

مقایسه اضطراب مرگ، احساس تنهایی و دل‌بستگی به خدا، در بین بیماران سرطانی، بیماران قلبی و افراد سالم

zahed@uma.ac.ir

ک. عادل زاهد بابلان / دانشیار گروه علوم تربیتی دانشگاه محقق اردبیلی

شیدا برقی / کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی

دریافت: ۱۳۹۳/۰۹/۱۷ - پذیرش: ۱۳۹۴/۰۳/۰۵

چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه اضطراب مرگ، احساس تنهایی و دل‌بستگی به خدا، در بین بیماران سرطانی، قلبی و افراد سالم انجام شده است. جامعه آماری شامل ۶۱۲ بیمار سرطانی، ۲۱۰ بیمار قلبی و ۴۰ نفر افراد سالم بود. برای جمع‌آوری داده‌ها، از پرسش‌نامه‌های اضطراب مرگ تمپلر، احساس تنهایی UCLA و دل‌بستگی به خدا اثر بک و مک‌دونالد استفاده شد. آماره‌های مربوط به سه تحلیل واریانس تک‌متغیری، پس از تصحیح بنفرونی نشان داد که تفاوت میانگین هر سه متغیر در بین سه گروه معنی‌دار است. نتایج آزمون تعقیبی LSD نشان داد، میانگین نمرات احساس تنهایی در بیماران سرطانی به گونه معنی‌دار بالاتر از بیماران قلبی و افراد سالم است. اما میانگین نمره دل‌بستگی به خدا، در بیماران سرطانی و قلبی بالاتر از افراد سالم است. همچنین میانگین نمره اضطراب مرگ بیماران سرطانی، به گونه معنی‌داری بالاتر از بیماران قلبی و افراد سالم است.

کلیدواژه‌ها: احساس تنهایی، اضطراب مرگ، دل‌بستگی به خدا، سرطان، بیماری قلبی.

مقدمه

هیچ کس نمی‌تواند مرگ را از خود دور کند. انسانی با عمر ابد در این دنیا وجود ندارد (انبیاء: ۳۴). از دیدگاه قرآن کریم، خداوند قادر، مرگ را برای انسان مقدر ساخت (واقعه: ۶۰). فلسفه مرگ و زندگی، که از مخلوقات خداست، برای آزمایش انسان می‌باشد که کدام شخص عملش احسن است (ملک: ۲). مرگ و میراندن انسان‌ها، همانند زندگی بخشیدن، نشانه قدرت خدا (یونس: ۵۶) و آیات اوست (بقره: ۷۳). انسان به جاودانگی تمایل دارد و در این راه تلاش بسیار می‌کند. از این رو، از ناپودی و نیستی می‌ترسد. تلاش برای کشف اکسیر جوانی، مبارزه با بیماری‌های مهلک و در نهایت، مومیایی کردن به امید بازگشت، از نشانه‌های ترس از نیستی و تمایل به جاودانگی است (سلمانی‌پور و ایمانی‌فر، ۱۳۸۹). از آنجایی که مرگ هرگز تجربه نشده و هیچ‌کس آن را به روشنی لمس نکرده، همه در مورد آن دچار اضطراب هستند (نادری و روشنی، ۲۰۱۲). آدمی در طول زندگی خویش درجات مختلفی از اضطراب مرگ را تجربه می‌کند. این تجربه، به طور طبیعی در افراد مبتلا به بیماری‌های علاج‌ناپذیر یا سخت‌علاج بیشتر است. اضطراب مرگ به‌عنوان یک ترس غیرعادی و بزرگ از مرگ، همراه با احساساتی از وحشت از مرگ یا دلهره هنگام فکر، به فرایند مردن یا چیزهایی که پس از مرگ رخ می‌دهند، تعریف می‌شود (میلر و همکاران، ۲۰۱۲). سرطان، یکی از بیماری‌های است که اضطراب زیادی را در مورد مرگ ایجاد می‌کند و به‌عنوان یک بیماری فلج‌کننده و صعب‌العلاج تلقی می‌شود و فرد متعاقب آن تشخیص، دچار اضطراب و افسردگی ناشی از ترس غیرواقعی از مرگ و کاهش انرژی اجتماعی می‌گردد (مردانی، ۲۰۱۰). به عبارت دیگر، آنچه که این بیماری را برای افراد هراس‌انگیز و هولناک جلوه می‌دهد، به مهم‌ترین دغدغه آنها یعنی تهدید حیات برمی‌گردد. احساسی که آنها پس از مواجهه با تشخیص سرطان دارند، حس مرگ قریب‌الوقوع و نزدیک بودن به مرگ است (اسمعیلی و همکاران، ۱۳۹۱). مطالعات نشان داد که ترس از سرطان و عود بیماری، تأثیر زیادی بر سطح اضطراب مرگ آنان دارد (پولاک، ۱۹۸۰). مرحله اولیه تشخیص بیماری، به طور فزاینده‌ای با اضطراب ارتباط دارد. افرادی که به تازگی تشخیص سرطان گرفتند، اضطراب مرگ بالاتری نسبت به سایر افراد داشتند (تانگ و همکاران، ۲۰۱۱). از سوی دیگر، ارتباط نزدیکی نیز بین اضطراب مرگ و سن، جنس، صفات شخصیتی و عوامل اجتماعی / فرهنگی وجود دارد (گالیپات و همکاران، ۲۰۰۶). اندیشیدن به مرگ، ترسناک بوده و اغلب مردم ترجیح می‌دهند به آن فکر نکنند. از این رو، اضطراب و ترس از مرگ، تجربه ناخوشایند و رایج انسان‌ها و یکی از مسائل مهم در بیماران قلبی می‌باشد (ابدل چالکد، ۲۰۰۲). بیماری‌های قلبی

