/۷۱۸	۰/۰۰۰	۰/۰۸۶	۰/۹۸۱
	افراد عادی	۲۴/۳۲	۵/۱۵	۲	۲۰۷	۹/۷۱۸	۰/۰۰۰	۰/۰۸۶	۰/۹۸۱
عدم راحتی در روابط	بیماران سرطانی	۴۱/۴۳	۶/۲۴	۲	۲۰۷	۱/۳۷۵	۰/۲۵۵	۰/۰۱۳	۰/۲۹۴
	کارکنان بیمارستان	۳۹/۶۵	۶/۷۱	۲	۲۰۷	۱/۳۷۵	۰/۲۵۵	۰/۰۱۳	۰/۲۹۴
	افراد عادی	۴۰/۴۰	۶/۲۲	۲	۲۰۷	۱/۳۷۵	۰/۲۵۵	۰/۰۱۳	۰/۲۹۴
اطمینان	بیماران سرطانی	۳۳/۰۸	۵/۰۳	۲	۲۰۷	۲/۸۰۱	۰/۰۶۳	۰/۰۲۶	۰/۵۴۷
	کارکنان بیمارستان	۳۳/۲۷	۴/۵۴	۲	۲۰۷	۲/۸۰۱	۰/۰۶۳	۰/۰۲۶	۰/۵۴۷
	افراد عادی	۳۴/۹۷	۵/۹۲	۲	۲۰۷	۲/۸۰۱	۰/۰۶۳	۰/۰۲۶	۰/۵۴۷

معناداری یافت شد ($MD= ۴/۵۳$ ، $p= ۰/۰۰۱$). در این مقیاس نیز بیماران سرطانی نسبت به کارکنان بیمارستان از الگو دلبستگی دل مشغولی با روابط بیشتر دارا بودند. بعلاوه، در مقیاس نیاز به تأیید بین بیماران سرطانی و کارکنان بیمارستان ($MD= ۴/۰۱$ ، $p= ۰/۰۰۰۱$) و بین کارکنان بیمارستان و افراد عادی تفاوت معناداری وجود داشت ($MD= -۲/۲۱$ ، $p= ۰/۰۴۹$). بدین صورت که بیماران سرطانی نسبت به کارکنان بیمارستان و افراد عادی نسبت به کارکنان بیمارستان از الگو دلبستگی نیاز به تأیید بیشتری برخوردار بودند (جدول ۶).

جلوگیری از تورم آلفا_ به منظور مشخص ساختن اینکه بین کدام یک از گروه‌ها در مقیاس‌های معنادار مذکور تفاوت معناداری وجود دارد مورد استفاده قرار گرفت. نتایج آزمون بونفرونی نشان داد که در مقیاس روابط به عنوان اولویت دوم بین گروه بیماران سرطانی و کارکنان بیمارستان تفاوت معناداری وجود داشت ($p= ۰/۰۲۶$ ، $p= ۲/۳۵$). به طوری که بیماران سرطانی نسبت به کارکنان بیمارستان از الگو دلبستگی روابط به عنوان اولویت دوم بیشتر برخوردار بودند. همچنین در مقیاس دل مشغولی با روابط بین بیماران سرطانی و کارکنان بیمارستان تفاوت

جدول ۶. آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه‌های زوجی متغیرهای وابسته

متغیر	گروه	تفاوت میانگین - خطای استاندارد	سطح معناداری
	بیماران سرطانی	۲/۳۵	۰/۰۲۶
روابط به عنوان اولویت دوم	بیماران سرطانی	۱/۸۲	۰/۸۸۹
	کارکنان	-۰/۵۲	۰/۸۸۹
	بیمارستان		۱
	بیماران سرطانی	۴/۵۳	۰/۰۰۱
دل مشغولی با روابط	بیماران سرطانی	۲/۷۵	۰/۰۹۲
	کارکنان	-۱/۷۷	۰/۴۸۵
	بیمارستان		۱/۲۶۵
	بیماران سرطانی	۴/۰۱	۰/۰۰۰
نیاز به تأیید	بیماران سرطانی	۱/۸۰	۰/۱۴۷
	کارکنان	-۲/۲۱	۰/۰۴۹
	بیمارستان		۰/۹۱۳

