

تدوین و بررسی تأثیر بسته آموزشی «اضطراب از مرگ» مبتنی بر آموزش‌های ادیان ابراهیمی با تأکید بر تربیت اسلامی بر سلامت روان و اجتناب از مرگ بیماران سرطانی شهر اصفهان

سید علی کلاه‌دوزان*
محمدباقر کجباف**
حمیدرضا عریضی***
محمدرضا عابدی****
فریبرز مکاریان*****

چکیده

این مقاله با هدف تدوین و بررسی تأثیر بسته آموزشی «اضطراب از مرگ» مبتنی بر آموزش‌های ادیان ابراهیمی با تأکید بر تربیت اسلامی بر سلامت روان و اجتناب از مرگ بیماران سرطانی تدوین گردید. طرح پژوهش از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. شرکت‌کنندگان از بین مراجعه‌کنندگان به بیمارستان سیدالشهدا (امید) اصفهان انتخاب گردیدند و با حجم نمونه ۲۶ نفر (۱۸ زن و ۸ مرد) بصورت تصادفی در دو گروه آزمودنی ($n=13$) و کنترل ($n=13$) گمارش شدند. این بسته طی هفت جلسه درمان گروهی نود دقیقه‌ای بر روی آزمودنی‌ها و هفت جلسه تمرین‌های ساده نوشتاری بدون انجام مداخله برای گروه کنترل اجرا گردید. برای مقایسه نتایج دو گروه از دو پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی - فرم کوتاه ($\alpha=0.91$) و پرسشنامه نیم رخ نگرش به مرگ و وونگ و همکاران ($\alpha=0.88$) استفاده شد. تحلیل داده‌ها نیز از روش آمار توصیفی - استنباطی تحلیل کواریانس با نرم‌افزار SPSS-21 انجام گردید. بیماران گروه آزمودنی در مقایسه با گروه کنترل از بین شاخص‌های «نگرش به مرگ» در خرده‌مقیاس «اجتناب از مرگ» و «اضطراب از مرگ» کاهش معنادار و از بین شاخص‌های کیفیت زندگی در خرده‌مقیاس «سلامت روان» افزایش معناداری نشان دادند. نتایج به‌دست آمده نشان می‌دهد که آموزش نگرش به مرگ بر اساس رویکرد دینی می‌تواند به سلامت روان بیماران سرطانی کمک رساند.

واژگان کلیدی: اضطراب از مرگ، اجتناب از مرگ، سلامت روان، ادیان ابراهیمی، تربیت اسلامی، بیماران سرطانی.

* دانشجوی دکتری روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان
** استاد، دکترای تخصصی، گروه روانشناسی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه اصفهان اصفهان ایران
m.b.kaj@edu.ui.ac.ir
*** استاد، دکترای تخصصی، استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
dr.oreyzi@edu.ui.ac.ir
**** استاد، دکترای تخصصی، استاد گروه مشاوره دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)
dr.mr.abedi@gmail.com
***** استادیار، دکترای پزشکی، استادیار دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
mokarian@med.mui.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۸/۲۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۴/۱۸

۱. مقدمه

اضطراب از مرگ از جمله بنیادی‌ترین و پیچیده‌ترین غرایز بشری به شمار می‌رود. غریزه مرگ به دلیل اینکه به‌طور مستقیم در ارتباط با حفظ حیات و بقای انسان می‌باشد، نه تنها نقش محوری در ساختار زیستی، تکاملی و ژنتیکی انسان دارد، بلکه در ساختار و فرایندهای ذهنی نیز تأثیرگذار است. انسان تنها موجود زنده‌ای است که می‌تواند به آینده فکر کند و این بدان معناست که تنها انسان است که می‌تواند اضطراب ناشی از فکر کردن به مرگ را تجربه کند. بسیاری از ساختارهای اجتماعی و نیازمندی‌های فردی انسان نیز توسط تعامل و تفکر انسان با پدیده مرگ و فرایندهای زیستی و حیاتی تعیین، شناسایی و انتخاب می‌شود (میرز، ۲۰۰۹^۱).

از بعد روان‌شناسی و رفتارشناسی، بسیاری از تحولات و تفکرات ذهنی مثل باور به دنیای پس از مرگ، متمرکز بودن به زمان حال، آینده‌نگری، پررنگ‌سازی ارزش‌های زندگی، معنایابی و معناسازی زندگی، ایجاد حس دلبستگی و وابستگی و تمایل ذهنی به اجتناب از خطرها با گرایش ذاتی انسان به نامیرایی و تمایل به زنده ماندن مرتبط است. در شرایط عادی، انسان‌ها با استفاده از این راهکارهای ذهنی تا حدودی می‌توانند بر تفکرات اضطراب‌آور ناشی از فکر مرگ و مردن غلبه کنند؛ اما در شرایط دشوار و مخاطره‌آمیز، مثل بیماری، بلایای طبیعی، حوادث غیرمترقبه، جنگ، قحطی، مرگ نزدیکان، کهنسالی و از کار افتادگی، ذهن انسان ناخودآگاه به سمت افکار مرتبط با پایان زندگی معطوف شده و احساس اضطراب از مرگ اجتناب‌ناپذیر خواهد شد (بکر، ۱۹۷۳^۲).

باوجوداین، بسیاری از روان‌درمان‌های معاصر، مثل روان‌درمانی وجودی، معنادرمانی و درمان‌های موج سوم روان‌شناسی، علت اصلی آسیب‌های روانی را در نوع رفتار و نگرش انسان‌ها به مرگ دانسته‌اند و لزوماً اضطراب از مرگ را عامل آسیب‌زننده‌ای برای افراد به شمار نمی‌آورند. اروین یالوم، نظریه‌پرداز وجودی، بر این باور است که هر چقدر تجربه زیسته انسان‌ها کمتر بوده و آنها از زندگی بهره کمتری ببرند، اضطراب از مرگ آنها بیشتر می‌شود. یا از نظر ویکتور فرانکل، پایه‌گذار مکتب معنادرمانی، انسان در برابر آگاهی از مرگ دو رویکرد متضاد اضطراب و آرامش را تجربه می‌کند و این بستگی به برداشت و رضایت فرد از عملکرد زیسته خود در زندگی دارد (حبیب، ۱۳۹۰، ص ۵۵-۱۱۶).

1. Meyers

2. Becker

سرطان در کشورهای توسعه یافته نخستین عامل و در کشورهای در حال توسعه دومین عامل مرگ به شمار می‌رود (سنتر،^۱ سیگال^۲ و جمال،^۳ ۲۰۱۱). ایران به‌عنوان کشوری در حال توسعه که در سال‌های اخیر از رشد قابل توجهی در صنعتی‌سازی و مدرن شدن برخوردار شده است، تغییرات زیادی را در محیط و سبک زندگی تجربه کرده است و احتمال دارد که این از عوامل مهم در افزایش درصد مبتلایان به بیماری‌های بدخیم در ایران باشد (الماسی و همکاران، ۲۰۱۵؛ طلایی‌زاده و همکاران، ۲۰۱۳). در ایران، سرطان به‌عنوان دومین عامل مهم از بیماری‌های وخیم غیرواگیردار و مهم‌ترین عامل مرگ و میر بعد از بیماری‌های قلبی، تصادفات و دیگر عوامل طبیعی به شمار می‌رود (دولت خواه و همکاران، ۲۰۱۵).