عروقی، از جمله علل اساسی مرگ‌ومیر و عامل یک سوم مرگ‌های در جهان می‌باشند. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، میزان مرگ‌ومیر و ابتلا به بیماری‌های قلبی در کشورهای آسیایی و نیز کشورهای در حال توسعه، به شدت افزایش یافته و تا سال ۲۰۲۰، میزان ابتلا به این بیماری در زنان، ۱۲۰ درصد و در مردان، ۱۳۷ درصد افزایش خواهد یافت (واسن و همکاران، ۲۰۰۴، ص ۱۹). بیماری‌های قلبی - عروقی در کشور ما، سالانه جان بیش از ۹۰ هزار نفر را می‌گیرد (رستمی و همکاران، ۲۰۱۲). پژوهشی میزان شیوع اضطراب مرگ شدید در بین بیماران قلبی را ۴۱/۷ درصد، اضطراب مرگ متوسط را ۲۸/۳ درصد و اضطراب مرگ خفیف را ۳۰/۰ درصد نشان داد (ولیکانی و یارمحمدی واصل، ۱۳۹۳). این یافته، با توجه به اینکه افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی در بیشتر مواقع، با اشتغال ذهنی در مورد بیماریشان و اینکه در هر لحظه ممکن است دچار ناراحتی قلبی شوند، و به دنبال آن، با مرگ مواجه گردند، دور از انتظار نبود. می‌توان گفت: همه انسان‌ها به نوعی از مرگ می‌ترسند، ولی در بیشتر مواقع، این ترس از مرگ و اضطراب همراه با آن در سطح ناهشیار باقی می‌ماند. ولی در این بیماران، ترس از مرگ، که ناهشیار می‌باشد، با شروع ناراحتی قلبی به سطح هشیار فراخوانده می‌شود و به احتمال زیاد، با افزایش سطح اضطراب مرگ آنان رابطه معنی‌داری دارد. فراتحلیلی که مشتمل بر ۲۰ تحقیق در رابطه با بیماری قلبی - عروقی بود، نشان داد که اضطراب به طور ویژه با مرگ و میر قلبی ارتباط دارد. چنان‌که افراد مضطرب، ۴۰ درصد بیشتر با افزایش احتمال خطر با مرگ قلبی مواجه هستند. با توجه به نتایج این تحقیقات، اضطراب مرگ در بین بیماران قلبی - عروقی، شیوع بالایی را نشان می‌دهد (روئست و همکاران، ۲۰۱۰). در پژوهشی درباره بیماران که حمله قلبی داشتند، زنان اضطراب مرگ بالاتری نسبت به مردان داشتند. بیماران که از حمله قلبی رنج می‌بردند، بین سنین ۵۰-۶۶ سال اضطراب مرگ بالاتری نسبت به سنین دیگر داشتند. بیماران، به طور ثابتی اضطراب مرگ بیشتری نسبت به افراد نرمال نشان دادند (شارما، ۲۰۱۴).

همانند غذا، آب و پناهگاه، نیاز به تعلق، نیازی اساسی برای بقای انسان است (الوتوسین، ۲۰۱۴). احساس تعلق برای بهزیستی هیجانی، شناختی و فیزیکی ضروری می‌باشد. تأثیر کمبود غذا و آب، بر سلامتی یک شخص به طور قابل توجهی فوری است، اما کمبود شبکه روابط اجتماعی و احساس تنهایی، ممکن است به آرامی فرد را تنزل دهد (باثومیسستر، ۱۹۹۵). چندین تعریف در مورد احساس تنهایی وجود دارد، اما تعریفی که به طور عموم برای احساس تنهایی پذیرفته شده است، عبارت است از: «تجربه ناخوشایندی که وقتی روابط اجتماعی شخص، در برخی مسائل مهم، اعم از کیفی و یا کمی

دارای نقص باشد، اتفاق می‌افتد» (پرلمن و دانیل، ۱۹۸۲، ص ۱۳). صاحب‌نظران معتقدند: احساس تنهایی هستی‌گرا در هر فردی به صورت فطری وجود دارد و به احساس زیربنایی بشر، که در دنیا تنهاست، مربوط می‌شود. اما هشیار شدن نسبت به آن در هنگام خطر یا مواجهه با مرگ رخ می‌دهد (اتما و همکاران، ۲۰۱۰). این احساس، یکی از سازه‌های پیچیده روان‌شناختی است که از زمان فلاسفه مورد بحث بوده است. در آن زمان، احساس تنهایی یک مفهوم مثبت به معنای کناره‌گیری داوطلبانه فرد از درگیری‌های روزمره زندگی، برای رسیدن به هدف‌های بالاتر مانند تعمق، مراقبه و ارتباط با خداوند تلقی می‌شد. اما امروزه، در متون روان‌شناختی به احساس تنهایی مثبت پرداخته نمی‌شود، بلکه حالتی در نظر گرفته می‌شود که در آن فرد عدم ارتباط با دیگران را تجربه می‌کند و شامل عناصر اصلی و مهمی مانند احساس نامطلوب، فقدان یا از دست دادن همدم، جنبه‌های ناخوشایند و منفی روابط از دست رفته و از دست دادن سطح کیفی روابط با دیگری است (گیرولد، ۱۹۹۸). احساس پذیرفته شدن و دوست داشتنی برای افراد در هر روز از زندگی، حائز اهمیت می‌باشد. این احساس در بیماران سرطانی، به مراتب بیشتر است؛ اینکه آیا اعضای خانواده و دوستان در اطرافشان هستند یا نه (اپندو و اپندو، ۲۰۰۹). احساس تنهایی، نه تنها ممکن است رشد سرطان، بلکه پیشروی آن را به وسیله تحریک سیستم ایمنی بدن تحت تأثیر قرار دهد. در این قبیل موارد، احساس تنهایی زمان بقای بیماران سرطانی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (لیونگ‌فو و همکاران، ۲۰۱۴). احساس تنهایی، احساس طاقت‌فرسایی است که توسط بیماران سرطانی در اواخر سفرشان تجربه می‌شود. تشخیص این احساس، در محیا کردن مرگ همراه با آرامش برای این بیماران کمک می‌کند. بیماران سرطانی، احساس تنهایی را به علت ناامنی‌ای تجربه می‌کنند که موجب احساس انزوا می‌شود. غیاب فرزندان، افراد مهم، اعضای خانواده، دوستان نزدیک و غیره موجب افسردگی و احساس تنهایی آنها می‌شود. این بیماران شگفت‌زده می‌شوند، اگر کسی بتواند آنها را به‌عنوان یک شخص، نه شخصی بیمار بپذیرد. از اینکه به خاطر بیماری‌شان، در خانواده بیگانه تلقی شوند، می‌ترسند. گاهی این ناامنی، اعتماد به اطرافیان را برای بیمار سخت‌تر می‌سازد. فقدان حضور یا ارتباط بیماران با اطرافیان، منجر به احساس بی‌نیازی، ارزش نگذاشتن، و قدردانی نشدن به وسیله اطرافیان می‌شود و از آن حیث، ریشه احساس تنهایی در این بیماران شروع به رشد می‌کند (اندرو، ۱۹۸۶). تعدادی سازوکارهای فیزیولوژیکی بالقوه وجود دارد که احساس تنهایی را به بیماری پیوند می‌زند (کاسیوپو و پاتریک، ۲۰۰۸، ص ۵). جنبه‌های بسیاری از انزوای اجتماعی، مانند کیفیت روابط اجتماعی، احساس تنهایی و فقدان فیزیکی دیگران، می‌تواند تأثیر

منفی بر سلامت قلب و عروق داشته باشند (بارث و همکاران، ۲۰۰۴). این عوامل، می‌توانند با رشد و پیشروی بیماری کرونری قلبی و به احتمال زیاد، با بهبودی ضعیف بعد از یک حادثه قلبی ترکیب شوند (الیزو، ۱۹۹۹). نتایج یک تحقیق آمریکایی منتشره در سال ۲۰۱۲ نشان داد که احساس تنهایی، خطر بیماری‌های قلبی را افزایش می‌دهد (بوکر، ۲۰۱۲). تحقیقات الوتوسین (۲۰۱۴)، در طول بیست سال تحقیق طولی، نشان داد که احساس تنهایی به‌عنوان یک عامل خطر معنادار برای بیماران قلبی است. ارتباطی نیز بین احساس تنهایی و سلامتی وجود داشت؛ افرادی که وضعیت سلامتی عالی، خیلی خوب و خوب گزارش کردند، به احتمال کمتری نسبت به بقیه با توجه به خودگزارش‌دهی ضعیف سلامتی، احساس تنهایی می‌کردند (والش، ۲۰۱۱).

