



Lived Experiences of Cancer Patients from Death Anxiety Based on Jaspers Borderline Situations

Ali Imanzadeh ^{1,*}, , Fatemeh Sharifi ², 

¹ Associate Professor in Philosophy of Education, Department of Education, Tabriz University, Tabriz, Iran

² M.A. Graduated in philosophy of education, Department of Psychology and Education, Malayer University, Hamedan, Iran

* **Corresponding author:** Ali Imanzadeh, Associate Professor in Philosophy of Education, Department of Education, Tabriz University, Tabriz, Iran. E-mail: aliimanzadeh@tabrizu.ac.ir

Received: 30 Nov 2017

Accepted: 05 May 2018

Abstract

Introduction: Each of the schools of thought, philosophy and religion has different views on death and its treatment. One of the most common problems of cancer patients challenging with even after the end of the treatment is the anxiety of death. The purpose of this study is investigating lived experiences of patients challenging with cancer, who were hospitalized in Baqiyatollah hospital in Tehran.

Methods: This research is qualitative approach and interpretative phenomenological method. The sample of study was 20 volunteer patients of Cancer department of Baqiatollah hospital, who were selected by the purposive sampling. Data were collected through in-depth semi-structured interviews. The interviews continued until saturation of the data. After recording and writing the content of interviews, interviews were analyzed based on Dickelman, Tanner and Ellen (1989) method.

Results: From the analysis of the patients' lived experiences of cancer, 4 main themes appeared: the concept of death in patients' attitude, the disease outcomes, the causes of death anxiety and factors reducing death anxiety and also 23 sub-themes were found.

Conclusions: Based on the findings, it can be concluded that a Comprehensive care plan should be developed to reduce the death anxiety of life of cancer patients at the borderline position.

Keywords: Lived Experience, Cancer, Death Anxiety



تجربیات زیسته بیماران سرطانی از اضطراب مرگ با تکیه بر دیدگاه موقعیت‌های مرزی یاسپرس

علی ایمان‌زاده^{۱*}، فاطمه شریفی^۲

^۱ دانشجویار فلسفه تعلیم و تربیت، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
^۲ کارشناسی ارشد فلسفه تعلیم و تربیت، گروه علوم تربیتی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران
 * نویسنده مسئول: علی ایمان‌زاده، دانشجویار فلسفه تعلیم و تربیت، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
 ایمیل: aliimanzadeh@tabrizu.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۲/۱۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۹/۰۹

چکیده

مقدمه: هر کدام از مکتب‌های فکری، فلسفی و دینی دیدگاه‌های متفاوتی نسبت به مرگ و درمان آن دارند. اضطراب از مرگ یکی از متداول‌ترین مشکلات بیماران و بخصوص بیماران سرطانی حتی بعد از دوره درمان است. هدف از این پژوهش، بررسی تجربیات بیماران سرطانی بستری شده در بیمارستان بقیه‌الله تهران است.

روش کار: این پژوهش کیفی و از نوع پدیدارشناسی تفسیری است و نمونه این پژوهش ۲۰ نفر از بیماران سرطانی بستری شده در بیمارستان بقیه‌الله بود که به صورتی هدفمند انتخاب شده بودند. روش گردآوری اطلاعات مصاحبه نیمه ساختار یافته بود و مصاحبه‌ها هم تا رسیدن به اشباع ادامه یافت. مصاحبه‌ها پس از پیاده‌سازی روی کاغذ براساس روش دی‌کلمن و تانر و تانر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: از تحلیل اطلاعات مصاحبه‌ها ۴ مضمون اصلی مفهوم مرگ از دیدگاه بیماران، پیامدهای بیماری، علل اضطراب از مرگ و عوامل کاهنده اضطراب از مرگ و ۲۳ مضمون فرعی بدست آمد.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش، برای کاهش اضطراب از مرگ در بیماران سرطانی به عنوان بیماران مرزی، یک برنامه مراقبتی همه جانبه و کامل مورد نیاز است.

واژگان کلیدی: تجربه زیسته، سرطان، اضطراب مرگ

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

می‌کنند [۳]. با توجه به اینکه سرطان یکی از بیماری‌های شایع در دنیای متمدن امروزی است که تعداد افراد مبتلا به آن روز به روز در حال افزایش می‌باشد [۴]، بیماران پس از مواجه شدن با تشخیص سرطان دچار اضطراب مرگ می‌شوند. اضطراب مرگ به طور معمول به عنوان احساس ناراحتی توأم با ترسی که معطوف به مرگ خود یا دیگران است و با در نظر گرفتن مرگ به عنوان پایان حیات یا تجسم مراسم تدفین و جسد برانگیخته می‌شود، تعریف می‌گردد [۵]. یکی از عوامل مؤثر بر مؤلفه‌های سلامت روان در افراد مبتلا به سرطان، مرگ و اضطراب ناشی از آن است. اضطراب مرگ ترس مداوم، غیرمنطقی و مرضی از مرگ یا مردن می‌باشد [۶]. بیماران مبتلا به بیماری‌های بدخیم نظیر سرطان، به عنوان جمعیت آسیب پذیر در نظر گرفته می‌شوند و اضطراب مرگ این گروه از بیماران با اختلال در بعد روانی و

پدیده مرگ همواره مورد توجه علوم مختلف قرار گرفته است. مرگ حتمی‌ترین واقعیت زندگی بشر است. بشر همواره با این پدیده غیرقابل تغییر به گونه‌ای مواجه بوده است. بنابراین اندیشیدن به مرگ جزء لاینفک زندگی انسان است و اشتغال فکری افراد به مرگ توأم با ترس و اضطراب از آن بوده است. یکی از مهم‌ترین ملاحظات بشر در ارتباط با مرگ و مردن موضوع ترس از مرگ یا "اضطراب مرگ" است [۱]. اضطراب مرگ، به طور معمول به علت عدم تجربه آن است به همین دلیل انسان در پی سرکوبی و انکار آن است. کیرکگورد اولین کسی بود که بین ترس و اضطراب مرگ تفاوت قائل شد و معتقد بود که منبع اولی مشخص و دومی نامشخص است [۲]. اضطراب از مرگ با اینکه یک پدیده عمومی است ولی بسترهای اجتماعی و جامعه‌شناختی، دینی و معنوی و جهان بینی فردی در تشدید و یا کاهش آن نقش ایفا

معنی داری وجود داشت [۱۶]. سلاجقه و رقیبی در پژوهشی تحت عنوان "تأثیر درمان ترکیبی گروه درمانی معنوی و شناختی بر کاهش اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان" به این نتیجه رسیدند که گروهی که تحت درمان ترکیبی گروه درمانی معنوی و شناختی قرار گرفتند، در مجموع کاهش معنی‌داری را در نمرات کلی علائم اضطراب مرگ نسبت به گروه گواه بدست آورد. بنابراین درمان ترکیبی گروه درمانی معنوی و شناختی بر کاهش اضطراب مرگ مؤثر است [۱۷].

لتهو و اشتاین در پژوهش خود تحت عنوان "اضطراب مرگ و تجزیه و تحلیل تکاملی مفهوم" وجود رابطه منفی معنادار بین اضطراب مرگ و حمایت اجتماعی را متذکر شدند. نتایج نشان داد اهمیت حمایت اجتماعی با نزدیک شدن افراد به مرگ برجسته‌تر می‌شود، تعاملات بین فردی می‌تواند اضطراب مرگ را کاهش دهد [۱۸]. پژوهش کسبیر نشان داد که بین اضطراب از مرگ و ناامیدی از زندگی و عدم شادکامی در زندگی رابطه معناداری وجود دارد [۱۹]. پژوهش جونگ و همکاران نیز نشان داد که بین آموزه‌های مذهبی با اضطراب مرگ و نحوه غلبه بر آن اضطراب بخصوص اضطراب وجودی ارتباط معناداری وجود دارد [۲۰]. علی‌رغم وجود پژوهش‌هایی در باب اضطراب مرگ بیماران سرطانی، پژوهش حاضر با نوآوری در بیان موقعیت‌های مرزی از دیدگاه اگزیستانسیالیسم درصدد آن است که تجربه زیسته بیماران سرطانی که در موقعیت‌های مرزی چون مرگ، رنج و اضطراب قرار دارند را با روش کیفی پدیدارشناسی با رویکرد هرمنیوتیک تفسیری بررسی نموده تا بتواند با نتایج حاصل از پژوهش ابعاد جدیدی از زندگی این افراد را بگشاید و عوامل اختلال اضطراب مرگ را شناسایی و به منظور ارتقاء سلامت روانی بیماران و کاهش اضطراب مرگ آن نتایج را در اختیار مسئولین سلامت جامعه قرار دهد.

روش کار

پژوهش حاضر پژوهشی کیفی و از نوع پدیدارشناسی تفسیری است. با توجه به اینکه هدف استخراج و دستیابی به نیات درونی و غیر آشکار شرکت کنندگان بود روشهای کیفی و بخصوص روش پدیدارشناسی تفسیری داده‌های بهتری را می‌تواند در اختیار محقق قرار دهد. این روش یکی از بهترین روش‌ها در دستیابی به اهداف مورد نظر محقق است. پدیدارشناسی به دنبال مطالعه پدیده‌ها و معناهای پنهان موجود در زندگی انسان‌هاست [۲۱]. این روش، داده‌های غنی و بینش عمیقی در مورد تجربیات زیسته شرکت کنندگان می‌دهد و سطحی نیست [۲۲]. برای تحلیل داده‌ها از روش دیکلمن، تانر و آلن (۱۹۸۹) استفاده شده است. این روش یک فرایند هفت مرحله‌ای است که مبتنی بر فنومنولوژی (Phenomenology) هایدگری است. مراحل این روش که در تحلیل داده‌ها نیز از این گام‌ها بهره گرفته شده است شامل مراحل زیر می‌باشد: نوشتن متن مصاحبه‌ها، نوشتن خلاصه‌های تفسیری برای هریک از مصاحبه‌ها، تحلیل متون مصاحبه‌ها و شناسایی و استخراج درون مایه‌ها، بازگشت و مراجعه مجدد به متن مصاحبه‌ها به منظور تبیین و روشن سازی وطبقه بندی موارد عدم توافق و تناقضات موجود در تفاسیر ارائه شده و نوشتن یک تحلیل کلی و ترکیبی از هر متن و مصاحبه‌ها، مقایسه و مقابله متون مصاحبه‌ها به منظور شناسایی تعیین و توصیف معانی مشترک و عملکردها، شناسایی و استخراج الگوهای بنیادین که ارتباط درون مایه‌ها را برقرار نموده و آن‌ها را به یکدیگر

حتی روحی می‌تواند زندگی آنان را تحت تأثیر قرار دهد [۷]. از طرف دیگر اضطراب مرگ یک واکنش هیجانی منفی توصیف شده است که با پیش بینی وضعیتی که فرد در آن وجود ندارد، برانگیخته می‌شود و با احساس ترس یا وحشت همراه است [۸]. اگرچه تمام مکتب‌های فکری و فلسفی به مرگ توجه داشتند ولی در مکتب فلسفی اگزیستانسیالیسم اندیشیدن به پدیده مرگ غیرقابل انکار می‌باشد و یکی از بنیادهای اساسی این فلسفه را تشکیل می‌دهد. از دیدگاه مکتب اگزیستانسیالیسم، تبیین مفهوم مرگ مستلزم نگاهی به مفهوم اضطراب از مرگ است. در این مکتب، مرگ نقطه مرکزی زندگی انسان است. این مکتب فکری را در اندیشه‌های متفکرانی نظیر سورن کی‌یرکگارد فیلسوف دانمارکی، هایدگر، سارتر، تیلیش، بوبر و آروین یالوم می‌توان یافت [۹]. ترس از مرگ همواره وجود داشته است، و به طور معمول به سه شیوه ظاهر می‌شود: در بعضی از افراد غیرمستقیم بروز می‌کند، مثل بیقراری یا استرسی که فرد در کنار زندگی عادی کنترلش می‌کند. در بعضی از افراد اگر چه غیرمستقیم بروز می‌کند، اما زندگی فرد را مختل کرده است و بیماری روحی ایجاد می‌کند. در بعضی افراد سبب ایجاد نگرش آگاهانه و اگزیستانسیالستی درباره مرگ (مرگ آگاهی) می‌شود [۱۰].