بحث

سرطانی و کارکنان بیمارستان تفاوت معناداری وجود داشت. بدین صورت که بیماران سرطانی نسبت به کارکنان بیمارستان در این دو الگو دل‌بستگی ناایمن نمرات بیشتری کسب کردند. بعلاوه در مقیاس نیاز به تأیید بیماران سرطانی نسبت به کارکنان بیمارستان و افراد عادی نسبت به کارکنان بیمارستان از الگوی دل‌بستگی نیاز به تأیید بیشتری برخوردار بودند. علاوه بر این، نتایج آزمون همبستگی نشان داد در بیماران سرطانی اضطراب مرگ با هر چهار نوع الگو دل‌بستگی ناایمن رابطه‌ی معنادار و مثبت داشت و با دل‌بستگی ایمن اطمینان به خود و دیگران رابطه‌ی منفی و معنادار را نشان داد. این در حالی بود که

هدف کلی پژوهش حاضر بررسی رابطه و مقایسه اضطراب مرگ با الگوهای دل‌بستگی در بین بیماران سرطانی، کارکنان بیمارستان و افراد عادی بود. نتایج به دست آمده از مطالعه‌ی حاضر نشان داد که گروه بیماران سرطانی به طور معناداری اضطراب مرگ بالاتری را نسبت به گروه افراد عادی داشتند. همچنین، نتایج دیگر نشان داد که از پنج نوع الگوی دل‌بستگی، بین گروه‌های مورد مطالعه در سه الگوی ناایمن روابط به عنوان اولویت دوم، دل مشغولی با روابط و نیاز به تأیید تفاوت معناداری وجود داشت. به طوری که، در الگوهای دل‌بستگی روابط به عنوان اولویت دوم و دل مشغولی نسبت به روابط بین گروه بیماران

گونگون همچون انکار برای سرپوش نهادن به اضطراب مرتبط به مرگ استفاده می‌کنند (یانگ^۳، ۲۰۱۳)، در نتیجه اضطراب مرگ خود را در سطح هشیار آشکار نمی‌کنند. به تبع در پرسشنامه‌ی خود- گزارش‌دهی نیز اضطراب مرگ کمتری را گزارش می‌کنند. در نتیجه تفاوت برجسته‌ای با افراد عادی در سطح اضطراب مرگ نشان نمی‌دهند.

یافته‌ی دیگر پژوهش این بود که در الگوی دلبستگی روابط به عنوان اولویت دوم و دل مشغولی با روابط بین گروه بیماران سرطانی و کارکنان بیمارستان تفاوت معناداری وجود داشت. در این مقیاس‌ها بیماران سرطانی نسبت به کارکنان بیمارستان نمرات بیشتری را کسب کردند. الگوی روابط به عنوان اولویت دوم که به عنوان جزئی از سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی است و الگوی دل مشغولی نیز به عنوان جزء مهمی از سبک دلبستگی دوسوگرا مطرح شده است (فینی و همکاران، ۱۹۹۴). بنابراین، این یافته با تحقیقات پیشین در این راستا مطابقت می‌کند که نشان داده‌اند بیماران سرطانی از سبک‌های ناایمن برخوردارند (تاکن، کالدرا و بل، ۲۰۰۱). مطالعات طولی علی‌نشان داده‌اند نوع سبک دلبستگی افراد در نوزادی بر روی سلامت جسمی افراد در دوران بزرگسالی تأثیر می‌گذارد. به‌طوری‌که، نوزادان برخوردار از سبک دلبستگی ناایمن ممکن است انواع مختلفی از بیماری‌های جسمی را در بزرگسالی تجربه کنند (پیوگ، انگلند، سیمپسون و کولینز^۴، ۲۰۱۳). از آنجایی که سبک‌های دلبستگی ناایمن بر بسیاری از جنبه‌های مختلف زندگی

اضطراب مرگ در بین افراد عادی با هیچ یک از الگوهای دلبستگی رابطه‌ی معناداری را نشان نداد و در کارکنان نیز تنها با برخی از الگوهای دلبستگی (نیاز به تأیید و عدم راحتی از قرابت) رابطه‌ی معنادار داشت.