معنویت بعدی است که از طریق آن، بیماران سرطانی می‌توانند با احساس ترس و تنهایی در طول بیماری مبارزه کنند (سورین، ۲۰۱۰). بیماران سرطانی به محض مواجهه با تشخیص، تغییر در مراحل بیماری و مشکلات پایان زندگی، مستعد پریشانی معنوی هستند (اسکالا، ۲۰۰۶). برای بیماران مبتلا به سرطان، که در مراحل انتهایی بیماری خود قرار دارند، آرامش معنوی و مذهبی، حتی از سلامت جسمی و روانی مهم‌تر است (لئونگ و همکاران، ۲۰۰۶). معنویت تعاریف متعددی دارد، یکی از این تعاریف، عبارت است از: «احساس دلبستگی به خدا یا یک قدرت مافوق». بر اساس تئوری دلبستگی بالبی، از همان ابتدای تولد، نوعی رابطه قلبی با نوزاد و فردی که از او مراقبت می‌نماید، شکل می‌گیرد. به این رابطه که هم جنبه عاطفی دارد و هم جسمی، دلبستگی گفته می‌شود (نقل از حسن‌پور و همکاران، ۱۳۹۱). در طی یک دهه گذشته، توجه زیادی به خداوند به‌عنوان یک تکیه‌گاه دلبستگی شده است. دلبستگی به خدا عامل مهمی است که می‌تواند افراد بیمار را از نظر روان شناختی تحت تأثیر قرار دهد. بالبی، حوادث تنش‌زا و دردناک زندگی، از دست دادن عزیزان و مشکل جسمی و روانی را برای فعال شدن نظام دلبستگی لازم می‌داند که موجب رفتن کودک به سمت چهره دلبستگی می‌شوند. توجه به خدا نیز در چنین شرایطی تشدید می‌شوند. چنان‌که خداوند می‌فرماید: «هنگامی که به کشتی سوار می‌شوند، خدا را به اخلاص در دین می‌خوانند و آن‌گاه که خداوند نجاتشان داد و به خشکی آورد، به ناگاه همان‌ها شرک می‌ورزند» (عنکبوت: ۶۵). همین آیه دلالت می‌کند که خداوند یک چهره دلبستگی است که همانند دیگر چهره‌های دلبستگی، در شرایط سخت بیشتر مورد توجه قرار می‌گیرد (کیرک‌پاتریک، ۱۹۹۹). اعتقادات بیماران به خدا، امیدشان را افزایش می‌دهد و به آنها کمک می‌کند با شرایط غیرقابل کنترل زندگی مواجه شوند (روبرتس، ۱۹۹۷). محققان در پژوهشی با عنوان «انطباق

روانی با بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده»، نشان دادند که معنویت نقشی مهم در سازگاری با شرایط استرس‌زای ناشی از بیماری‌های مزمن دارد (هانوچ و همکاران، ۲۰۰۴). سوربن (۲۰۰۹)، اظهار می‌کند که بسیاری از بیماران سرطانی، که به دلیل شرایط فعلی مبهم و آینده نامعلوم آزرده خاطر شده‌اند، بر عقاید مذهبی - به‌عنوان یک قدرت و منبع امید- تکیه می‌کنند تا بتوانند با ترس و احساس تنهایی، در طول بیماری مقابله کنند. در تحقیقی، ۹۶ درصد از بیماران قلبی، دارای باورهای مذهبی بالا بودند که این در صد بالای باورهای مذهبی، نشانگر فرهنگ اسلامی و اعتقادات بالای مذهبی در سطح جامعه مورد بررسی را نشان می‌دهد (آقاجانی و همکاران، ۱۳۹۱). بسیاری از معتقدان مذهبی، خدا را به‌عنوان عضوی از شبکه اجتماعی صمیمی و یک محرم اسرار، که مصاحبت، راهنمایی و آرامش را فراهم می‌سازد، تجربه می‌کنند (پارگامنت و همکاران، ۱۹۸۸). از این دیدگاه، وقتی شکل‌های دلبستگی انسان در دسترس نیست، افراد شکل دلبستگی ثانویه یا جانشین را جست‌وجو خواهند کرد. برای برخی افراد، این دلبستگی ثانویه ممکن است خدا باشد. به عبارت دیگر، افرادی که اشکال دلبستگی انسانی دارند، اما در دسترس نیستند، یا این افراد را طرد کرده‌اند، ممکن است «خدا» را به‌عنوان شکل دلبستگی جانشین، جست‌وجو کنند (کیرک‌پاتریک، ۱۹۹۴). در این پژوهش، سعی شده است تا مشخص شود که آیا بین اضطراب مرگ، احساس تنهایی و دلبستگی به خدا، در بین بیماران سرطانی، قلبی و افراد عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد؟ و این تفاوت چگونه است؟

روش پژوهش

این تحقیق، توصیفی و از نوع پس‌رویدادی یا علی‌مقایسه‌ای می‌باشد؛ چون در این پژوهش علت احتمالی (بیماری از نوع قلبی و سرطانی) از پیش رخ داده است و در حال حاضر، از طریق اثری که بر متغیرهای دیگر (احساس تنهایی، دلبستگی به خدا و اضطراب مرگ) تأثیر گذارده، مورد بررسی قرار می‌گیرد. به عبارت دیگر، آزمودنی‌هایی که رفتار مورد مطالعه را دارند (بیماری قلبی و سرطان)، با آزمودنی‌هایی که این رفتار را ندارند (افراد عادی)، در متغیرهای احساس تنهایی، دلبستگی به خدا و اضطراب مرگ مقایسه می‌شوند. اگرچه اساساً روش علی-مقایسه‌ای برای تحقیق در روابط علی به کار می‌رود. اما از آن روش می‌توان برای تعیین اثر اختلاف‌های مشاهده شده بین گروه‌ها نیز استفاده کرد (دلاور، ۱۳۹۴، ص ۱۵۴).