در دیدگاه تیلیش اضطراب نخست مرگ بنیادی‌ترین نوع اضطراب است و هرگاه این نوع اضطراب بر جامعه حاکم باشد، فردگرایی افزونی می‌یابد و مردمان در فرهنگ‌های جمع‌گرا کمتر در موضع این اضطراب خواهند بود [۱۱]. از نظر یاسپرس در "وضعیت‌های مرزی" آدمی با محدودیت‌ها و تنگناهای خود روبه‌رو می‌شود و هر موقعیت به شکل خاصی برای افراد مختلف ظاهر می‌شود و هر فردی به طرز متفاوتی به آن‌ها پاسخ خواهد داد. این موقعیت‌های مرزی حتی قابل بررسی و تحقیق هم نیستند [۱۲].

مروری بر مطالعات انجام گرفته نشان می‌دهد که بررسی اضطراب مرگ در بیماران سرطانی مورد علاقه حوزه‌های مختلف فکری از جمله روان‌شناسان، روانکاوان، متخصصین دینی و حوزه‌های علمی مختلف بوده است. پژوهش مولایی، قوجه بیگلر و پوراسمعلی اشاره می‌کند که رابطه معناداری بین تأثیرات مثبت مداخلات مذهبی بر کاهش اضطراب مرگ و بهزیستی سازگاری روانی- اجتماعی بیماران سرطانی وجود دارد [۱۳]. صالحی و همکاران در پژوهش خود تحت عنوان "شیوع اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان سینه" به این نتیجه رسیدند که وجود اضطراب مرگ بالا در اکثریت جمعیت مورد مطالعه می‌تواند ناشی از عدم آموزش کافی در مقابله با اضطراب مرگ به بیماران مبتلا به سرطان باشد [۱۴]. خضری، بحرینی، روانی پورمیرزایی در پژوهش خود تحت عنوان "ارتباط سلامت معنوی با افسردگی و اضطراب مرگ بیماران سرطان" به این نتیجه رسیدند که با افزایش سلامت معنوی، اضطراب مرگ در بیماران سرطان کاهش می‌یابد [۱۵]. بهرامی، مرادی، سلیمانی، کلانتری و حسینی در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین اضطراب مرگ با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان به خصوص در بعد روانی همبستگی معنی‌داری وجود دارد. همچنین براساس نتایج این پژوهش چنین به نظر می‌رسد که حمایت اجتماعی و تعاملات بین فردی اهمیت ویژه‌ای در رویکرد افراد به مرگ دارد و ممکن است اضطراب مرگ را تخفیف دهد. در این مطالعه بین انجام واجبات مذهبی و اعتقادات مذهبی با اضطراب مرگ نیز همبستگی

وصل کند و ارائه نسخه پیش نویس از درون مایه‌ها همراه با گزیده‌هایی منتخب از متن مصاحبه‌ها جهت استخراج و اعمال در نسخه نهایی [۲۳].

بر اساس روش فوق بعد از انجام هر مصاحبه، ابتدا متن آن روی کاغذ نوشته شده و چندین بار مرور می‌شد تا درک کلی از آن حاصل گردد. برای هر یک از متون مصاحبه یک خلاصه تفسیری نوشته شده و نسبت به درک و استخراج معانی نهفته در آن اقدام می‌شد. اعضای تیم در استخراج موضوعات و درون مایه‌ها به تبادل نظر می‌پرداختند. با ادامه یافتن مصاحبه‌های دیگر موضوعات قبلی واضح‌تر شده یا تکامل می‌یافتند و گاهی هم ممکن بود موضوعات جدیدی به وجود آید. این کار با گفتگوی اعضای تیم صورت می‌گرفت. در ضمن پیدا کردن موضوعات، تفاسیر و الگوها نیز شکل پیدا می‌کرد. همان گونه که ذکر شد، معانی آشکار و ضمنی از متون مصاحبه استخراج می‌شد. این معانی در حقیقت همان بیان ساده شرکت کننده نبود، بلکه فضای مصاحبه و چگونگی پاسخ فرد به سؤالات را نیز در بر می‌گرفت. به منظور تبیین، روشن سازی، طبقه بندی و رفع هر گونه عدم توافق و تناقضات موجود در تفاسیر، فرآیند برگشت به متون و یا مراجعه به شرکت کنندگان به طور مرتب و به صورت رفت و برگشت مکرر ادامه می‌یافت. در هر مرحله و با پیشرفت کار با ادغام خلاصه‌های تفسیری، تحلیل ترکیبی و کلی‌تر شکل می‌گرفت تا مضامین و درون مایه‌های حاصل به بهترین نحو ممکن با هم ارتباط یابند.

جامعه آماری پژوهش را بیماران بیمارستان بقیه الله شهر تهران تشکیل می‌دادند. نمونه آماری این پژوهش را ۲۰ نفر از بیماران سرطانی بستری شده در بخش کانسر بیمارستان بقیه الله اعظم تهران در سال ۱۳۹۶ تشکیل می‌دادند که تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند به بیان تجربیات خود از اضطراب مرگ پرداختند. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند بود که تا رسیدن به مرحله اشباع پدیدار کرد.

جهت رعایت اخلاق پژوهش، با توجه به اینکه برخی از شرکت کنندگان دارای سواد چندانی نبودند رضایت شفاهی شرکت کنندگان برای مصاحبه اخذ شد. به شرکت کنندگان گفته شد که برای اطلاعات و داده‌های آن‌ها در مصاحبه امانتداری رعایت خواهد شد. به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که هویت آنها و اظهار نظراتشان و حریم شخصی‌شان محرمانه باقی بماند. به هر کدام از شرکت کنندگان توضیح داده شد که شرکت در این پژوهش پیامدهای جانبی برای آنان نخواهد داشت و شرکت کنندگان در مصاحبه آزاد بودند هر زمان که احساس خستگی و یا عدم تمایل به ادامه مصاحبه را نداشتند از ادامه همکاری صرف‌نظر نمایند. پژوهشگران به منظور دسترسی به واحدهای مورد پژوهش با ارائه معرفی نامه از سوی دانشگاه از طریق مدیریت بیمارستان به مسئولین بخش‌های B10 و C10 ارجاع داده شدند و پس از هماهنگی با بخش‌های مورد نظر مصاحبه‌ها انجام گرفتند. جمع آوری داده‌ها از تاریخ ۹۶/۲/۲۰ شروع و در تاریخ ۹۶/۴/۱۳ پایان یافت. مکان انجام مصاحبه‌ها هم صرفاً در محیط بیمارستان انجام گرفت.

با رضایت کامل مصاحبه‌ها ضبط گردیدند. شرکت کنندگان آزاد بودند که هر موقع خواستند می‌توانند از ادامه همکاری صرف نظر نمایند. ابزار گردآوری داده‌ها مصاحبه بود که به روش مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته انجام گرفت سعی شد نکات مبهم مصاحبه با واکاوی‌ها و سؤالات پیگیرانه مصاحبه‌گر روشن و شفاف گردد تا جایی که هدف از

سؤال مشخص شود. با توجه به اینکه مصاحبه‌ها نیمه ساختار یافته بود همه سؤالات از قبل تعیین شده نبود و خیلی از سؤالات از دل مصاحبه‌ها بیرون آمد. سؤالات اصلی پژوهش معطوف به تجربیات زیسته آنها از اضطراب مرگ بود. برخی از سؤالاتی که در فرایند مصاحبه از شرکت کنندگان پرسیده شد می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: زندگی را چطور معنا می‌کنید؟ چه چیزی به زندگی شما معنا می‌دهد؟ به نظر شما آیا مرگ پایان همه چیز است؟ چه تصویری شما از مرگ دارید؟ چه چیزهایی می‌تواند در کاهش اضطراب افراد از مرگ تاثیرگذار باشد؟ به نظر شما چه عاملی می‌تواند باعث افزایش اضطراب افراد از مرگ شود. سؤالات تدوین شده برای مصاحبه به نوعی تنظیم شده بودند که آسیب روحی به بیماران وارد نشود و حس ناامیدی در آنان ایجاد نکنند. معیار ورود به مطالعه علاوه بر داوطلب بودن، توانایی قدرت بیان و داشتن تجربه از پدیده مورد نظر بود. اعلام عدم رضایت جهت ادامه همکاری، عدم اطلاع از موضوع مورد پژوهش، عدم انسجام در بیانات مشارکت کنندگان و عدم توانایی روحی و جسمی و روانی افراد برای مصاحبه از معیارهای خروج از پژوهش بود.