در پژوهش حاضر بیماران مبتلا به سرطان اضطراب مرگ بیشتری را نسبت به افراد عادی از خود نشان دادند. این نتیجه با پژوهش‌هایی که در این زمینه صورت گرفته است مطابقت دارد (شرمن، نورمن و مک‌شری^۱، ۲۰۱۰؛ لو و همکاران^۲، ۲۰۱۱). با توجه به اینکه افرادی که مبتلا به سرطان تشخیص داده می‌شوند به‌طور هولناکی با این حقیقت مواجه می‌شوند که به خطر افتاده‌اند، و از آنجایی که افکار ما درباره‌ی مرگ به شکل کلی سرکوب شده و ناهشیار هستند، تشخیص ابتلا به سرطان اضطراب مرگ واپس-رانده به ناهشیار را به‌طور برجسته‌ای به هشیار فرد بیمار می‌آورد (کیم، ۲۰۱۰)، که این خود موجب می‌گردد که بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج مانند بیماران سرطانی اضطراب مرگ بیشتری را تجربه کنند. یافته‌ی دیگر پژوهش نشان داد که اضطراب مرگ در گروه کارکنان بیمارستان ($M= 7/82$) اگر چه نسبت به افراد عادی ($M= 7/14$) بیشتر بود، ولی تفاوت معناداری بین این دو گروه و با گروه بیماران سرطانی نداشت. تبیین احتمالی برای این نتیجه می‌تواند این باشد که کارکنان بیمارستان به‌ویژه پرستاران از راهبردها و مکانیسم‌های دفاعی

³ - Yong

⁴ - Puig, Englund, Simpson, & Collins

¹ - Sherman, Norman, & McSherry

² - Lo & et al.

افراد، به‌طور مثال سطوح بالایی از اضطراب و افسردگی، بهزیستی اجتماعی پایین، کیفیت زناشویی پایین (پوتر و همکاران، ۲۰۱۲)، غم و غصه (دومینیک^۱، ۲۰۱۱) و کیفیت زندگی پایین (فگاندرز، جارمکا، مالارکی و کیکولت-گلاس^۲، ۲۰۱۴) تأثیرگذار است؛ افراد به‌طور ناهشیار شیوه‌ها یا سبک‌های زندگی ناسالم در زندگی خود پیش می‌گیرند که ممکن است آنان را معرض انواع مختلف بیماری‌های روانی و جسمی از جمله بیماری‌های روانی^۳ فیزیولوژیکی (مانند سرطان) قرار دهد. علاوه بر این، این نتیجه، یافته‌ی جدیدی را کشف می‌کند. در واقع، این نتیجه نشان داد که بیماران سرطانی نوعی تعارض درونی را در رابطه با برقراری ارتباط با دیگران تجربه می‌کنند. به‌طوری‌که، آنان هم در مقیاس روابط به عنوان اولویت دوم و هم دل مشغولی با روابط نمرات بیشتری را نشان دادند. از این‌رو، این نتیجه را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که بیماران سرطانی نیاز شدیدی برای برقراری رابطه با دیگران به‌منظور تسکین دردهای جسمانی و روانی خود، و به‌نوعی تسکین اضطراب وجودی که در رابطه با تهدید حیات خود تجربه می‌کنند، دارند؛ اما در مواقعی که با واکنش‌های سرد و بی‌اعتنایی که با خانواده، آشنایان و اطرافیان خود مواجه می‌شوند و یا حتی احساس خود آنها مبنی بر مزاحمت ایجاد نکردن به خانواده، نیاز خود را برای ایجاد برقراری رابطه سرکوب می‌کنند و آن را به شکل انکار روابط در سطح هشیار از خود نشان می‌دهند. البته این یافته‌ی جالب، نیاز به تحقیقات آتی به‌منظور تبیین مستندتری احساس می‌شود.

بعلاوه، در این تحقیق نشان داده شد در مقیاس نیاز به تأیید بیماران سرطانی نسبت به کارکنان بیمارستان و افراد عادی نسبت به کارکنان بیمارستان از این الگوی دلبستگی بیشتر برخوردار بودند. با توجه به مطالب مذکور در بالا و همچنین به دلیل اینکه افراد سرطانی بیمار هستند مطمئناً نیاز به تأیید، پذیرش و حمایت از سوی دیگران را احساس می‌کنند و این خود می‌تواند یکی از علل مهم در کسب نمره‌ی بالا در این مقیاس توسط آنان باشد. اما دلایل احتمالی در اینکه چرا افراد عادی در این نوع الگو دلبستگی نمره‌ی بیشتری را نسبت به کارکنان بیمارستان گرفتند را می‌توانیم در ویژگی‌ها و مقتضیاتی که کار در بیمارستان اقتضاء می‌کند، در نظر بگیریم؛ چرا که شغل‌هایی مانند پرستاری به دلیل حساسیت بالا در انجام وظیفه و مسئولیت ممکن است به نوع واکنش و قضاوت افراد نسبت به خود توجه نمایند و نظر دیگران را با توجه به مسئولیتی که بر عهده دارند مهم‌شمارند. همین عامل شاید بتواند نمره‌ی کم آنان را در الگو دلبستگی نیاز به تأیید توجیه کند.