همان‌طور که پژوهش‌ها نشان می‌دهند سرطان یک بیماری تی-روانی است و مسائل روانی بر وضعیت تنی و متقابلاً مسائل تنی بر وضعیت و شرایط روانی بیماران اثرات ملموس و مستقیمی دارد (اوجیون و همکاران،^۴ ۲۰۱۰؛ کاسو و همکاران،^۵ ۲۰۰۴). نرخ ابتلا به سرطان و مرگ بیماران در بیشتر گونه‌های مختلف سرطان در ایران روند رو به رشد دارد و با توجه به اینکه برطبق گزارش انجمن آزادی مذهبی جهانی در سال ۲۰۰۹، پیروان ادیان ابراهیمی بیش از ۵۴ درصد جمعیت جهان و ۹۸ درصد جمعیت ایران را تشکیل می‌دهند، تبیین و به‌کارگیری مداخله‌های روان‌شناسی، برنامه‌های آموزش مراقبتی و خدمات درمانی و مشاوره با محوریت باورهای دینی و معنوی می‌تواند بر ابعاد مختلف سلامت جسمی و روانی بیماران ایرانی تأثیر گذارده و مورد استقبال و استفاده طیف وسیعی از جامعه دینی و پیروان ادیان ابراهیمی در داخل و خارج کشور قرار گیرد (فرهود و همکاران، ۲۰۱۸).

از سوی دیگر، تحقیقات (مک کولاف و همکاران،^۶ ۲۰۰۰؛ آکست - مارجتیک و همکاران،^۷ ۲۰۰۵) نشان می‌دهند باورهای مذهبی و عقیدتی انسان‌ها می‌تواند ابزار بسیار مهم و تأثیرگذار بر سلامت روانی انسان‌ها باشد. معنابخشی به زندگی، افزایش تاب‌آوری، غلبه بر افسردگی، کاهش اضطراب از مرگ، پذیرش بیماری، افزایش تحمل درد و رنج ناشی از بیماری، افزایش تمدد اعصاب، و دریافت حمایت‌های مذهبی و اجتماعی از جمله تأثیرات درمانی استفاده از باورها و اعتقادات مذهبی برای بهبود شرایط روانی بیماران به شمار می‌رود.

-
1. Center
 2. Siegel
 3. Jamal
 4. Ochayon
 5. Casso
 6. McCullough
 7. Aukst-Margetic

ابوچار و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی نشان دادند که با رشد معنا، صلح و باور در بیماران، عملکرد هیجانی و شناختی آنها ارتقاء می‌یابد و همچنین سطح اضطراب و افسردگی بیماران به طور معناداری با عوامل سلامت معنوی آنها در ارتباط است. پژوهش‌های قبلی نیز نشان می‌دهند که هرچه درجه دینداری بالاتر باشد، میزان افسردگی پایین‌تر است (مک براید و همکاران،^۱ ۱۹۹۸؛ آکست- مارچتیک و همکاران، ۲۰۰۵؛ کوئینگ و همکاران،^۲ ۱۹۹۸، کوئینگ و همکاران، ۱۹۹۲؛ برام و همکاران،^۳ ۲۰۰۱).

با وجود پیشرفت‌های پزشکی برای درمان سرطان که تقریباً درمان قریب به اتفاق مبتلایان را منجر می‌شود، به دلیل کلیشه‌ها و باورهای اجتماعی موجود در خصوص بیماری سرطان، متأسفانه خیلی از بیماران، حداقل در دوران ابتدایی مبارزه با بیماری، به دلیل ناآگاهی، سرطان را با مرگ برابر دانسته و معمولاً از همان مراحل اول درمان اضطراب از مرگ بالایی را تجربه می‌کنند و در برابر سختی‌های بیماری تاب‌آوری پایینی از خود نشان می‌دهند.

در یک پژوهش نیز نشان داده شد که طیف بزرگی از جمعیت مبتلایان به سرطان در ایران به دلیل ناآگاهی از بیماری و نبود آموزش کافی برای روبه‌رو شدن با اندیشه مرگ از اضطراب از مرگ بالا و سلامت روانی پایینی (صالحی و همکاران، ۱۳۹۴) رنج می‌برند. پژوهشی دیگر (منزس،^۴ شارپ^۵ و دارنیمراد،^۶ ۲۰۱۹) با استفاده از نمونه بزرگی از افرادی که برای درمان‌های روانی متفاوت مراجعه کرده بودند، نتیجه گرفت که اضطراب از مرگ می‌تواند یک پیش‌بینی‌کننده قوی برای طیف‌های وسیعی از اختلالات روانی باشد و این نشان‌دهنده ارتباط قوی بین سلامت روان و اضطراب از مرگ است. از این جهت نیاز به درمان‌هایی ضروری است که به طور مشخص اضطراب از مرگ در آسیب‌های روانی را هدف قرار دهد.

کاهش نگرانی‌های وجودی مثل نگرانی و اضطراب از مرگ در بیماران آسیب‌پذیر مثل بیماران سرطانی احتمالاً می‌تواند در جلوگیری از کاهش سلامت روان ایجاد شده توسط سرطان و درمان‌های مرتبط با آن اثر گذارد؛ در پژوهشی داخلی درباره سلامت روان بیماران سرطانی نشان داده شده است که اضطراب از مرگ می‌تواند با سلامت روان، سلامت وجودی و سلامت مذهبی به طور معناداری مرتبط باشد (مهدوی و همکاران، ۲۰۱۹).

1. McBride

2. Koeing

3. Braam

4. Menzies

5. Sharpe

6. Dar-Nimrod

سرطان معمولاً بیماران را مجبور می‌کند تا به یک بازانندیشی و بازتعریف دقیق‌تری از زندگی و مرگ برسند تا توسط آن به بازیابی سلامت روان و کیفیت زندگیشان کمک کنند. به نظر می‌رسد باور داشتن به زندگی پس از مرگ بهتر می‌تواند فرد را به سمت پذیرش و مواجه شدن با اضطراب از مرگ هدایت کند؛ زیرا فرد وجود مرگ را در ضدیت با گزینه تمایل به جاودانگی و نامیرایی خود نمی‌بیند. بیشتر پژوهش‌های حوزه روان‌شناسی مرگ بیشتر بر جنبه آسیبی اضطراب از مرگ متمرکز شده‌اند و تنها چند سالی است که تحقیقات روان‌شناختی در حوزه مرگ از رویکرد آسیب‌شناختی صرف به سمت رویکردهای درمانی مرگ و بررسی تأثیرات مثبت آن بر زندگی انسان‌ها پرداخته است (نیمیر و همکاران، ۲۰۱۰^۱).

