

## بررسی ارتباط بین اضطراب مرگ و کیفیت زندگی در بیماران تحت درمان با همودیالیز

محیا شفاپی\* میترا پیامی\*\* کوروش امینی\*\*\* سعید پهلوان شریف\*\*\*\*

نوع مقاله:

مقاله اصیل

### چکیده

زمینه و هدف: نگرانی‌ها در مورد مرگ ممکن است اثرات منفی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بگذارد. با وجود این اطلاعات کمی در مورد رابطه اضطراب مرگ و کیفیت زندگی در بیماری‌های تهدیدکننده حیات به ویژه بیماران همودیالیزی وجود دارد. هدف مطالعه حاضر تعیین ارتباط بین اضطراب مرگ و کیفیت زندگی در بیماران تحت درمان با همودیالیز است.

روش بررسی: مطالعه حاضر از نوع توصیفی همبستگی است. ۲۰۰ بیمار تحت درمان با همودیالیز به روش تصادفی - طبقه‌ای از بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زنجان در فاصله فروردین تا اردیبهشت ۱۳۹۵ در مطالعه شرکت کردند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، مقیاس اضطراب مرگ تمپلر و پرسشنامه کیفیت زندگی مک‌گیل بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های همبستگی رگرسیون و مدل رگرسیون خطی در نرم‌افزار SPSS ۷.22 انجام یافت.

یافته‌ها: میانگین امتیاز نمره اضطراب مرگ و کیفیت زندگی بیماران به ترتیب  $46.54 \pm 10.15$  و  $82.55 \pm 19.01$  بود. رابطه معناداری بین اضطراب مرگ و کیفیت زندگی یافت نشد ( $r = -0.044$ ،  $p > 0.05$ ). در مدل رگرسیونی پیش‌بینی اضطراب مرگ تنها، جنس عامل معنادار بود. این مدل  $11/3\%$  از تغییرات اضطراب مرگ را توضیح داد. همچنین نتایج مدل رگرسیونی نشان داد حمایت اجتماعی و اعتقادات مذهبی تنها پیش‌بینی‌کننده‌های کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیالیز بودند و  $17/2\%$  از تغییرات آن را تبیین کردند.

نتیجه‌گیری: در مطالعه حاضر رابطه معناداری بین اضطراب مرگ و کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی مشاهده نشد. لذا پیشنهاد می‌شود تحقیقات بیش‌تری در این زمینه صورت گیرد.

نویسنده مسؤول: میترا پیامی؛ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی زنجان

e-mail: payami@zums.ac.ir

واژه‌های کلیدی: اضطراب مرگ، کیفیت زندگی، همودیالیز

- دریافت مقاله: مهر ماه ۱۳۹۵ - پذیرش مقاله: آذر ماه ۱۳۹۵ - نشر مقاله: دی ماه ۱۳۹۵

### مقدمه

طی دو دهه گذشته، علاقه‌مندی به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن افزایش چشمگیری یافته و بهبود عملکرد روزانه و کیفیت زندگی این بیماران به صورت یک اولویت مهم بهداشتی در آمده است (۱). کیفیت زندگی، مفهوم وسیعی

دارد که عرصه‌های مختلف زندگی همچون وضعیت مالی، کار، عشق، مذهب و همچنین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی را در بر می‌گیرد (۲). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی عبارت از تصور افراد از موقعیت خود در زندگی با توجه به بافت فرهنگی و نظام‌های ارزشی که در آن به سر می‌برند و با در نظر گرفتن اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های آنان است (۳).

\* کارشناس ارشد پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران  
\*\* دانشجویار گروه آموزشی پرستاری بهداشت جامعه دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران  
\*\*\* استادیار گروه آموزشی پرستاری بهداشت روان دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران  
\*\*\*\* دکترای تخصصی، دانشکده تجارت تیلورن، دانشگاه تیلورن، سوینگ جابا، مالزی

علی‌رغم تأثیر درمانی همودیالیز در مرحله پایانی بیماری کلیوی، بیماران با عوامل تنش‌زای متعدد جسمانی و روانی مواجه هستند که حتی با پیشرفت‌های جدید نیز کنترل نمی‌شوند. مجموع این مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی منجر به کاهش کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی می‌شود (۴). نتایج مطالعات انجام یافته نیز نشان می‌دهد نارسایی مزمن کلیه و همودیالیز، باعث تغییرات عمده در سبک زندگی بیماران شده و کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۶-۴). به طور مثال نتایج یک مطالعه نشان می‌دهد بین بعد فیزیکی کیفیت زندگی با هموگلوبین ( $r=0/21$ )، سن ( $r=-0/24$ ) و طول مدت زمان همودیالیز ( $r=-0/13$ ) ارتباط معناداری وجود دارد (۷). بنابراین بیماران تحت درمان با همودیالیز نسبت به افراد عادی جامعه، کیفیت زندگی پایین‌تری دارند (۸-۱۰). یکی از مؤلفه‌های مهم کیفیت زندگی در بیماری‌های مزمن همچون نارسایی مزمن کلیه، سلامت روان است. از جمله عوامل مهم تأثیرگذار بر سلامت روان بیماران مزمن مقوله مرگ است. مواجهه با مرگ و اضطراب ناشی از آن به عنوان یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های سلامت روانی افراد به شمار می‌رود (۱۱). اضطراب مرگ به معنی ترس مداوم، غیرطبیعی و مرضی از مرگ یا مردن است. طبق تعریف سازمان خدمات بهداشت ملی بریتانیا اضطراب مرگ عبارت است از: «نوعی احساس وحشت، هراس یا نگرانی زیاد هنگام فکر کردن در مورد فرآیند مردن یا قطع ارتباط خود با دنیا و یا آنچه که بعد از مرگ رخ می‌دهد» (۱۲). این نوع اضطراب، مؤلفه‌های انگیزشی، شناختی و هیجانی را در بر

می‌گیرد و تحت تأثیر مراحل رشد و رویدادهای زندگی اجتماعی و فرهنگی تغییر می‌کند (۱۳). از نظر Devins (۱۹۷۹) منابع اضطراب مرگ شامل ترس از مرگ شخصی، نگرانی‌هایی درباره درد و رنج مرگ، نزدیکی ذهنی به مرگ، ترس‌های مرتبط با مرگ و افکار نگران‌کننده در مورد مرگ است. او همچنین بر این نکته تأکید دارد که مفهوم اضطراب و اضطراب مرگ دو مقوله جداگانه هستند (۱۳).