جامعه آماری این پژوهش ۶۱۲ نفر، بیمار با انواع سرطان‌ها و تحت شیمی‌درمانی و رادیوتراپی، در دو درمانگاه شهر اردبیل در طی سال ۹۳ و ۲۱۰ نفر بیمار طی بستری شده در بیمارستان امام^ع در طی

یک ماه و ۴۰ نفر افراد سالم می‌باشد. منظور از افراد سالم کسانی بودند که در طول یک سال گذشته، بیماری بستری و درمان طولانی مدت نداشته‌اند، می‌باشد. صاحب‌نظران معتقدند: در پژوهش به روش علی-مقایسه‌ای (پس رویدادی)، حداقل ۱۵ نفر برای هر گروه مورد مقایسه پیشنهاد شده است (همان)، ولی به جهت وجود متغیرهای کنترل نشده دیگر و نامتجانس بودن جامعه مورد مطالعه و احتمال افت آزمودنی‌ها، و با امعان نظر به مطالعات پژوهشگران (شارما، ۲۰۱۴؛ گالیپات و همکاران، ۲۰۰۶)، که تفاوت معناداری در متغیر اضطراب مرگ و احساس تنهایی بین افراد با سنین مختلف و بین دو جنس را نشان داده‌اند (همتی علمدارلو و همکاران، ۱۳۸۸)، با هم‌تاسازی از نظر سن و جنس، از میان افراد جامعه معرفی شده، ۴۰ نفر بیمار مبتلا به انواع سرطان‌ها، که تحت شیمی‌درمانی و رادیوتراپی بوده و در طی یکسال به دو درمانگاه شهر اردبیل مراجعه کرده‌اند، و ۴۰ نفر از بیماران قلبی بستری شده در بیمارستان امام خمینی^ع و ۴۰ نفر از افراد عادی به شرط نداشتن بیماری و بستری نشدن در طی یکسال گذشته، از میان همراهان این بیماران به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه اضطراب مرگ تمپلر، یک مقیاس سنجش تک بعدی و شامل ۱۵ آیتم به صورت صحیح/غلط است. ۹ آیتم از پانزده آیتم، در جهت صحیح و ۶ مورد، در جهت منفی نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کل، ممکن است بین ۰-۱۵ تغییر یابد. نمره بالا نشانگر وجود سطح بالایی از اضطراب مرگ است (آکچا، ۲۰۰۸). برخی سؤالات به گونه‌ای طراحی شده‌اند که مستقیماً اضطراب مرگ و موضوعات مرتبط به آن، و سؤالات دیگر رویدادهایی از قبیل بیماری‌های ناگهانی، جنگ جهانی، کوتاهی زندگی و ترس از مرگ دردناک را می‌سنجند (توکلی و احمدزاده، ۲۰۱۱). تمپلر، با مطالعه پایایی مقیاس اضطراب مرگ، ضریب ۰/۸۳ را برای پایایی آزمون-باز آزمون و ۰/۷۶ را برای همسانی درونی گزارش کرد (تمپلر، ۱۹۷۰). طی پژوهشی، آلفای کرونباخ ۰/۹۲ برای پرسش‌نامه به دست آوردند (الارجا، ۲۰۰۵). توکلی و احمدزاده (۲۰۱۱)، در پژوهشی به بررسی قابلیت اعتماد و روایی پرسش‌نامه، اضطراب مرگ تمپلر پرداختند. اعتبار پرسش‌نامه با استفاده از روش آزمون-آزمون مجدد ۰/۸۷ به دست آمد. روایی محتوا و صوری این پرسش‌نامه نیز تحت نظر متخصصان قابل قبول اعلام شده است (توکلی و احمدزاده، ۲۰۱۱). در این پژوهش، ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

پرسش‌نامه احساس تنهایی (UCLA): این مقیاس در سال ۱۹۷۸ توسط راسل و همکاران معرفی شد که

شامل ۲۰ متغیر انتخاب شده از مقیاس ۷۵ متغیری است که توسط سیزنوین در سال ۱۹۶۱ نوشته شده بود (راسل و همکاران، ۱۹۷۸). طیف پاسخ‌گویی آن، از نوع لیکرت می‌باشد. در پژوهش دلاور و همکاران (۱۳۸۵)، برای سنجش اعتبار سؤالات، ضرایب همبستگی بین هر یک از مواد پرسش‌نامه با نمره کل محاسبه شد و محاسبات در سطح معنادار به دست آمد. بنابراین، اعتبار سؤالات قابل قبول است. ضریب آلفای کرونباخ، برای تعیین پایایی، $0/88$ و ضریب همبستگی بین نمرات افسردگی و احساس تنهایی نیز $0/67$ محاسبه شد. بنابراین، اعتبار همزمان پرسش‌نامه نیز تأیید گردید. در این پژوهش، ضریب پایایی پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ $0/84$ به دست آمد.

پرسش‌نامه دلبستگی به خدا: این مقیاس، یک مقیاس ۲۸ گویه‌ای است که بک و مک‌دونالد آن را در سال ۲۰۰۶ ساختند که به ارزیابی دو بعد دلبستگی به خدا، یعنی اجتناب از صمیمیت با خداوند و اضطراب از طرد شدن پرداختند. بک و مک‌دونالد ضریب پایایی ۱۴ سؤال اضطراب را به روش آلفای کرونباخ $0/82$ و ۱۴ سؤال اجتناب را $0/83$ برآورد کرده‌اند (زصیری و لطیفیان، ۱۳۸۶). این آزمون، به صورت لیکرت ۷ درجه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم است (علیایی و همکاران، ۱۳۹۰). در این پژوهش، ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ $0/85$ برآورد شده است.

به جهت ملاحظات اخلاقی پژوهش، شرکت‌کنندگان در تحقیق، در ابتدای امر از جنبه‌های مختلف پژوهش آگاه شدند تا با رضایت کامل و به میل خود و به دور از هرگونه اعمال فشار و تحت نظر پزشک، در تحقیق شرکت نمایند. در نهایت، تلاش شد تا شرکت‌کنندگان در پژوهش در موقعیت فشار جسمی و روانی قرار نگیرند و از لحاظ روانی در آزادی و آرامش کامل باشند.

در این پژوهش، برای مقایسه میانگین متغیرهای وابسته در سه گروه بیماران سرطانی، بیماران قلبی و افراد سالم از تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) استفاده شد. در ادامه، برای تعیین تفاوت موجود و برای مقایسه دو به دو گروه‌ها، از آزمون تعقیبی LSD استفاده شده است. شریفی و نجفی‌زند، این آزمون را یکی از قوی‌ترین آزمون‌های تعقیبی معرفی کرده، معتقدند: اگر میانگین‌های مورد مقایسه بیش از سه مورد نباشد، بهتر است از این آزمون تعقیبی استفاده شود (شریفی و نجفی‌زند، ۱۳۹۳، ص ۲۳۴).

یافته‌های پژوهش

یافته‌های توصیفی این پژوهش، شامل شاخص‌های آماری مانند میانگین، انحراف استاندارد و تعداد آزمودنی‌ها می‌باشد که در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. مقایسه میانگین و انحراف استاندارد سه گروه مورد مطالعه

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
احساس تنهایی	سرطانی	۵۵	۷/۷۱
	قلبی	۵۰/۲۰	۵/۲۱
	سالم	۴۶/۱۳	۶/۵۴
دلبستگی به خدا	سرطانی	۹۹/۲۸	۱۲/۱۳
	قلبی	۹۶/۳۵	۱۲/۹۴
	سالم	۸۶/۴۳	۱۲/۲۴
اضطراب مرگ	سرطانی	۸/۷۵	۲/۹۵
	قلبی	۶/۴۸	۳/۸۶
	سالم	۴/۹۰	۲/۱۰

با توجه به جدول ۱، بالاترین میانگین‌ها در متغیرهای اضطراب مرگ ($\bar{X}=۸,۷۵$)، دلبستگی به خدا ($\bar{X}=۹۹,۲۸$) و احساس تنهایی ($\bar{X}=۵۵$)، متعلق به بیماران سرطانی و پائین‌ترین میانگین‌ها در متغیرهای اضطراب مرگ ($\bar{X}=۴,۹۰$)، دلبستگی به خدا ($\bar{X}=۸۶,۴۳$) و احساس تنهایی ($\bar{X}=۴۶,۱۳$) مربوط به افراد سالم است.