پژوهش پیش رو قصد دارد تا با استفاده از آموزه‌های ادیان ابراهیمی با تأکید بر اسلام یک بسته آموزشی «اضطراب از مرگ» برای بیماران سرطانی تدوین کند. با اینکه در بیشتر روش‌های درمانی متداول، بهبود سلامت روان و عدم اجتناب از مرگ را با کاهش اضطراب از مرگ همبسته فرض می‌کنند، در بسته آموزشی حاضر فرض بر این است که بدون تمرکز بر کاهش سطح اضطراب از مرگ بیماران و تنها از طریق مرگ آگاه نمودن آنها، می‌توان بر سطح سلامت روان و اجتناب از مرگ بیماران تأثیر مثبتی گذاشت.

۲. روش پژوهش

این پژوهش به صورت ترکیبی و با دو روش کمی و کیفی برای رسیدن به دو هدف کلی زیر طراحی و اجرا شده است: هدف اول، تدوین یک بسته آموزشی با محوریت اضطراب از مرگ براساس آموزه‌های ادیان ابراهیمی با تأکید بر تربیت اسلامی، و هدف دوم اندازه‌گیری تأثیر این بسته آموزشی بر سلامت روان و اجتناب از مرگ بیماران سرطانی. این اهداف پژوهشی در سه مرحله اجرا شده است:

در مرحله نخست، به دلیل نبود الگوی دینی مناسب به صورت یک مدل، یک بسته آموزشی متناسب با آموزه‌های ادیان ابراهیمی به شیوه کیفی و با استفاده از روش تحلیل مضمون تدوین شد. در این باره، ابتدا منابع علمی نوشتاری از طریق سرشماری در این رابطه شناسایی و بررسی شدند. تمامی متون تخصصی روان‌شناسی و دینی شامل پایان‌نامه‌ها، مقاله‌ها، کتاب‌های مرجع و نرم‌افزارهای فارسی و انگلیسی با موضوع اضطراب و نگرش به مرگ و سلامت روان در بیماران سرطانی (۱۳۸۲-۱۳۹۸) استفاده شدند.

1. Neimeyer

سه کتاب مرجع قرآن، تورات و انجیل از منابع اصلی پژوهش‌های مرتبط با بسته «اضطراب از مرگ» مبتنی بر رویکرد ادیان ابراهیمی به شمار می‌رود. پژوهشگر آیات و جملات مرتبط با هر یک از مقولات ذکر شده را از سه کتاب مرجع در ادیان ابراهیمی استخراج و با کدگذاری اولیه و ثانویه، آنها را از بعد اشتراک معنایی مورد بررسی و طبقه‌بندی محتوایی قرار داد. سپس، با هشت متخصص علوم دینی و روان‌شناسی منتخب از دانشگاه‌ها و حوزه‌های علمیه شهر اصفهان مصاحبه ای از نوع نیمه ساختاریافته با پرسش‌های باز انجام گرفت. ملاک‌های در نظر گرفته شده برای انتخاب مصاحبه‌شوندگان شامل تمایل به شرکت در مصاحبه، دارا بودن حداقل کارشناسی ارشد یا تحصیلات حوزوی در رشته‌های الهیات، معارف، علوم قرآنی، فقه و حقوق اسلامی یا مدرک دکتری در رشته روان‌شناسی و مشاوره و دارا بودن دست کم پانزده سال سابقه تدریس، پژوهش و یا فعالیت‌های علمی در علوم دینی و یا روان‌شناسی بود.

مرحله دوم، تحلیل داده‌های کیفی توسط رویکرد پدیدارشناسی توصیفی-کلاسیکی بود که درون‌مایه‌های اصلی بسته طبق هفت مرحله مدل پیشنهادی «کلاسیکی» استخراج شد که شامل مروری بر تمام اطلاعات، استخراج جملات مهم، فرمول‌بندی معانی، دسته‌بندی معانی فرموله شده در قالب مضامین مشترک، توصیف روایی مختصر مفاهیم مهم، تحلیل مروی نتایج جهت تعیین اعتبار و تعیین قابلیت پیگیری داده‌ها می‌باشد.

اهداف و محتوای بسته در قالب یک فرم نظرسنجی با مقیاس درجه‌بندی (کاملاً مناسب، تاحدی مناسب، نامناسب) به چهار نفر از متخصصان روان‌شناسی جهت بررسی روایی آموزشی ارائه شد که شاخص توافق به دست آمده ۸۹ درصد گزارش شد که در سطح معنادار قرار گرفت. جهت ارزیابی بسته آموزشی، اهداف بسته آموزشی توسط پنج نفر از استادان متخصص در حوزه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان ارزیابی و محتوای جلسات تأیید شد. هر پنج متخصص در خصوص کارایی بسته آموزشی به تفکیک جلسات توافق داشته و سطح ارزیابی کلی نیز در حد «کاملاً مناسب» گزارش شد.

در مرحله سوم، برای تدوین الگویی جامع و منسجم که دارای یک منطق درونی باشد، موضوعات مشترک و مورد تأکید هر سه دین ابراهیمی در پنج مقوله دسته‌بندی شدند که عبارت بودند از هدفمندی زندگی، ارتباط با خدا، توبه و استغفار، عشق الهی و هدفمندی مرگ. هر یک از پنج موضوع مشترک به دست آمده از ادیان ابراهیمی در قالب جلسات پنجگانه تنظیم و برای هر جلسه اهداف مشخصی تبیین شد. در ابتدای هر جلسه، یکسری پرسش‌ها و جملات برای دریافت پاسخ نوشتاری براساس الگوی شیوه نگارش توصیفی در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. ساختار جلسات این بسته براساس محتوا و در قالب هفت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای که شامل دو بخش نوشتاری

(۴۵ دقیقه) و بخش گفتگومحور (۴۵ دقیقه) بود، تدوین شد. نمونه پرسش‌ها و جملات جلسات آموزشی در جدول ۱ آمده است:

جدول ۱. نمونه پرسش‌ها و عبارات نوشتاری جلسات آموزشی مبتنی بر ادیان ابراهیمی با تأکید بر تربیت اسلامی