نتیجه‌ی دیگری که از این پژوهش به‌دست آمد این بود که در بیماران سرطانی اضطراب مرگ با تمامی پنج نوع الگوی دلبستگی رابطه‌ی معناداری داشت؛ این درحالی بود که در بین افراد عادی اضطراب مرگ با هیچ یک از پنج نوع الگوی دلبستگی رابطه‌ی معناداری را نشان نداد. این یافته‌ی جالب را می‌توان با ادعای فینی و همکاران (۱۹۹۴) به خوبی تبیین کرد. آنان مدعی بودند پرسشنامه الگوهای دلبستگی برای نمونه‌ی بالینی با سطوح بالایی از ناایمنی مناسب است. در نتیجه می‌توان گفت بیماران مبتلا به سرطان به دلیل داشتن سطوح بالایی از دلبستگی ناایمن، این پرسشنامه در آنان به‌خوبی توانسته است منعکس

¹- Domingue

²- Fagundes, Jaremka, Malarkey, & Kiecolt-Glaser

دیگران با سطوح پایین ترس از مرگ ارتباط دارد (بسر و پریل، ۲۰۰۸).

در تحقیقات مذکور چیزی که مشخص می- باشد این است که افراد دلبستگی دوسوگرا اضطراب مرگ بیشتری را نسبت به سبک‌های دیگر از خود نشان می‌دهند که این نتیجه با یافته‌ی پژوهش حاضر مطابقت می‌کنند، چرا که قوی‌ترین رابطه با اضطراب مرگ را الگوهای دلبستگی دل مشغولی نسبت به روابط و نیاز به تأیید که جزئی از دلبستگی دوسوگرا هستند، داشتند. این نتایج را می‌توان بدین صورت تبیین کرد که افراد دوسوگرا به دیگران مهم خود وابستگی عمیقی دارند، همین وابستگی به دیگران سبب می‌شود وقتی این افراد در معرض مرگ قرار گیرند با ترس از اینکه با مرگ خود دیگران را از دست خواهند داد دچار اضطراب مرگ شدید می‌شوند. در تأیید این تبیین تحقیقات نشان می‌دهند که شکست در روابط نزدیک خیزش در آگاهی از مرگ را نتیجه می‌دهد (میکولینسر، فلورین و هیرسچبرگر^۳، ۲۰۰۳).

با توجه به رابطه بین الگوهای دلبستگی یا سبک‌های ارتباطی و اضطراب مرگ در بیماران سرطانی می‌توان از این ارتباط برای مدیریت اضطراب مرگ شدید تجربه‌شده به‌وسیله آنان استفاده نمود. در واقع، از آنجایی که بیماران سرطانی الگوهای دلبستگی ناایمن را بیشتر تجربه می‌کنند و این خود منجر به افزایش اضطراب مرگ آنان می‌شود؛ همچنین از آنجایی که الگوی دلبستگی اطمینان و اعتماد به خود و دیگران با اضطراب مرگ رابطه منفی را نشان داد، می‌توان با آموزش مراقبین و پرستاران در نحوه برقراری

کننده‌ی نوع دلبستگی آنان و رابطه‌ی آن با مقیاس اضطراب مرگ باشد. در بیماران سرطانی بین چهار نوع الگو دلبستگی ناایمن (روابط به عنوان اولویت دوم، دل مشغولی با روابط، نیاز به تأیید و عدم راحتی در قرابت) با اضطراب مرگ رابطه‌ی معنادار و مثبت وجود داشت. الگو دلبستگی ایمن (اطمینان به خود و دیگران) نیز با اضطراب مرگ رابطه‌ی معنادار و منفی را نشان داد. بدین صورت که با افزایش دلبستگی اطمینان به خود و دیگران در بین بیماران، آنان اضطراب مرگ کمتری را تجربه می‌کردند. طبق یافته‌های وینگ (۲۰۱۱) دلبستگی دوسوگرا سطح بالاتری از اضطراب مرگ را پیش‌بینی می‌کند. با این وجود، دیگر سنخ دلبستگی ناایمن (سنخ اجتنابی) سطح کمتری از اضطراب مرگ را پیش‌بینی کرد؛ درحالی‌که، دلبستگی ایمن مستقل از سطح اضطراب مرگ بود. در تحقیقی دیگر مشخص شد که حدّ اینکه شخصی به طور ایمن دلبسته شده باشد، تأثیری بر روی مقدار اضطراب مرگ گزارش شده را آشکار نمی‌کند (چامون^۱، ۲۰۱۰). همچنین در تحقیقی که گریم در رابطه با سطح دلبستگی ایمن بر روی اضطراب مرگ انجام داده بود، رابطه‌ی معناداری بین این دو مشاهده نکرد (گریم^۲، ۲۰۱۱). در تحقیق میکولینسر و همکاران (۱۹۹۰) که رابطه‌ی بین سبک‌های دلبستگی و ترس از مرگ را در بین دانشجویان بررسی می‌کردند، آزمودنی‌های دوسوگرا ترس از مرگ قوی‌تری را نسبت به آزمودنی‌های ایمن و اجتنابی نشان دادند. در تحقیق دیگر نشان داده شد که الگوی مثبت دلبستگی به خود و الگوی مثبت دلبستگی به