برای تحلیل داده‌های مربوط به تفاوت میانگین‌ها در سه گروه بیماران سرطانی، قلبی و افراد سالم، از لحاظ احساس تنهایی، دلبستگی به خدا و اضطراب مرگ، از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) استفاده شد. برای مقایسه دو به دو گروه‌ها از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد. پیش از تحلیل داده‌ها، پیش‌فرض‌های چندمتغیری و تک‌متغیری در این روش‌ها بررسی شدند. نتایج آزمون کالموگروف-سمیرنوف نشان داد که توزیع نمرات همه متغیرهای وابسته، نرمال است. همچنین، مقدار غیرمعداد آماره آزمون باکس-شانگر همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرهای وابسته بین گروه‌ها بود. نتایج آزمون لوین نیز در مورد تحلیل تک‌متغیره نشان داد که گروه‌ها از لحاظ واریانس درون گروهی، تفاوت معناداری با هم ندارند. با مشاهده نمودار نقطه‌ای (پراکنش) مشخص شد که ارتباط بین متغیرهای وابسته از نوع خطی است. همچنین، رابطه بین متغیرهای وابسته از نظر هم خطی چندگانه نیز بررسی شد و معلوم شد که بین متغیرهای وابسته، همبستگی بالایی وجود ندارد (۰/۸۰ و بالاتر). از این رو، فرض وجود هم خطی چندگانه نیز منتفی است.

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری از لحاظ ترکیب نمرات سه گروه مورد مطالعه در سه متغیر احساس تنهایی، دلبستگی به خدا و اضطراب مرگ

نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
اثر پیلای	۰/۴۶۸	۱۱/۷۱	۶	۲۳۰	۰/۰۰۰	۰/۴۷	۱
لامبدا ویلکز	۰/۵۴۳	۱۳/۵۶	۶	۲۲۸	۰/۰۰۰	۰/۴۶	۱
اثر هتلینگ	۰/۸۲	۱۵/۴۵	۶	۲۲۶	۰/۰۰۰	۰/۴۳	۱
بزرگترین ریشه خطا	۰/۷۹۴	۳۰/۴۴	۳	۱۱۵	۰/۰۰۰	۰/۴۵	۱

برای آگاهی از تفاوت سه گروه بیماران سرطانی، قلبی و افراد سالم از لحاظ سه متغیر احساس تنهایی، دلبستگی به خدا و اضطراب مرگ، از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. در این شیوه، نتایج در قالب چهار شاخص چندمتغیره ارائه می‌شود که در جدول ۲ آورده شده است. اغلب پژوهشگران، مقادیر لامبدای ویلکز را گزارش می‌کنند (علی‌آبادی و صمدی، ۱۳۸۴، ص ۳۲۹). مقدار F در آزمون لامبدای ویلکز $(F(6,228)=135.6)$ و سطح معناداری $P < 0.001$ در جدول ۲ بیانگر معنی‌داری ترکیب خطی نمرات متغیرهای احساس تنهایی، دلبستگی به خدا و اضطراب مرگ، در بین سه گروه بیماران سرطانی، بیماران قلبی و افراد سالم است؛ یعنی حداقل بین دو گروه از سه گروه بیماران سرطانی، بیماران قلبی و افراد سالم در میانگین این متغیر وابسته (احساس تنهایی، دلبستگی به خدا و اضطراب مرگ) تفاوت معنی‌دار وجود دارد. مجذور اتا در این جدول 0.46 می‌باشد. این مقدار، دلیلی بر سهمی از واریانس است که مربوط به متغیر ترکیبی جدید، یعنی عامل گروه می‌شود؛ یعنی 46% در صد واریانس یا تفاوت در این سه متغیر مربوط به تفاوت میان میانگین سه گروه می‌باشد. قاعده کلی چنین است: اگر این مقدار بزرگتر از 0.14 (۱۴ درصد) باشد، بیانگر اندازه اثر زیاد است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس تک راهه برای سه متغیر احساس تنهایی، دلبستگی به خدا و اضطراب مرگ در سه گروه

توان آماری	مجذور اتا	سطح معناداری	F	MS	Df	SS	متغیرهای وابسته	گروه‌ها
۱	۰/۵۶	۰/۰۰۰	۱۸۷۵	۸۰۶/۲۸	۲	۱۶۱۲/۵۷	احساس تنهایی	
۰/۹۹۴	۰/۴۹	۰/۰۰۰	۱۱/۷۷	۱۸۲۹/۸۳	۲	۳۶۵۹/۶۷	دلبستگی به خدا	
۰/۹۹۹	۰/۵۱	۰/۰۰۰	۱۵/۸۴	۱۴۸/۹۹	۲	۲۹۷/۹۸	اضطراب مرگ	

حال بر اساس نتایج جدول ۳، به بررسی تفاوت میان گروه‌ها از لحاظ تک‌تک متغیرهای وابسته می‌پردازد. بدین منظور، نتایج تحلیل واریانس تک راهه، متغیرها را مورد تفسیر قرار می‌دهد. آماره‌های مربوط به سه تحلیل واریانس تک‌متغیری در جدول ۳ گزارش شده است. با توجه به اینکه سه متغیر وابسته وجود دارد، با تقسیم 0.05 بر ۳ تصحیح بنفرونی را اجرا می‌کنیم. بنابراین، سطح معنی‌داری برای هر یک از این متغیرها باید $P < 0.017$ باشد. این امر، برای هر یک از سه متغیر احساس تنهایی، دلبستگی به خدا و اضطراب مرگ صادق است؛ چون سطح معناداری F هر کدام از این متغیرها در جدول $P < 0.001$ می‌باشد.

بنابراین، می‌توان گفت: بین سه گروه بیماران سرطانی، بیماران قلبی و افراد سالم به گونه معنی‌دار در میانگین نمرات احساس تنهایی، دلبستگی به خدا و اضطراب مرگ تفاوت وجود دارد. بنابراین، با توجه به مقادیر مجذور اتا می‌توان گفت: به ترتیب، 56 ، 49 و 51 درصد کل واریانس در احساس تنهایی، دلبستگی

به خدا و اضطراب مرگ مربوط به تفاوت بین سه گروه می‌باشد. توان آماری در مورد احساس تنهایی، صدد صد است؛ یعنی احتمال آن وجود نداشته که فرضیه صفر اشتباهاً تأیید شود. این مقدار برای دل‌بستگی به خدا $0/006$ و برای اضطراب مرگ $0/001$ می‌باشد؛ یعنی $0/6$ درصد برای دل‌بستگی به خدا و $0/1$ درصد برای اضطراب مرگ احتمال وجود داشته که فرضیه صفر اشتباهاً تأیید شود.