سطح اضطراب مرگ در افراد می‌تواند به دلیل تفاوت‌های فردی و بسیاری از عوامل اجتماعی متفاوت باشد. نتایج تحقیقات انجام یافته حاکی از تأثیر تفاوت‌های فردی، اجتماعی، فرهنگی و مذهبی بر اضطراب مرگ است. این تفاوت‌ها به نوبه خود می‌تواند کیفیت زندگی افراد را نیز تحت تأثیر قرار دهد. یکی از این عوامل سن است. مطالعه Gesser و همکاران نشان داد که بین اضطراب مرگ و سن یک رابطه خطی برقرار است (۱۴). یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار بر بروز اضطراب مرگ جنس است. نتایج برخی از تحقیقات انجام یافته نشان می‌دهد زنان سالمند اضطراب مرگ بیش‌تری را در مقایسه با مردان سالمند تجربه می‌کنند (۱۵ و ۱۶). اضطراب و ترس از مرگ در میان تمام فرهنگ‌ها متداول است و گروه‌ها و ادیان مختلف به طرق گوناگون با آن برخورد می‌کنند (۱۱). به طور مثال نتیجه یک تحقیق نشان می‌دهد اضطراب مرگ در سیاه پوستان در مقایسه با سفید پوستان بالاتر بوده است (۱۷). از سوی دیگر، نتایج یک مطالعه نشان می‌دهد میزان اضطراب مرگ در فرهنگ‌های مختلف متفاوت بوده و این میزان در کشورهای در حال توسعه بیش‌تر است (۱۸).

اضطراب مرگ و شناسایی رویکردهایی به منظور تعدیل آن، می‌تواند گام مؤثری در بهبودی سایر ابعاد سلامتی و همچنین کیفیت زندگی آنان باشد. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین کیفیت زندگی و اضطراب مرگ و همچنین تعیین عوامل پیش‌بینی‌کننده آن‌ها در بیماران تحت درمان با همودیالیز طراحی و انجام یافته است.

### روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع توصیفی-همبستگی است. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران تحت درمان با همودیالیز مراجعه‌کننده به مراکز مختلف همودیالیز تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی زنجان بود. در این مطالعه به منظور اطمینان از توان آماری کافی در اجرای آزمون، حجم نمونه با استفاده از روش تحلیل توان و با به‌کارگیری نرم‌افزار G power (۲۶) با فرض خطای نوع اول  $\alpha=0/05$  و اندازه تأثیر  $f^2=0/09$  و با توان ۸۰٪ ضرایب معنادار رگرسیونی تعداد ۲۰۰ نفر محاسبه شد. نمونه‌گیری به روش تصادفی طبقه‌ای بود. بدین صورت که براساس نسبت بیماران بستری در هر مرکز همودیالیز استان زنجان براساس جدول شماره ۱ نمونه‌گیری به روش تصادفی از هر مرکز (طبقه) صورت گرفت.

از آن‌جا که مشکلات اضطراب مرگ همواره وجود داشته و یکی از مسایل مهم در جوامع بشری به شمار می‌آید (۱۹) و ترس از مرگ ناگهانی یک پدیده شایع در میان بیماران مبتلا به شرایط مزمن است (۱۱ و ۲۰)، بنابراین توجه به بعد روانی مراقبت در شرایط مزمن حایز اهمیت است. همچنین با توجه به روند رو به رشد مبتلایان به مرحله پایانی بیماری کلیوی و نیاز این بیماران به همودیالیز که مداخله‌ای تهاجمی و پرعارضه محسوب می‌شود، بررسی سطح اضطراب مرگ این بیماران و ارتباط آن با کیفیت زندگی آن‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در ایران در قالب مطالعات مختلف به بررسی مشکلات روان‌شناختی بیماران تحت درمان با همودیالیز همچون اضطراب، افسردگی (۲۱ و ۲۲) و همچنین ارتباط اضطراب مرگ با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان و مراقبان خانوادگی آن‌ها پرداخته شده است (۱۱ و ۲۵-۲۳)؛ با وجود این براساس جستجوهای انجام گرفته، با مراجعه به منابع در دسترس، تاکنون مطالعه‌ای در خصوص تعیین سطح اضطراب مرگ و ارتباط آن با کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی صورت نگرفته است. به نظر می‌رسد بررسی چالش‌های سلامت روانی بیماران همودیالیزی از جمله

جدول ۱- توزیع بیماران مراجعه‌کننده به مراکز همودیالیز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زنجان

شهرستان	تعداد بیماران موجود در هر مرکز (نفر)	تعداد بیماران شرکت‌کننده (نفر)
زنجان	۱۵۰	۱۰۴
ابهر	۴۵	۳۱
خرمدره	۴۰	۲۸
خدابنده	۳۲	۲۲
طارم	۹	۶
ماه‌نشان	۸	۵
ایجرود	۷	۴
جمع کل	۲۹۱	۲۰۰

در پژوهش حاضر افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند و دارای مهارت‌های ارتباطی لازم جهت برقراری ارتباط مؤثر برای دریافت اطلاعات بودند در مطالعه شرکت کردند. ابتلای قطعی بیماران به نارسایی مزمن کلیه و انجام همودیالیز برای مدت حداقل ۳ ماه از سایر شرایط ورود به مطالعه بود. بیمارانی که به طور مقطعی (به طور مثال مسمومیت‌های دارویی و یا ادم حاد ریه) و متعاقب نارسایی حاد کلیه تحت همودیالیز قرار داشتند و کم‌تر از ۳ ماه از درمان همودیالیز آن‌ها گذشته بود در مطالعه شرکت داده نشدند.

برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های مشخصات جمعیت‌شناختی و بیماری، مقیاس اضطراب مرگ تمپلر (Templer Death Anxiety Scale) و پرسشنامه کیفیت زندگی مگ گیل (The McGill Quality of Life Questionnaire) استفاده شد. در قسمت مشخصات جمعیت‌شناختی و بیماری، سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی، منبع اصلی درآمد، طول مدت ابتلا به بیماری، مدت زمان انجام همودیالیز و تجربه مرگ مورد بررسی قرار گرفت. علاوه بر این برای سنجش میزان حمایت اجتماعی از سؤالاتی چون: میزان حمایت اجتماعی را از خیلی کم (صفر) تا خیلی زیاد (۱۰) مشخص کنید، فعالیت اجتماعی (حضور در فعالیت‌های اجتماعی مانند پیاده‌روی با دوستان، حضور در مجالس مختلف، برگزاری مجالس) خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ و میزان اعتقادات مذهبی (میزان اعتقاد مذهبی را از خیلی کم (صفر) تا خیلی زیاد (۱۰) مشخص کنید) استفاده شد.

