

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

برنامه آموزش مرگ

راهنمای کاربردی برای متخصصان مراقبت های بهداشتی





-
- سرشناسه : دادفر، محبوبه، ۱۳۴۶ -
- عنوان و نام پدیدآور : برنامه آموزش مرگ: راهنمای کاربردی برای متخصصان مراقبت‌های بهداشتی / تالیف محبوبه دادفر، دیوید لستر؛ [برای] مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا، بیمارستان فوق تخصصی خاتم الانبیاء.
- مشخصات نشر : تهران : میرماه، ۱۳۹۳.
- مشخصات ظاهری : ۱۰۰ص: مصور (بخشی رنگی)، جدول.
- شابک : ۶۷۰۰۰ ریال : ۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۰۹۰-۰
- وضعیت فهرست نویسی : فیپا
- یادداشت : Mahboubeh Dadfar, David Lester. Death education program : an applied guide for healthcare professionals. ص.ع: به انگلیسی:
- یادداشت : کتابنامه: ص. ۶۸
- عنوان دیگر : راهنمای کاربردی برای متخصصان مراقبت‌های بهداشتی.
- موضوع : مرگ --- جنبه‌های روان‌شناسی
- موضوع : مرگ
- شناسه افزوده : لستر، دیوید، ۱۹۶۶ - م.
- شناسه افزوده : Lester, David
- شناسه افزوده : بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی خاتم‌الانبیاء (ص). مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا
- رده بندی کنگره : BF۷۸۹/د۲ب۴ ۱۳۹۳
- رده بندی دیویی : ۱۵۵/۹۳۷
- شماره کتابشناسی ملی : ۳۶۵۲۵۱۸
-

برنامه آموزش مرگ

راهنمای کاربردی برای متخصصان مراقبت های بهداشتی

تألیف:

پروفسور دیوید لستر
روانشناس، برنامه روانشناسی
کالج ریچارد استاکتون نیوجرسی امریکا

محبوبه دادفر
دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی
دانشگاه علوم پزشکی ایران - پردیس بین الملل



میراث

۱۳۹۳ شمسی



برنامه آموزش مرگ راهنمای کاربردی برای متخصصان مراقبت های بهداشتی



تألیف: محبوبه دادفر، پروفسور دیوید لستر
ناشر: میرماه
گرافیک جلد و متن: مهدیه ناظم زاده
لیتوگرافی و چاپ: قائم چاپ جوربند
صحافی: عطف
نوبت و سال انتشار: نخست / ۱۳۹۳
شمارگان: ۵۰۰ نسخه
قیمت: ۶۷۰۰ تومان
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۳۲۳-۰۹۰-۰

تمام حقوق اثر برای مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا محفوظ است.

خیابان ولیعصر (عج) - خیابان رشید یاسمی - بیمارستان فوق تخصصی خاتم الانبیاء (ص)
تلفن: ۸۸۸۸۴۰۴۰

انتشارات میرماه: تخریش، دزاشیب، خیابان شهید رضانی، کوی شهید مرتضی عباسی، پلاک ۳، واحد ۲

تلفن: ۲۲۷۲۲۹۰۱-۲ و ۲۲۷۵۹۲۰۳-۴ فاکس: ۲۲۷۱۹۵۲۳

پیشگفتار

اصطلاح مرگ به پایان عمر، پایان یک رویداد یا پایان یک وضعیت اطلاق می‌شود. مرگ واقعیتی طبیعی و مورد انتظار در روند زندگی است. موضوع مرگ از جمله مباحثی است که همیشه همراه انسان بوده است. مرگ بخشی از چرخه زندگی است و در همه جا حضور دارد. مرگ پایان زندگی برای هر موجود زنده است. هر انسانی در نهایت خواهد مرد. قرآن مجید در سوره ی نساء آیه ی ۷۸ می‌فرماید «هر کجا باشید اگر چه در کاخ‌های بسیار محکم، مرگ شما را فرا رسد». همچنین خداوند متعال در قرآن کریم می‌فرماید «هر نفسی باید مرزۀ مرگ را بچشد». علی‌علیه السلام در باره مرگ می‌فرماید: «هر که از مرگ بگریزد، در همین فرارش با مرگ روبرو خواهد شد. چرا که اجل در کمین جان است و سرانجام گریزها، هم آغوشی با آن است (نهج‌البلاغه، خطبه ۱/۱۴۹)».