جدول ۴: نتایج مقایسه‌های زوجی گروه‌ها در سه متغیر احساس تنهایی، دل‌بستگی به خدا و اضطراب مرگ بر اساس آزمون LSD^{۸۴/۰}

متغیرهای وابسته	گروه i	گروه j	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	معناداری
احساس تنهایی	سرطانی	قلبی	*۵/۲۱	۱/۵۱	۰/۰۰۱
	قلبی	سالم	*۸/۹۷	۱/۴۷	۰/۰۰۰
		سرطانی	*-۵/۲۱	۱/۵۱	۰/۰۰۱
	سالم	سالم	*۳/۷۵	۱/۴۹	۰/۰۱۳
		سرطانی	*-۸/۹۷	۱/۴۷	۰/۰۰۰
	عادی	قلبی	*-۳/۷۵	۱/۴۹	۰/۰۱۳
دل‌بستگی به خدا	سرطانی	قلبی	۲/۴۰	۲/۸۷	۰/۴۰۵
	سالم	سالم	*۱۲/۷۴	۲/۷۹	۰/۰۰۰
		سرطانی	-۲/۴۰	۲/۸۷	۰/۴۰۵
	قلبی	سالم	*۱۰/۳۴	۲/۸۴	۰/۰۰۰
		سرطانی	*-۱۲/۷۴	۲/۷۹	۰/۰۰۰
	عادی	قلبی	*-۱۰/۳۴	۲/۸۴	۰/۰۰۰
اضطراب مرگ	سرطانی	قلبی	*۲/۲۸	۰/۷۱	۰/۰۰۲
	سالم	سالم	*۳/۸۵	۰/۶۹	۰/۰۰۰
		سرطانی	*-۲/۲۸	۰/۷۱	۰/۰۰۲
	قلبی	سالم	*۱/۵۷	۰/۷۰	۰/۰۳۶
		سرطانی	*-۳/۸۵	۰/۶۹	۰/۰۰۰
	عادی	قلبی	*-۱/۵۷	۰/۷۰	۰/۰۳۶

مقایسه زوجی یا دو به دوی گروه‌ها، در متغیر احساس تنهایی بر اساس آزمون تعقیبی LSD، نشانگر این است که میانگین احساس تنهایی در بیماران سرطانی، به گونه معناداری ($P < 0/001$) از بیماران قلبی و افراد عادی بیشتر است. همچنین، این مقدار در بیماران قلبی در سطح معنی‌داری $P < 0/001$ از افراد عادی بیشتر است.

مقایسه زوجی یا دو به دوی گروه‌ها، در متغیر دل‌بستگی به خدا، بر اساس آزمون LSD حاکی از آن است که میانگین نمره احساس تنهایی بیماران سرطانی ($\bar{X} = 99.28$) و بیماران قلبی ($\bar{X} = 96.35$)، به طرز معنی‌داری ($P < 0/001$) از میانگین نمره افراد سالم ($\bar{X} = 96.35$) بیشتر است. اما میانگین نمره دل‌بستگی به خدا، در بیماران سرطانی و بیماران قلبی تفاوت معنی‌داری با همدیگر ندارند.

مقایسه زوجی یا دو به دوی گروه‌ها، در متغیر اضطراب مرگ نیز بیانگر این است که میانگین نمره

اضطراب مرگ در بیماران سرطانی $\bar{X}(=۸,۷۵)$ ، در سطح معناداری ($P<۰/۰۱$) بالاتر از بیماران قلبی $\bar{X}(=۶,۴۸)$ می‌باشد. همچنین، جدول ۴ نشانگر این است که در سطح معناداری $P<۰/۰۵$ میانگین اضطراب مرگ بیماران قلبی ($\bar{X}(=۶,۴۸)$)، بالاتر از میانگین نمره افراد سالم ($\bar{X}(=۴,۹۳)$) است. همچنین میانگین نمره اضطراب مرگ بیماران سرطانی $\bar{X}(=۸,۷۵)$ ، در سطح معناداری $P<۰/۰۰۱$ بالاتر از افراد سالم ($\bar{X}(=۴,۹۳)$) است.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه، با هدف مقایسه اضطراب مرگ، احساس تنهایی و دلبستگی به خدا، در بین بیماران سرطانی، قلبی و افراد عادی صورت گرفته است. نتایج این بررسی نشان داد، اضطراب مرگ در بین بیماران سرطانی، بیشتر از بیماران قلبی می‌باشد. این یافته، با نتایج پژوهش شرم‌ن و همکاران (۲۰۱۰) مشابهت دارد. این امر نشان داد که میزان اضطراب مرگ در بین بیماری‌های مختلف از جمله سرطان شیوع بالایی دارد (شرمن و همکاران، ۲۰۱۰). بر اساس مطالعه سوابق موجود، اضطراب مرگ در دهه‌های اخیر، مورد توجه برخی پژوهشگران قرار گرفته است و اثر آن را بر جسم و روان انسان، مورد بررسی قرار داده‌اند. سرطان و رنج ناشی از آن، یکی از هولناک‌ترین تجربیات بشر است. با پیشرفت بیماری، بیماران در معرض انواع گوناگونی از ناراحتی‌ها قرار می‌گیرند. این ناراحتی‌ها، اغلب به صورت اضطراب، افسردگی و ناامیدی نمایان می‌شوند و به ویژه در مراحل پیشرفته بیماری فرد، به شدت با ترس از مرگ روبرو می‌شود (نگوچی و همکاران، ۲۰۰۶). در برخی مطالعات عنوان شده است که حتی در انواعی از سرطان‌ها، که درمان مؤثری برای آنها وجود دارد، بیماران به واسطه آگاهی‌های غلط، تشخیص سرطان را معادل مرگ می‌دانند (فارسی و همکاران، ۲۰۱۰). مطالعات نشان داد که سطوح اضطراب مرگ در بیماران سرطانی، که طول درمان بیش از ۶ ماه داشتند، بالا بود (بیداق، ۲۰۱۴). نتایج مقایسه متغیر احساس تنهایی، بین سه گروه نشان داد که تفاوت معناداری در احساس تنهایی بین بیماران سرطانی، قلبی و افراد سالم وجود دارد. میانگین نمرات بیماران سرطانی، به ترتیب بالاتر از بیماران قلبی و افراد سالم است. این یافته، با نتایج پژوهش‌های دیگر پژوهشگران (روکاج، ۲۰۰۰؛ لیانگ‌فو و همکاران، ۲۰۱۴)، همسو می‌باشد. یافته‌های این پژوهشگران نشان‌دهنده ارتباط احساس تنهایی با خطر افزایش سرطان است. احساس تنهایی، احتمالاً بین متغیرهای روانی - اجتماعی، در تجارب زنانی که به صورت طولانی از سرطان سینه رنج می‌برند، نهفته باشد (سامارل و همکاران، ۲۰۰۲). احساس تنهایی یک تجربه منفی شدید است که فرد از یادآوری آن به شدت اجتناب می‌کند. بیماران سرطانی بخصوص