مقیاس ۱۵ آیتمی اضطراب مرگ اولین بار توسط Templer در سال ۱۹۷۰ ساخته شد. این پرسشنامه در ایران، در موارد مختلفی برای ارزیابی اضطراب مرگ مورد استفاده قرار گرفته است. پاسخ به هر یک از آیتم‌ها به صورت لیکرت پنج گزینه‌ای از خیلی مخالفم (۱)، مخالفم (۲)، نظری ندارم (۳)، موافقم (۴) و خیلی موافقم (۵) است. سؤالات ۲، ۳، ۶، ۷ و ۱۵ به شکل معکوس امتیازدهی می‌شود. دامنه امتیاز قابل کسب ۷۵-۱۵ است. امتیاز کم‌تر نشان‌دهنده اضطراب مرگ کم‌تر و امتیاز بالاتر نشان‌دهنده اضطراب مرگ بیشتر است (۲۹-۲۷). روایی و پایایی این مقیاس در مطالعات قبلی بررسی و مورد تأیید قرار گرفته است (۲۳، ۲۴ و ۳۰). در مطالعه حاضر نیز به منظور اطمینان از روایی مقیاس اضطراب مرگ، از روش تعیین روایی محتوای کیفی و کمی استفاده شد. در بخش روایی محتوای کیفی، مقیاس اضطراب مرگ تمپلر به ۱۵ متخصص (۱۰ دکترای پرستاری، ۳ روان‌شناس و ۲ روان‌پزشک) داده شد و از آن‌ها درخواست شد تا پس از بررسی کیفی پرسشنامه براساس معیارهای رعایت دستور زبان، استفاده از واژه‌های مناسب، قرارگیری عبارات در جای مناسب خود و امتیازدهی مناسب، نظرات خود را ارائه دهند (۳۱). روایی محتوایی کمی این مقیاس نیز به کمک محاسبه نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) برای گویه‌های ابزار محاسبه شد. در بخش نسبت روایی محتوا، با توجه به این که عدد حاصل از جدول Lawshe (برای تعیین حداقل ارزش شاخص) برای همه عبارات از ۰/۴۹ (براساس

ارزیابی ۱۵ نفر از متخصصان) بیش‌تر بود، آیت‌های مربوط به این مقیاس با سطح معناداری آماری  $p < 0/05$  در این مطالعه ضروری و مهم در نظر گرفته شدند (۳۲). از شاخص روایی محتوا جهت محاسبه سه معیار «سادگی و روان بودن»، «مربوط بودن» و «وضوح یا شفاف بودن» در طیف لیکرت ۴ قسمتی استفاده شد (۳۳). با توجه به این که امتیاز هر گویه بیش از  $0/79$  بود (۳۴)، همه گویه‌های مقیاس در پرسشنامه باقی ماندند. از تعیین ضریب همسانی درونی یا آلفای کرونباخ نیز به منظور بررسی پایایی مقیاس اضطراب مرگ استفاده شد (۰/۸۳۵).

پرسشنامه کیفیت زندگی مگ گیل برای بررسی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی انتخاب شد. زیرا این ابزار ابعاد مختلف کیفیت زندگی (افرادی که به انواع مختلف بیماری‌های مخاطره‌آمیز مبتلا هستند) را اندازه‌گیری می‌کند. از دیگر مزایای استفاده از این ابزار برای سنجش کیفیت زندگی بیماران مزمن بالاضح نارسایی مزمن کلیه در مقایسه با سایر ابزارهای موجود مانند Quality of Life Index- Dialysis Version III and Quality of Life (KDQOL-SF 1.3) (۳۵ و ۳۶) و (۳۷)، می‌توان به تعداد کم گویه‌های موجود در این ابزار اشاره کرد (۳۸). تعداد کم گویه‌های این پرسشنامه به محقق اجازه داد تا به توجه به هدف مطالعه، علاوه بر سازه کیفیت زندگی به بررسی متغیرهای زمینه‌ای و همچنین اضطراب مرگ بیماران بپردازد، چرا که یکی از چالش‌های بزرگ مطالعاتی که در آن از روش خودگزارش‌دهی به منظور اخذ اطلاعات از بیماران استفاده می‌شود، تعداد زیاد سؤالات پرسشنامه است که ممکن

است امکان گردآوری صحیح و موثق داده‌ها را با توجه به شرایط بیماری مخدوش نماید. این ابزار مشتمل بر ۱۷ آیت خودگزارش‌دهی و شامل ۳ بعد: دیدگاه کلی در مورد کیفیت زندگی، علایم جسمانی و احساس و اندیشه است. در این پرسشنامه پاسخ به هر سؤال به صورت لیکرت (امتیاز ۰ تا ۱۰) بیان شده است. امتیازدهی سؤالات ۱، ۲ و ۳ در بعد علایم جسمانی و امتیازدهی سؤالات ۴، ۵، ۶، ۷ و ۸ در بعد مربوط به احساس و اندیشه معکوس است. امتیاز کلی پرسشنامه از ۰ تا ۱۷۰ است. بالاتر بودن امتیاز کلی پرسشنامه نشان‌دهنده بهتر بودن کیفیت زندگی بیماران است (۳۸).

روایی و پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی McGill در بیماران سرپایی مبتلا به عفونت HIV و بیماران مبتلا به سرطان و همچنین مراقبان خانوادگی آنها تأیید شده است (۲۳، ۳۹ و ۴۰). با این حال برای بررسی روایی این پرسشنامه از روایی محتوای کمی و کیفی (مانند آنچه در بخش روایی مقیاس اضطراب مرگ بیان شد) استفاده شد. براساس نتایج این بخش اصلاحات لازم انجام و هیچ یک از گویه‌های پرسشنامه نیز حذف نگردید. برای بررسی پایایی پرسشنامه نیز از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد (۰/۷۳۶).

پس از تأیید کمیته اخلاق (با کد ZUMS.REC.1395.10) و ارایه معرفی‌نامه رسمی از معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی زنجان به مسئولان مراکز همودیالیز و کسب موافقت آنان، پژوهشگر به منظور افزایش نرخ مشارکت بیماران در مطالعه، در روزها و ساعت مختلف

هفته (نوبت‌های کاری صبح، عصر و شب) به بخش همودیالیز مراکز یاد شده مراجعه کرده و بیمارانی را که واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند، پس از ارایه توضیحات لازم، اطمینان دادن در مورد محرمانه ماندن اطلاعات شخصی مشارکت‌کنندگان و اخذ رضایت‌نامه آگاهانه کتبی، انتخاب نمود. کلیه پرسشنامه‌ها از طریق مصاحبه توسط محقق تکمیل شد. پرسشنامه‌ها با فاصله حداقل ۳۰ دقیقه قبل از اتصال بیماران به دستگاه همودیالیز توزیع و در همان جلسه نیز جمع‌آوری می‌شد. لازم به ذکر است متوسط زمان پر کردن پرسشنامه برای هر بیمار ۱۵ دقیقه به طول می‌انجامید.