متغیرهای بالینی مرتبط با مرگ یا پریشانی مرگ شامل اضطراب/ترس/نگرانی مرگ (اولین مولفه مرگ)، افسردگی مرگ (دومین مولفه مرگ) و وسواس مرگ (سومین مولفه مرگ) می‌باشند. اضطراب/ترس/نگرانی مرگ یک پدیده جهانی و موضوعی مهم برای متخصصان مراقبت‌های بهداشتی از جمله پرستاران است. افسردگی مرگ پدیده‌ای جهان‌شمول و یک مفهوم عاطفی، نگرشی و شناختی است. وسواس یکی از جنبه‌های مهم مرگ است. وسواس مرگ پدیده‌ای روانشناختی است و شامل افکار تکراری، مزاحم، نشخوارها یا تصاویر مزاحم حول و حوش مرگ خود یا عزیزان است.

متخصصان مراقبت‌های بهداشتی از جمله پرستاران اغلب مجبور هستند با بیماران رو به مرگ کار کنند، و اضطراب/ترس/نگرانی آنها از مرگ می‌تواند بر جنبه‌های جسمانی و روانی آنان تاثیر بگذارد. پرستاران در کار بالینی خود با بیماران در حال مرگ روبرو هستند، و نگرش‌های فردی آنها در مورد مرگ و مردن احتمالاً بر کیفیت مراقبتی که آنها در مراحل انتهایی زندگی یک بیمار ارائه می‌دهند، تاثیر می‌گذارد. ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که متخصصان مراقبت‌های بهداشتی از جمله پرستاران مبارزه درونی با مفهوم مرگ دارند، در نتیجه آنها این حوزه شغلی را انتخاب می‌کنند. پرستارانی که اضطراب/ترس از مرگ دارند، ممکن است دچار افسردگی و وسواس مرگ نیز بشوند.

مرگ واقعیتی اجتناب ناپذیر است و هر شخصی ممکن است نسبت به آن برداشت و واکنشی منحصر به فرد داشته باشد. برنامه آموزش مرگ (Death education program) به تنوعی از فعالیت‌ها و تجربه‌های آموزشی مرتبط با مرگ و موضوع‌های اصلی مانند معنا و نگرش‌ها نسبت به مرگ، فرآیندهای مردن، سوگ و داغدیدگی اشاره دارد و مراقبت از افرادی که تحت تاثیر مرگ قرار گرفته‌اند را نیز دربرمی‌گیرد. آمادگی برای مرگ یکی از مهم‌ترین وظایف در مراقبت‌های پایان زندگی می‌باشد. اگرچه برنامه‌ریزی برای مراقبت‌های پایان زندگی بسیار مهم است، عده‌ای از متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، برای پرداختن به نیازهای مختلف مراجعین در آمادگی برای مرگ و برنامه‌ریزی برای مراقبت‌های پایان زندگی، به دانش و مهارت کافی مجهز نیستند. آموزش مرگ یک رویکرد مرتبط بین‌المللی برای مشاوره، روان‌درمانی سوگ و داغدیدگی است. کتاب حاضر از پایان نامه دکتری تخصصی روانشناسی بالینی اینجانب، با مشاوره پروفسور دیوید لستر، استاد برجسته روانشناسی کالج ریچارد استاکتون نیوجرسی آمریکا و دارای حدود ۳۰۰۰ مقاله و صدها جلد کتاب که تعداد زیادی از آنها در باره موضوع مرگ و مفاهیم بالینی مرتبط با آن می‌باشد، استخراج شده است. در این کتاب رویکردهای مختلف برنامه آموزش مرگ شامل روش‌های تعلیمی (Didactic)، تجربی (Experimental) و مدل 8A، به منظور کاهش مفاهیم بالینی مرتبط با پدیده مرگ شامل اضطراب/ترس از مرگ، افسردگی مرگ و وسواس مرگ، برای اولین بار در ایران، معرفی می‌گردد. امید است که برنامه آموزش مرگ بتواند در آینده به عنوان یکی از برنامه‌های کشوری بهداشت روان در سامانه مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران، ادغام و برای اقشار و سطوح مختلف مردم عزیز کشورمان مورد استفاده قرار بگیرد. همچنین بتوان در آینده‌ای نزدیک برنامه آموزش مرگ را با توجه به بافت فرهنگی معنوی مذهبی کشورمان و در چهارچوب یک رویکرد روانشناسی جامعه‌نگر (community psychology) و بهداشت روان جامعه‌نگر (community mental health)، و نیز بر پایه روان‌درمانی هستی‌گرا یا وجودی، معنی‌درمانی و مشاوره متمرکز بر معنا، طراحی و داده‌های تجربی در خصوص اثربخشی آن را بر روی پریشانی مرگ (اضطراب مرگ، افسردگی مرگ و وسواس مرگ)، در اقشار مختلف گزارش نمود. این کتاب با حمایت اجرایی و مالی مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفاء منتشر شده است. بدین وسیله از ریاست و معاونت محترم این مرکز آقایان دکتر هادی کاظمی و پیرحسین کولیوند تشکر و قدردانی می‌گردد.