مصاحبه‌ها تا جایی ادامه پیدا کرد که اشباع در مصاحبه‌ها و نتایج آن حاصل شود. مصاحبه تا جایی پیش رفت که شرکت کنندگان جدید یا مطلب جدیدی را طرح نمی‌کردند و یا حرف‌های تکراری بیان نموده و یا از پاسخ به سؤالات امتناع می‌نمودند. مدت زمان مصاحبه‌ها نیز ۳۵ تا ۵۵ دقیقه متغیر بود. سعی گردید مصاحبه‌ها در محیطی آرام و بدون عوامل مزاحم انجام گیرد. در ادامه مصاحبه‌ها، با توجه به معانی استخراج شده و همچنین در راستای تعیین‌متم‌های اولیه کد بندی گردید. در این مرحله ۸۷۴ کد شناسائی شد. متون کدگذاری شده توسط پژوهشگران، مورد بحث و تجزیه و تحلیل قرار گرفت. هدف عمده پژوهشگران در این مرحله رسیدن به درک مشترک از واحدهای معنایی استخراج شده از متن مصاحبه‌ها بود. سپس تناقضات موجود در تفسیرهای ارائه شده از سوی پژوهشگران برطرف گردید و به منظور اتقان، مجدد به متن اصلی مصاحبه‌ها رجوع و در صورت ضرورت برای توضیح و تبیین بیشتر موضوع با مشارکت کنندگان مربوطه به صورت تلفنی تماس حاصل گردید. حاصل این مرحله ۲۳ مضمون بود که براساس تجارب شرکت کنندگان و در راستای تبیین تجربیات زیسته بیماران سرطانی از اضطراب مرگ استخراج گردید. در مرحله آخر مضمون‌های استخراج شده که هریک، توسط گزیده‌ای از متن مصاحبه‌ها تحلیل شده بودند، مورد بررسی قرار گرفت و در نهایت یافته‌ها در قالب ۴ مضمون اصلی مفهوم مرگ از دیدگاه بیماران، پیامدهای بیماری، علل اضطراب مرگ و عوامل کاهنده اضطراب مرگ مشخص گردید. اعتبار داده‌ها از طریق بازبینی و بحث و تبادل مداوم با اعضای مورد مطالعه تقویت گردید.

یافته‌ها

در این پژوهش بیماران شرکت کننده دارای مشخصات زیر بودند: به صورت داوطلبانه و آگاهانه در پژوهش شرکت کردند، دچار انواع مختلف بیماری سرطان بودند و به زبان فارسی و گویش‌های محلی صحبت می‌کردند.

جدول ۱: مشخصات شرکت کنندگان پژوهش

شماره شرکت کننده	سن	جنسیت
۱	۶۷	مرد
۲	۲۷	زن
۳	۵۳	مرد
۴	۴۹	زن
۵	۴۰	مرد
۶	۶۸	مرد
۷	۵۴	مرد
۸	۳۸	زن
۹	۵۶	مرد
۱۰	۶۱	مرد
۱۱	۳۹	زن
۱۲	۴۴	مرد
۱۳	۷۱	زن
۱۴	۴۷	مرد
۱۵	۳۹	مرد
۱۶	۴۲	زن
۱۷	۴۶	مرد
۱۸	۴۴	مرد
۱۹	۴۹	زن
۲۰	۵۳	مرد

درد و رنج بیماری به مرگ خود راضی شده بودند. برخی از اظهارات شرکت کنندگان در زیر آورده شده است:

"انقدر درد دارم که به مرگ راضیم، مرگ برایم راحتی است" (م) (مشارکت کننده) ۶.

اما در مقابل افراد دیگر در مورد پذیرش مرگ به یک پذیرش عمیق یا رفتاری رسیده بودند یعنی از تفکر درباره مرگ هراس نداشتند و به دنبال درک معنی آن بودند.

"مرگ انتقال از یک خانه موقت به یک خانه دایمی است و آغاز بیداری است زندگی این دنیا مثل خواب است" (م) ۳.

در میان شرکت کنندگان یک نفر جانباز شیمیایی وجود داشت که در مورد ایشان می توان پذیرش مرگ را در مرگ مطلوب خلاصه کرد.

"منتظر مرگم یعنی هر بار که حالم بد می شود و دستگاه به من وصل می کنند مرگ راحس می کنم آرزوی شهادت داشتم و دارم، و می دانم شهید می شوم و به معشوقم می رسم" (م) ۴.

مضمون فرعی: ۲- تصویر مرگ

تصویر مرگ یکی از وجوه افتراق تجارب ذهنی شرکت کنندگان در مصاحبه بود. در برخی از افراد تصویر واضح از مرگ با اعتماد به آیات و روایاتی که در ذهن وجود دارد و در برخی دیگر ابهام از تصور دنیای بعد از مرگ و تاکید بر تجربه شخصی برای پذیرش کیفیت دنیای بعد از مرگ دیده شد.

افرادی شرکت کننده تصویر مرگ را این گونه بیان کردند:

"مرگ مثل یک روز روشن، اول صبح درخشان است و رنگ قشنگی دارد" (م) ۲. "مرگ به رنگ بوستان سرسبز، از نظر من مثل فضای داخل رحم مادر است" (م) ۴. "مرگ به رنگ زرد طلایی که به سوی افق سفید می رود، هر وقت به تصویر مرگ فکر می کنم یک مزرعه زیبا پر از گندم زار و باغ و بوستان جلوی چشمم ظاهر می شود" (م) ۱۶.

برخی از افراد که بنا به اذعان خود در انجام اعمال مذهبی ضعیف تر عمل می کردند تصویر مرگ را این چنین بیان کردند:

"مرگ مشکلی و قرمز است، شکل سختی دارد البته بستگی به اعمال ما دارد" (م) ۶. "مرگ تاریک و ظلمانی است، شکش مثل یک دالان سیاه و تاریک و تنگ است که در آن زجر کشیدن انجام می شود. بعد خدا مثل یک روشنایی می آید مثل یک قهرمان من را نجات می دهد" (م) ۱. "مرگ برای من شکل دل تنگی و تنهایی دارد" (م) ۱۷.

مضمون فرعی: ۳- عقیده به جهان پس از مرگ

بازگشت و توجه مجدد به خدا از بالاترین مظاهر معنویت می باشد که در برخی از مصاحبه شوندگان با فعالیت هایی چون عبادت، نیایش، گرایش به زیارت اماکن مقدس و حضور در مراسم های مذهبی و با توکل به خداوند و توسل به مقدسات انعکاس داشت. در برخی از افراد تصویر واضح از دنیای بعد از مرگ با اعتماد به آیات و روایات وجود داشت. اعتقاد آن ها به دنیای بعد از مرگ این گونه بیان گردید:

"برای پاسخگویی به خدا باید دنیای دیگری وجود داشته باشد" (م) ۱. "وجود دنیای دیگر است که باعث ترس از مرگ می شود" (م) ۵. "اگر دنیای دیگری نبود آفرینش عبث و بیهوده می شد و خداوند کار بیهوده انجام نمی دهد" (م) ۴.

برخی از افراد تصور متفاوت خود را از دنیای بعد از مرگ این چنین بیان داشتند:

این ۲۰ نفر از مصاحبه شوندگان شامل ۱۳ مرد و ۷ نفر زن بودند که دامنه سنی آن ها بین ۲۷-۷۱ سال متغیر بود و دامنه تحصیلات آن ها عبارت بود از تحصیلات دانشگاهی ۱۱ نفر، دیپلم ۵ نفر، ۲ نفر سواد ابتدایی، ۲ نفر سیکل، ۱۸ نفر از این افراد متأهل بودند و ۲ نفر از زنان متارکه کرده بودند. تعداد ۱۸ نفر تحت پوشش بیمه بودند و ۲ نفر تحت پوشش هیچ بیمه ای نبودند. ۱۷ نفر از نوع بیماری خود مطلع بودند و ۳ نفر از بیماری خود آگاهی نداشتند. مشاغل این ۲۰ نفر عبارت بود از: ۵ نفر فرهنگی، ۹ نفر نظامی، ۱ نفر کارگر فنی، ۱ نفر مددکار، ۱ نفرمنشی، ۱ نفر راننده و ۲ نفر زن خانه دار. حداقل تعداد بستری این افراد ۲ بار و حداکثر آن مربوط به یک جانباز شیمیایی بود که از زمان جنگ به کرات بستری شده بود. بیماران دارای بیماری سرطانی خون، پستان، استخوان، معده و روده بودند. طی این پژوهش ۴ مضمون اصلی و ۲۳ مضمون فرعی استخراج شد که در ادامه به شرح آن ها پرداخته می شود:

مضمون اصلی ۱: مفهوم مرگ از دیدگاه بیماران:

یکی از مضامین اصلی که از بطن مصاحبه ها بدست آمد، مفهوم بیماران سرطانی از مرگ است. همه بیماران ضمن پذیرش مرگ به عنوان یک واقعیت و جهان پس از مرگ، برخی تصویری واضح از مرگ داشته و برای برخی مرگ پدیده ای ابهام آمیز بود.

مضمون فرعی: ۱- پذیرش مرگ

در مراحل پایان زندگی، بیمار به مرحله ای می رسد که طی آن نسبت به سرنوشت خود، نه غمگین، نه افسرده و نه خشمگین است. اگر فرد به آمادگی و پذیرش مردن دست یافته باشد، می تواند کیفیت زیستی خود را به بهترین شکل ارتقاء دهد. برخی از شرکت کنندگان نسبت به مرگ پذیرش حداقلی داشته و به صورت ظاهری و زبانی اعلام می کردند که نسبت به مرگ پذیرش دارند اما از منظر محقق این افراد تحت فشار

"از راه علمی نمی‌دونم ولی از راه دل معتقدم دنیای دیگری هست" (م ۷). "نتیجه اعمال در این دنیا دیده می‌شود و سرانجام همه به بهشت می‌روند، حتی افراد گناهکار بعد از پاک شدن در این دنیا" (م ۱۱). "به نظر من کسی از آن دنیا برگشته است که بگوید دنیایی دیگر هست یا نه، ولی می‌دانم که هر کس در این دنیا نتیجه کارهایش را می‌بیند و بعد می‌میرد" (م ۶).

مضمون اصلی ۲: پیامدهای بیماری:

بیماران سرطانی بستری شده ضمن پذیرش مرگ و ناگزیر بودن آن به این امر اشاره داشتند که علیرغم دردها و رنج‌هایی که متحمل می‌شوند این بیماری برای آنها پیامدهای مثبتی را هم به همراه داشته است.

مضمون فرعی ۱- گرایش به مذهب

گرایش دینی یک نگرش به امور ماورایی را به دنبال دارد که مشکلات مادی و روانی در آن حل می‌شود و خداوند محور تمام امور قرار می‌گیرد، به گونه‌ای که ارزش‌ها، اخلاقیات، آداب و اعمال، آغاز زندگی و پایان زندگی در خداوند خلاصه می‌گردد. برخی محققین معتقدند که معنویت سبب معنادار شدن زندگی برای فرد می‌شود و از این طریق به فرد در کنار آمدن مؤثر با سرطان کمک می‌کند [۲۴].

مشارکت کنندگان در پژوهش نظرات خود را از گرایش به مذهب چنین بیان کردند:

"تسلیم حکمت خدا شدم می‌دانم آزمایش می‌شوم" (م ۱۰). "با توکل به خداوند و توسل به معصومین مرگ را خوب می‌بینم" (م ۳). "اعتقادات مذهبی باعث شده از لُهو و لعب و شهوت دور شوم و بیشتر به یاد مرگ بپفتم" (م ۳).