ردیف	جلسه / هدف	عبارت / پرسش
۱	هدف زندگی	أَفَحَسِبْتُمْ أَنَّمَا خَلَقْنَاكُمْ عَبَثًا وَأَنَّكُمْ إِلَيْنَا لَا تُرْجَعُونَ؛ آیا گمان می‌کنید که ما شما را بی‌هوده آفریده‌ایم و شما به سوی ما بازگردانده نمی‌شوید؟ (مؤمنون، ۱۱۵)
۲	هدف زندگی	شما می‌خواهید نامه‌ای به خانواده، دوستان و یا هر شخصی که مدنظر دارید بنویسید و در آن از ناپایداری زندگی دنیوی، جاودانگی زندگی اخروی، و اهمیت آن در کیفیت زندگی مادی مطالبی را ذکر کنید این نامه را حداقل در حد یک پاراگراف یا بیشتر بنویسید. به نام خدا حضور محترم.....،
۱	توبه و استغفار	إِلَّا مَن تَابَ وَآمَنَ وَعَمِلَ عَمَلًا صَالِحًا فَأُولَئِكَ يُبَدِّلُ اللَّهُ سَيِّئَاتِهِمْ حَسَنَاتٍ وَكَانَ اللَّهُ غَفُورًا رَحِيمًا؛ کسانی که توبه کنند و ایمان آورند و عمل صالح انجام دهند، خداوند بدی‌های آنها را تبدیل به نیکی می‌کند و خداوند آمرزنده و مهربان است (فرقان، ۷۰).
۲	توبه و استغفار	فرض کنید که خدا می‌خواهد پیغامی خصوصی مختص به شما بدهد و در این پیغام به شما مژده بدهد که به دلیل ایمان و توکل به خداوند و همچنین جدایی و جبران اعمال و کارهای اشتباه خود به‌طور قطع شما را مشمول لطف و رحمت خود قرار خواهد داد. اگر شما بخواهید از زبان خدا این نامه را برای خودتان بنویسید، چه می‌نویسید و چگونه می‌نویسید؟
۱	شناخت معنوی	وَإِذْ قَالَ رَبُّكَ لِلْمَلَائِكَةِ إِنِّي جَاعِلٌ فِي الْأَرْضِ خَلِيفَةً قَالُوا أَتَجْعَلُ فِيهَا مَن يُفْسِدُ فِيهَا وَيَسْفِكُ الدِّمَاءَ وَنَحْنُ نُسَبِّحُ بِحَمْدِكَ وَنُقَدِّسُ لَكَ قَالَ إِنِّي أَعْلَمُ مَا لَا تَعْلَمُونَ؛ و آن زمان را یاد آر که پروردگارت به فرشتگان گفت: به یقین جانشینی در زمین قرار می‌دهم. گفتند: آیا موجودی را در زمین قرار می‌دهی که در آن به فساد و تباهی برخیزد و به ناحق خون ریزی کند و حال آن که ما تو را همواره با ستایشت تسبیح می‌گوییم و تقدیس می‌کنیم. [پروردگارا] فرمود: من چیزی می‌دانم که شما نمی‌دانید (بقره، ۳۰).
۲	شناخت معنوی	به‌عنوان یک پدر یا یک مادر شما برای رشد و تربیت کودکان زحمات زیادی کشیده‌اید. دوست دارید کیفیت ارتباطتان با کودکان چگونه باشد؟ و چقدر داشتن یک ارتباط مستمر و عمیق بین شما و فرزندان می‌تواند به رشد و تربیت او کمک می‌کند؟
۱	عشق الهی	وَلَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنسَانَ وَنَعَلْنَاهُ مِثْلَ نُوحُوسٍ بِهِ نَفْسُهُ وَنَحْنُ أَقْرَبُ إِلَيْهِ مِنْ حَبْلِ الْوَرِيدِ؛ ما انسان را آفریدیم و سوسه‌های نفس او را می‌دانیم، و ما به او از رگ قلبش نزدیک‌تریم (ق، ۱۶)
۲	عشق الهی	اگر بخواهید یاد و خاطره پدر و مادران را به‌عنوان کسانی که نعمت هستی به شما داده‌اند و زمینه رشد شما را فراهم کرده‌اند همیشه در قلب و ذهنتان زنده نگه دارید، چه کارهایی می‌توانید در زندگی انجام دهید؟
۱	هدف مرگ	كُلُّ نَفْسٍ ذَائِقَةُ الْمَوْتِ وَبَلَّوْكُمْ بِالشَّرِّ وَالْخَيْرِ فِتْنَةً وَإِلَيْنَا تُرْجَعُونَ؛ هر نفسی مرگ را می‌چشد و شما را از راه آزمایش به بد و نیک خواهیم آزمود و به سوی ما بازگردانیده می‌شوید (انبیاء، ۳۵)
۲	هدف مرگ	شما می‌خواهید نامه‌ای به فرشته مرگ بنویسید و با او از افکار، احساسات، و یا خواسته‌هایی که در خصوص مرگ در ذهن دارید سخن بگویید. بدون اینکه توجه به املا و نگارش کلمات داشته باشید هر چه به ذهنتان می‌رسد را به روی کاغذ منتقل کنید. اجازه دهید که احساسات و افکارتان آزادانه به روی کاغذ بیایند. حضور محترم ملک مقرب الهی،

اعتبارسنجی مداخلات مبتنی بر شواهد به پژوهشگر کمک می‌کند تا عناصر فعال یک مداخله را جدا کند، بهینه‌کاوی را بر روی مداخله انجام دهد، آن را با گروه کنترل یا مداخله استاندارد مقایسه و در دیگر پژوهش‌ها بتواند یافته‌ها را دوباره بازتولید کند (هیلدربرند^۱ و همکاران، ۲۰۱۲). برای انجام راستی‌آزمایی مداخله، چهار اقدام صورت گرفت: ابتدا درجه تأثیر^۲ یا اثربخشی انجام شد که به پیشینه تحقیق و تأثیر پژوهش‌های قبلی بر جامعه هدف پرداخته شد؛ در مرحله دوم بهینه‌کاوی^۳ انجام شد که به بررسی مقایسه‌ای بین تأثیر بسته آموزشی این پژوهش با تأثیر دیگر بسته‌های متداول درمانی در سلامت روان بیماران سرطانی پرداخته شد. در مرحله سوم وفاداری^۴ در انتقال درست مطالب در بسته آموزشی ارزیابی شد و سرانجام در مرحله چهارم که مرحله بررسی مداخله^۵ بود به شیوه‌های سنجشی نشان داده شد که آیا مداخله در جهتی که طراحی شده تأثیر داشته است.

۳. ابزار پژوهش

در مرحله کمی پژوهش از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی-فرم کوتاه^۶ برای اندازه‌گیری سلامت روان و پرسشنامه نیم رخ نگرش به مرگ و وونگ و همکاران^۷ برای اندازه‌گیری اجتناب از مرگ استفاده شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی-فرم کوتاه (۱۹۹۶) نمونه کوتاه (۲۶ سؤالی) پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی می‌باشد که شامل یک نمره کلی کیفیت زندگی و چهار خرده مقیاس سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط می‌باشد. نمونه‌ای از سؤال‌های این پرسشنامه عبارت است از:

در کل کیفیت زندگی خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ چه مقدار دچار حالاتی مانند یأس و ناامیدی و اضطراب و ... می‌شوید؟ دردهای جسمانی و مشکلات بدنی چقدر مانع انجام فعالیت‌ها و کارهای مورد علاقه شما می‌شود؟

برای هر خرده مقیاس یک نمره خام قابل محاسبه است. برای تبدیل نمره‌های خام به نمره‌های

1. Hilderbrand
2. efficacy
3. benchmarking
4. adherence
5. manipulation check
6. WHOQOL-BREF
7. DAP-R

نهایی، از طریق فرمول به یک نمره استاندارد بین صفر تا صد تبدیل می‌شوند. نمره بیشتر، نشان‌دهنده سلامت روان بهتر است. پایایی خرده مقیاس‌های این پرسشنامه از روی تحلیل آماری انجام شده بر روی ۱۱۶۷ نفر در تهران، ایران (جات و دیگران، ۱۳۸۵) انجام گرفته است. پایایی بازآزمایی خرده مقیاس‌ها چنین گزارش شده است: سلامت جسمانی ۰/۷۷، سلامت روان ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵، و سلامت محیط ۰/۸۴. سازگاری درونی با آلفای کرونباخ اندازه‌گیری شد ($\alpha = 0/91$).