¹- Chmoun

²- Grimm

³- Mikulincer, Florian, & Hirschberger

ارتباط با بیماران بیماران سرطانی، اضطراب مرگ بیماران را مدیریت کرد. این مهم به وسیله برنامه-ریزی و برگزاری کلاس‌های آموزش مهارت‌های ارتباطی در محیط‌های بیمارستان مقدور خواهد شد. بدین شکل که پرستاران تنها به وضعیت جسمانی بیماران توجه نمایند، بلکه همراه با آن به وضعیت روانی آنان به خصوص در بیماری‌های پایانی که اهمیت قابل توجه می‌یابد را نیز در نظر بگیرند. پرستاران و مراقبین باید با ایجاد یک رابطه صمیمانه که در پی آن بیمار به خود و او اطمینان و اعتماد نماید، می‌تواند در جهت کاهش اضطراب مرگ و در نهایت افزایش کیفیت زندگی بیمار نقش مهمی بازی نماید. همچنین از آنجایی که سرطان یک بیماری روانی-فیزیولوژیکی است و نقش عوامل روانی در ایجاد، توسعه و توقف آن نمود برجسته‌ای دارد، از این‌رو، با برقراری ارتباطی توأم با اطمینان در بیمار می‌توان اثربخشی درمان‌های پزشکی را نیز شاهد بود.

محدودیت‌ها و پیشنهادات

این مطالعه همانند سایر مطالعات خود-گزارش‌دهی محدودیت‌هایی نیز داشته است که باید در نظر گرفته شوند. در واقع، تحقیقات خود-گزارش‌دهی منعکس کننده نتایج روابط علت و معلولی نیست. بنابراین، از نتایج مطالعه حاضر نمی‌توان استنباط علی کرد. بدین منظور در مطالعات آینده می‌توان در بیماران سبک‌های مختلف دل بستگی به طور آزمایشی اضطراب مرگ آنان را مورد سنجش قرار داد. علاوه بر این، در پرسشنامه‌های خود-گزارش‌دهی افراد و به-خصوص بیماران سعی در نشان دادن تصویری مثبت از خود دارند و از آنجایی که این بیماران در شرایط بدی قرار دارند از مکانیزم‌های دفاعی چون

انکار استفاده می‌کنند که این عمل روی هر دو نتایج دو پرسشنامه اضطراب مرگ و الگوهای دل بستگی تأثیر خواهد گذاشت، و منجر به این خواهد شد که داده‌های اصیل و واقعی به دست نیاید. بدین منظور باید تفسیر رابطه‌های به دست آمده از یافته‌های پژوهش حاضر با احتیاط صورت گیرد. از این‌رو، در مطالعات آتی باید مکانیزم‌های دفاعی آنان باید کنترل شود تا نتایج معتبرتری به دست آید. همچنین، از آنجایی که شرکت در تحقیق حاضر اختیاری و با رضایت بیمار انجام می‌شد، برخی از بیماران در پژوهش شرکت نکردند، در نتیجه داده‌ها ممکن است بر اساس تفاوت ویژگی‌های شخصی بیماران که در پژوهش شرکت نکردند و کسانی که به اختیار تمایل به شرکت به پژوهش داشتند، نوعی سوگیری ایجاد شده باشد. در مطالعات آینده می‌توان اضطراب مرگ پرستاران بخش‌های مختلف بیمارستان و بیماران مختلف را با یکدیگر مقایسه کرد تا مشخص شود که کدام یک از پرستاران بخش‌ها و کدام نوع از بیماران اضطراب مرگ بیشتری را تجربه می‌کنند تا مداخلات لازم انجام شود. در مجموع، به دلیل طرح تحقیق همبستگی، ابزار خودسنجی و روش نمونه‌گیری غیراحتمالی تحقیق حاضر، تعمیم‌پذیری و استنباط نتایج علی از آن با محدودیت روبرو است.

