

The Relationship between Death Anxiety and Spiritual Health and Gerotranscendence in Older People with Cancer

Pouya Farokhnezhad Afshar¹, Mehdi Farrokh², Raziye Sadat Hosseini^{3*}

1- Department of Geriatric Health, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Department of Geriatric Health, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- Department of Geriatric Health, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Corresponding author: Raziye Sadat Hosseini, Geriatric Health, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Email: Hosseini.rs@iums.ac.ir.

Received: 2025/10/19

Accepted: 2026/02/15

Abstract

Introduction: Cancer is one of the five main causes of mortality. Spiritual well-being and gerotranscendence can play an important role in promoting the health of old age by creating meaning and concept in life. The relationship between spiritual well-being and the gerotranscendence with death anxiety in older adults has not been determined. Therefore, this study aimed to assess the relationship between death anxiety and spiritual well-being and gerotranscendence in older people with cancer.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 380 elderly people aged 60 and older referring to hospitals in Saveh city. Data were collected using questionnaires including demographic questionnaire, Polotzine and Ellison Spiritual Well-being Scale, Templer Death Anxiety Scale (DAS), and the Gerotranscendence scale (GS-S). Data analysis was performed with SPSS software version 26 and through independent t-test, analysis of variance, and Pearson correlation coefficient.

Results: According to the findings of the present study, the average age of the participants in the study was 70.17 years, of which 39.5% were women and 60.5% were elderly men. The average spiritual well-being, death anxiety, and gerotranscendence were 3.75, 8.7, and 4.22, respectively. Based on the Pearson correlation coefficient, there was no significant correlation between death anxiety and spiritual well-being ($r=0.01$, $p=0.79$) and gerotranscendence ($r=0.03$, $p=0.49$) in the elderly participants in the study.

Conclusions: The findings of the present study showed that there was no correlation between death anxiety, spiritual well-being, and gerotranscendence in older people with cancer.

Keywords: Death anxiety, Spiritual well-being, Gerotranscendence, Aged, Cancer.

ارتباط اضطراب مرگ با سلامت معنوی و تعالی سالمندی در سالمندان مبتلا به سرطان

پویا فرخ نژاد افشار^۱، مهدی فرخ^۲، راضیه السادات حسینی^{۳*}

۱- گروه سلامت سالمندی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۲- گروه سلامت سالمندی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۳- گروه سلامت سالمندی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: راضیه السادات حسینی، گروه سلامت سالمندی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

ایمیل: Hosseini.rs@iums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۷/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۲۶

چکیده

مقدمه: سرطان یکی از پنج عامل اصلی مرگ و میر است. سلامت معنوی و تعالی سالمندی از طریق ایجاد معنا و مفهوم در زندگی نقش مهمی در ارتقاء سلامت سالمندی می تواند ایفا کند. ارتباط بین سلامت معنوی و تعالی سالمندی با اضطراب مرگ در سالمندان مبتلا مشخص نشده است. لذا این مطالعه با هدف تعیین ارتباط اضطراب مرگ با سلامت معنوی و تعالی سالمندی در سالمندان مبتلا به سرطان است.

روش کار: این پژوهش مقطعی بر روی ۳۸۰ سالمند ۶۰ سال و بالاتر مراجعه کننده به بیمارستان های شهرستان ساوه انجام شد. داده ها با استفاده از پرسش نامه ها شامل، پرسش نامه دموگرافیک، پرسش نامه سلامت معنوی پولوتزین و الیسون، پرسش نامه اضطراب مرگ تمپلر (DAS) و پرسش نامه تعالی سالمند (GS-S) جمع آوری شد. تجزیه و تحلیل داده ها با نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ و از طریق آزمون تی مستقل، آنالیز واریانس، ضریب همبستگی پیرسون انجام گردید.

یافته ها: بر اساس یافته های مطالعه حاضر میانگین سنی شرکت کنندگان در پژوهش ۷۰/۱۷ سال بود. ۳۹/۵ درصد زنان و ۶۰/۵ درصد را مردان سالمند تشکیل می دادند. میانگین سلامت معنوی، اضطراب مرگ و تعالی سالمندی به ترتیب ۷/۸، ۷۵/۳ و ۲۲/۴ بود. بر اساس ضریب همبستگی پیرسون بین اضطراب مرگ با سلامت معنوی ($p=0/79, r=0/01$) و تعالی سالمندی ($p=0/49, r=0/03$) در سالمندان شرکت کننده در مطالعه همبستگی معناداری وجود نداشت.

نتیجه گیری: یافته های مطالعه حاضر نشان داد بین اضطراب مرگ با سلامت معنوی و تعالی سالمندی در افراد سالمند مبتلا به سرطان همبستگی وجود نداشت.