محبوبه دادفر

۱۳۹۳ شمسی

فهرست

۱۱	تاریخچه پژوهش درباره مفهوم مرگ
۱۲	مفاهیم بالینی مرتبط با مرگ
۱۲	نگرانی مرگ
۱۳	ترس از مرگ
۱۳	اضطراب مرگ
۱۴	افسردگی مرگ
۱۴	وسواس مرگ
۱۵	پیشینه پژوهش درباره مرگ و مفاهیم مرتبط با آن
۲۲	پیشینه پژوهش‌های مربوط به مرگ در پرستاران
۲۸	تاریخچه آموزش مرگ
۲۹	دلایل عمده برای ارائه آموزش مرگ
۲۹	برنامه آموزش مرگ
۳۲	آموزش مرگ برای متخصصان
۳۵	انواع برنامه آموزش مرگ
۳۶	رویکرد تعلیمی
۳۶	رویکرد تجربی
۳۶	مدل 8A
۴۱	مراحل بیگانگی و اجتناب
۴۲	مراحل دسترسی و تصدیق / تایید
۴۳	مراحل پذیرش و اقدام / عمل
۴۵	مراحل درک / فهم و تحقق بخشی / شکوفایی
۴۶	فواید بالقوه مدل 8A برای آموزش مرگ
۴۷	محدودیت‌ها و توسعه‌های آینده مدل 8A برای آموزش مرگ
۴۸	شواهد پژوهشی اثربخشی برنامه آموزش مرگ
۵۱	ضرورت برنامه آموزش مرگ برای پرستاران
۵۷	مقیاس‌های سنجش متغیرهای بالینی مرتبط با مرگ

۵۷	.....	مقیاس نگرانی مرگ
۵۹	.....	مقیاس ترس از مرگ کولیت- لستر
۶۰	.....	مقیاس دلایل ترس از مرگ
۶۱	.....	مقیاس اضطراب مرگ
۶۳	.....	مقیاس وسواس مرگ
۶۶	.....	مقیاس افسردگی مرگ
۶۸	.....	منابع
۸۹	.....	پیوست‌ها
۹۰	.....	پیوست ۱ - مقیاس نگرانی مرگ
۹۴	.....	پیوست ۲ - مقیاس ترس از مرگ و مردن کولیت - لستر
۹۶	.....	پیوست ۳ - مقیاس دلایل برای ترس از مرگ
۹۷	.....	پیوست ۴ - مقیاس اضطراب مرگ
۹۸	.....	پیوست ۵ - مقیاس وسواس مرگ
۹۹	.....	پیوست ۶ - مقیاس افسردگی مرگ