تجزیه و تحلیل آماری در نرم‌افزار SPSS ۷.22 انجام یافت. نرمال بودن متغیرهای اصلی مطالعه با استفاده از تست کولموگروف-اسمیرنوف آزمون شد. برای بررسی ارتباط میان اضطراب مرگ بیماران با کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. برای بررسی عوامل پیش‌بینی‌کننده اضطراب مرگ و کیفیت زندگی بیماران از دو مدل رگرسیون خطی (Linear Regression Model) استفاده شد. در مدل رگرسیون خطی اول، اضطراب مرگ بیماران توسط سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی، میزان حمایت اجتماعی، فعالیت اجتماعی، اعتقادات مذهبی و همچنین تعداد جلسات دیالیز پیش‌بینی شد. سپس با استفاده از مدل رگرسیون خطی دوم، کیفیت زندگی بیماران به عنوان متغیر وابسته توسط اضطراب مرگ و سایر متغیرهای مستقل استفاده شده در مدل رگرسیونی اول پیش‌بینی شد. ضریب

رگرسیونی غیراستاندارد و استاندارد عوامل پیش‌بینی‌کننده در هر دو مدل محاسبه و سطح معناداری آن‌ها گزارش و بررسی شد. شدت همخطی چندگانه در هر دو مدل با محاسبه عامل تورم واریانس (variance inflation factor=VIF) ارزیابی شد. VIF بالاتر از ۵ به عنوان همخطی چندگانه بالا در نظر گرفته شد (۴۱). در پایان، ضریب تعیین ( $R^2$ ) و ضریب تعیین تعدیل شده ( $Adjusted R^2$ ) محاسبه و گزارش شد. سطح معناداری کلیه آزمون‌ها کم‌تر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

اکثریت (۵۲٪) بیماران شرکت‌کننده در این مطالعه زن و متأهل (۷۸٪) بودند. ۲۸٪ بیماران فاقد سواد خواندن و نوشتن بودند و ۶۷٪ نیز وضعیت اقتصادی خود را متوسط گزارش کردند. میانگین سن  $54/19 \pm 15/88$ ، طول مدت بیماری براساس سال  $5/71 \pm 5/88$  و دفعات دیالیز در هر هفته  $2/93 \pm 0/29$  بود. سایر مشخصات جمعیت‌شناختی و بیماری در جدول شماره ۲ آورده شده است.

نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که ارتباط بسیار ضعیفی بین اضطراب مرگ و امتیاز کلی کیفیت زندگی بیماران همودیالیز وجود داشته که از نظر آماری معنادار نبوده است ( $p=0/033$ ،  $r=0/044$ ).

جدول شماره ۴ نتایج آزمون رگرسیون خطی جهت پیش‌بینی متغیرهای اضطراب مرگ و کیفیت زندگی در بیماران تحت درمان با همودیالیز را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود در مدل رگرسیونی پیش‌بینی اضطراب

مرگ، جنس تنها متغیری است که اضطراب مرگ را پیش‌بینی می‌کند ( $b=6/167, p<0/001$ ). ضریب تعیین نشان داد که متغیرهای مستقل مدل رگرسیونی در مجموع ۱۴/۸٪ از تغییرات اضطراب مرگ را توضیح می‌دهند. ضریب مربع همبستگی تعدیل شده که معیار دقیق‌تری از تغییرات توضیح داده شده است، نشان داد که پس از تعدیل، ۱۱/۳٪ از تغییرات اضطراب مرگ توسط مدل ارایه شده پیش‌بینی می‌شود. در جدول شماره ۵ نتایج تحلیل رگرسیون چند گانه برای پیش‌بینی‌کننده‌های

کیفیت زندگی شامل اضطراب مرگ و متغیرهای زمینه‌ای آمده است. از میان متغیرهای وارد شده به مدل تنها حمایت اجتماعی ( $b=2/557, p<0/001$ ) و اعتقادات مذهبی ( $b=1/171, p<0/001$ ) کیفیت زندگی را به طور معناداری پیش‌بینی کردند. مطابق ضریب تعیین گزارش شده این مدل ۲۱٪ از تغییرات کیفیت زندگی بیماران را توضیح داد. ضریب تعیین تعدیل شده نشان داد که ۱۷٪ از تغییرات کیفیت زندگی توسط این مدل توضیح داده شده است.

## جدول ۲- توزیع مشخصات جمعیت‌شناختی بیماران تحت درمان با همدیالیز در بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی زنجان

دو سال ۱۳۹۵

متغیرهای زمینه‌ای	کیفی / اسمی	تعداد(درصد)
جنس	مرد	۱۰۴ (۵۲)
	زن	۹۶ (۴۸)
وضعیت تأهل	مجرد	۲۵ (۱۲/۵)
	متأهل	۱۵۶ (۷۸)
	مطلقه / بیوه	۱۹ (۹/۵)
تحصیلات	بی‌سواد	۵۶ (۲۸)
	ابتدایی	۴۰ (۲۰)
	راهنمایی	۱۹ (۹/۵)
	دیپلومات	۴۸ (۲۴)
وضعیت اقتصادی	بد	۴۸ (۲۴)
	متوسط	۱۳۴ (۶۷)
	خوب	۱۸ (۹)
منبع اصلی درآمد	شخصی	۵۵ (۲۷/۵)
	خانواده	۶۶ (۳۳)
	دوستان	۷ (۳/۵)
	حقوق بازنشستگی	۷۲ (۳۶)

**جدول ۳- ماتریس همبستگی متغیرهای اصلی مورد مطالعه در بیماران تحت درمان با همودیالیز در بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی زنجان در سال ۱۳۹۵**

متغیرهای اصلی مطالعه	انحراف معیار ± میانگین	۱	۲	۳	۴	۵
۱. اضطراب مرگ	۴۶/۵۴ ± ۱۰/۸۵	۱				
۲. بعد دیدگاه کلی در مورد کیفیت زندگی	۵/۱۲ ± ۲/۳۹	-۰/۳۰۲**	۱			
۳. بعد علایم جسمانی	۱۹/۲۲ ± ۶/۶۸	۰/۲۷۵**	۰/۲۳۸**	۱		
۴. بعد احساس و اندیشه	۵۸/۱۹ ± ۱۶/۰۹	-۰/۰۱۷#	۰/۳۳۸**	۰/۱۵۷*	۱	
۵. امتیاز کلی کیفیت زندگی	۸۲/۵۵ ± ۱۹/۰۱	-۰/۰۴۴#	۰/۳۲۸**	۰/۴۵۴**	۰/۹۴۴**	۱