برخی از افراد نیز تجارب متفاوت خود را چنین بیان کردند:

"اول خدا را ناعادل و ظالم می‌دیدم ولی الان یاد خدا باعث آرامشم از مرگ می‌شود" (م ۹). "می‌دانم که خداوند قدرت برتر است اما توجه این بیماری سخت است ولی حکمت خداست" (م ۷). "فقط می‌تونم بگم به بخشش خدا هنگام مردن اعتماد دارم" (م ۶).

مضمون فرعی ۲- بخشایش‌گری

بخشایش‌گری به عنوان یک فضیلت مهم اخلاقی می‌تواند در دستیابی به آرامش روح و روان و دستیابی به احساس معنویت به عنوان فاکتورهای تاثیرگذار در زندگی بهتر تاثیرگذار بوده و باعث تعامل مثبت با محیط و اطرافیان، احساس رضایت و کاهش تنش و احساس فرسودگی شود [۲۵].

مشارکت کنندگان در مصاحبه نقطه نظرات خود را چنین بیان کردند: "در این مدت سعی کردم افکار منفی را بیرون‌ریزی کنم. همه کسانی که زمانی به من بدی کردند را بخشیدم و می‌دانم اگر بدی کردند از روی ناآگاهی بوده است" (م ۷). "می‌دانم باید ببخشم تا خداوند من را ببخشد همه را بخشیده‌ام. اما هنوز هم تعدادی که خیلی اذیتم کردند وقتی ملاقات می‌آیند و می‌خواهند حلالیت بطلبند به آن‌ها می‌گویم گذشته را به یادم نیاورند" (م ۴). "وقتی بدی‌های دیگران را بخشیدم سبک شدم دلم می‌خواد مثل پرنده پرواز کنم روحم سبک شد" (م ۱۶).

مضمون فرعی ۳- گرایش به کمال‌جویی

شرایط فعلی و اظهارات برخی از افراد حاکی از این مسئله می‌باشد که بازگشت به باورهای فراموش شده، توجه و گرایش به معنویات تغییرات به وجود آمده در زندگی آنان بعد از بیماری منجر به نوعی تحول پیشرفت و تکامل فردی در آن گردیده است. نوع نگاه به خود، تفسیر خویشتن در مقایسه با گذشته، سیر در مسیر تعالی و گرایش به انجام اعمال نیک و ماندگار از مهم‌ترین مصادیق می‌باشد که در جریان مصاحبه و بیانات شرکت کنندگان منجر به استخراج مفهوم تکامل یافتگی انجامید. در زیر به نمونه‌هایی از آن چه مشارکت کنندگان در این مورد ابراز نمودند، اشاره می‌شود.

"قبل از بیماری به شدت وابسته به مادیات بودم اما بعد از بیماری دل‌بستگی به مادیات ندارم از فرصت‌هایم برای بهره بردن معنوی و عبادت، بودن با خانواده و کمک به دیگران استفاده می‌کنم" (م ۱۷). "به دنبال این هستم از خود نام نیکی باقی بگذارم" (م ۳). "بیماری باعث شد به خدا نزدیک‌تر شوم و به آرامش برسم. این باورها من را در مقابل بیماری مقاوم کرد" (م ۱۹). "برای این دنیا ارزشی قائل نیستم مادیات زندگی برام بی‌معنا شده، به گذشته که فکر می‌کنم می‌بینم چقدر بیهوده عمرم را صرف جمع‌آوری چیزهایی کردم که به هیچ وجه به دردم نمی‌خورد فقط لحظات عمرم بی‌جهت فنا شدند" (م ۵).

مضمون فرعی ۴- جبران

بعضی افراد ادامه زندگی با بیماری سرطان را فرصت "جبران" معنا کرده‌اند و سعی داشتند با عملکردی متفاوت نسبت به گذشته به ویژه کمک به دیگر بیماران ایده‌های خویش را تحقق بخشند. موارد فوق به نوعی خودیابی و تعریف جدیدی از ادامه زندگی می‌باشد. به عبارت دیگر مشارکت کنندگان با بیانات ذکر شده نقص‌ها، خطاها و یا کاستی‌های خود را در زندگی فردی، خانوادگی یا اجتماعی باز یافته و در مسیر توجه به ارزش‌ها و جنبه‌های معنوی سعی در تلافی و جبران این موارد داشته‌اند.

بیانات شرکت کنندگان در این خصوص به شرح زیر است:

"این بیماری فرصتی است تا به خدا نزدیک‌تر شوم و اعمال گذشته را جبران کنم" (م ۷). "دوست دارم آنقدر فرصت داشته باشم که اشتباهات قبلی را با کارهای خوب جایگزین کنم" (م ۱۲). "اگر فرصت پیدا کنم انسانیت را زیاده‌تر می‌کنم" (م ۱۵). "دیگر مال اندوزی نمی‌کنم، خوب زندگی خواهم کرد، اگر در حق کسی بدی کرده‌ام جبران می‌کنم" (م ۶).

مضمون فرعی ۵- آمادگی برای مردن

افرادی که با بیماری سرطان مواجه هستند شرایط ویژه‌ای دارند. آن‌ها نسبت به سایر افراد آمادگی برای مردن و تمایل به دانستن درباره مرگ دارند و زمان بیشتری را به تفکر درباره مرگ اختصاص می‌دهند. هرچند که ممکن است تصمیمات و شکل زندگی بعد از فهمیدن با جهت‌گیری افراد ارتباط داشته باشد. برای مثال افراد مذهبی به طور عمیق به مرگ فکر می‌کنند در حالی که ممکن است افراد غیرمذهبی از فکر کردن مداوم درباره مرگ ابا داشته باشند و به دنبال جایگزینی می‌گردند تا از این افکار به نوعی فرار کنند و ترجیح می‌دهند روزهای باقی مانده را کنار خانواده همراه با داشتن رفتار محبت‌آمیز سپری کنند. در حالی که افراد مذهبی ترجیح می‌دهند که رسیدگی به حق الناس، امور

دوستانم نبودند از پا در می آمدم اما واقعاً نمی دونم تا کی می تونم با این وضع دوام بیاورم" (م ۱).

مضمون فرعی ۳- نگرانی از آینده خانواده

نگرانی یک حالت ذهنی و درونی است که بطور معمول افراد به خاطر مسائلی است که ممکن است در آینده اتفاق بیفتد و فرد کنترلی روی آن ها ندارد. نگرانی اغلب با نوعی ترس و اضطراب همراه است. نگرانی باعث می شود فرد عملکرد مناسبی در زمان حال نداشته باشد و بر کیفیت زندگی و عدم لذت از زندگی منجر می گردد. بنابراین بیماری که در موقعیت مرزی مرگ قرار دارد، نگرانی ممکن است سبب طولانی تر شدن دوره درمان وی و یا حتی کاهش عمر بیمار گردد.

در زیر اظهارات برخی از مشارکت کنندگان را ملاحظه خواهید نمود: "نگران خانواده ام هستم حقوق بازنشستگی من کم است. نمی دانم بعد از من چه بر سر آن ها می آید الان چون جانباز هستم و من را می شناسند به من کمک می کنند اما بعد از من چه می شود" (م ۴). "نگران آینده فرزندانم هستم از نظر مالی و از نظر بی سرپرست شدن آن ها" (م ۱). "نگران سرنوشت دخترم که مجرد است و نگران معیشت خانواده چون من راننده آژانس هستم اگر کار نکنم درآمد نداریم الان که بستری شدم برق خانه ام را چون پول نداشتم بپردازم قطع کردند" (م ۲).

مضمون فرعی ۴- بی اطلاعی از وضعیت بیماری

به طوری که در لایحه حقوق (Patient's Bill of Rights) بیمار مربوط به انجمن بیمارستان های ایالات متحده آمریکا (AHA: American Ho's Pital Association) به این مسئله تاکید شده است که باید اطلاعات کامل و قابل فهم به صورت معقول توسط کادر پزشکی برای بیمار تأمین شود و پزشکان و کادر پزشکی نایبستی از نگفتن اخبار ناگوار به بیمار با این توجیه که بیمار نمی خواهد بداند یا نرسیده است. دفاع نماید [۲۶]. این حق بیمار است که بداند، بیمار است و بداند بیماری او چیست؟ بر اثر همین ناآگاهی ممکن است مشکلاتی برای بیمار به وجود آید که از نظر اخلاقی صحیح نیست.

در زیر به اظهار نظر مصاحبه شوندگان می پردازیم. "ابتدا به من نگفتند که چه بیماری دارم، من هم اجازه بستری نداشتم وقتی پسرم آمد و به او گفتند و پسرم برایم توضیح داد گفتم حالا که دانستم بستری می شوم، من حق دارم از بیماری خود مطلع باشم و درمان را شروع کردم" (م ۲). "الان چند وقت بستری هستم مرتب آزمایش می گیرند اما نتیجه نهایی را نمی گویند و دل شوره و استرس دارم" (م ۱۱). "من برای سرماخوردگی مراجعه کردم، دکترها به من گفتن که قلبم درگیر شده و ۱۵ درصد امید است. اگر همان موقع نمی گفتند من بی خبر بودم و به هیچ وجه پیگیری نمی کردم" (م ۶). "اگر به من بگویند که تحمل درد و رنج بیماری آخرش نتیجه بخش است همه چیز را تحمل می کنم ولی اگر ندانم بطور حتم تحمل ندارم" (م ۱).

مضمون فرعی ۵- ترس از مرگ

انسان ها بطور معمول از چیزهایی که برایشان ناشناخته است می ترسند. در واقع هراس از مرگ هراس از ماهیت مرگ است. از علل ترس از مرگ باید به مواردی چون عدم تجربه مرگ و پیش فرض های ذهنی و

عبادی، جریان زمان گذشته و تنظیم وصیت نامه را انجام دهند. در این پژوهش تجربه ذهنی افراد مشارکت کننده را به این شرح می خوانیم: "من آماده رفتن هستم، اما دوست دارم آن موقع مشکلات فرزندانم را حل کرده باشم" (م ۳). "دوست دارم لحظه احتضار یکی از ائمه را ملاقات کنم" (م ۴). "به هیچ وجه نمی خواهم به آن لحظه فکر کنم، چون بچه هایم به استقلال نرسیده اند" (م ۵). "زندگی را دوست دارم اما باید تسلیم اراده خداوند شوم" (م ۱).

مضمون اصلی ۳: علل اضطراب مرگ:

علیرغم پذیرش مرگ به عنوان یک واقعیت و پیامدهای مثبتی که بیماران به آن اشاره داشتند، بیماران به این امر اشاره داشتند که عواملی و دغدغه هایی وجود داشت که وجود آنها در کنار بیماری اضطراب آنها را از مرگ مداوم می بخشد.