پرسشنامه نیم‌رخ نگرش به مرگ و وونگ و همکاران (وونگ،^۱ و همکاران، ۱۹۹۴) شامل ۳۲ سؤال با ۵ خرده مقیاس است که هم نگرش مثبت و هم نگرش منفی به مرگ را نشان می‌دهد. سیستم نمره‌دهی این پرسشنامه براساس مقیاس لیکرت است که از کاملاً ناموافق (۱) تا کاملاً موافق (۷) درجه‌بندی می‌شود. سؤالات هر خرده مقیاس جمع زده و بر تعداد سؤالات تقسیم می‌شود تا میانگین هر خرده مقیاس به دست آید. نمره بالاتر نشانه تمایل بیشتر آزمودنی در اجتناب، اضطراب و پذیرش مرگ می‌باشد. از نمونه عبارات این پرسشنامه می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

از افکار مربوط به مرگ اجتناب می‌کنم؛ به مرگ باید به‌عنوان یک اتفاق غیرقابل اجتناب، غیرقابل انکار و طبیعی نگاه شود و مرگ ورود به منزلگاه خشنودی ابدی است.

وونگ و همکاران (۱۹۹۴) پایایی برای همسانی درونی این پنج خرده مقیاس را از ۰/۹۷ برای پذیرش گرایشی تا ۰/۶۵ برای پذیرش خنثی گزارش کرده‌اند. پایایی بازآزمونی چهارهفته‌ای این پرسشنامه نیز دامنه‌ای به محدوده ۰/۹۵ برای خرده مقیاس پذیرش تا ۰/۶۱ برای خرده مقیاس اجتناب نشان می‌دهد. بشرپور و همکاران (۲۰۱۲)، توسط سه روان‌شناس با مدرک دکترای روان‌شناسی روایی محتوایی پرسشنامه را تأیید کردند. ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های این آزمون از ۰/۸۸ برای خرده مقیاس پذیرش فعالانه مرگ تا ۰/۶۴ برای خرده مقیاس اجتناب از مرگ به دست آمد.

۴. شیوه اجرا

پس از آنکه شرکت‌کنندگان ($n=26$) براساس ملاک‌های شمول برای پژوهش مناسب تشخیص داده شدند، آنها فرم رضایتنامه و فرم جمعیت‌شناختی را تکمیل، امضا و وارد درمان شدند. شرکت‌کنندگان از دو مرکز درمانی بیمارستان امید و کلینیک سبا در اصفهان انتخاب شدند و جلسات درمان نیز به‌طور مشترک در همان مراکز برای آنها برگزار شد.

آزمودنی‌ها به‌طور تصادفی در دو گروه انتخاب شدند: گروه درمان و گروه کنترل. هر گروه در یک آزمایش بالینی تصادفی که شامل هفت جلسه نود دقیقه‌ای بود به صورت هفتگی شرکت کردند. ارزیابی‌ها در سطح پیش‌آزمون، پس‌آزمون (بعد از شش جلسه درمان هفتگی) و پیگیری (دو ماه پس از اتمام جلسات آموزشی) انجام شد. اهداف و جزئیات جلسات آموزشی در جدول ۲ ذکر شده است.

جدول ۲. اهداف و موضوعات جلسات درمان مبتنی بر ادیان ابراهیمی و نگارش توصیفی

جلسه / موضوع	هدف	اجرا
بسته آموزشی «اضطراب از مرگ» مبتنی بر آموزش‌های ادیان ابراهیمی با تأکید بر تربیت اسلامی	جدایی از اضطراب ناشی از مرگ توسط آموزه‌های دینی و حرکت به سوی رشد معنوی	جدایی از اضطراب ناشی از مرگ و مردن توسط آموزه‌های دینی و حرکت به سوی رشد معنوی
جلسه اول: معارفه	معرفی و شناسایی اعضای گروه و فرایند آموزشی	معرفی افراد و بیماری آنها در گروه، بیان اهداف و معرفی دوره آموزشی، بحث در خصوص تأثیرات منفی بیماری در سلامت روان، اجرای پیش‌آزمون
جلسه دوم: هدف زندگی	نگرش به زندگی (بی‌هدفی یا عدم تمرکز بر اهداف مهم زندگی ← هدفمندی و هدفگذاری بر مبنای نگرش معنوی به زندگی)	تمرین ذهن آگاهی (ارتباط با یک فرد معنوی)، دادن جزوه سؤالات و جملات با موضوع هدف زندگی، بحث گروهی در خصوص پاسخ‌های افراد به سؤالات و جملات مطرح شده، جمع‌بندی جلسه
جلسه سوم: توبه و استغفار	خودسرزنشگری و ترس از آینده ← جداسازی از گناهان گذشته و تطهیرسازی نفس	تمرین ذهن آگاهی (خاطره شرم‌آور در کودکی)، دادن جزوه سؤالات و جملات با موضوع توبه و استغفار، بحث گروهی در خصوص پاسخ‌های افراد به سؤالات و جملات مطرح شده، جمع‌بندی جلسه
جلسه چهارم: شناخت معنوی	نگرش مادی به خود ← نگرش فرامادی و معنوی به خود	تمرین ذهن آگاهی (تمرین ملاقات با خدا)، دادن جزوه سؤالات و جملات با موضوع شناخت معنوی، بحث گروهی در خصوص پاسخ‌های افراد به سؤالات و جملات مطرح شده، جمع‌بندی جلسه
جلسه پنجم: عشق الهی	بی‌توجهی یا بی‌رغبتی به اعمال معنوی و دینی ← عمل معنوی مبتنی بر عشق الهی و اثربخشی آن در زندگی	تمرین ذهن آگاهی (شنیدن آیات قرآن بر سر مزار خود)، دادن جزوه سؤالات و جملات با موضوع هیجان‌ات معنوی، بحث گروهی در خصوص پاسخ‌های افراد به سؤالات و جملات مطرح شده، جمع‌بندی جلسه
جلسه ششم: هدف مرگ	اجتناب از مرگ ← پذیرش مرگ	تمرین ذهن آگاهی (تمرین زنده شدن در قبر)، دادن جزوه سؤالات و جملات با موضوع، بحث گروهی در خصوص پاسخ‌های افراد به سؤالات و جملات مطرح شده، جمع‌بندی جلسه
جلسه هفتم: نتیجه‌گیری و ارزیابی	ارزیابی تغییرات احتمالی در نگرش به زندگی و مرگ و بیان تجربه شخصی از جلسات آموزشی با دیگر افراد گروه	جمع‌بندی جلسات و اهداف آموزشی، بازخورد افراد از کیفیت جلسات برگزار شده و اثربخشی این جلسات بر کیفیت زندگی و رنج‌های روانی آنها، اجرای آزمون پیگیری

۵. شیوه تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای مقایسه آزمودنی‌ها، اطلاعات دموگرافی آنها جمع‌آوری شد که در جدول ۳ مشاهده می‌شود. داده‌ها نشان می‌دهد که از نظر تعداد، جنسیت، سن، تأهل و مرحله پیشرفت بیماری، بین آزمودنی‌های دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود.