\*\*  $p < 0.001$       \*  $p < 0.05$       #  $p > 0.05$

**جدول ۴- پیش‌بینی‌کننده‌های اضطراب مرگ در بیماران همودیالیزی بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی زنجان در سال ۱۳۹۵**

VIF	p-value	ضریب رگرسیونی استاندارد	خطای استاندارد	b ضریب رگرسیونی غیر استاندارد	
۱/۲۶۶	۰/۷۳۷	-۰/۰۲۵	۰/۰۵۱	-۰/۰۱۷	سن
۱/۱۴۱	-۰/۰۰۱	۰/۲۸۵	۱/۵۴۶	۶/۱۶۷	جنسیت
۱/۱۷۸	۰/۱۵۹	۰/۱۰۳	۱/۸۹۴	۲/۶۸۲	وضعیت تأهل
۱/۱۰۹	-۰/۱۰۹	-۰/۱۱۳	۱/۳۷۳	-۲/۲۰۹	وضعیت اقتصادی
۱/۰۳۹	۰/۲۳۸	-۰/۰۸۱	۲/۵۲۶	-۲/۹۹۳	تعداد جلسات دیالیز
۱/۱۶۴	-۰/۲۴۶	-۰/۰۸۴	۰/۲۵۲	-۰/۲۹۳	حمایت اجتماعی
۱/۳۱۵	۰/۰۹۲	-۰/۱۳۰	۰/۲۷۳	-۰/۴۶۲	فعالیت اجتماعی
۱/۰۶۸	۰/۵۸۵	-۰/۰۳۸	۰/۲۵۸	-۰/۱۴۱	اعتقادات مذهبی

$F=۴/۱۶۱$  ،  $p<۰/۰۰۱$  ؛  $R^2=۰/۱۴۸$  ، adjusted  $R^2=۰/۱۱۳$

**جدول ۵- پیش‌بینی‌کننده‌های کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی زنجان در سال ۱۳۹۵**

VIF	p-value	ضریب رگرسیونی استاندارد	خطای استاندارد	ضریب رگرسیونی غیر استاندارد	
۰/۱۷۴	۰/۱۵۳	۰/۱۰۰	۰/۱۲۲	۰/۱۷۶	اضطراب مرگ
۱/۲۶۷	۰/۹۷۶	-۰/۰۰۲	۰/۰۸۷	-۰/۰۰۳	سن
۱/۲۳۶	۰/۶۰۷	۰/۰۳۷	۲/۷۲۲	۱/۴۰۳	جنسیت
۱/۱۹۱	۰/۳۶۰	-۰/۰۶۵	۳/۲۲۲	-۲/۹۵۵	وضعیت تأهل
۱/۱۲۴	-۰/۱۲۴	۰/۱۰۶	۲/۳۳۸	۳/۶۱۶	وضعیت اقتصادی
۱/۰۴۷	۰/۴۱۹	۰/۰۵۳	۴/۲۹۰	۳/۴۷۵	تعداد جلسات دیالیز
۱/۱۷۳	-۰/۰۰۱	۰/۴۱۲	-۰/۴۲۸	۲/۵۲۲	حمایت اجتماعی
۱/۳۳۵	۰/۵۶۱	۰/۰۴۳	-۰/۴۶۵	۰/۲۷۱	فعالیت اجتماعی
۱/۰۷۰	-۰/۰۰۸	۰/۱۷۹	-۰/۴۳۷	۱/۱۷۰	اعتقادات مذهبی

$F=۵/۵۹۷$  ،  $p<۰/۰۰۱$  ؛  $R^2=۰/۲۱۰$  ، adjusted  $R^2=۰/۱۷۲$



## بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین اضطراب مرگ و کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی انجام شد. اگرچه مطالعه حاضر نتوانست ارتباط معناداری را بین اضطراب مرگ و کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی شناسایی کند، با این حال بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران مانند «دیدگاه کلی در مورد کیفیت زندگی» و «علایم جسمانی» با اضطراب مرگ ارتباط معناداری وجود داشت. برخلاف نتایج مطالعه حاضر، سلیمانی و همکاران وجود ارتباط معنادار بین اضطراب مرگ و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان (I=0/41) (I=0/23) و مراقبان خانوادگی آن‌ها (I=0/3) را گزارش کرده‌اند (۲۳). نتایج مطالعه بهرامی و همکاران نیز نشان داد بین اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان ارتباط معناداری وجود دارد (۱۱). یکی از دلایل مهم مغایرت مطالعه حاضر با مطالعات انجام یافته می‌تواند به دلیل تفاوت در جامعه پژوهش باشد. با توجه به استفاده بیماران مزمن کلیه از همودیالیز و همچنین پیوند کلیه به عنوان یک روش حمایتی، به نظر می‌رسد بیماران مبتلا به همودیالیز در مقایسه با سایر بیماران از جمله سرطان بقای بیشتری داشته باشند و ممکن است طی سالیان متمادی از شیوه‌های مختلف سازگاری و تطابق برای بهبود کیفیت زندگی خود استفاده کرده باشند (۴۲). علاوه بر این استفاده از همودیالیز، روشی برای بهبود کیفیت زندگی بیماران تحت درمان محسوب می‌شود در حالی که سایر روش‌های درمانی مورد استفاده در بیماری‌هایی همچون سرطان مانند

پرتودرمانی و شیمی درمانی و حتی برش‌های جراحی با پیامدهای عدیده جسمی و روحی همراه است که می‌تواند کیفیت زندگی را مختل نماید (۲۳).

یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های اضطراب مرگ در مطالعه حاضر جنس بود، به طوری که زنان در مقایسه با مردان اضطراب مرگ بیشتری را تجربه کرده بودند. گزارش‌های متفاوتی در خصوص تجربه اضطراب مرگ بین زنان و مردان وجود دارد. تعدادی از تحقیقات انجام یافته نشان می‌دهد زنان سالمندان اضطراب مرگ بیشتری را در مقایسه با مردان سالمندان نشان می‌دهند (۴۳-۴۵). نتایج تحقیق انجام یافته در جمعیت اعراب نیز از این مطلب حمایت می‌کند (۴۶). در ایالات متحده نیز، زنان سطوح بالاتری از اضطراب مرگ را در مقایسه با مردان گزارش کرده‌اند (۴۷). نتایج مطالعه انجام یافته در سایر وضعیت‌های مزمن در ایران نیز نشان می‌دهد زنان در مقایسه با مردان اضطراب مرگ بیشتری را تجربه می‌کنند (۲۳، ۲۵ و ۱۱). با وجود این برخی از مطالعات عنوان می‌کنند بین اضطراب مرگ و جنس هیچ ارتباطی وجود ندارد. به عنوان مثال در میانگین امتیاز اضطراب مرگ مردان و زنانی که متصدی برگزاری مراسم تدفین بودند اختلاف معناداری مشاهده نشد (۴۸). نتایج متناقض در خصوص ارتباط بین میزان اضطراب مرگ با جنس ممکن است به دلیل تفاوت نقش جنسیتی زنان در بروز عواطف و احساسات باشد. براساس الگوهای فرهنگی زنان نسبت به مردان تمایل بیشتری در بیان احساسات و عواطف خود با دیگران دارند، در حالی که مردان تمایل

دارند خود را در مقابل آسیب‌ها و نگرانی‌ها مقاوم‌تر نشان داده و کم‌تر اضطراب خود را نشان دهند (۴۹).