مضمون فرعی ۱- درد و رنج

رنج ها و سختی ها مانند سرطان که شاید درمانی برای آن نیست، رنج هایی هستند که به اصطلاح به آن "شور طبعی" می گویند. امروزه مشخص شده است بینش و اعتقاد به مذهب نقش قابل ملاحظه ای در کاستن درد و رنج، افزایش تحمل عوارض بیماری ها و تسریع سیر بهبودی مشکلات جسمی دارد. در افراد مذهبی عزت نفس و مسئولیت اخلاقی در سطح بالاتری است و همین اعتقاد به رحمت خداوند موجب کاهش احساس درد در فرد می شود.

افراد شرکت کننده در پژوهش تجربیات خود را این گونه بیان کردند: "اگر به خدا معتقد نبودم از شدت درد بطور حتم خودکشی می کردم، همین اعتقاد به خدا آرامش می کند" (م ۱۰). "تمسک به مقدسات و اذکار باعث تحمل دردم می شود" (م ۳). "اول سعی می کنم درد را تحمل کنم ولی وقتی خیلی اذیت می شوم صحبت کردن با خداوند آرامش می کند" (م ۶). "درد را امتحان و آزمایش از سوی خدا می بینم" (م ۹). "درد را یک روال طبیعی می بینم و عین رحمت و حکمت خدا" (م ۵).

مضمون فرعی ۲- وضعیت نابسامان اقتصادی

وضعیت اقتصادی افراد در درمان سرطان بسیار مؤثر است. زیرا خانواده هایی که در رفاه اقتصادی کامل قرار دارند و از نظر تغذیه در وضعیت مطلوب به سر می برند. شرایط درمانی بهتری هم خواهند داشت. اما در مقابل خانواده هایی که در تأمین دارو، غذا و حتی مسکن بیمار با مشکل مالی مواجه هستند، درمان بیمار با مخاطره روبرو می شود.

برخی از مشارکت کنندگان در مصاحبه تجربه زیسته خود را این گونه بیان کردند:

"باید از بیماران حمایت کنند. درمان این بیماری هزینه آور است. خانواده هم باید فکر بیمار باشد و هم درگیر تأمین هزینه و من به عنوان مرد خانواده شرمند خانواده هستم" (م ۳). "دولت باید بیماران مثل من را از نظر مالی تأمین کند چون ما نگران وضعیت معیشت خانواده هستیم و این آرامش ما را بهم می ریزد" (م ۴). "من به عنوان یک زن سرپرست خانوار که دو فرزند هم دارم و بیکار و مستأجر هم هستم خیلی دچار اضطراب شدم چون واقعاً نمی دونم چکار کنم برای هزینه های درمان حتی خوراک با مشکل روبرو هستم تا الان هم اگر

ببرد. اختلال وسواسی، رفتار و اندیشه‌های اجباری و درجات متفاوتی از اضطراب مشخص می‌شود و در واقع شخص با اندیشیدن زیاد به مرگ خود را آزار می‌دهد و تصاویر ذهنی ناخواسته و مزاحمی دارد. نمونه‌هایی از گفت‌وگوی شرکت کنندگان در مصاحبه را به شرح زیر ملاحظه می‌کنید:

"اضطراب از مرگ دارم، مداوم فکر می‌کنم که کجا می‌میرم، از این که چگونه می‌میرم در چه وضعیتی قرار می‌گیرم، ترس دارم" (م ۱۰).
 "اضطراب مرگ دارم، به خاطر تنها شدن، تاریکی قبر و اعمال خودم" (م ۱).
 "اضطراب مرگ دارم به خاطر تنها شدن بچه‌هایم، کارهای نیمه تمام دارم، حس گناه دارم" (م ۳).
 "اصلاً نمی‌توانم به مرگ فکر کنم، فکر کردن به مرگ اختلال در زندگی‌ام ایجاد می‌کند" (م ۹).
 "وقتی به مرگ فکر می‌کنم چهره پدر شوهرم که مرد و چشمهایش باز بود در یک آن جلوی نظرم ظاهر می‌شود و من بهم می‌ریزم" (م ۵).

مضمون فرعی ۸- بدریختی

بیماران به اختلال بدریختی بدنی، احساس مداوم ذهنی درباره زشت بودن بدن برخی از جنبه‌های ظاهری بدنی خود دارند. اساس این اختلال باور، ترس بیمار است از این که ظاهر جذابی ندارد یا حتی نفرت انگیز است.

مشارکت کنندگان احساسات خود را از بدریختی چنین بیان کردند:
 "بعضی اوقات به هیچ وجه دلم نمی‌خواست در جلسه شیمی‌درمانی شرکت کنم بعد از هر نوبت شیمی‌درمانی که موهایم می‌ریخت از زندگی سیر می‌شدم" (م ۱۸).
 "وقتی یکی از پستان‌هایم را برداشتم خیلی گریه کردم، درست است ازدواج کردم اما از این که جلوی نزدیک‌ترین فرد حتی همسرم یا خواهرم لباس عوض کنم دیونه می‌شدم و دچار استرس و افسردگی تا این که همسرم پول تهیه کرد و پروتز گذاشتم" (م ۱۱).
 "من وقتی بهم گفتن کانسر بود لاین پستان دارم چون مجرد بودم داغون شدم در یک ماه نزدیک به ۷ کیلو وزن کم کردم همش فکر می‌کردم موهام می‌ریزد، ابروهایم خواهد ریخت، زیبایی‌ام از بین می‌رود، و با رادیوتراپی پوست بدنم دو رنگ می‌شود. با خودم می‌گفتم الان دیگه حتی یک پیرمرد ۹۰ ساله‌ام با من ازدواج نخواهد کرد" (م ۱۶).
 "وقتی فهمیدم سرطان به نخاعم آسیب زده و نصف بدنم فلج شده بود همسرم را به اتاق خوابم راه نمی‌دادم از این که قادر نبودم ارتباط زناشویی داشته باشم نگران ازدواج مجدد همسرم بودم مثل یک تکه گوشت لخت شده بودم عوارض دارویی‌ام که مزید بر علت بود. شوهرم خوب بود با من کنار آمد تا شفا گرفتم" (م ۱۷).

مضمون اصلی ۴: عوامل کاهنده اضطراب مرگ:

اگرچه اضطراب از مرگ در تمامی افراد و بخصوص بیماران سرطانی طبیعی به نظر می‌رسد ولی بیماران بستری شده به این امر اشاره داشتند که یک عده عوامل درون فردی و برون فردی وجود دارد که با تقویت آن‌ها می‌توان اضطراب مرگ را در این بیماران کاهش داد.

مضمون فرعی ۱- امید به زندگی

امید به عنوان یک عامل پیچیده چند بعدی و بالقوه قدرتمند در بهبودی و سازش یافتگی مؤثر بیماران سرطانی تعریف شده است [۲۷]. بنزین برگ معتقدند امید از نظر فیزیولوژی و عاطفی در مقابله کارآمد با بحران ناشی از بیماری مؤثر است [۲۸]. در مراحل درمان افراد امیدوار

حوادث بعد از مرگ (درون قبر) اشاره کرد. مقایسه توضیحات تجربه ذهنی مرگ توسط مشارکت کنندگان به روشنی تأثیر فهم‌های مذهبی آنان بر تمایز این تجربه را نشان می‌دهد. برای اشخاص مذهبی خوانده شدن کتاب درباره مرگ، و توضیح سوالاتی درباره روند و چگونگی مردن این واقعه را تسهیل می‌کند و معنای مرگ را تحت الشعاع قرار می‌دهد. مشارکت کنندگان در مصاحبه علل ترس خود را از مرگ به این صورت اعلام کردند:

"ترس از مرگ دارم برای عذاب درون قبر، به خاطر این که می‌دانم اعمال خوبی نداشته‌ام" (م ۱).
 "ترس از فضای قبر دارم، ترس از بین رفتن جسم من بدنم را دوست دارم." (م ۱۶).
 "از مرگ می‌ترسم چون کسی نگفته چطور است، یعنی هیچ کس تجربه‌اش را ندارد" (م ۱۱).
 "از مرگ می‌ترسم چون به چیزهایی درباره بعد از مرگ شنیده‌ام و از عالم بعد از مرگ مطلع نیستم" (م ۷).
 "از فکر کردن درباره مرگ باعث اضطراب من نمی‌شود چون در جبهه بارها مرگ را دیده‌ام" (م ۴).
 "اصلاً از فکر کردن به مرگ دچار اضطراب نمی‌شوم چون مرگ را یک خواب طولانی می‌بینم" (م ۳).
 "فکر می‌کنم با مرگ روحم به جایگاه اصلی خودش برمی‌گردد" (م ۵).
 "در دنیا سعی کردم درست زندگی کنم اضطراب ندارم همیشه سعی کردم کسی از من ناراحت نباشد" (م ۱۳).

مضمون فرعی ۶- فاجعه‌سازی و نشخوار فکری

راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجانی شامل نشخوار فکری، مقصر دانستن خود، مقصر دانستن دیگران می‌باشد.

نشخوار فکری بر احساسات بد و تجارب گذشته تمرکز دارد، در حالی که توجه نگرانی بر امکان بالقوه وقوع حوادث بد در آینده است. نشخوار فکری و نگران، مرتبط با اضطراب و سایر وضعیت‌های منفی هیجانی می‌باشد. نشخوار فکری به طور گسترده‌ای به عنوان یک عامل آسیب‌پذیری شناختی و به عنوان زمینه‌ای برای افسردگی تعریف شده است.

در پژوهش فوق نمونه‌هایی از بیانات شرکت کنندگان را در ارتباط با نشخوار فکری و مقصر دانستن خود به شرح زیر است:

"در گذشته خیلی اسیر لذت‌های کاذب و گناه کردم و فکر می‌کنم دارم نتیجه کارهام را می‌بینم" (م ۱).
 "هرچی به کارهای خود فکر می‌کنم، می‌بینم کار بدی انجام نداده‌ام، اما نمی‌دانم شاید جایی کاری کردم که الان باید تاوان آن را پس بدهم" (م ۶).
 "من از خدا غافل شدم، شاید به خاطر طلاقم که باعث شد بچه‌ها از من دور شوند، دلشان شکست و این باعث بیماری می‌شود" (م ۷).
 "این‌ها همه نتیجه کارها و اعمال خودم است" (م ۱۷).

مضمون فرعی ۷- تداوم فکر کردن درباره مرگ

فکر کردن درباره مرگ ممکن است به شکل تصور و تخیل مرگ خود فرد باشد. فکر کردن زیاد به مرگ می‌تواند از علائم ابتلا به افسردگی یا وسواس فکری باشد. هر چند که در آموزه‌های دینی به اندیشیدن به مرگ توصیه شده است و باعث آرامش قلب می‌شود. اما نوعی از فکر کردن افراطی به مرگ که با وسواس و استرس همراه بوده و طولانی مدت است می‌تواند یک اختلال و نگاه بیمارگونه باشد. و فرد را در انجام وظایف اجتماعی و روزمره خود با مشکل مواجه کند. زیرا فرد نمی‌تواند افکار خود را به درستی ساماندهی کرده و از نشاط و آرامش روحی بهره

خواهم داشت که عروسی دختر و نوه‌هایم را ببینم" (م ۲). "مریض سرطانی باید خوش بین باشد. علم پزشکی پیشرفت می‌کند و من به این زودی خوب خواهم شد" (م ۷).