کلیدواژه ها: اضطراب مرگ، سلامت معنوی، تعالی سالمندی، سالمندان، سرطان.

مقدمه

سالمندی به تغییرات فیزیولوژیکی طبیعی و پیشرونده غیرقابل برگشت اطلاق می شود که در طول زندگی هر فردی رخ می دهد (۱). در کشور های در حال توسعه به علت پیشرفت در تشخیص و درمان بیماری ها امید به زندگی افزایش یافته است از طرفی ظهور بیماری های مزمن نیز در این گروه سنی رو به افزایش است که کنترل این بیماری ها حائز اهمیت است (۲). یکی از بیماری های مزمن شایع در

سالمندان، سرطان است که شیوع آن با افزایش سن بیشتر می شود (۳). بیش از ۵۰ درصد از بیماران مبتلا سرطان بالای ۶۵ سال سن دارند (۴). بالاترین میزان مرگ و میر ناشی از سرطان در گروه سنی ۴۰ تا ۷۹ سال است. گروه سنی ۶۰ تا ۷۹ سال ۷۳/۱ درصد از کل مرگ و میرهای ناشی از سرطان را به خود اختصاص داده است (۵). بیماران مبتلا سرطان از مشکلات جدی سلامت روانی مانند اضطراب و افسردگی رنج می برند (۶). مقابله و کنترل عوارض روانی

کیفیت زندگی می تواند نقش مهمی داشته باشد؛ توصیه شده است (۱۸).

بر اساس نظریه تعالی سالمندی، افراد سالخورده به تدریج تغییر در فرا چشم انداز، از بینشی مادی و عقلانی به دیدی کیهانی تر و متعالی تر می رسند (۱۹). تعالی سالمندی، دیدگاهی مثبت به سالمندی است که تداوم رشد در دوران سالمندی را ممکن می داند و به معنی گذار از یک دیدگاه اثبات گرا و مادی به یک دیدگاه متعالی و معنوی است که عموماً با رضایت از زندگی همراه می شود و دستیابی به آن می تواند به پذیرش بهتر تغییرات و بهبود وضعیت سلامت روان سالمندان منجر شود (۲۰). اما تعالی سالمندان در سالمندان درجات متفاوتی دارد (۲۱) و تاکنون مطالعه ای پیرامون ارتباط سلامت معنوی و تعالی سالمندی با اضطراب مرگ در سالمندان صورت نگرفته است. مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط اضطراب مرگ با سلامت معنوی و تعالی سالمندی در سالمندان مبتلا به سرطان صورت گرفته است.

روش کار

این مطالعه به صورت مقطعی توصیفی بر روی ۳۸۰ نفر از سالمند مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان های شهر ساوه انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه سالمندان مقیم جامعه شهر ساوه در سال ۱۴۰۳ تشکیل خواهند داد. از تمام شرکت کنندگان پس از توضیح اهداف مطالعه، رضایت نامه آگاهانه اخذ شد.

شرکت کنندگان

افراد با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس وارد مطالعه می شوند. برای تعیین حجم نمونه در سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد، بر اساس مطالعات پیشین با فرض اینکه ضریب همبستگی اضطراب مرگ و سلامت معنوی حداقل ۰/۱۵ باشد، تا این همبستگی از نظر آماری معنی دار تلقی گردد، پس از مقدار گذاری در فرمول زیر، حجم نمونه ۳۴۷ نفر برآورد گردید.

$$n = \frac{(\bar{z}_{1-\alpha/2} + \bar{z}_{1-\rho})^2}{\left(\frac{1}{2} \ln \frac{1+\rho}{1-\rho}\right)^2} + 3 \quad n = \frac{(\bar{z}_{0.975} + \bar{z}_{0.8})^2}{\left(\frac{1}{2} \ln \frac{1+0.15}{1-0.15}\right)^2} + 3 = \frac{7.849}{0.0228} + 3 = 347$$

ناشی از سرطان مانند اضطراب مرگ یکی از بحران های مرتبط با سلامت است (۷).

اضطراب، واکنشی در برابر خطری نامعلوم، درونی و مبهم است و یکی شایع ترین نوع آن، اضطراب مرگ است (۸). اضطراب مرگ احساس وحشت، ترس یا نگرانی شدید ناشی از اندیشیدن به مرگ، جدا شدن از دنیا یا اتفاقی که بعد از زندگی می افتد، است (۹). پژوهش ها نشان می دهد که اضطراب مرگ در سالمندان و افرادی که با بیماری مزمن درگیر هستند از شیوع بیشتری برخوردار است (۱۰). شیوع بالای اضطراب مرگ در میان سالمندان به این دلیل است که آنها از مشکلات جسمی فراوان، بیماری های مزمن، اختلالات حرکتی، ناتوانی های جسمی و وابستگی به دیگران، بازنشستگی و تنهایی متعاقب رنج می برند (۱۱). عوامل مختلفی از می تواند بر میزان اضطراب افراد مبتلا به سرطان تأثیرگذار باشد، عواملی نظیر سلامت معنوی و احساس تعالی (۷، ۱۲-۱۴).