نتیجه‌گیری

بنابراین، با توجه به نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اینکه بیماران سرطانی از اضطراب مرگ و الگو-های دل بستگی ناایمن بیشتری برخوردار هستند و با توجه به اینکه در این گروه اضطراب مرگ با الگوهای دل بستگی ناایمن رابطه‌ی مثبت و با الگو دل بستگی اطمینان به خود و دیگران رابطه منفی

گروهی (پیرخانفی و صالحی، ۱۳۹۲) وجود دارد که می‌توانند در جهت کاهش اضطراب، ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی بیماران سرطانی مؤثر واقع شوند.

سپاسگزاری

از همه‌ی افراد شرکت‌کننده در پژوهش، به‌ویژه از پرستاران و کارکنان بیمارستان نمازی شیراز به‌خاطر همکاری‌شان در انجام این پژوهش کمال تشکر را داریم.

این تحقیق با کد ۶۷۶۸ در دانشگاه علوم پزشکی شیراز ثبت و با حمایت مالی مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شده است.

منابع

اکبری، مهرداد، علیپور، احمد و زارع، حسین. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله با استرس بر کیفیت زندگی و میزان درد در بیماران مبتلا به سرطان پستان. علمی-پژوهشی روان‌شناسی سلامت، ۴(۱۵)، ۳۰-۲۰.

برقی ایرانی، زیبا، بگیان کوله مرز، محمد جواد و فولادوند، شاپور. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی آموزش گروهی درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود کیفیت زندگی و رضایت زناشویی مادران دارای فرزند سرطانی. فصلنامه علمی-پژوهشی روان‌شناسی سلامت، ۲(۶)، ۹۴-۷۹.

بهرامی، نسیم، مرادی، محمد، سلیمانی، محمدعلی، کلاتری، زهرا و حسینی، فاطمه. (۱۳۹۲). اضطراب مرگ و ارتباط آن با

دارد؛ همچنین، با توجه به اینکه اضطراب مرگ بالا و الگوهای دلبستگی ناایمن با بسیاری از بدکارکردهای درون روانی و بین فردی رابطه دارند؛ لزوم مداخله در جنبه‌های روانشناختی و روابط بین فردی بیماران سرطانی بیش از پیش ضروری به‌نظر می‌رسد. لذا، مراقبان بهداشت روانی به‌خصوص پرستاران که با این نوع بیماران به‌صورت مستقیم تعامل دارند، آنان باید به نوع تعاملی که با بیماران برقرار می‌کنند توجه نمایند و سعی در جلب اعتماد و اطمینان آنان داشته و بر احساس اطمینان بیماران نسبت به خود و دیگران بیفزایند. این نوع برقراری ارتباط با بیماران سرطانی نه تنها از اضطراب مرگ آنان می‌کاهد، بلکه آسیب‌پذیری نسبت به آسیب‌های روانشناختی دیگر که در نتیجه‌ی نوع الگوهای دلبستگی ناایمنی که دارند ممکن است تجربه نمایند را نیز مانع می‌شود. بنابراین، امروزه به‌نظر می‌رسد نقش پرستار دیگر صرفاً ارائه دهنده کمک‌های پزشکی به بیماران نیست، بلکه آنان باید پاسخ‌گوی نیازهای روانشناختی بیماران به‌خصوص بیمارانی که در مراحل پایانی عمر خود به سر می‌برند نیز باشند. از این‌رو، پرستاران با فراگیری آموزش‌های لازم در زمینه نحوه برقراری ارتباط مؤثر با بیماران می‌توانند نقش فعال و مؤثری را در جهت مدیریت اضطراب مرگ آنان، افزایش بهبود کیفیت زندگی و کارایی بیشتر درمان بیماران سرطانی ایفا نمایند. در همین رابطه مطالعات اثربخشی فراوانی از قبیل آموزش نظم-بخشی رفتار (وزیری، لطفی کاشانی، زین‌العابدینی و زین‌العابدینی، ۱۳۹۴)، آموزش گروهی متمرکز بر هیجان (برقی ایرانی، بگیان کوله مرز و فولادوند، ۱۳۹۲)، آموزش مهارت‌های مقابله (اکبری، علیپور و زارع، ۱۳۹۴) و معنادرمانی

دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۲۱(۴)، ۳۶۷-۳۵۵

References

Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Attachment style may play role in cancer (2014). Retrieved from: URL <http://www.thefreelibrary.com/Attachment+style+may+play+role+in+cancer.a0120185676>.