مضمون فرعی ۴- منابع حمایتی

منابع حمایتی شامل حمایت روحی و روانی توسط خانواده و دوستان، حمایت اقتصادی دولت در تأمین داروها و هزینه زندگی بیماران، حمایت گروه‌ها و سازمان‌های اجتماعی خصوصی و غیرخصوصی می‌شود. وجود ارائه حمایت‌ها از جانب بستگان و وجود تمایل دریافت حمایت از جانب بیمار، متضمن حمایت اجتماعی است و در نتیجه حمایت اجتماعی می‌تواند نقش مؤثری خود را در زمینه افزایش امیدواری در بیماران سرطانی ایفا کند. بنابراین همان گونه که مشهود است امیدواری هم از سوی فرد بیمار و هم از سوی اطرافیان و بستگان او به واسطه دریافت حمایت افزایش می‌یابد. بیش‌ترین نوع درخواست حمایت مطرح شده، از سوی بیماران و خانواده حمایت اقتصادی و هزینه زندگی و حمایت دولت برای تأمین هزینه‌های درمان و پوشش بیمه تکمیلی و عدم کارایی بیمه‌ها و درخواست حمایت از انجمن‌های خیریه بودند.

مصاحبه شوندگان حمایت دریافت شده از جانب خانواده و دوستان را به عنوان عاملی مهم در ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مطرح کردند و معتقد بودند که خانواده و دوستان مهم‌ترین منبع حمایت روحی و روانی می‌باشند.

مصاحبه شوندگان نظرات خود را درخصوص امکانات بیان کردند: "دوستانم در زندگی‌ام تأثیر مثبت دارند" (م ۷). "دوستان قدیمی‌م مرتب به من کمک کردند. هم در روحیه دادن، هم در ایجاد جو مناسب در منزل، هم در هزینه‌های درمانی" (م ۱). بیش‌ترین نوع درخواست حمایت مطرح شده از طرف بیماران، حمایت اقتصادی بود.

"هزینه داروهایی که طرف قرارداد بیمه نیستند خیلی گران است" (م ۱۷). "پسرم خودش زن و بچه دارد و کارمند است. وام گرفته تا هزینه درمان من را تأمین کند. من از روی او خجالت می‌کشم" (م ۳). "من بازنشسته هستم با حقوق ماهی یک میلیون تومان هر ۲۰ روز یک بار آمپول که می‌زنم ۲۳ میلیون هزینه دارد که اگر خیریه نبود من نمی‌توانستم تأمین کنم" (م ۴).

مصاحبه شوندگان بیان می‌کردند که انجمن‌های حمایت از بیماران سرطانی جلسات هفته‌گی برای روان درمانی و تبادل تجربیات بیماران به یکدیگر تشکیل دهند.

"ما نیاز به حمایت روانکاو و مشاوره‌ای داریم" (م ۱۵). "خانواده‌های ما نیاز به حمایت دارند. باید دغدغه‌های مالی و مادی آن‌ها کم شود. بیمار باید فقط رنج بیماری داشته باشد. پوشش بیمه‌ای باید وسیع‌تر شود" (م ۳). "باید از بیماران حمایت کنند. درمان این بیماری هزینه‌آور است. خانواده هم باید فکر بیمار باشد و هم درگیر تأمین هزینه و من به عنوان مرد خانواده شرمند خانواده هستم" (م ۲).

مضمون فرعی ۵- امکانات

کمبود بیمارستان‌های دولتی در کیفیت زندگی بیماران در مرحله انتهایی حیات نقش مهمی را دارد. زیرا محدود بودن بیمارستان‌های تخصصی دولتی در شهرستان‌ها فرد را برای پیگیری درمان با مشکلاتی

در تحمل درمان‌های طولانی و دردناک و عوارض شیمی‌درمانی یا پرتودرمانی از خود مقاومت بیشتری نشان می‌دهند و احتمال بیش‌تری دارد که درمان را پیگیری نمایند [۲۹].

افراد مشارکت کننده در مصاحبه تجربه خود را از امید به زندگی این گونه بیان می‌کنند:

"امید به آینده باعث بالا رفتن تحملم شد" (م ۲). "امید به ادامه زندگی در کنار خانواده کمک کرد تا درمان را ادامه دهم" (م ۶). "با امیدواری می‌شود بیماری را شکست داد و من این بیماری را شکست می‌دهم" (م ۸). "اگر امید نداشتیم نمی‌توانستیم تا الان طاقت بیاوریم" (م ۱۰). "به رحمت و نگاه خدا امید دارم" (م ۱۲).

مضمون فرعی ۲- معناداری و کیفیت زندگی

یکی از تعاریف معنای زندگی توسط فرانکل در سال ۱۹۸۴ ارائه شده است، وی معتقد است که هنگامی که انسان احساس می‌کند که وجود و هستی‌اش به یک منبع لایزال پیوند خورده است و خود را متکی به چارچوب‌ها و تکیه‌گاه‌های گسترده و قابل اتکایی مانند مذهب و فلسفه‌ای که برای زندگی کردن انتخاب کرده است، می‌بیند معنا را در می‌یابد و آن را احساس می‌کند. معنای زندگی اشاره به نوعی از احساس ارتباط با خالق هستی داشتن هدف در زندگی و نیل به اهداف با ارزش و رسیدن به تکامل دارد.

معنای زندگی در اصل ماهیت شناختی دارد، چرا که در بردارنده باورهای افراد در مورد وجود یک هدف غایی در زندگی، اعتقادات به معنویات در زندگی اخروی است [۳۰]. معنادار بودن زندگی سبب پایین آمدن سطح عواطف منفی مانند اضطراب و افسردگی می‌شود و در نهایت سبب کاهش خطر ابتلا به بیماری‌های روانی می‌گردد [۳۱]. مصاحبه شوندگان نظرات خود را در باب معناداری زندگی چنین عنوان کردند:

"آن چه باعث معنا بخشی به زندگی من می‌شود وجود همسر و فرزندانم هستند" (م ۱۲). "اگر خداوند از زندگی من حذف شود همه چیز بی‌معنا می‌شود" (م ۱۵). "تغفلت از یاد خداوند ناامیدی زندگی را بی‌معنا می‌کند" (م ۸). "از دیدگاه من همسر بد اخلاق زندگی را بی‌معنا می‌کند" (م ۴). "شکرگزاری از خداوند و بودن کنار هم با خانواده‌ام به زندگی من معنا می‌دهد" (م ۳).

مضمون فرعی ۳- خوش‌بینی به آینده

باور داشتن به این امر که چیزهای خوبی در زندگی اتفاق خواهد افتاد یک خوش‌بینی متشکل از موقعیت خاص می‌باشد و دارای ارتباط قوی با نرخ افراد زنده مانده بعد از رشد سرطان می‌باشد. به نظر می‌رسد افراد خوش‌بین در بهبود سلامتی خود فعال‌تر باشند. آن‌ها به طور مناسب‌تری استراحت و تغذیه می‌کنند. روان‌شناختی مثبت (خوش‌بینی) و احساس مثبت (امیدواری) سلامت روان را حفظ می‌کنند. خوش‌بینی بر سلامت روان و کاهش استرس و اضطراب ناشی از سرطان تأثیر به سزایی دارد. در تحقیق فوق شرکت کنندگان خوش‌بینی خود به آینده را این گونه بیان کردند:

"من آدم خوش‌بینی هستم و دوست دارم تا ۶۰ سالگی عمر کنم" (م ۴). "۱۰ تا ۲۰ سال دیگر فرصت عبادت می‌خواهم و خدا این فرصت را قطعاً در اختیار من قرار خواهد داد" (م ۸). "مطمئنم آنقدر فرصت

انجمن‌هایی تشکیل بدهند که ما بیماران سرطانی دور هم جمع بشویم و برای ما شو و برنامه‌های شاد پیش‌بینی کنند" (م ۸). "من رفتم کلاس موسیقی ثبت نام کردم و این کار خیلی در تخلیه استرس مفید بوده" (۱۴). "نجوا و راز و نیاز باعث آرامش و شادی من می‌شود" (م ۴).

جدول ۲: مضامین اصلی و فرعی تجارب زیسته افراد از اضطراب مرگ

مضامین فرعی
مفهوم مرگ از دیدگاه بیماران
۱- پذیرش مرگ
۲- تصویر مرگ
۳- عقیده به جهان پس از مرگ
پیامدهای بیماری
۱- گرایش به مذهب
۲- بخشایش‌گری
۳- گرایش به کمال‌جویی
۴- جبران
۵- آمادگی برای مردن
علل اضطراب مرگ
۱- درد و رنج
۲- وضعیت نابسامانی اقتصادی
۳- نگرانی از آینده خانواده
۴- بی‌اطلاعی از وضعیت بیماری
۵- ترس از مرگ
۶- فاجعه‌سازی و نشخوار فکری
۷- تداوم فکر درباره مرگ
۸- بدریختی
عوامل کاهنده اضطراب مرگ
۱- امید به زندگی
۲- معناداری و کیفیت زندگی
۳- خوش‌بینی به آینده
۴- منابع حمایتی
۵- امکانات
۶- خدمات مشاوره‌ای
۷- شادکامی

بحث

پژوهش حاضر بررسی تجربیات زیسته بیماران سرطانی بیمارستان بقیه الله شهر تهران بود تا مشخص شود این بیماران که در موقعیت‌های مرزی قرار دارند، تجربیات خود را از اضطراب مرگ چگونه عنوان می‌کنند؟ براساس یافته‌های پژوهش حاضر، تجربیات زیسته این بیماران مرزی که دارای بیماری سرطان هستند از ۵ مضمون اصلی برخوردار است. مفهوم مرگ، پیامدهای بیماری، علل اضطراب مرگ، عوامل کاهنده از اضطراب مرگ، عوامل فزاینده اضطراب مرگ مضامین اصلی حاصل شده از این پژوهش بود. پذیرش مرگ، تصویر مرگ، عقیده به جهان پس از مرگ، گرایش به مذهب، بخشایش‌گری، گرایش به کمال‌جویی، جبران، آمادگی برای مردن، درد و رنج، وضعیت نابسامانی اقتصادی، نگرانی از آینده خانواده، بی‌اطلاعی از وضعیت بیماری، امید به زندگی، معناداری و کیفیت زندگی، خوش‌بینی به آینده، منابع حمایتی، امکانات، خدمات مشاوره‌ای، شادکامی، ترس از مرگ،

مانند دوری از خانواده و نداشتن ملاقات‌کننده و یا سرگردانی همراه بیمار و متحمل شدن هزینه‌های اضافی در پایتخت روبرو می‌نماید. و یا حتی در خود پایتخت بیمار مدتها باید در انتظار تخت خالی در بخش بماند. و این امر مورد اعتراض اکثر مصاحبه‌شوندگان بودند. همچنین افزایش نیروی انسانی به خصوص پرستاران با تجربه و آموزش دیده از نیازهای یکی از درخواست‌های بیماران بود زیرا کمبود کادر پرستاری نسبت به تعداد بیماران و سختی کار باعث فشار روحی بر پرستاران می‌شود و ممکن است در رفتار با بیماران تأثیرگذار باشد.