معنویت را می توان به مثابه آگاهی از هستی یا نیرویی فراتر از جسم های مادی زندگی دانست که سبب می شود در فرد احساس عمیقی از وحدت یا پیوند با کائنات ایجاد گردد (۱۵). سلامت معنوی حالتی فراتر از احساسات مذهبی بوده و می تواند به صورت ارزش گذاری و احترام به موسیقی، اخلاق و هنر ظاهر گشته و اغلب به صورت رابطه با خدا آشکار می شود. پژوهش های متعددی در زمینه بررسی سلامت معنوی با اضطراب مرگ انجام شده است، برخی رابطه منفی و معنادار بین سلامت معنوی، بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی با اضطراب مرگ در سالمندان را گزارش کردند (۱۶). در حالی که برخی سلامت معنوی را عاملی مهم در افزایش رضایت از زندگی بیماران مبتلا به سرطان دانسته اند (۱۷). توجه به تعالی سالمندی به عنوان یکی از مولفه های سلامت معنوی در دوران سالمندی که بر کیفیت زندگی و سازگاری فرد مبتلا به بیماری های مزمن از طریق ایجاد و معنا مفهوم در زندگی تأثیر داشته و به عنوان رویکرد مهم در ارتقاء ابعاد سلامت سالمندی و

پرسش‌نامه در ایران توسط مژگان عباسی در سال ۱۳۸۴ بر روی ۲۸۳ دانشجوی پرستاری دانشگاه‌های ایران، تهران و شهید بهشتی اجرا گردیده است. برای این پرسش‌نامه $R=0/۸۲$ گزارش شده است (۲۲).

- پرسش‌نامه اضطراب مرگ تمپلر

پرسش‌نامه اضطراب مرگ تمپلر ابزاری برای اندازه‌گیری اضطراب مربوط به مرگ است که بیشترین کاربرد را برای اندازه‌گیری اضطراب مرگ دارد (پیوست ۴). این پرسش‌نامه متشکل از پانزده سؤال است که جواب آن به‌صورت بله و خیر (صحیح و غلط) است. این پرسش‌نامه توسط رجبی و بحرانی (۱۳۸۰) به فارسی برگردانده شده است. دامنه امتیاز این مقیاس از صفر تا پانزده است و امتیاز بالا (امتیاز بالاتر از متوسط "نمره ۸") معرف درجه‌ی بالایی از اضطراب مرگ است. به این ترتیب امتیازهای این مقیاس بین صفر تا ۱۵ متغیر است که نمره بالا معرف اضطراب بالاتر افراد در مورد مرگ است. این پرسش‌نامه توسط رجبی و بحرانی به زبان فارسی ترجمه و مراحل بومی سازی را سپری کردند. این پرسش‌نامه به نحوی بومی سازی شده‌اند که سوالات حساس و آزار دهنده نباشد. رجبی و بحرانی پایایی و روایی این پرسش‌نامه را در ایران بررسی کردند. بر این اساس ضریب پایایی تصنیفی ۰/۶۰ و ضریب همسانی درونی ۰/۷۳ گزارش شده است. در پژوهش حاضر پایایی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۸ محاسبه شده است (۲۳).

- پرسش‌نامه تعالی سالمندی

پرسش‌نامه تعالی سالمند ۱۰ آیتمه (۱۰ سؤال) شامل سه سطح از تعالی سالمندی مشتمل بر سطح ماورای مادی (کیهانی) با دامنه نمرات ۵ تا ۲۰، سطح مربوط به بعد انسجام با دامنه نمرات ۲ تا ۸ و سطح شخصیتی اجتماعی (روابط فردی و اجتماعی) با دامنه نمرات ۳ تا ۱۲ را مورد بررسی قرار می‌دهد. دامنه نمرات بین ۱۰ تا ۴۰ بوده و نمرات بالاتر نشان دهنده سطح تعالی بالاتر است. این پرسش‌نامه به صورت لیکرت طراحی شده و هر پرسش دارای چهار گزینه از یک (بدترین حالت) تا چهار (بهترین حالت) امتیازبندی شده است و شامل ۱ (کاملاً مخالف)، ۲ (مخالف)، ۳ (موافق) و ۴ (کاملاً موافق) است. فرم کوتاه تعالی سالمندی در سال ۲۰۰۱ توسط تورسنتام توسعه یافت که مقادیر آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس تعالی کیهانی ۰/۷۳، برای خرده مقیاس انسجام ۰/۵۷ و برای خرده مقیاس

نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس از مراکز و بیمارستان‌های شهر ساوه انتخاب شد. بدین صورت که فهرست بیماران ثبت شده در بیمارستان‌های مختلف شهر ساوه که در سال ۱۴۰۳ به بعد مبتلا سرطان باشند استخراج و با آنها تماس گرفته شد و اطلاعات لازم به دست آورده شد. معیار ورود به این مطالعه شامل: (۱) افراد سالمند (بالای ۶۰ سال)، (۲) مبتلا به سرطان (هر نوع سرطان که توسط پزشک تأیید شده باشد)، (۳) حداقل شش ماه از تشخیص ابتلا به بیماری گذشته باشد، (۴) حداقل تحصیلات پایه پنجم ابتدایی، (۵) ساکن شهر ساوه. معیار خروج از مطالعه شامل: (۱) مراحل پیشرفته سرطان، (۲) ناتوانی درک سوالات، (۳) سکونت اقماری. ابزار

پرسش‌نامه دموگرافیک

شامل اطلاعات فردی مانند سن، جنسیت (زن/مرد)، وضعیت تأهل (مجرد/متاهل/همسر فوت شده/مطلقه)، تحصیلات (زیر دیپلم/دیپلم/سواد دانشگاهی)، شغل (شاغل/بازنشسته/بیکار/آزاد/خانه‌دار)، وضعیت اقتصادی - اجتماعی (مطلوب/متوسط/نامطلوب)، نوع سرطان، زمان ابتلا به سرطان، مرحله بیماری، داروهای مصرفی با قراردادن پرسش‌نامه در اختیار فرد از او خواسته می‌شود که بدون ذکر نام آن را پر کند.

- مقیاس سلامت معنوی

این پرسش‌نامه سلامت معنوی دارای ۲۰ سؤال بوده که توسط پولوتزین و البسون در سال ۱۹۸۲ طراحی و تنظیم شده است و بر اساس طیف لیکرت (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) نمره‌گذاری شده است (پیوست ۳). این پرسش‌نامه ۲۰ سؤالی که ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند. پاسخ این سوالات به‌صورت لیکرت ۶ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته‌بندی شده است. نمره سلامت معنوی جمع این دو زیر گروه است که دامنه آن بین ۲۰ تا ۱۲۰ است. در سوالات ۳، ۴، ۷، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۹، ۲۰ کاملاً مخالفم نمره ۱ و سوالات ۱، ۲، ۵، ۶، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۶، ۱۸ کاملاً مخالفم نمره ۶ می‌گیرد. در پایان سلامت معنوی افراد به سه دسته پایین (۲۰-۴۰)، متوسط (۴۱-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰) تقسیم‌بندی می‌شود. این پرسش‌نامه در سال ۱۳۸۴ توسط مژگان عباسی به زبان فارسی ترجمه و مراحل بومی سازی را سپری کردند. این پرسش‌نامه به نحوی بومی سازی شده‌اند که سوالات حساس و آزار دهنده نباشد. این

پویا فرخ نژاد افشار و همکاران

ضریب همبستگی پیرسون) استفاده شد. سطح معناداری برای این مطالعه P-value کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران با شماره IR.IUMS.REC.1403.1085 مورد تأیید قرار گرفته است. کلیه روش‌ها و رویه‌های پژوهش طبق دستورالعمل‌ها و مقررات مربوطه و مطابق با اصول بیانیه هلسینکی انجمن پزشکی جهانی انجام شده است.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت کنندگان $5/87 \pm 70/17$ (مردان: $6/17 \pm 70/77$ و زنان: $5/28 \pm 69/24$) (P=۰/۴۲) بود. سایر اطلاعات جمعیت شناختی و مقایسه میانگین نمرات سلامت معنوی، اضطراب مرگ و تعالی سالمندی شرکت کننده در مطالعه براساس گروه‌های مختلف جمعیت شناختی در جدول ۱ نشان داده شده است.

شخصیتی اجتماعی ۰/۶۰ گزارش کرد (۲۴). این پرسشنامه در سال ۱۳۹۸ توسط اسیری و همکاران به زبان فارسی ترجمه و مراحل بومی سازی را سپری کردند. این پرسش نامه به نحوی بومی سازی شده اند که سوالات حساس و آزار دهنده نباشد. ابعاد این پرسشنامه در ایران توسط حسینی و همکاران و اسیری و همکاران در سال ۱۳۹۸ مورد بررسی قرار گرفت و برای تعیین روایی ابزار با روایی پیش بینی، همزمان و سازه ($r=0/70$)، پایایی آن با آلفای کرونباخ ۸۴ درصد و آزمون بازآزمون ($P=0/001$) برآورد و تأیید قرار گرفت (۲۶، ۲۵).

تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ مورد تحلیل آماری قرار گرفت. آزمون کولموگروف اسمیرنوف جهت نرمال بودن داده‌ها انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها باتوجه به اهداف پژوهش از آمار توصیفی (فراوانی و درصد فراوانی برای متغیرهای کیفی پژوهش) و آمار استنباطی (شامل آزمون تی مستقل، تحلیل واریانس و

جدول ۱: متغیرهای جمعیت شناختی شرکت کنندگان در مطالعه

متغیر	سطوح	کل فراوانی (درصد)	میانگین	انحراف معیار	سلامت معنوی	میانگین	انحراف معیار	اضطراب مرگ	میانگین	انحراف معیار	تعالی سالمندی	انحراف معیار
جنس	زن	۱۳۷ (۳۹/۵)	۷۵/۰۵	۶/۸۵	۷/۸۷	۱/۷۵	۲۲/۵۳	۲/۹۷				
	مرد	۲۱۰ (۶۰/۵)	۷۵/۵۱	۶/۱۸	۷/۹۱	۲/۱۲	۲۲/۳۳	۳/۰۳				
	P		۰/۵۱		۰/۸۱		۰/۵۵					
وضعیت تاهل	مجرد و مطلقه	۳۳ (۹/۵)	۷۶/۳۰	۶/۰۰	۷/۶۹	۱/۹۲	۲۲/۵۱	۲/۰۷				
	متاهل	۲۵۲ (۷۲/۶)	۷۵/۳۱	۶/۲۸	۷/۹۴	۱/۹۳	۲۲/۳۰	۲/۹۴				
	بیوه	۶۲ (۱۷/۹)	۷۴/۹۰	۷/۳۴	۷/۷۷	۲/۴۳	۲۲/۷۹	۳/۰۷				
	P		۰/۶۰		۰/۶۹		۰/۸۸					
سطح تحصیلات	ابتدایی	۱۶۸ (۴۸/۵)	۷۵/۴۴	۶/۰۰	۷/۷۷	۱/۹۲	۲۲/۴۷	۳/۲۳				
	راهنمایی	۱۰۶ (۳۰/۶)	۷۵/۱۳	۶/۵۸	۸/۱۱	۲/۰۸	۲۲/۲۸	۲/۸۰				
	متوسطه و دیپلم	۶۹ (۱۹/۹)	۷۵/۵۵	۷/۴۰	۷/۷۲	۱/۸۷	۲۲/۴۲	۲/۸۳				
	P		۰/۸۹		۰/۳۰		۰/۵۲					
اشتغال	بازنشسته	۸۰ (۲۳/۱)	۷۵/۷۳	۶/۸۷	۷/۸۳	۷/۸۳	۲۲/۴۷	۳/۳۶				
	بیکار	۳۶ (۱۰/۴)	۷۶/۳۸	۶/۶۵	۲/۰۴	۸/۰۰	۲۱/۹۱	۳/۰۴				
	خانه‌دار	۱۲۱ (۳۴/۹)	۷۵/۰۴	۶/۸۰	۲/۰۰	۸/۰۶	۲۲/۵۵	۲/۸۹				
	آزاد	۷۲ (۲۰/۷)	۷۴/۷۷	۶/۰۲	۱/۹۰	۷/۶۱	۲۲/۴۷	۲/۶۶				
	سایر	۳۶ (۱۰/۴)	۷۵/۳۳	۴/۹۸	۲/۱۹	۷/۹۱	۲۲/۲۷	۳/۳۲				
		P		۰/۷۳		۰/۶۴		۰/۸۵				

سالمندی شرکت کننده در مطالعه را نشان می دهد.

جدول ۲ میانگین سلامت معنوی، اضطراب مرگ و تعالی

جدول ۲. میانگین سلامت معنوی، اضطراب مرگ و تعالی سالمندی شرکت کننده در مطالعه

کمینه	بیشینه	میانگین $\pm$ انحراف معیار
۴۹	۹۴	۷۵/۳ $\pm$ ۶/۴
۱	۱۳	۷/۸ $\pm$ ۱/۹
۵	۱۷	۱۰/۴ $\pm$ ۲/۱
۲	۸	۴/۸ $\pm$ ۱/۳
۳	۱۱	۷ $\pm$ ۱/۴
۱۴	۳۱	۲۲/۴ $\pm$ ۳

سن و سلامت معنوی با اضطراب مرگ و تعالی سالمندی در سالمندان مبتلا به سرطان همبستگی معنی دار وجود ندارد.