در معرض احساس تنهایی هستند (روکاچ، ۲۰۰۰). بررسی تفاوت بیماران سرطانی، قلبی و افراد سالم نشان داد که دل‌بستگی به خدا، در هر دو دسته بیماران سرطانی و بیماران قلبی به طور معنی‌داری بالاتر از افراد سالم است، ولی دو دسته از بیماران سرطانی و قلبی در متغیر دل‌بستگی به خدا، تفاوت معنی‌داری باهم ندارند. خداوند به‌عنوان تکیه‌گاه و منبع دل‌بستگی، دارای شرایطی است که اجازه می‌دهد او را به‌عنوان موضع دل‌بستگی به حساب آوریم. از ویژگی‌های این منبع دل‌بستگی، پناهگاهی است مطمئن که فرد در مشکلات زندگی می‌تواند به او رجوع کند (سالاری‌فر، ۲۰۰۰)، همیشه در دسترس و در کنار انسان است، علی‌رغم عدم حضور فیزیکی، همیشه می‌شود حضور او را احساس کرد. دیگر اینکه فرد معتقد، خداوند را اساس ایمنی می‌داند. بنابراین، از وجود او احساس قدرت و امنیت می‌کند (کیرک‌پاتریک، ۱۹۹۴). مطالعات نشان می‌دهد که افراد معنویت را برای مقابله با رخدادها و مصیبت‌های بسیار متفاوت، از قبیل بزرگ کردن کودک معلول، بیماری سرطان و... استفاده می‌کنند (یاتس و همکاران، ۱۹۸۱). برای بیماران مبتلا به سرطان، که در مراحل انتهایی بیماری خود قرار دارند، آرامش معنوی و مذهبی، ممکن است حتی از سلامت جسمی و روانی مهم‌تر باشد (لئونگ و همکاران، ۲۰۰۶). یافته‌های این مطالعه بیانگر این مسئله است که تهدید حیات و احساس تنهایی، دغدغه اصلی بیماران سرطانی و قلبی در مواجهه با تشخیص می‌باشد. با توجه به لزوم شناخت نگرانی‌های این بیماران، به ویژه بیماران سرطانی توسط اعضای خانواده و پزشک معالج مداخلات روان‌شناختی مناسب، حسب نیازها و نگرانی‌های این بیماران و به دلیل روند رو به افزایش بیماران سرطانی، همچنین بیماران قلبی ضروری به نظر می‌رسد. این مطالعه، در یک شهرستان و به صورت یک مطالعه محدود انجام شده است. از این رو، مانند همه مطالعات در تعمیم‌پذیری نتایج محدودیت دارد. لازم است مطالعه در مکان‌های دیگر و با شرایط فرهنگی متفاوت تکرار گردد. همچنین، تمایل کمتر بیماران قلبی و بخصوص سرطانی با شرایط جسمی دشوار و تعداد محدود نمونه‌ها و مخالفت تعداد زیادی از پزشکان آنکولوژی و قلب، با تکمیل کردن سؤالات مقیاس اضطراب مرگ توسط بیماران، به دلیل احتمال تأثیر منفی مطالعه سؤالات برای همکاری با پژوهش، که موجب کاهش نمونه شد، اشاره کرد.

منابع

- آقاجانی، محمد و همکاران، ۱۳۹۱، *بررسی ارتباط انس با قرآن و باورهای مذهبی با میزان اضطراب مرگ در بیماران قلبی، گروه پرستاری- دانشگاه علوم پزشکی کاشان*، ایران، کمیته تحقیقات دانشجویی- دانشگاه علوم پزشکی کاشان.
- اسمیعی، روانبخش و همکاران، ۱۳۹۱، «تهدید حیات، دغدغه اصلی سرطان بیماران در مواجهه با تشخیص: کیفی یک مطالعه»، *مجله دانشکده پرستاری و مامایی علوم پزشکی تهران (حیات)*، دوره هجدهم، ش ۵، ص ۱۲-۲۲.
- دلاور، علی، ۱۳۹۴، *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و علوم اجتماعی*، چ چهاردهم، تهران، سخن.
- دلاور، علی و همکاران، ۱۳۸۵، «رابطه سبک اسناد با افسردگی، اضطراب و احساس تنهایی در دانشجویان دانشگاه‌های آزاد اسلامی شهر تهران در سال تحصیلی ۸۳-۸۲»، *دانش و پژوهش در روان‌شناسی*، ش ۲۱ و ۲۲، ص ۱۰۳-۱۳۴.
- سلمانیپور، محمدجواد و حمیدرضا ایمانی‌فر، ۱۳۸۹، «مرگ و شهادت از دیدگاه قرآن و روان‌شناسی»، *پژوهش‌نامه علوم و معارف قرآن کریم*، سال اول، ش ۸، ص ۹۳-۱۱۸.
- شریفی، حسن پاشا و جعفر نجفی‌زند، ۱۳۹۳، *روش‌های آماری در علوم رفتاری*، چ نوزدهم، تهران، سخن.
- علی‌آبادی، خدیجه و علی صمدی، ۱۳۸۴، *تحلیل داده‌های روان‌شناسی با برنامه اس‌پی‌اس‌اس*، ویرایش‌های ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ویرایش دوم، تهران، دوران.
- علیائی، زهرا و همکاران، ۱۳۹۰، «بررسی روایی و پایایی مقیاس دلبستگی به خدا»، *روش‌ها مدل‌های روان‌شناختی*، سال دوم، ش ۲، ص ۶۵-۸۱.
- نصیری، حبیب‌اله و مرتضی لطفیان، ۱۳۸۶، «دلبستگی به خدا، عواطف مثبت و رضایت از زندگی»، در: مجموعه مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، شیراز، ص ۴۵۹-۴۶۲.
- ولیعزایی، احمد و مسیب یارمحمدی واصل، ۱۳۹۳، «رابطه سبک‌های دلبستگی با اضطراب مرگ در بیماران قلبی-عروقی»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، دوره بیست‌ویکم، ش ۴، ص ۳۵۵-۳۶۷.
- همتی علمدارلو، قربان و همکاران، ۱۳۸۸، «مقایسه احساس تنهایی و سلامت عمومی در سالمندان ساکن خانواده و سرای سالمندان مناطق شمال شهر تهران»، *مجله سالمند ایران*، سال سوم، ش ۸، ص ۵۵۷-۵۶۴.
- Abdel-chalked IS, 2002, Why do we fear death? The construction and validation of the reasons for death fear scale, *Death Studies*, v. 26, p. 669-680.
- Akça F, 2008, Adaptation of death anxiety scale (DAS): validity and reliability studies, *Klinik Psikiyatri*, v. 11, p. 7-16.
- Al-Arja, N, 2005, Death anxiety in palestinians during AL-Aqsa Intifada, *Arab Psy. Net e Journal*, v. 8, p. 9-10.
- Andrew H. A, 1986, Essentials of the Roy adaptation model, Appleton-century-crofts, 25-van zant street en, (1991) The Roy adaptation model.
- Barth J, & et al, 2004, Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-