Besser, A., & Priel, B. (2008). Attachment, depression, and fear of death in older adults: The roles of neediness and perceived availability of social support. *Personality and Individual Differences*, 44(8), 1711-1725.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Attachment*. London: Hogarth Press.

Bozo, S., Tunca, A., & Yilmaz, Y. (2009). The effect of death anxiety and age on health-promoting behaviors: A terror-management theory perspective. *The Journal of psychology*, 143(4), 377-389.

Brewer, K. G. (2002). *Differing death scenarios: Self Esteem and death anxiety* (Master thesis). East Tennessee State University.

Briggs, L., & Colvin, E. (2002). The nurse's role in end-of-life decision-making for patients and families. *Geriatric Nursing*, 23(6), 302-310.

Chelgren, K. D. (2000). *Death anxiety in young adults: The predictive role of gender and psychological separation from parents* (Master thesis). University of North Florida.

Chmoun, S. (2010). *Exploring the relationship between losing a loved*

کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان. نشریه پرستاری ایران. ۲۶(۸۲)، ۵۱-۶۱.

پیرخانفی، علیرضا و صالحی، فاطمه. (۱۳۹۲). اثربخشی معنا درمانی گروهی بر ارتقای سلامت روان زنان مبتلا به سرطان سینه. علمی-پژوهشی روان شناسی سلامت، ۲(۸)، ۶۱-۶۹.

تقوی، سید تقی. (۱۳۸۹). زمینه‌های ایجاد اضطراب مرگ و راه‌های پیشگیری از آن در تعالیم اسلام. راه تربیت، ۱۱، ۱۹۴-۱۷۳.

رجبی، غلامرضا و بحرانی، محمد. (۱۳۸۰). تحلیل عاملی سؤا‌های مقیاس اضطراب مرگ. روانشناسی، ۵(۴)، ۳۳۱-۳۴۴.

روانبخش، اسمعیلی، احمدی، فضل‌الله، محمدی، عیسی، تیرگری سراج، عبدالحکیم. (۱۳۹۱). تهدید حیات، دغدغه اصلی بیماران در مواجهه با تشخیص سرطان: یک مطالعه کیفی. حیات، ۱۸(۵)، ۲۲-۱۲.

فیروزآبادی، ع.، عابدی، ز.، علیاری، ر.، ذوالفقاری، ب.، غنی‌زاده، ا. (۱۳۹۲). ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه دلبستگی بزرگسالان فینبی (پایان نامه کارشناسی ارشد)، دانشگاه علوم پزشکی شیراز.

وزیری، شهرام، لطفی کاشانی، فرح، زین‌العابدینی، نیلوفر و زین‌العابدینی، سیده نرگس. (۱۳۹۴). اثر بخشی نظم بخشی رفتار بر کاهش اضطراب زنان مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه علمی-پژوهشی روان شناسی سلامت، ۴(۱۳)، ۳۰-۴۵.

ولیعانی، احمد و یارمحمدی واصل، مسیب. (۱۳۹۳). رابطه سبک های دلبستگی با اضطراب مرگ در بیماران قلبی-عروقی.