تاریخچه پژوهش درباره مفهوم مرگ

بعد از جنگ جهانی دوم رشته علمی مرگ‌شناسی به عنوان گامی در جهت جستجوی جوابی برای انتهای این دنیا و زندگی، به صورت یک رشته علمی بین رشته‌ای ایجاد شد. تا قبل از نیمه قرن بیستم، مطالعات مربوط به مرگ جایگاه مشخصی در روانشناسی نداشت (فیفل، ۱۹۹۰). اضطراب مرگ، نخستین بار در عقاید سون کی یرکگارد، فیلسوف دانمارکی توصیف شد. وی اضطرابی کلی را در باره شرایط زندگی مطرح کرد که در زمان حاضر "اضطراب وجودی" نام گرفته است و در پرسش‌هایی مانند "به کجا می‌روم؟"، "که هستم؟"، "می‌خواهم با زندگی‌ام چه کنم؟"، "آیا مرگ پایان همه چیز است؟" تجلی می‌یابد. دل مشغول داشتن به این پرسش‌ها، در حدی معین، جزء جدایی‌ناپذیر زندگی بشر است و روان‌رنجوری و نابهنجاری نیست، اما اگر این افکار، افراد را بیشتر مضطرب و افسرده کند و به منزله شاخص بیماری روانی مشاهده شود، نابهنجاری تلقی می‌شود و باید بدان توجه کرد (علیانسب، ۱۳۸۹).

مطالعات و تاریخچه پژوهشی در خصوص مفهوم مرگ ابتدا در حوزه اضطراب مرگ شروع شد و در دهه هشتاد قرن بیستم رشد چشمگیری در این زمینه به دست آمد. موج دوم مطالعات مرگ در اواسط دهه ۹۰ در قرن بیستم اتفاق افتاد. در آخرین دهه قرن گذشته علاقه به مفهوم اضطراب مرگ همچنان در حوزه‌های پژوهشی خود را نشان داده است (فیفل، ۱۹۹۰، کاستنبام، ۱۹۹۳). می‌توان گفت از دهه ۱۹۶۰م. اضطراب مرگ مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است و پژوهش‌های گسترده‌ای در مورد آن به انجام رسیده و کتاب‌های زیادی نیز در

۱۲ / برنامه آموزش مرگ: راهنمای کاربردی برای متخصصان مراقبت های بهداشتی

مورد آن انگاشته شده است (لستر، ۱۹۶۷، لونتو و تمپلر، ۱۹۸۶، کاستنبام، ۱۹۸۷، به نقل از رجبی، ۲۰۰۹).

در سال ۱۹۹۰ تمپلر، لاوی، چالگویجان و توماس - دابسون، مفهوم افسردگی مرگ را معرفی کردند. منطق آنها در معرفی این مفهوم عبارت بود از دلالت ضمنی افسردگی در ارتباط با مرگ. الیزابت کوبلر راس (۱۹۶۹) در مورد واکنش های شخص نسبت به مرگ قریب الوقوع پنج مرحله را مشخص کرده است: شوک و انکار، خشم، چانه زدن، افسردگی و پذیرش. افسردگی چهارمین مرحله از مراحل سوگواری کوبلر راس (۱۹۶۹) است. گزارش های بالینی متخصصان حاکی از آن است که در فرایند مردن، مرحله یا مؤلفه مهمی از افسردگی وجود دارد. اریکسون معتقد است که در آخرین مرحله زندگی افرادی که فاقد یک حس منسجم از خود هستند، خود را شکست خورده می دانند و از ناامیدی رنج می برند (برک، ۲۰۰۷).

سومین مؤلفه در این حوزه توسط عبدالخالق (۱۹۹۸) تحت عنوان وسواس مرگ معرفی شد. وسواس مرگ اشتغالات ذهنی، تکانها و عقاید مقاوم مربوط به مرگ را شامل می شود. منطق زیر بنایی او در طرح این مفهوم این است که بین مرگ و وسواس رابطه ای متقابل و همپوشی وجود دارد یعنی مؤلفه وسواس در مرگ. از طرف دیگر مرگ یک موضوع محتمل در وسواس است.