- analysis, *Psychosom Med*, v. 66, p. 802-813.
- Baumeister, R. F, 1995, The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation, *Psychological bulletin*, v. 117(3), p. 497-529.
- Beydag, K, 2014, Factors Affecting the Death Anxiety Levels of the Relatives of the Cancer Patients Undergoing Treatment, *Asian Pacific J Cancer Prev*, v. 13, p. 2405-2408d.
- Booker, K, 2012, Study: Effects of loneliness mimic aging process, boost heart disease risk. Retrieved May ۱, ۲۰۱۲. www.heart.org.
- Cacioppo, J, & Patrick, W, 2008, *Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection*, New York, Norton.
- Elizur, Y, 1999, Psychosocial adjustment and mental health two months after coronary artery bypass surgery: a multisystemic analysis of patients' resources, *Journal of Behavioral Medicine*, v. 22, p. 157-177.
- Ettema, E. J, & et al, ۲۰۱۰, Existential loneliness and end-of-care: A systematic review, *Theoretical Medicine and Bioethics*, v. 31, p. 141-169.
- Farsi Z, & et al, 2010, Coping strategies of adults with leukemia undergoing hematopoietic stem cell transplantation in Iran: a qualitative study, *Nurs Health sci*, v. 12(4), p. 485- 92.
- Galipot MT, & et al, 2006, Self-Regulatory Processes Defend Against the Threat of Death Effects of Self-Control Depletion and Trait Self-Control on Thoughts and Fears of Dying, *Personal Sock Psyche*, v. ۹۱(۱), p. ۴۹-۶۲.
- Gierveled, J, 1998, A review of loneliness: concept and efnitions, determinants and consequences, *Reviews in Clinical erontology*, v. 8, p. 73-80.
- Hanoch, L, & et al, 2004, Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Preliminary Study of its Factorial Structure *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, v. 13, N. 3, p. 250-260.
- Kirk Patrick, L. A, 1994, Attachment, Evolution, and The Psychology of Religion, P. 239-256.
- Kirkpatrick, L.A, ۱۹۹۹, Attachment and religious representations and behavior. In J. Cassidy & P. R.Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 803-822).New York: Guilford.
- Leung R. K, & et al, 2006, The influence of awareness of terminal condition on spiritual well-being in terminal cancer patients, *J Pain Symptom Manage*, v. 31(5), p. 449-456.
- Liang-Fu.You, & et al, Su Expression Profiles of Loneliness-associated Genes for Survival Prediction in Cancer Patients, *Expression Profiles of Loneliness-associated Genes for Survival rediction in Cancer Patients*, DOI:[http://dx. doi. org/10.7314/APJCP. 2014.15.1.185](http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.1.185).
- Mardani-Hamule M, 2010, Relationship between mental health and quality of life cancer patient, *J Shahid Sadoughi Med Sci*, v. 18(2), p. 111-117.
- Miller AK, & et al, 2012, Death anxiety in persons with HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis, *Death Stud*, v. 36(7), p. 640-663.
- Naderi F, & Roushani Kh, 2012, Relationship of spiritual intelligence and social intelligence with death anxiety in old women, *J Women and Culture*, v. 2(6), p. 55-67.
- Noguchi W, & et al, 2006, Spiritual needs in cancer patients and spiritual care based on logotherapy, *Palliative Medicine, Graduate School of Tokyo Medical*, p. 112.
- Olutosin, A. A, 2014, A risk factor for coronary heart disease mortality among men in eastern finland. University of eastern finland, Faculty of Health Sciences Public health, Master's thesis, ۳۰ pages.
- Pargament, K. I, & et al, 1988, Religion and the problem-solving process: Three styles of coping, *Journal for the Scientific Study of Religion*, v. 27, p. 90-104.
- Perlman, & Daniel, 1982, *Loneliness: A source book of current theory research and therapy*, New York, John wiley and sons, p.1-18.ISBN978-0-471-08028-2.
- Pollak JM, 1980, Correlates of death anxiety: A review of empirical studies, *Omega: Journal of Death and Dying*, v. 10(2), p. 97-121.
- Roberts, J.A, & et al, 1997, Factors in flouncing views of patients gynaecological cancer about end- of- life decisions, *American journal of obstetrics and Genecology*, v. 176(1), p. 166-172.

- Roest AM, & et al, 2010, Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis, *J Am Coll Cardiol*, v. 56(1), p. 38-46.
- Rokach, A, 2000, Correlates of loneliness as perceived by the terminally ill, *Curr. Psychol*, v. 19, p. 237-۲۴۸.
- Rostami H, & et al, 2012, Training needs of patients with heart failure, *J Urmia Nursing And Midwifery Faculty*, v. 9(3), p. 156-164.
- Russell, D, & et al, 1978, Developing a measure of loneliness, *Journal of personality assessment*, v. 42(3), p. 290-294.
- Salarifar. M, 2000, comparing family therapy theory of Minoochin with Islamic view about family, M.A. thesis of psychology, research center of seminary and university of Ghom.
- Samarel, N, & et al, 2002, Effects of two types of social support and education on adaptation to early-stage breast cancer, *Research in Nursing and Health*, v. 25(6), p. 459-470.
- Sharma, T, 2014, Effect of gender and disease on death anxiety, v. 2, p. 174.
- Sherman DW, & et al, 2010, A comparison of death anxiety and quality of life of patients with advanced cancer or AIDS and their family caregivers, *J Assoc Nurses AIDS Care*, v. 21(2), p. 99-112.
- Skalla, K, 2006, Spiritual assessment of patient with cancer: The moral authority, vocational, aesthetic, social, and transcendent model, *Oncology Nursing Forum*, v. 33(4), p. 745-751.
- Surbone Antonella, & Baidier Lea, 2009, *The spiritual dimension of cancer care*. Crit Rev in Oncol Haematol, Epub ahead of print, April 28th.
- Surbone Antonella, 2010, The spiritual dimension of cancer care, *Critical Review in Oncology/ Hematology*, v. 73(3), p. 228-235.
- Tang, P. L, & et al, 2011, Correlation the correlation of death anxiety between Taiwanese, *Cancer of Nursing*, v. 34(4), p. 286-292.
- Tavakoli, MA, & Ahmadzadeh, B, 2011, Investigation of Validity and Reliability of Templer Death Anxiety Scale, *Thought & Behavior in Clinical Psychology*, v. 6, N. 21, p. 72-80.
- Templer, D. I, 1970, The construction and validation of a Death Anxiety scale, *Journal of General psychology*, v. ۸۲, p. ۱۶۵-۱۷۷.
- Upendo Makenya, & Upendo Bandawe, 2009, *Nurse's Perceptions on Cancer Patient's loneliness*, Laurea University Of Applied Sciences Laurea Otaniemi.
- Vasan RS, & et al, 2004, *Epidemiology of coronary artery disease*. In: Fuster V, Alexander RW, O'Rouke RA. Hurst's: The heart. 11th ed, NewYork: MC Graw-Hill.19.
- Walsh, K, 2011, *Report of the Commission of Older People: Older People - Experiences and Issues*, Dublin: Society of St. Vincent de Paul.
- Yates, J, & et al, 1981, Religion in patients with advanced cancer, *Medical and pediatric oncol*, v. 9, p. 121-۱۲۸.