- of consulting and clinical psychology, 47(5), 996-9.
- Kim, H. (2010). *Understanding death anxiety in women with gynecologic cancer*. (Doctoral dissertation). Virginia Commonwealth University.
- Kim, K., & Yong, J. (2013). Spirituality, Death Anxiety and Burnout Levels among Nurses Working in a Cancer Hospital. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 16(4), 264-273.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.
- Lehto, R. H., & Stein, K. F. (2009). Death anxiety: an analysis of an evolving concept. *Research and theory for nursing practice*, 23(1), 23-41.
- Lo, C., Hales, S., Zimmermann, C., Gagliese, L., Rydall, A., & Rodin, G. (2011). Measuring death-related anxiety in advanced cancer: preliminary psychometrics of the Death and Dying Distress Scale. *Journal of pediatric hematology/oncology*, 33(2), 140-145.
- Mikulincer, M., & Florian, V. (2000). Exploring individual differences in reactions to mortality salience: Does attachment style regulate terror management mechanisms?. *Journal of personality and social psychology*, 79(2), 260-73.
- Mikulincer, M., Florian, V., & Hirschberger, G. (2003). The existential function of close relationships: Introducing death into the science of love. *Personality and social psychology review*, 7(1), 20-40.
- Mikulincer, M., Florian, V., & Tolmacz, R. (1990). Attachment styles and fear of personal death: A case study of affect regulation. *Journal of one and fearing death* (Master thesis). University Utrecht.
- Colin, V. L. (1996). *Human attachment*. McGraw-Hill: New York, NY.
- Domingue, P. (2011). *An examination of attachment styles and distress among parents who have lost a child to cancer* (Doctoral dissertation). The Catholic University of America.
- Dunn, K. S., Otten, C., & Stephens, E. (2005). Nursing experience and the care of dying patients. *Oncology Nursing Forum-Oncology Nursing Society*, 32(1), 97-104
- Fagundes, C. P., Jaremka, L. M., Malarkey, W. B., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2014). Attachment style and respiratory sinus arrhythmia predict post-treatment quality of life in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 23(7), 820-826.
- Feeney, J. A., Noller, P., & Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.). *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (pp. 128-152). New York: The Guilford Press.
- Fortner, V., Robert A., & Neimeyer, B. (1999). Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death studies*, 23(5), 387-411.
- Garson, G. D. (2012). *Testing statistical assumptions*. Asheboro: Statistical Associates Publishing.
- Grimm, D. (2011). *Effects of marital satisfaction and attachment style on death anxiety* (Master thesis). Cardinal Stritch University.
- Henrie, J. A. (2010). *Religiousness, future time perspective, and death anxiety among adults* (Master thesis). West Virginia University.
- Hoelter, J. W. (1979). Multidimensional treatment of fear of death. *Journal*

- comparison of death anxiety and quality of life of patients with advanced cancer or AIDS and their family caregivers. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 21(2), 99-112.
- Shields, C. G., Travis, L. A., & Rousseau, S. L. (2000). Marital attachment and adjustment in older couples coping with cancer. *Aging & Mental Health*, 4(3), 223-233.
- Szymczak, J. (2004). [Adult attachment styles and depression in lung cancer patients undergoing surgery during and after hospitalization]. *Przegląd lekarski*, 62(8), 775-778.
- Tacón, A. M., Caldera, Y. M., & Bell, N. J. (2001). Attachment style, emotional control, and breast cancer. *Families, Systems, & Health*, 19(3), 319-26.
- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of general psychology*, 82(2), 165-177.
- Wing, M. K. (2011). *Predicting death anxiety with gratitude and friendship attachment: A correlational study* (Master thesis). Hong Kong Baptist University.
- World Health Organization. (2012). Are the number of cancer cases increasing or decreasing in the world?. Retrieved from: URL: <http://www.who.int/topics/cancer/en/>
- Personality and Social Psychology*, 58(2), 273.-80.
- Mikulincer, M., Florian, V., Birnbaum, G., & Malishkevich, S. (2002). The death-anxiety buffering function of close relationships: Exploring the effects of separation reminders on death-thought accessibility. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(3), 287-299.
- Missler, M., Stroebe, M., Geurtsen, L., Mastenbroek, M., Chmoun, S., & Van Der Houwen, K. (2012). Exploring death anxiety among elderly people: A literature review and empirical investigation. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 64(4), 357-379.
- Porter, L. S., Keefe, F. J., Davis, D., Rumble, M., Scipio, C., & Garst, J. (2012). Attachment styles in patients with lung cancer and their spouses: associations with patient and spouse adjustment. *Supportive Care in Cancer*, 20(10), 2459-2466.
- Puig, J., Englund, M. M., Simpson, J. A., & Collins, W. A. (2013). Predicting adult physical illness from infant attachment: A prospective longitudinal study. *Health psychology*, 32(4), 409.-17.
- Richardson, V., Berman, S., & Piwowski, M. (1983). Projective assessment of the relationships between the salience of death, religion, and age among adults in America. *The Journal of general psychology*, 109(2), 149-156.
- Rodin, G., Walsh, A., Zimmermann, C., Gagliese, L., Jones, J., Shepherd, F. A.,... & Mikulincer, M. (2007). The contribution of attachment security and social support to depressive symptoms in patients with metastatic cancer. *Psycho-Oncology*, 16(12), 1080-1091.
- Sherman, D. W., Norman, R., & McSherry, C. B. (2010). A