نتایج مدل رگرسیون خطی نشان داد که حمایت اجتماعی یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیالیز بوده است. بیماران که از حمایت اجتماعی بیش‌تری برخوردار بودند، کیفیت زندگی مطلوب‌تری را نیز گزارش کرده بودند. نتایج مطالعات انجام یافته در سایر وضعیت‌های مزمن نیز حاکی از آن است که حمایت اجتماعی نقش مهمی در ارتقای کیفیت زندگی بیماران و مراقبان خانوادگی آنها دارد (۲۳). به طور مثال نتایج مطالعه بهرامی و همکاران نشان داد بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان ارتباط معناداری وجود داشته است (۱۱). چنین به نظر می‌رسد که شبکه‌های اجتماعی و همچنین وجود روابط نزدیک بین افراد می‌تواند عزت نفس آنها را افزایش داده و به عنوان یک خنثی‌کننده در مقابل رویدادهای ناگوار زندگی عمل کند، در حالی که اختلال در چنین روابطی ممکن است منجر به افزایش نگرانی‌های بیماران مزمن شود (۵۰).

اعتقادات مذهبی یکی دیگر از پیش‌بینی‌کننده‌های کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی بود. نتایج مطالعات انجام یافته نیز این مطلب را حمایت می‌کند. به طور مثال نتایج مطالعه سلیمانی و همکاران در مراقبان بیماران مبتلا به سرطان نشان داد بین اعتقادات مذهبی و کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود دارد (۲۳). در مورد تأثیر مذهب و اعتقادات مذهبی از دیرباز بحث‌های زیاد و گاهی متفاوت مطرح

شده است. پژوهشگران بیان کرده‌اند که بین جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی با رضایت از زندگی رابطه معنادار وجود دارد (۵۳-۵۱). افراد مذهبی نگرش‌های مثبت‌تری در مقایسه با افراد غیرمذهبی دارند (۵۴). با توجه به زمینه فرهنگی و مذهبی جامعه ایران، چنین به نظر می‌رسد که افراد با گرایش‌های مذهبی می‌توانند با بسیاری از دردها و آلام ناشی از بیماری تطابق ایجاد کنند. نتایج مطالعه حاضر نیز نشان داد بین اعتقادات مذهبی و علایم جسمانی بیماران ارتباط منفی معناداری وجود دارد.

یکی از نقاط قوت مطالعه حاضر انجام نمونه‌گیری از بیماران همودیالیزی استان زنجان به روش تصادفی-طبقه‌ای بود. اگرچه وسعت جغرافیایی و تعدد مراکز استان، انجام نمونه‌گیری را برای پژوهشگران تاحدودی مشکل ساخته بود. نظر به این که اضطراب مرگ و کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیالیز می‌تواند بر اعضای خانواده نیز تأثیر بگذارد، پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای با هدف بررسی این دو مفهوم مهم در مراقبان خانوادگی این گروه از بیماران که بیش‌ترین سهم را در امر مراقبت از بیمار به عهده دارند، صورت گیرد. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود تا در سایر شرایط مخاطره‌آمیز و مزمن (بیماری مزمن انسدادی ریه، آسیب‌های طناب نخاعی) ارتباط این دو مفهوم مهم بررسی و با جامعه تحت مطالعه حاضر مقایسه شود. همچنین با توجه به این که بیش‌تر مراقبت‌های به عمل آمده از بیماران تحت درمان با همودیالیز در حیطه جسمانی صورت می‌گیرد، انجام یک کارآزمایی بالینی مانند تکنیک‌های آرام‌سازی به منظور تسکین تنش‌های روانی از جمله اضطراب

مرگ در این گروه از بیماران ضروری به نظر می‌رسد.

به طور کلی مطالعه حاضر نتوانست رابطه معناداری را بین اضطراب مرگ و کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی شناسایی کند. با این حال بین دو بعد از ابعاد کیفیت زندگی یعنی دیدگاه کلی در مورد کیفیت زندگی و همچنین علایم جسمانی بیماران با اضطراب مرگ ارتباط معناداری وجود داشت. علاوه بر این جنس تنها پیش‌بینی‌کننده اضطراب مرگ و حمایت اجتماعی و اعتقادات مذهبی تنها پیش‌بینی‌کننده‌های کیفیت زندگی در بیماران بود. بنابراین توجه به متغیرهای جمعیت‌شناختی بیماران تحت درمان با

همودیالیز که می‌تواند اضطراب مرگ و کیفیت زندگی این گروه از بیماران را تحت شعاع قرار دهد، می‌تواند مورد توجه مراقبان بهداشتی از جمله پرستاران قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان که هزینه‌های اجرای طرح را تأمین نمودند تقدیر و تشکر می‌نمایم (کد A-11-154-5 سال ۱۳۹۵). همچنین مراتب تشکر و سپاس خود را از پرستاران و بیماران و مراقبان خانوادگی آن‌ها که در انجام این مطالعه ما را یاری نمودند، اعلام می‌داریم.