جدول ۳ ضریب همبستگی پیرسون بین سن و سلامت معنوی با اضطراب مرگ و تعالی سالمندی شرکت کننده در مطالعه را نشان می دهد. همانطور که مشخص است بین

جدول ۳. همبستگی بین سن و سلامت معنوی با اضطراب مرگ و تعالی سالمندی

سن	سلامت معنوی	اضطراب مرگ	تعالی سالمندی
۱	$r=0/02$ $P=0/66$	$r=0/02$ $P=0/60$	$r=0/02$ $P=0/70$
-	۱	$r=0/01$ $P=0/79$	$r=0/03$ $P=0/54$
-	-	۱	$r=-0/03$ $P=0/49$
-	-	-	۱

دارند در این پژوهش نمرهی سلامت مذهبی بیماران، بالاتر از نمره ی سلامت وجودی آنان به دست آمد (۳۰). در مطالعه حاضر در راستای ارتباط معناداری بین تعالی سالمندی با متغیرهای دموگرافیک، تعالی سالمندی با سن وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال وجود نداشت. یافته های مطالعه حاضر با مطالعه ما مطالعه حسینی و همکاران در تضاد بود (۱۸). بیان شده است که حدود بیست درصد سالمندان، تعالی سالمندی را تجربه می کنند (۳۱)، در مطالعه حاضر سطوح تعالی سالمندی پایین تا متوسط است و این می تواند توضیح دهد که شاید عدم تجربه تعالی سالمندی بیانگر نبود رابطه باشد. از سوی دیگر، اکثر سالمندان ساکن در جامعه نمی توانند با موفقیت در اواخر عمر احساس انسجام و به دنبال آن تعالی را داشته باشند؛ برخی حتی معتقد بودند که زندگی پس از ورود به دوران پیری بی معنی است (۳۲).

مطالعه ما نشان داد بین سلامت معنوی سالمندان شرکت کننده با اضطراب مرگ و تعالی سالمندی ارتباط معناداری وجود ندارد. همسو با مطالعه ما مطالعه هادیان و همکاران نشان داد اضطراب مرگ در زنان مبتلا به بیماری

بحث

میزان اضطراب مرگ نسبتاً بالا در بیماران مبتلا به سرطان بود که با بسیاری از مطالعات که در این زمینه صورت گرفته است همسو می باشد. اسمعیلی و همکاران در مطالعه ی سال ۱۳۹۱ نشان دادند که تهدید حیات دغدغه و نگرانی اصلی بیماران پس از مواجهه با تشخیص سرطان بود (۲۷). نتایج مطالعات گرام و همکاران نیز بر روی زنان مبتلا به سرطان نشان داد که زنان مبتلا به سرطان پس از مواجهه با تشخیص بیماری دچار فشار روانی شدید شدند و عقیده داشتند که سرطان معادل مرگ است و حس مرگ قریب الوقوع و حتمی و ترس از مرگ را داشتند (۲۸). سلامت معنوی متوسط و تا حدودی به سمت نسبتاً بالا (۷۵/۳) در بیماران مبتلا به سرطان بود که با بسیاری از مطالعات که در این زمینه صورت گرفته است همسو می باشد. که با توجه به شرایط فرهنگی و نیز مذهبی بودن مردم جامعه ی ایران، این امری طبیعی تلقی می شود، زیرا بیماران برای سازگاری با شرایط بحرانی، بیشتر به مذهب روی می آورند (۲۹). نتایج یک پژوهش در مشهد نشان داد، اکثر بیماران مبتلا به سرطان سلامت معنوی در سطح متوسط (۱۱/۰۳٪)

ببرد.

یکی از مهم‌ترین محدودیت‌های این مطالعه جمع آوری نمونه فقط از بیمارستان‌های مرجع شهر ساوه بود. از سوی دیگر شرایط بیماران مانند وضعیت و شدت بیماری و درگیری‌های ذهنی ممکن است بر برخی نتایج تاثیر گذار باشد. لازم است در مطالعه آینده به صورت وسیع تر و با رویکرد‌های تلفیقی موضوع مورد بررسی قرار بگیرد و شاید زمان جمع آوری داده‌ها تغییر داده شود.

نتیجه گیری

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که افراد سالمند مبتلا به سرطان دارای نمرات بالایی از اضطراب مرگ هستند. اما بین اضطراب مرگ و سلامت معنوی در افراد سالمند مبتلا به سرطان همبستگی وجود نداشت؛ همچنین بین اضطراب مرگ و تعالی سالمندی نیز همبستگی معناداری دیده نشد.

سیاسگذاری

بدین وسیله از تمام شرکت کنندگان در این مطالعه که با ما همکاری کردند تشکر و قدردانی می نمایم.