جدول ۳. دموگرافی شرکت‌کنندگان در پژوهش

اطلاعات دموگرافی	تأهل		میانگین سن	جنسیت		تعداد شرکت‌کنندگان	مرحله سرطان (۱ ابتدایی - ۴ پیشرفته)
	متاهل	مجرد		مرد	زن		
گروه درمان مبتنی بر رویکرد ادیان ابراهیمی	۱۰	۳	۴۸/۱۴	۴	۹	۱۳	۲/۵۰
گروه کنترل	۱۰	۳	۴۴/۲۸	۴	۹	۱۳	۲/۷۷
کل	۲۰	۶		۸	۱۸	۲۶	

با توجه به اینکه پاسخگویی به سؤالات اصلی پژوهش با استفاده از روش تحلیل کواریانس صورت گرفت، لذا ابتدا به بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کواریانس پرداخته شد. به منظور بررسی عادی بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. با توجه به سطح معناداری ($p > 0/05$) متغیرهای سلامت روان و اجتناب از مرگ عادی بودن توزیع نمره‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل تأیید می‌شود. برای بررسی پیش‌فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در جامعه از آزمون لوین استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای متغیر سلامت روان ($F = 1/651$)، $P = 0/212$) و برای متغیر اجتناب از مرگ ($F = 8/282$)، $P = 0/002$) نشانگر تحقق پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها بود.

۶. یافته‌ها

برای بررسی تأثیر بسته آموزشی بر سلامت روان و اجتناب از مرگ، از تحلیل کواریانس استفاده شد که نتایج آن در جداول (۷-۹) ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح $P < 0/01$ تفاوت وجود دارد. براساس این می‌توان گفت که دست‌کم در یکی از متغیرهای وابسته (اضطراب از مرگ، اجتناب از مرگ و سلامت روان) بین دو گروه، تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۴. آماره‌های توصیفی مقیاس اضطراب از مرگ به تفکیک گروه و نوع آزمون

گروه‌ها	نوع آزمون	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	پیش‌آزمون	۱۳	۲/۱۴	۶/۸۶	۴/۱۲	۱/۵۰
	پس‌آزمون	۱۳	۲/۲۹	۵/۱۴	۳/۷۱	۰/۹۸
کنترل	پیش‌آزمون	۱۳	۱/۵۷	۶/۲۹	۴/۵۴	۱/۲۶
	پس‌آزمون	۱۳	۳/۲۹	۵/۷۱	۴/۵۸	۰/۸۱

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های اضطراب از مرگ گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل کاهش داشته است.

جدول ۵. آماره‌های توصیفی مقیاس اجتناب از مرگ به تفکیک گروه و نوع آزمون

گروه‌ها	نوع آزمون	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	پیش‌آزمون	۱۳	۱	۶/۶۰	۳/۸۱	۱/۵۹
	پس‌آزمون	۱۳	۱/۶۰	۵/۲۰	۳/۲۹	۱/۲۵
کنترل	پیش‌آزمون	۱۳	۳/۸۰	۵/۸۰	۵/۰۶	۰/۷۳
	پس‌آزمون	۱۳	۲/۸۰	۶/۸۰	۵/۱۸	۱/۱۰

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های اجتناب از مرگ گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل کاهش داشته است.

جدول ۶. آماره‌های توصیفی مقیاس سلامت روان به تفکیک گروه و نوع آزمون

گروه‌ها	نوع آزمون	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	پیش‌آزمون	۱۳	۲۵	۸۹/۲۹	۵۳/۵۷	۱۷/۶۱
	پس‌آزمون	۱۳	۳۲/۱۴	۱۰۰	۶۰/۹۸	۱۷/۳۴
کنترل	پیش‌آزمون	۱۳	۱۰/۷۱	۹۲/۸۶	۵۶/۸۶	۲۲/۳۲
	پس‌آزمون	۱۳	۱۰/۷۱	۹۲/۸۶	۵۶/۳۱	۲۱/۷۳

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های سلامت روان گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل افزایش داشته است.

برای بررسی اثربخشی درمان لازم است از تحلیل کوواریانس استفاده شود. برای این منظور نخست باید دو شرط یکسان بودن شیب خط رگرسیون و برابری واریانس‌ها رعایت شود. نتایج نشان می‌دهد شرط یکسان بودن شیب خط رگرسیون برای اضطراب از مرگ ($p=0/560$) و $p=0/350$ ، اجتناب از مرگ ($F=0/859$ و $p=0/032$) و برای سلامت روان ($F=0/891$ و $p=0/355$)

برقرار بوده است و همچنین نتیجه آزمون لون نشان داد برابری واریانس‌ها برای اضطراب از مرگ ($F=۴/۲۵۲$ و $p=۰/۰۵۸$)، اجتناب از مرگ ($F=۰/۰۴۰$ و $p=۰/۸۴۲$) و سلامت روان ($F=۲/۳۷۳$ و $p=۰/۱۳۷$) نیز رعایت شده است.

جدول ۷. نتایج تحلیل کواریانس متغیر اضطراب از مرگ

متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجات آزادی	مجزور میانگین	F	سطح معناداری	مجزور اتا
پیش‌آزمون	۱۱/۶۷۱	۱	۱۱/۶۷۱	۳۴/۵۱۵	۰/۰۰۱	۰/۶۰۰
گروه‌ها	۲/۶۹۲	۱	۲/۶۹۲	۷/۹۶۱	۰/۰۱۰	۰/۲۵۷
خطا	۷/۷۷۷	۲۳	۰/۳۳۸			
مجموع	۴۷۱/۷۷۶	۲۶				

همان‌گونه‌که در جدول ۷ مشاهده می‌شود، برنامه آموزشی مبتنی بر آموزش‌های ادیان ابراهیمی با تأکید بر تربیت اسلامی اثربخش بوده است ($F=۷/۹۶۱$ و $p=۰/۰۱۰$). به‌دیگرسخن، آموزش مبتنی بر رویکرد ادیان ابراهیمی با تأکید بر اسلام توانسته است نمره‌های اضطراب از مرگ را کاهش دهد.

جدول ۸. نتایج تحلیل کواریانس متغیر اجتناب از مرگ

متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجات آزادی	مجزور میانگین	F	سطح معناداری	مجزور اتا
پیش‌آزمون	۱۴/۴۴۱	۱	۱۴/۴۴۱	۱۷/۱۸۷	۰/۰۰۱	۰/۴۲۸
گروه‌ها	۶/۳۱۴	۱	۶/۳۱۴	۷/۵۱۵	۰/۰۱۲	۰/۲۴۶
خطا	۱۹/۳۲۵	۲۳	۰/۸۴۰			
مجموع	۵۲۴/۱۲۰	۲۶				

همان‌گونه‌که در جدول ۸ مشاهده می‌شود، برنامه آموزشی مبتنی بر رویکرد ادیان ابراهیمی با تأکید بر تربیت اسلامی اثربخش بوده است ($F=۷/۵۱۵$ و $p=۰/۰۱۲$). به‌دیگرسخن، آموزش مبتنی بر رویکرد ادیان ابراهیمی با تأکید بر تربیت اسلامی توانسته است نمره‌های اجتناب از مرگ را کاهش دهد.