### منابع

- 1 - Hassanpour Dehkordi A, Delaram M, For uzandeh N, Ganji F, Asadi Noughabi AA, Bakhsha F, et al. [A survey on quality of life in patients with myocardial infarction, referred to Shahrekord hagar hospital in 2005]. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences. 2007; 9(3): 78-84. (Persian)
- 2 - Behrouzifar S, Zenouzi Sh, Nezafati M, Esmaili H. [Factors affecting the patients' quality of life after coronary artery bypass graft]. Iran Journal of Nursing (IJN). 2009; 22(57): 31-41. (Persian)
- 3 - Forouhari S, Safari Rad M, Moattari M, Mohit M, Ghaem H. [The effect of education on quality of life in menopausal women referring to Shiraz Motahhari clinic in 2004]. Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2009; 16(1): 39-44. (Persian)
- 4 - Zamanzadeh V, Heidarzadeh M, Oshvandi Kh, Argani H, Abedi Azar S. [Effect of physical exercises on quality of life in hemodialysis patients]. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences. 2008; 30(1): 51-55. (Persian)
- 5 - Nasiri M, Kheirkhah F, Rahimiyan B, Ahmadzadeh B, Hasannejad H, Mohamad Jahfari R. Stressful factors, coping mechanisms and quality of life in hemodialysis patients. Iranian Journal of Critical Care Nursing. 2013; 6(2): 119-26.
- 6 - Parvan K, Lakdizaji S, Roshangar F, Mostofi M. [Assessment of quality of life in patients undergoing continuous hemodialysis in four hospitals of East Azarbayjan, in 2012]. Razi Journal of Medical Sciences. 2014; 21(123): 19-28. (Persian)
- 7 - Baraz Sh, Mohammadi E, Broumand B. [Correlation of quality of sleep or quality of life and some of blood factors in hemodialysis patients]. Journal of Shahrekord Uuniversity of Medical Sciences. 2008; 9(4): 67-74. (Persian)
- 8 - Kimmel PL, Patel SS. Quality of life in patients with chronic kidney disease: focus on end-stage renal disease treated with hemodialysis. Semin Nephrol. 2006 Jan; 26(1): 68-79.
- 9 - Tahery N, Kamangar S, Cheraghian B, Mousavi SZO, Solaimanzadeh M. [Life quality of hemodialysis patients]. Journal of Knowledge & Health. 2013; 8(3): 119-24. (Persian)
- 10 - Coelho R, Amorim I, Prata J. Coping styles and quality of life in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. Psychosomatics. 2003 Jul-Aug; 44(4): 312-8.

- 11 - Bahrami N, Moradi M, Soleimani MA, Kalantari Z, Hosseini F. [Death anxiety and its relationship with quality of life in women with cancer]. *Iran Journal of Nursing (IJN)*. 2013; 26(82): 51-61. (Persian)
- 12 - Venes D, Taber CW. *Taber's cyclopedic medical dictionary*. 22th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2013.
- 13 - Valikhani A, Yarmohammadi Vassel M. [The relationship between attachment styles and death anxiety among cardiovascular patients]. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*. 2014; 21(4): 355-367. (Persian)
- 14 - Gesser G, Wong PT, Reker GT. Death attitudes across the life-span: the development and validation of the Death Attitude Profile (DAP). *OMEGA--Journal of Death and Dying*. 1987; 18(2): 113-28.
- 15 - Buzzanga VL, Miller HR, Perne SE, Sander JA, Davis SF. The relationship between death anxiety and level of self-esteem: a reassessment. *Bulletin of the Psychonomic Society*. 1989 Jun; 27(6): 570-2.
- 16 - Pierce Jr JD, Cohen AB, Chambers JA, Meade RM. Gender differences in death anxiety and religious orientation among US high school and college students. *Mental Health, Religion & Culture*. 2007; 10(2): 143-150.
- 17 - Myers JE, Wass H, Murphey M. Ethnic differences in death anxiety among the elderly. *Death Education*. 1980; 4(3): 237-244.
- 18 - Shiekhy S, Issazadegan A, Basharpour S, Maroei Millan F. [The relationship between death obsession and death anxiety, with hope among the nursing students of Urmia medical sciences university]. *Journal of Nursing and Midwifery Urmia University of Medical Sciences*. 2013; 11(6): 410-418. (Persian)
- 19 - Mahbobi M, Etemadi M, Khorasani E, Ghiasi M. The relationship between spiritual health and social anxiety in chemical veterans. *Journal of Military Medicine*. 2012; 14(3): 186-191.
- 20 - Moeini M, Ghasemi TM, Yousefi H, Abedi H. The effect of spiritual care on spiritual health of patients with cardiac ischemia. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2012 Mar; 17(3): 195-9.
- 21 - Karaminia R, Tavallaii SA, Lorgard-Dezfuli-Nejad M, Moghani Lankarani M, Hadavand Mirzaie H, Einollahi B, et al. Anxiety and depression: a comparison between renal transplant recipients and hemodialysis patients. *Transplant Proc*. 2007 May; 39(4): 1082-4.
- 22 - Nazemian F, Ghafari F, Pourghazneyn T. [Evaluation of depression and anxiety in hemodialysis patients]. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2008; 51(3): 171- 176. (Persian)
- 23 - Soleimani MA, Lehto RH, Negarandeh R, Bahrami N, Chan YH. Death anxiety and quality of life in Iranian caregivers of patients with cancer. *Cancer Nurs*. 2017 Jan/Feb; 40(1): E1-E10.
- 24 - Soleimani MA, Bahrami N, Yaghoobzadeh A, Banihashemi H, Nia HS, Haghdooost AA. Validity and reliability of the persian version of templer death anxiety scale in family caregivers of cancer patients. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2016 May-Jun; 21(3): 284-90.
- 25 - Soleimani MA, Lehto RH, Negarandeh R, Bahrami N, Nia HS. Relationships between death anxiety and quality of life in Iranian patients with cancer. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2016 Apr-Jun; 3(2): 183-191.
- 26 - Cohen J, Cohen P, West SG, Aiken LS. *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences*. 3rd ed. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 2003.
- 27 - Aghajani M, Valiee S, Tol A. ["Death anxiety" amongst nurses in critical care and general wards]. *Iran Journal of Nursing (IJN)*. 2011; 23(67): 59-67. (Persian)
- 28 - Ghorbanalipoor M, Borjali A, Sohrabi F, Falsafinejad MR. [The effect of death anxiety and age on health promoting behaviors]. *Urmia Med J*. 2010; 21(2): 286-292. (Persian)
- 29 - Masoudzadeh A, Setareh J, Mohammadpour RA, Modanloo Kordi M. [A survey of death anxiety among personnel of a hospital in Sari]. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2008; 18(67): 84-90. (Persian)
- 30 - Soleimani MA, Yaghoobzadeh A, Bahrami N, Sharif SP, Sharif Nia H. Psychometric evaluation of the Persian version of the Templer's Death Anxiety Scale in cancer patients. *Death Stud*. 2016 Oct; 40(9): 547-557.
- 31 - Colton D, Covert RW. *Designing and constructing instruments for social research and evaluation*. 1st ed. San Francisco, CA: John Wiley & Sons, Inc; 2007.