References

1. Ramezani T, Bahadori F, Zanjari N. Role of religious involvement in health in later life: An integrated review. *Journal of Religion and Health*. 2022;10(1):31-45.
2. Kinsella K, Phillips DR. Global aging: the challenge of success. *Population bulletin*. 2005;60(1).
3. Lewis CL, Kistler CE, Amick HR, Watson LC, Bynum DL, Walter LC, et al. Older adults' attitudes about continuing cancer screening later in life: a pilot study interviewing residents of two continuing care communities. *BMC geriatrics*. 2006;6(1):10. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-6-10>
4. Brighi N, Balducci L, Biasco G. Cancer in the elderly: is it time for palliative care in geriatric oncology? *Journal of geriatric oncology*. 2014;5(2):197-203. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2014.01.007>
5. DeSantis CE, Lin CC, Mariotto AB, Siegel RL, Stein KD, Kramer JL, et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2014. CA: a cancer

سرطان پستان بالا می باشد (۳۳). همچنین مطالعه حاضر نشان داد بین اضطراب مرگ سالمندان شرکت کننده با تعالی سالمندی ارتباط معناداری وجود ندارد. مطالعه حاضر نشان داد که بین سلامت معنوی و تعالی سالمندی در سالمندان مبتلا به سرطان همبستگی معنی داری وجود نداشت. این نتایج در مطالعه‌ای از حسینی و همکاران (۱۴۰۲)، نیز بدست آمد و مشخص شد که بین سلامت معنوی و تعالی سالمندی ارتباط معناداری وجود ندارد (۱۸). این یافته برخلاف مطالعه استلر و همکاران بود که نشان داد سلامت معنوی عاملی مؤثر در رشد روانی و پذیرش سالمندی است (۳۴). یکی از دلایل احتمالی این عدم ارتباط، تفاوت در تعریف مفهومی دو سازه است؛ سلامت معنوی بیشتر به معنا، امید و ارتباط با امر متعالی اشاره دارد، در حالی که تعالی سالمندی شامل پذیرش خود، رشد فردی و تعاملات اجتماعی است (۳۵). همچنین، جامعه پژوهش این مطالعه سالمندان مبتلا به سرطان بود و عوامل مداخله‌گر مانند شدت بیماری، حمایت اجتماعی، وضعیت اقتصادی و سطح تحصیلات می‌توانند این رابطه را تغییر دهند. ابزارهای سنجش نیز ممکن است به‌طور کامل ابعاد عمیق معنویت را پوشش ندهند. در برخی موارد، تمرکز سالمندان مبتلا به سرطان بر بقا و درمان جسمی، ممکن است فرآیندهای تعالی روانی را به حاشیه

journal for clinicians. 2014;64(4):252-71.

<https://doi.org/10.3322/caac.21235>

6. Gao W, Bennett MI, Stark D, Murray S, Higginson IJ. Psychological distress in cancer from survivorship to end of life care: prevalence, associated factors and clinical implications. *European journal of cancer*. 2010;46(11):2036-44. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2010.03.033>
7. Baljani E, Khashabi J, Amanpour E, Azimi N. Relationship between spiritual well-being, religion, and hope among patients with cancer. 2011.
8. Williams A, Luginaah I. *Geography, Health and Sustainability*: Routledge; 2021. <https://doi.org/10.4324/9780367743918>
9. Khademi F, Moayedi S, Golitaleb M. The COVID-19 pandemic and death anxiety in the elderly. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2020;30(1):346. <https://doi.org/10.1111/inm.12824>
10. Cheng FK. Buddhist insights into life and death: Overcoming death anxiety. *Athens Journal of Social Sciences*. 2017;4(1):67-87.