جدول ۹. نتایج تحلیل کواریانس در متغیر سلامت روان

متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجات آزادی	مجزور میانگین	F	سطح معناداری	مجزور اتا
پیش‌آزمون	۶۸۱۸/۲۰۹	۱	۶۸۱۸/۲۰۹	۶۳/۸۰۷	۰/۰۰۱	۰/۷۳۵
گروه‌ها	۳۵۶/۵۷۲	۱	۳۵۶/۵۷۲	۳/۳۳۷	۰/۰۴۰	۰/۱۲۷
خطا	۲۴۵۷/۶۹۴	۲۳	۱۰۶/۸۵۶			
مجموع	۹۸۸۶۴/۷۹۶	۲۶				

همان‌گونه‌که در جدول ۹ مشاهده می‌شود، برنامه آموزشی مبتنی بر رویکرد ادیان ابراهیمی با تأکید بر تربیت اسلامی اثربخش بوده است ($F=۳/۳۳۷$ و $p=۰/۰۴۰$). به‌دیگرسخن، آموزش مبتنی بر رویکرد ادیان ابراهیمی با تأکید بر تربیت اسلامی توانسته است نمره‌های سلامت روان را افزایش دهد.

۷. نتیجه‌گیری

عامل اضطراب از مرگ و عوارض رفتاری ناشی از آن را که ما به‌عنوان اجتناب از مرگ می‌شناسیم می‌تواند تأثیر بسزایی در سلامت روان بیماران سرطانی گذارد. به دلیل اینکه مرگ برای انسان‌ها امری است ناشناخته، تکنیک‌های شناختی متداول برای درمان اضطراب از مرگ نسبت به دیگر اضطراب‌ها محدود می‌باشد. در اکثر موارد اضطرابی، به دلیل عینی بودن پدیده اضطراب‌آور، برای کاهش سطح اضطراب می‌توان از روش‌هایی همچون مواجهه‌سازی گام به گام استفاده کرد؛ اما در پدیده مرگ، این امر امکان‌پذیر نیست و برای همین است که در ادبیات پژوهشی (فیفل^۱ و برنسکام^۲، ۱۹۷۳) توصیه شده که به جای ترس یا هراس از مرگ از عنوان اضطراب از مرگ استفاده شود.

اضطراب معمولاً بیشتر برای وقایع انتزاعی و مفهومی کاربرد دارد. هرچه عامل اضطراب‌آور انتزاعی‌تر باشد، تأثیرگذاری بر سطح اضطراب سخت‌تر و به دلیل امکان برگشت‌پذیری سریع به سطح قبل از درمان تأثیرگذاری اش محدودتر است.

باوجود این، روان‌درمان‌های مختلفی برای کاهش سطح اضطراب از مرگ تا به حال پیشنهاد شده است و بسیاری از آنها توانسته‌اند با کاهش اضطراب از مرگ، حتی به صورت موقت، بر سلامت روان و کیفیت زندگی افراد تأثیر گذارند؛ اما سؤالی که همیشه مطرح بوده این است که آیا اضطراب از مرگ به تنهایی شرایط آسیب روانی را در فرد ایجاد می‌کند؟

رویکرد ادیان ابراهیمی با تأکید بر تربیت اسلامی به دلیل اینکه بین احساس و رفتار ناشی از ترس از مرگ تمایز قائل شده است برای پاسخ به این سؤال می‌تواند راهگشا باشد. در این ادیان، اضطراب از مرگ امری است احساسی، طبیعی، غیرقابل اجتناب و غیرقابل کنترل؛ ولی اجتناب از مرگ امری است رفتاری که فرد بر روی آن می‌تواند کنترل داشته باشد و با وجود احساس اضطراب، از رفتارهای اجتنابی پرهیز کند. درواقع در ادیان ابراهیمی، اجتناب از مرگ عامل اصلی آسیب روانی معرفی شده که با نشانگان اضطراب از مرگ همراه است.

1. Fiefel

2. Branscomb

در پژوهش انجام شده، نمره اضطراب از مرگ و اجتناب از مرگ آزمودنی‌های گروه آموزشی در مقایسه با گروه کنترل قبل و بعد از مداخله به‌طور معناداری کاهش نشان داده است. از لحاظ سلامت روان نیز در گروه آموزشی به‌طور معناداری بهبودی حاصل شده، ولی در گروه کنترل تغییر محسوسی مشاهده نشد. نتایج نشان می‌دهد که دو عامل اضطراب از مرگ و اجتناب از مرگ احتمالاً بر سطح سلامت روان بیماران تأثیر می‌گذارد. همچنین، تأثیرات منفی اضطراب از مرگ بر سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران که در پژوهش‌های پیشین مشاهده شد می‌تواند بخاطر تأثیرات رفتارهای اجتنابی مربوط به اضطراب از مرگ باشد که منجر به آسیب‌های روانی در فرد شده است.

در آموزش‌های دینی و اسلامی قطع زنجیره ارتباطی بین اضطراب از مرگ و اجتناب از مرگ از طریق ایجاد باورهای معنوی و فردی در خصوص نامیرایی و جاودانگی وجودی ایجاد می‌شود. مرگ به دلیل ناشناخته بودن آن و قطع رابطه انسان با دنیای پیرامونی به‌طور طبیعی امری اضطراب‌آور است؛ ولی وقتی از نظر شناختی فرد از معنای مرگ بازتعریفی جدید می‌کند و مرگ را پیوندی بین دو زندگی برای خود تعبیر می‌کند، ممکن است بر فرایندهایی تأثیر گذارد که به کاهش رفتارهای اجتنابی منجر می‌شود. اما اینکه آیا تغییرات در اجتناب از مرگ می‌تواند به‌طور مستقیم به سلامت روان بیمار بیانجامد نیاز به پژوهش‌های بیشتری دارد. در پژوهش‌های آتی باید به این فرضیه‌ها پرداخت که اضطراب و اجتناب از مرگ چگونه و با طی چه فرایندی می‌تواند بر سلامت روان بیماران تأثیر گذارند و آیا تأثیرگذاری اضطراب و اجتناب از مرگ در بسته آموزشی به اندازه‌ای می‌باشد که بتوان از آنها به‌عنوان عوامل میانجی یاد کرد که منجر به بهبود سلامت روانی بیماران می‌شود.

با افزایش تعداد شرکت‌کنندگان در پژوهش‌های آتی، تدوین بسته‌های جدید با محوریت نگرش به مرگ، ارزیابی دقیق‌تر متغیرهای معنوی توسط پرسشنامه‌هایی همچون WHOQOL-SR version، و استفاده از روش‌های آماری بررسی عوامل میانجی مثل مدل‌های آمیخته خطی اندازه‌های تکرار شده و رگرسیون تصادفی مختلط یا سنجش چندگانه بسته‌های آموزشی می‌توان نتایج را مورد بررسی و ارزیابی وسیع‌تری قرار داد.