مصاحبه‌شوندگان دیدگاه‌های خود را این‌گونه اظهار کردند:

"ما برای بستری شدن مشکل داریم و باید نوبت خالی شدن تخت خالی باشیم" (م ۵). "اگر تعداد پرستارها زیاد شود آن‌ها با تعداد کمتری بیمار طرف هستند بنابراین با مهربانی به ما جواب خواهند داد" (م ۱۱). "من با پرستارها درگیر شدم از یکی از آن‌ها شکایت کردم ولی به او حق می‌دهم تعدادشان کم است و فشار کاری روی آن‌ها زیاد است" (م ۲). "پرستار کم دارند. موقع بستری می‌گویند بطور حتم یک همراه داشته باشید و پولش را هم می‌گیرند" (م ۹).

مضمون فرعی ۶- خدمات مشاوره‌ای

روانشناسان معتقد بودند پذیرش بیماری به خصوص بیماری لاعلاج سرطان، برای بیماران و خانواده‌ها، از زمان تشخیص بیماری تا طول درمان و حتی بعد از آن بیش‌ترین فشار و استرس را تحمل می‌کنند. بنابراین استفاده از خدمات مختلف مشاوره‌ای می‌تواند به آن‌ها کمک مؤثری بنماید.

افراد شرکت‌کننده در مصاحبه نظر خود را در رابطه با خدمات مشاوره‌ای این‌گونه بیان کردند.

"صحبت کردن با بیمار در بالا بردن روحیه او تأثیر دارد" (م ۱). "با استفاده از تجربیات بیمارانی که بهبود یافته‌اند، می‌شود اعتماد به نفس بیمار را بالا برد" (م ۱۲). "باید شرایطی فراهم آورد که بیمار افکار منفی را بیرون‌ریزی کند" (م ۱۶). "بیان تجارب موفق سایر بیماران و پررنگ کردن نقاط معنوی به آرامش رسیدن بیمار کمک می‌کند" (م ۴). "باید کاری کرد که بیمار امید خود را از دست ندهد. و بیماری را کوچک بشمارد، با امیدواری می‌شود بیماری را تحمل کرد" (م ۳).

مضمون فرعی ۷- شادکامی

احساس رضایت و شادکامی در زندگی روزمره، یکی از مهم‌ترین عوامل است که سلامت جسم و روان را تحت تأثیر قرار می‌دهد بنابراین شادمانی می‌تواند در افزایش معنا بخشی به زندگی، بالا بردن کیفیت زندگی، مقاوم ساختن بیماران جسمانی از جمله بیماران سرطانی را در برابر بیماری و ایجاد امید به زندگی در آن‌ها داشته باشد. در برابر شادکامی و امید به زندگی اضطراب و ترس از مرگ وجود دارد که انسان‌ها آن را تجربه کرده و به نوعی ذهن آن‌ها را به خود مشغول کرده است. تدارک برنامه‌های شاد می‌تواند به این دسته از بیماران در کاهش اضطراب مرگ کمک کند و امید به زندگی را افزایش دهد.

مشارکت‌کنندگان نظرات خود را این‌چنین بیان کردند:

"وقتی دیدم محیط خانه‌ام دلگیر شده چون من قادر به فعالیت نبودم از دخترانم خواستم که هر روز موزیک شاد بگذارند و برای من برقصند کمکم خودم هم روحیه گرفتم" (م ۱۷). "سعی کردم مجالس ختم و عزاداری کمتر شرکت کنم، دلم می‌گیره" (م ۵). "مسئولین باید

در عدم بهبود درمان بیماران سرطانی است [۳۲]. همسو با یافته‌های پژوهش، پژوهش روی (۲۰۰۸) و همکاران نشان می‌دهد که درد و رنج بیمار عاملی اساسی در اضطراب از مرگ بیمار و رهایی از زندگی همراه با رنج است [۳۳].

بررسی تجربیات این بیماران مرزی نشان می‌دهد که عوامل متفاوتی می‌تواند بر کاهش این اضطراب کمک کند یا با راهکارهای متفاوتی توانسته‌اند این اضطراب را در خود کاهش دهند. امید به زندگی، معناداری و کیفیت زندگی، خوش‌بینی به آینده، منابع حمایتی، امکانات، خدمات مشاوره‌ای، شادکامی از جمله این فعالیت‌ها و راهکارهاست. این یافته‌ها در راستای نتایج پژوهش‌های منین و همکاران [۳۴] و ورنر و همکاران [۳۵] بود. نتایج نشان دادند که با حمایت اجتماعی و خانوادگی، امیدواری در بیماران سرطانی افزایش می‌یابد این یافته با تحقیقات باستانی همکاران (۱۳۹۲) در باب حمایت اجتماعی و امید در باب مادران کودکان مبتلا به تالاسمی و اضطراب آنها همسوست [۳۶]. پژوهش‌های موراماتسور و همکاران [۳۷]، نتایج تحقیقات لتهو و اشتاین [۱۸] و زیلسنکی ویلوکس [۳۸] نیز بر نقش شادکامی، معناداری و خوش‌بینی در کاهش اضطراب بیماران مرزی تاکید دارد. معناداری، هدفمندی و امیدواری در زندگی از اجزای تحکیم سلامت روان هستند. پس چنان چه زندگی هدفمند و معنادار باشد طبیعی است که هر رخدادی هر چند توان‌فرسا هم چون فشارهای شدید درد و بیماری‌های مرگ‌آور با معنی تلقی می‌شود. یاسپرس معتقد است موقعیت‌های مرزی، موقعیت‌های گریزناپذیری هستند که در هنگام رویارویی با آن‌ها دچار یأس و ناامیدی می‌شویم اما با برخورد آگاهانه می‌توان با این موقعیت‌ها از این موقعیت‌ها استفاده کرده و به زندگی معنا بخشید. هم چنان که افراد مذهبی زندگی را معنادارتر می‌یابند پس امید به زندگی نزد آنان بیشتر است پس اضطراب و ترس مرگ کمتری دارند. امید به زندگی با اضطراب مرگ در بیماران سرطانی رابطه معکوس دارد.

از دیدگاه بیماران بستری شده، ترس از مرگ، فاجعه‌سازی و نشخوار فکری، تداوم فکر کردن درباره مرگ، بدریختی از عواملی بود که می‌توانست به افزایش اضطراب این بیماران کمک کند. استفاده زیاد از راهبردهای ناسازگارانه مانند نشخوار فکری، فاجعه‌سازی، مقصر دانستن خود با سطح بالایی از اضطراب همراه است و این راهبردها اضطراب را تشدید می‌کند. به عبارتی می‌توان گفت استفاده از راهبردهای ناسازگارانه، فرد را مستعد اضطراب می‌کند و در نتیجه به جای واکنش مناسب به شرایط تشنج را مانند مرگ، با آشفتگی و تشویش همراه خواهد بود. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های دیستفانو و همکاران [۳۹]، واتسون و همکاران [۴۰]، سجادیان و همکاران [۴۱] و کسبیر [۱۹] همسو می‌باشد.

نتیجه‌گیری

از یافته‌های به دست آمده نتیجه گرفت که مرگ‌اندیشی در موقعیت‌های مرزی نه تنها یک علامت مرضی نیست، بلکه با توجه به نتایج موجود از یافته‌ها می‌تواند به ایجاد مؤلفه‌هایی در شکل‌گیری سلامت روان نیز منتهی شود. برای نمونه می‌توان اذعان داشت امید به آینده، کیفیت‌بخشی به زندگی، معناداری زندگی، دریافت حمایت اجتماعی و خدمات مشاوره‌ای در موقعیت مرزی بیماری چون سرطان

فاجعه‌سازی و نشخوار فکری، تداوم فکر کردن درباره مرگ، بدریختی از مضامین فرعی بود که این پژوهش به آن دست یافت.

پدیدارشناسی تجربه زیسته این بیماران نشان داد که اعتقاد به خدا و جهان پس از مرگ، پذیرش نسبی واقعیت مرگ و ترس ناشی از آن، اندیشه موقت یا دائمی مرگ بخشی از معانی نهفته تجربی معنی مرگ را تشکیل می‌دهد. افراد در عین حال که بطور عمومی مرگ را به عنوان‌گذاری به دنیای بهتر و کامل‌تر می‌دانند. یاسپرس در این موارد به موقعیت‌های مرزی متمرکز اشاره دارد که شخص باید در این مواقع با مرگ باشراف مواجه شود و آن را بپذیرد. اما اگر مینا بر انتخاب باشد همه تمایل به داشتن عمر طولانی دارند. خانواده و شرایط مذهبی سهم به سزایی در شکل‌گیری تصویر مرگ دارد که به زمینه اجتماعی خانوادگی و اجتماعی شدن برمی‌گردد. یاسپرس (۱۳۷۷) به رویکرد دوگانه بشر در برابر مرگ اشاره می‌کند و می‌نویسد مرگ را همزمان دوست و دشمن دیدن و اشتیاق و اکراه داشتن همزمان در برابر آن، نشان دهنده وجود تعارض بشری نیست. مرگ برای یاسپرس دغدغه‌ی مهمی است و همیشه با انسان است. علامتی است از ناپایداری هستی که، هم هستی را به فنا محکوم می‌کند و هم مایه ارزش بی‌پایان هستی است.

اگرچه افراد شرکت کننده در پژوهش به مرگ به عنوان پدیده‌ای نه چندان مطلوب نگریسته‌اند ولی یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد این بیماری برای آنها پیامدهای مثبتی همراه داشته است. گرایش به مذهب، بخشایش‌گری، گرایش به کمال‌جویی، جبران، آمادگی برای مردن پیامدهای مثبتی بود که این بیماری برای آنها بدست آورده است. بر اساس دیدگاه موقعیت‌های مرزی، موقعیت‌های مرزی هرچه که باشند یا به هر تعداد که باشند. انسان را به خود می‌شناسانند. از این رو آگزیستانسیالیست‌ها به انسان توصیه می‌کنند تا به جای اجتناب از آن‌ها، خود را در معرض این احوال و اوضاع قرار دهند تا بتوانند وجود حقیقی خویش را باز یابند. برای بیماران سرطانی بستری شده شاید بتوان عنوان کرد که این موقعیت مرزی در شناساندن خود حقیقی فرد به آن کمک کرده است. افعال انسان در موقعیت‌های عادی واضح و معمولی و بر اثر روزمرگی، همرنگ با جماعت است. اما فعل او در موقعیت‌های مرزی خود حقیقی‌اش را آشکار می‌سازد، آگزیستانسیالیست‌ها معتقدند که موقعیت‌های مرزی سبب دگرگونی در افکار "من" می‌شود و نگاه متفاوتی را نسبت به "خود" ارائه می‌دهد، یا به عبارتی خودم را به خود می‌شناساند. یافته‌های پژوهش‌های ایمان زاده (۲۰۱۷)، جونگ و همکاران (۲۰۱۷) نیز همسوئی بین آموزه‌های دینی و کاهش اضطراب از مرگ را نشان می‌دهد.