- <https://doi.org/10.30958/ajss.4-1-4>
11. Birgit M, Tak LM, Rosmalen JG, Oude Voshaar RC. Death anxiety and its association with hypochondriasis and medically unexplained symptoms: A systematic review. *Journal of psychosomatic research*. 2018;115:58-65. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.10.002>
 12. RezaieShahsavarloo Z, Taghadosi M, Mousavi M, Lotf M, Harati K. The relationship between spiritual well-being & religious attitudes with life satisfaction in elderly cancer patients. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJP)*. 2016;47-55.
 13. Ross L, Van Leeuwen R, Baldacchino D, Giske T, McSherry W, Narayanasamy A, et al. Student nurses perceptions of spirituality and competence in delivering spiritual care: a European pilot study. *Nurse Education Today*. 2014;34(5):697-702. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.09.014>
 14. Sahraian A, Gholami A, Omidvar B. The relationship between religious attitude and happiness in medical students in Shiraz University of Medical Sciences. 2011.
 15. Shahini N, Asayesh H, Ghobadi M, Sadeghi J. Correlation between perceived social support and loneliness with life satisfaction Among Students of Golestan University of Medical Sciences. *Pajoohandeh Journal*. 2013;17(6):302-6.
 16. Ghadampour E, Moshrefi S. Relationship between spiritual health, mental well-being and quality of life with death anxiety in the elderly. *Aging Psychology*. 2017;3(2):97-106.
 17. Jafari E, Najafi M, Sohrabi F, Dehshiri GR, Soleymani E, Heshmati R. Life satisfaction, spirituality well-being and hope in cancer patients. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010;5:1362-6. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.288>
 18. Hosseiny RS, Mollaei A, Alijanpour Aghamaleki M. Relationship between Gerotranscendence and Quality of Life in the Elderly with Cancer. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2023;25(3):79-88.
 19. Bruyneel S, Marcoen A, Soenens B. Gerotranscendence: Components and spiritual roots in the second half of life. *DTEW Research Report 0564*. 2005:1-27. <https://doi.org/10.2139/ssrn.870233>
 20. Rajani F, Jawaid H. Gerotranscendence: A critical review. *Journal of Psychology & Clinical Psychiatry*. 2015;4(1):1. <https://doi.org/10.15406/jpcpy.2015.04.00184>
 21. Liu Y, Zhang X, Fu X, Li W, Wang Y, Lu W. Successful Aging Rates of Global Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2025;26(6). <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2024.105334>
 22. FARAAHANINIA M, Abbasi M, Givari A, HaghaniH. NURSING STUDENTS' SPIRITUAL WELL-BEING AND THEIR PERSPECTIVES TOWARDS SPIRITUALITY AND SPIRITUAL CARE PERSPECTIVES. 2006.
 23. Rajabi GR, Bohrani M. Item factor analysis of the death anxiety scale. 2002.
 24. Tornstam L. Gerotranscendence from young old age to old old age. 2003.
 25. Hosseini R, Abolfathi Momtaz M, Mohammadi Shahbolaghi F. Developing and Evaluating Life Satisfaction Structural Model of Mertyer's Elderly Parents, 2017: Ph. D Dissertation. University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences
 26. Asiri S, Foroughan M, FadayeVatan R, Rassouli M, Montazeri A. Psychometric properties of the Persian version of the Gerotranscendence scale in community-dwelling older adults. *Educational Gerontology*. 2019;45(10):636-44. <https://doi.org/10.1080/03601277.2019.1678289>
 27. Esmaeili R, Ahmadi F, Mohammadi E, Seraj AT. Life threatening: the most important concern of patients confronting cancer diagnosis. *Hayat/Hayāt*. 2012;18(5).
 28. Gurm BK, Stephen J, MacKenzie G, Doll R, Barroetavena MC, Cadell S. Understanding Canadian Punjabi-speaking South Asian women's experience of breast cancer: a qualitative study. *International journal of nursing studies*. 2008;45(2):266-76. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.08.023>
 29. Agha Hosseini S, Rahmani A, Abdollahzadeh F, Asvadi Kermani I. Spiritual health in cancer patients and its related factors. *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2011;5(3):7-12.
 30. Ebrahimipour H, Vejdani M, Taghipour A, Heidarabadi AB, Molavi Y. Spiritual health in cancer patients at OMID hospital affiliated with Mashhad University of Medical Sciences-2012. *Journal of Reaserch on Religion & Health*. 2015;1(2):3-9.

31. Rashedi V, Yazdani M, Borhaninejad V. Transcending Age: How Gerotranscendence Influences Life Satisfaction in Iranian Older Adults. Iranian Rehabilitation Journal. 2025; 23 (3):267-76. <https://doi.org/10.32598/irj.23.3.131.9>
32. Wang K, Duan G-x, Jia H-l, Xu E-s, Chen X-m, Xie H-h. The level and influencing factors of gerotranscendence in community-dwelling older adults. International Journal of Nursing Sciences. 2015;2(2):123-7. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2015.04.001>
33. Majidi A, Moradi O. Effect of teaching the components of spiritual intelligence on death anxiety in the elderly. Iranian Journal of Ageing. 2018;13(1):110-23. <https://doi.org/10.21859/sija.13.1.110>
34. Stelcer B, Bendowska A, Karkowska D, Baum E. Supporting elderly patients in strengthening their personal and spiritual health resources. Frontiers in Psychology. 2023;Volume 14 - 2023. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1237138>
35. Koenig HG. Maintaining Health and Well-Being by Putting Faith into Action During the COVID-19 Pandemic. Journal of Religion and Health. 2020;59(5):2205-14. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01035-2>