این پژوهش بخشی از رساله دکتری می‌باشد و با گرفتن کد اخلاقی به شماره IR.UI.REC.1396.047 از دانشگاه اصفهان و با همکاری مرکز تحقیقات جلوگیری از سرطان در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بدون هیچ‌گونه حمایت مالی و تضاد منافع انجام شده است. اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش، گرفتن فرم رضایت بیماران برای شرکت در دوره

آموزشی یادشده به صورت کتبی، رعایت اصل رازداری، آگاه کردن آزمودنی‌ها از اهداف پژوهش، توجه به سلامت و آسایش آزمودنی‌ها، داشتن حق انتخاب برای شرکت یا عدم شرکت در پژوهش در سراسر مراحل بدون نیاز به توضیح آزمودنی و یا مواجهه با برخوردهای قهری پژوهشگر، و برگزاری جلسات رایگان آموزشی برای گروه کنترل در انتهای پژوهش می‌باشد.

در پایان، مراتب سپاسگزاری از آقای دکتر محسن خانی، مدیریت محترم کلینیک سبای اصفهان و خانم فاطمه بانکی برای مساعدت‌ها و همکاری‌شان در طول اجرای درمان اعلام می‌شود.

منابع

۱. بشرپور، سجاد، وجودی، بابک، عطارد، نسترن (۱۳۹۱)، «ارتباط جهت‌گیری مذهبی و نگرش نسبت به مرگ با کیفیت زندگی و علائم‌سازی در زنان جسمانی»، فصلنامه روان‌شناسی سلامت، ۲(۳)، ۸۰-۹۷.
۲. جات، س.، منتظری، ع.، هلاکویی نایینی، ک.، محمد، ک.، مجدزاده، س. ر. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۴(۴)، ۱-۱۲.
۳. صالحی، فرخنده، محسن زاده، فرشاد و عارفی، مختار. (۱۳۹۴)، «بررسی شیوع اضطراب از مرگ در بیماران مبتلا به سرطان سینه شهر کرمانشاه سال ۱۳۹۴»، بیماری‌های پستان ایران، ۸(۴)، ۳۴-۴۰.
۴. یالوم، اروین. (۱۹۸۰)، روان‌درمانی اگزستانسیال، ترجمه سپیده حبیب (۱۳۹۰)، تهران: نشر نی.
5. Abou Chaar, E., Hallit, S., Hajj, A., Aaraj, R., Kattan, J., Jabbour, H. & Rabbaa Khabbaz, L. (2018). Evaluating the impact of spirituality on the quality of life, anxiety, and depression among patients with cancer: an observational transversal study. *Supportive Care in Cancer*. 26:2581-2590.
6. Almasi, Z., Rafiemanesh, H. & Salehiniya, H. (2015), "Epidemiology characteristics and trends of incidence and morphology of stomach cancer in Iran", *Asian Pac J Cancer Prev*, 16(7):2757-2761.
7. Aukst-Margetic, B., Jakovljevic, M., Margetic, B., Biscan, M. & Samija, M. (2005). "Religiosity, depression and pain in patients with breast cancer", *General Hospital Psychiatry*, 27, 250-255.
8. Aukst-Margetic, B. & Margetic, B. (2005). "Religiosity and health outcomes: review of literature", *Coll Antropology*, 29, 365-371.
9. Becker, E. (1973). *The Denial of Death*. New York: The Free Press, 11-25.

10. Braam, A.W., Van den Eeden, P., Prince, M.J., et al. (2001). Religion as a cross-cultural determinant of depression in elderly Europeans: results from the EURODEP collaboration. *Psycholo Med*, 31, 803-814.
11. Casso, D., Buist, D.S., Taplin, S. (2004), "Quality of life of 5-10 year breast cancer survivors diagnosed between age 40 and 49", *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(25). <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-2-25>.
12. Center, M., Siegel, R. & Jemal, A. (2011), *Global cancer facts & figures*. 2nd ed. Atlanta: American Cancer Society, 1-52.
13. Dolatkah, R., Somi, M.H., Kermani, I.A., et al. (2015), "Increased colorectal cancer incidence in Iran: a systematic review and meta-analysis", *BMC Public Health*, 15: 997.
14. Farhood, B., Geraily, G. & Alizadeh, A. (2018). "Incidence and Mortality of Various Cancers in Iran and Compare to Other Countries: A Review Article", *Iran J Public Health*, 47(3),309-316.
15. Feifel, H. & Branscomb, A. (1973), "Who's afraid of death?", *Journal of Abnormal Psychology*, 81: 38-45.
16. Hilderbrand, M.W., Host, H.H., Binder, E.F., Carpenter, B., Freedland, K. E., Morrow-Howell, N., Baum, C. M., Dore, P., Lenze, E. J. (2012), "Measuring Treatment Fidelity in a Rehabilitation Intervention Study", *American journal of physical medicine & rehabilitation*, Association of Academic Physiatrists, DOI: 10.1097/PHM.0b013e31824ad462.
17. Koenig, H.G., Cohen, H.J., Blazer, D.G. et al. (1992). "Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men", *Am J Psychiatry*, 149, 1693-1700.
18. Koenig, H.G., George, L.K. & Peterson, B.L. (1998), "Religiosity and remission of depression in medically ill older patients", *American Journal of Psychiatry*, 155, 536-542.
19. Mahdavi, A., Jenaabadi, H., Mosavimoghadam, S. R., Shojaei Langari, S. S. & Gholamali Lavasani, M. (2019), "Relationship Between Mental, Existential, and Religious Well Being and Death Anxiety in Women With Breast Cancer", *Archives of Breast Cancer*, 6(1), 29-34.
20. McBride, J.L., Arthur, G., Brooks, R. & Pilkington, L. (1998), "The relationship between a patients's spirituality and health experiences", *Family Med*, 30, 122-126.

21. McCullough, M.E., Hoyt, W.T., Larson, D.B., Koenig, H.G. & Thoresen, C. (2000), "Religious involvement and mortality: a Meta-analytic review", *Health Psychology*, 19, 211-222.
22. Menzies, R.E., Sharpe, L. & Dar-Nimrod. (2019), "The relationship between death anxiety and severity of mental illnesses", *British Journal of Clinical Psychology*, <https://doi.org/10.1111/bjc.12229>.
23. Meyers, K. H. (2009), "The truth about death and dying", Second edition, *Infobase Publishing*, 104-109.
24. Neimeyer, R., Wittkowski, J., Moser, R. (2010), "Psychological research on death attitudes: an overview and evaluation", *Death Studies*, 28(3), 309-340.
25. Ochayon, L., Zelker, R., Kaduir, L. & Kadmon, I. (2010), "Relationship between severity of symptoms and quality of life in patients with breast cancer receiving adjuvant hormonal therapy", *Oncol Nurs Forum*, 37(5), E349-358. Doi: 10.1188/10.ONF.E349-E358.
26. Talaiezhadeh, A., Tabesh, H., Sattari, A., et al. (2013), "Cancer incidence in southwest of iran: first report from khuzestan population-based cancer registry, 2002–2009", *Asian Pac J Cancer Prev*, 14(12), 7517–22.
27. Wong, P., Reker, G. & Gesser, G. (1994), "The death attitude profile-revised (DAP-R): a multidimensional measure of attitudes towards death: In R. A. Neimeyer (Ed.)", *Death anxiety handbook: Research, Instrumentation, and Application* (pp. 121-148), Washington: Taylor & Francis.