اگرچه بیماران سرطانی بستری شده از پیامدهایی مثبتی که از بیماری برای آنها حاصل شده بود صحبت می‌کردند و بر اساس موقعیت مرزی باید استقبال آگاهانه از مرگ می‌کردند ولی خواه و ناخواه این بیماران با مسائلی دست به گریبان بودند که هنوز هم اضطراب را در وجود آنها متجلی می‌کرد. درد و رنج، وضعیت نابسامانی اقتصادی، نگرانی از آینده خانواده، بی‌اطلاعی از وضعیت بیماری از مواردی بودند که اعتقاد داشتند وجود آنها مانع مرگ آرام آنها می‌شود. مطالبی که توسط این بیماران عنوان شد عمدتاً مطالبی بود که خارج از کنترل آنها بود و بیشتر بر عوامل بیرونی تکیه داشت. نتایج پژوهش لیفتون (۲۰۱۲) نشان می‌دهد که نگرانی از آینده خانواده و سرنوشت آن فاکتور اساسی

سوی پرستاران بخش، مرخص شدن برخی از بیماران بعد از شیمی درمانی و وقفه زمانی تا زمان شیمی درمانی بعدی، عدم کنترل نوع سرطان و جنسیت در این پژوهش بود.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان نامه نویسندگان در مقطع کارشناسی ارشد رشته فلسفه تعلیم و تربیت اسلامی دانشگاه ملایر به تاریخ تصویب ۹۵/ ۱۱/۱۲ می‌باشد. از همکاری ریاست محترم بیمارستان بقیه الله شهر تهران، مسئول بخش B۱۰ و بخش C۱۰، کادر پرستاری، بیماران و همراهان بیماران که با صبر و شکیبایی محققین را طی مصاحبه یاری فرمودند سپاسگزاری می‌گردد. اگر همکاری برخی از این عزیزان نبود، انجام پژوهش امکان‌پذیر نمی‌گردید.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام می‌دارند که در نگارش این مقاله هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

References

1. Anthony S. The child's discovery of death: a study in child psychology: Routledge; 2013
2. Yalom I. Existential psychology. Jackson, TN: Basic Books; 1980.
3. Kastenbaum R. Death, society, and human experience: Routledge; 2015
4. Boyle P, Levin B. World cancer report 2008. International Agency for Research on Cancer, 2008.
5. Gonen G, Kaymak SU, Cankurtaran ES, Karslioglu EH, Ozalp E, Soygur H. The factors contributing to death anxiety in cancer patients. J Psychosoc Oncol. 2012;30(3):347-58. doi: 10.1080/07347332.2012.664260 pmid: 22571248
6. Sherman DW, Norman R, McSherry CB. 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. 2010;21(2):99-112. doi: 10.1016/j.jana.2009.07.007 pmid: 20006525
7. Holzner B, Kemmler G, Cella D, De Paoli C, Meraner V, Kopp M, et al. Normative data for functional assessment of cancer therapy-general scale and its use for the interpretation of quality of life scores in cancer survivors. Acta Oncol. 2004;43(2):153-60. doi: 10.1080/02841860310023453 pmid: 15163163
8. Peters L, Cant R, Payne S, O'Connor M, McDermott F, Hood K, et al. How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: a review of literature. Open Nurs J. 2013;7:14-21. doi: 10.2174/1874434601307010014 pmid: 23400515
9. Imanzade A, Salahshori A. [An introduction to analytic and meta-analytical approaches in philosophy of education]. Hamedan: Bu Ali Sina University Publisher; 2011.
10. Yalom I. Staring at the sun: Overcoming the dread of death: Scribe Publications; 2008.
11. Tillich P. Systematic theology. Chicago University of Chicago Press; 2011
12. Jaspers K. Philosophy. Chicago University of Chicago Press; 1996.
13. Jani S, Molae M, JANGI GS, Pouresmali A. Effectiveness of cognitive therapy based on religious believes on death anxiety, social adjustment and subjective well-being in the cancer patients. J Ilam Univ Med Sci. 2014;22(94-103).
14. Salehi F, Mohsenzade F, Arefi M, Salehi Zahabi S, Amirifard N. Death Anxiety in Patients With Cancer in Kermanshah. Iran J Breast Dis. 2016;1(24-29).
15. Khezri L, Bahreyni M, Ravanipour M, Mirzaee K. The Relationship between spiritual wellbeing and depression or death anxiety in cancer patients in Bushehr 2015. Nurs Vulnerables. 2015;2(2):15-28.
16. Bahrami N, Moradi M, Soleimani M, Kalantari Z, Hosseini F. Death anxiety and its relationship with quality of life in women with cancer. Iran J Nurs 2013;26(82):51-61.
17. Salajegheh S, Raghbi M. The effect of combined therapy of spiritual-cognitive group therapy on death anxiety in patients with cancer. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2014;22(2):1130-9.
18. Lehto RH, Stein KF. Death anxiety: an analysis of an evolving concept. Res Theory Nurs Pract. 2009;23(1):23-41. doi: 10.1891/1541-6577.23.1.23 pmid: 19418886
19. Kesebir P. A quiet ego quiets death anxiety: humility as an existential anxiety buffer. J Pers Soc Psychol. 2014;106(4):610-23. doi: 10.1037/a0035814 pmid: 24660992
20. Jong J, Ross R, Philip T, Chang S-H, Simons N, Halberstadt J. The religious correlates of death anxiety: A systematic review and meta-analysis. Relig Brain Behav 2018;8(1):4-20.
21. Cerbone D. Understanding phenomenology: Routledge; 2014
22. Gerrish K, Lacey A. The research process in nursing: John Wiley & Sons; 2010.
23. Adib Hajbagheri M, Parvizi S, Salsali M. [Qualitative research methods]. Tehran: Boshra Publication; 2004.
24. Bauer-Wu S, Farran CJ. Meaning in life and psycho-spiritual functioning: a comparison of breast cancer survivors and healthy women. J Holist Nurs.

- 2005;23(2):172-90. doi: [10.1177/0898010105275927](https://doi.org/10.1177/0898010105275927) pmid: [15883465](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15883465/)
25. Imanzadeh A. Nurses' Lived Experiences of Forgiveness to Others. *J Qual Res Health Sci*. 2017;5(337-348).
 26. Meleis AI, Jonsen AR. Ethical crises and cultural differences. *West J Med*. 1983;138(6):889-93. pmid: [6613119](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6613119/)
 27. Herth K. Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *J Adv Nurs*. 2000;32(6):1431-41. pmid: [11136411](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11136411/)
 28. Benzein EG, Berg AC. The level of and relation between hope, hopelessness and fatigue in patients and family members in palliative care. *Palliat Med*. 2005;19(3):234-40. doi: [10.1191/0269216305pm1003oa](https://doi.org/10.1191/0269216305pm1003oa) pmid: [15920938](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15920938/)
 29. Rowland J. Breast cancer: Psychosocial aspects. Behavioral medicine and women: A comprehensive handbook: Guilford Press; 1998. p. 577-87.
 30. Ho MY, Cheung FM, Cheung SF. The role of meaning in life and optimism in promoting well-being. *Pers Individ Differ*. 2010;48(5):658-63. doi: [10.1016/j.paid.2010.01.008](https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.01.008)
 31. Feldman DB, Snyder CR. Hope and the Meaningful Life: Theoretical and Empirical Associations Between Goal-Directed Thinking and Life Meaning. *J Soc Clin Psychol*. 2005;24(3):401-21. doi: [10.1521/jscp.24.3.401.65616](https://doi.org/10.1521/jscp.24.3.401.65616)
 32. Lifton R. Death in life: Survivors of Hiroshima. Carolina University of North Carolina Press; 2012.
 33. Roy-Byrne PP, Davidson KW, Kessler RC, Asmundson GJ, Goodwin RD, Kubzansky L, et al. Anxiety disorders and comorbid medical illness. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30(3):208-25. doi: [10.1016/j.genhosppsych.2007.12.006](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2007.12.006) pmid: [18433653](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18433653/)
 34. Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL, Fresco DM. Applying an Emotion Regulation Framework to Integrative Approaches to Generalized Anxiety Disorder. *Clin Psychol Sci Pract*. 2006;9(1):85-90. doi: [10.1093/clipsy.9.1.85](https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.85)
 35. Werner KH, Goldin PR, Ball TM, Heimberg RG, Gross JJ. Assessing Emotion Regulation in Social Anxiety Disorder: The Emotion Regulation Interview. *J Psychopathol Behav Asses*. 2011;33(3):346-54. doi: [10.1007/s10862-011-9225-x](https://doi.org/10.1007/s10862-011-9225-x)
 36. Bastani F, Sayahi S, Haghani H. Social support and relationship with hope among mothers of a child with leukemia. *J Clin Nurs Midwifery*. 2012;1.
 37. Muramatsu N, Yin H, Hedeker D. Functional declines, social support, and mental health in the elderly: does living in a state supportive of home and community-based services make a difference? *Soc Sci Med*. 2010;70(7):1050-8. doi: [10.1016/j.socscimed.2009.12.005](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.12.005) pmid: [20117865](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20117865/)
 38. Zielinski MJ, Veilleux JC. Examining the relation between borderline personality features and social support: The mediating role of rejection sensitivity. *Pers Individ Differ*. 2014;70:235-8. doi: [10.1016/j.paid.2014.07.005](https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.07.005)
 39. Distefano M, Riccardi S, Capelli G, Costantini B, Petrillo M, Ricci C, et al. Quality of life and psychological distress in locally advanced cervical cancer patients administered pre-operative chemoradiotherapy. *Gynecol Oncol*. 2008;111(1):144-50. doi: [10.1016/j.ygyno.2008.06.034](https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2008.06.034) pmid: [18692225](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18692225/)
 40. Watson M, Homewood J, Haviland J. Coping response and survival in breast cancer patients: a new analysis. *Stress Health*. 2012;28(5):376-80. doi: [10.1002/smi.2459](https://doi.org/10.1002/smi.2459) pmid: [23129557](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23129557/)
 41. Sadjadian A, Haghghat S, Montazeri A, Kazemnejad A, Alavinili A. Post diagnosis coping strategies patients with breast cancer. *Iran J Breast Dis*. 2011;4(3):52-8.