- 32 - Lawshe CH. A qualitative approach to content validity. *Personnel Psychology*. 1975; 28: 563-75.
- 33 - Waltz CF, Strickland O, Lenz ER. *Measurement in nursing and health research*. 4th ed. New York, NY: Springer Pub; 2010.
- 34 - Lynn SJ, Das LS, Hallquist MN, Williams JC. Mindfulness, acceptance, and hypnosis: cognitive and clinical perspectives. *Int J Clin Exp Hypn*. 2006 Apr; 54(2): 143-66.
- 35 - Kring DL, Crane PB. Factors affecting quality of life in persons on hemodialysis. *Nephrol Nurs J*. 2009 Jan-Feb; 36(1): 15-24, 55.
- 36 - Nabolsi MM, Wardam L, Al-Halabi JO. Quality of life, depression, adherence to treatment and illness perception of patients on haemodialysis. *Int J Nurs Pract*. 2015 Feb; 21(1): 1-10.
- 37 - Derrett S, Darmody M, Williams S, Rutherford M, Schollum J, Walker R. Older peoples' satisfaction with home-based dialysis. *Nephrology (Carlton)*. 2010 Jun; 15(4): 464-70.
- 38 - Cohen SR, Mount BM, Strobel MG, Bui F. The McGill Quality of Life Questionnaire: a measure of quality of life appropriate for people with advanced disease. A preliminary study of validity and acceptability. *Palliat Med*. 1995 Jul; 9(3): 207-19.
- 39 - Cohen SR, Mount BM, Tomas JJ, Mount LF. Existential well-being is an important determinant of quality of life: evidence from the McGill quality of life questionnaire. *Cancer*. 1996 Feb 1; 77(3): 576-86.
- 40 - Shahidi J, Khodabakhshi R, Gohari MR, Yahyazadeh H, Shahidi N. McGill quality of life questionnaire: reliability and validity of the Persian version in Iranian patients with advanced cancer. *J Palliat Med*. 2008 May; 11(4): 621-6.
- 41 - Pahlevan Sharif S, Mahdavian V. [Structural equation modeling by the use of AMOS]. Tehran: Bishe Publications; 2015. (Persian)
- 42 - Sebille V, Hardouin JB, Giral M, Bonnaud-Antignac A, Tessier P, Papuchon E, et al. Prospective, multicenter, controlled study of quality of life, psychological adjustment process and medical outcomes of patients receiving a preemptive kidney transplant compared to a similar population of recipients after a dialysis period of less than three years--The PreKit-QoL study protocol. *BMC Nephrol*. 2016 Jan 19; 17: 11.
- 43 - Depaola SJ, Griffin M, Young JR, Neimeyer RA. Death anxiety and attitudes toward the elderly among older adults: the role of gender and ethnicity. *Death Stud*. 2003 May; 27(4): 335-54.
- 44 - Cicirelli VG. Personality and demographic factors in older adults' fear of death. *Gerontologist*. 1999 Oct; 39(5): 569-79.
- 45 - Ghufuran M, Ansari S. Impact of widowhood on religiosity and death anxiety among senior citizens. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*. 2008 Jan; 34(1): 175-80.
- 46 - Abdel-Khalek AM. Love of life and death distress: two separate factors. *Omega (Westport)*. 2007; 55(4): 267-78.
- 47 - Daradkeh F, Moselhy HF. Death anxiety (Thanatophobia) among drug dependents in an Arabic psychiatric hospital. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2011 May; 37(3): 184-8.
- 48 - Harrawood LK, White LJ, Benshoff JJ. Death anxiety in a national sample of United States funeral directors and its relationship with death exposure, age, and sex. *Omega (Westport)*. 2008-2009; 58(2): 129-46.
- 49 - Fink G. *Encyclopedia of stress*. San Diego: Academic Press; 2000.
- 50 - Mikulincer M, Florian V, Birnbaum G, Malishkevich S. The death-anxiety buffering function of close relationships: exploring the effects of separation reminders on death-thought accessibility. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2002 Mar; 28(3): 287-299.
- 51 - Kraft WA, Litwin WJ, Barber SE. Religious orientation and assertiveness: relationship to death anxiety. *J Soc Psychol*. 1987 Feb; 127(1): 93-5.
- 52 - Cohen AB, Pierce Jr JD, Chambers J, Meade R, Gorvine BJ, Koenig HG. Intrinsic and extrinsic religiosity, belief in the afterlife, death anxiety, and life satisfaction in young Catholics and Protestants. *Journal of Research in Personality*. 2005 Jun; 39(3): 307-24.
- 53 - Cicirelli VG. Fear of death in older adults: predictions from terror management theory. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2002 Jul; 57(4): P358-66.
- 54 - Alvarado KA, Templer DI, Bresler C, Thomas-Dobson S. The relationship of religious variables to death depression and death anxiety. *J Clin Psychol*. 1995 Mar; 51(2): 202-4.

# The relationship between death anxiety and quality of life in hemodialysis patients

Mahya Shafaii\* (MSc.) - Mitra Payami\*\* (Ph.D) - Kourosh Amini\*\*\* (Ph.D) - Saeed Pahlevan Sharif\*\*\*\* (Ph.D).

## Abstract

Article type:  
Original Article

Received: Oct. 2016  
Accepted: Dec. 2016  
Published: Jan. 2016

**Background & Aim:** Concerns about death may negatively affect health-related quality of life. However, little is known about the relationship between death anxiety and quality of life in life-threatening illnesses especially in hemodialysis patients. This research aimed to determine the relationship between death anxiety and quality of life in hemodialysis patients.

**Methods & Materials:** In this descriptive correlational study, 200 hemodialysis patients were selected via stratified random sampling from hospitals affiliated with Zanjan University of Medical Sciences from April to May 2016. Data collection instruments included a demographic questionnaire, the Templer Death Anxiety Scale and the McGill Quality of Life questionnaire. Data analysis was performed by descriptive statistics, correlation test and linear regression model using SPSS v.22.

**Results:** The average score of death anxiety and quality of life were respectively  $46.54 \pm 10.85$  and  $82.55 \pm 19.01$ . There was not a significant relationship between death anxiety and quality of life ( $P > 0.05$ ,  $r = 0.044$ ). In the regression analysis, gender was the only significant predictor for death anxiety. This model explained 11.3% of the variance of death anxiety. Moreover, the results of regression model indicated that social support and religious beliefs were only significant predictors for quality of life in hemodialysis patients, and 17.2% of its variance was explained by this model.

**Conclusion:** In the current study, no significant relationship was observed between death anxiety and quality of life in hemodialysis patients. Therefore, it is suggested that further research should be conducted in this area.

Corresponding author:  
Mitra Payami  
e-mail:  
payami@zums.ac.ir

**Key words:** death anxiety, quality of life, hemodialysis

### Please cite this article as:

- Shafaii M, Payami M, Amini K, Pahlevan Sharif S. [The relationship between death anxiety and quality of life in hemodialysis patients]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2016; 22(4): 325-338. (Persian)

\* MSc. in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

\*\* Associate Professor, Dept. of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

\*\*\* Assistant Professor, Dept. of Mental Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

\*\*\*\* Ph.D, Taylor's Business School, Taylor's University, Subang Jaya, Malaysia