مفاهیم بالینی مرتبط با مرگ

نگرانی مرگ

نگرانی از نظر روانشناسان عبارت است از احساس عمومی آزرده گی ناخوشایند، انتظار خطر و ترس ناشی از خطری است که شخص منتظر آن است و نمی داند از کجا سرچشمه می گیرد. اگر چه برخی از پژوهشگران نگرانی را نوعی راهبرد یا روش مقابله هیجان-مدارانه (نه مشکل مدار) نسبت به موضوعها و رویدادهای تهدیدآمیز می دانند، ولی بورکوک (۱۹۸۵) معتقد است که نگرانی با تعریف مشکل یا اجتناب شناختی حادثه منفی مورد انتظار، مرتبط

است. به عبارتی دیگر وی نگرانی را نوعی مکانیسم شناختی اجتنابی می‌داند. بورکووک، رابینسون، پروزینسکی و دپری (۱۹۸۷) نگرانی را زنجیره‌ای از افکار و تصورات منفی و نسبتاً غیرقابل کنترل درگیر مسایل روانی و یا موضوع‌هایی می‌دانند که نتیجه آنها شامل احتمال یک یا چند پیامد منفی است. از این رو نگرانی ارتباط بسیار نزدیکی با پردازش ترس دارد (به نقل از نجاریان، تقوایی و شکر کن، ۱۳۷۷). نگرانی مرگ، نگرانی مربوط به موقعیت خاص مرگ است. نگرانی مرگ تحت عنوان تفکر آگاهانه از واقعیت مرگ و ارزیابی منفی از این واقعیت تعریف می‌شود (واسکل، ۱۹۹۱).

ترس از مرگ

ترس از مرگ عبارت است از ترس اختصاصی از خود مرگ و از مردن. ترس از مرگ نه پدیده روانشناختی اضطراب مرگ است نه با آن مرتبط است، بلکه بیشتر با احساس نگرانی و وحشت فلسفی "وجودی" ارتباط دارد. اضطراب مرگ و احساس نگرانی و وحشت وجودی ترس مرضی نیستند. افرادی که از ترس از مرگ رنج می‌برند، مشغولیت فکری زیادی با مرگ و مردن دارد و این موضوع می‌تواند روی زندگی روزانه شان تاثیر بگذارد. ترس از مرگ امکان دارد منجر به ایجاد اختلال‌های روانپزشکی و سواسی - جبری و خود بیمار انگاری گردد (فریتشر، ۲۰۱۰).

اضطراب مرگ

اضطراب مرگ مشتمل بر افکار، ترس‌ها و هیجانات مرتبط با پایان زندگی می‌باشد (بلسکی، ۱۹۹۹). این نوع اضطراب مفهومی چند بعدی است. در همین راستا (هالتر و هالتر، ۱۹۸۷، به نقل از فورر، والکر و استین، ۲۰۰۷) هشت بعد برای آن در نظر گرفته اند: ۱- هراس از فرایند مردن، ۲- هراس از مرگ زود هنگام، ۳- هراس از مرگ افراد مورد علاقه، ۴- هراس بیمارگونه از مرگ، ۵- هراس از تباهی، ۶- هراس از بدن پس از مرگ، ۷- هراس از ناشناخته بودن مرگ و ۸- هراس از مرده.

منظور از اضطراب مرگ، احساس ترس، وحشت و یا نگرانی فرد از مرگ است و یا هر آنچه ممکن است موجب آن بشود. در تعریف دیگری گفته شده است اضطراب مرگ یعنی مجموعه‌ای از واکنش‌های هیجانی منفی با شدت متغیر که از افکاری ناشی می‌شود که بیانگر از بین رفتن وجود فرد است. در این تعریف علاوه بر هیجان‌ات، بر دیدگاه شناختی نیز تاکید می‌شود (یورین^۴ و کیلبورن^۵، ۲۰۰۸). تاناتوفوبیا یا اضطراب مرگ به عنوان یک ترس غیر عادی و بزرگ از مرگ همراه با احساساتی از وحشت از مرگ یا دلهره هنگام فکر کردن به فرآیند مردن یا چیزهایی که پس از مرگ رخ می‌دهند، تعریف می‌شود (رایس، ۲۰۰۹).

کار پنینو - مویت (۲۰۰۸) در کتاب هند بوک تشخیص پرستاری، اضطراب مرگ را تحت عنوان "حالتی که در آن فرد دلهره و هراس، نگرانی یا ترس مرتبط با مرگ و مردن را تجربه می‌کند"، تعریف می‌کند (ص ۳۹). در کتاب راهنمای طبقه بندی پیامدهای پرستاری، اضطراب مرگ به عنوان "احساس اضطراب مبهم ناراحتی یا ترس و وحشت ایجاد شده توسط یک تهدید واقعی یا خیالی نسبت به زندگی و هستی فرد تعریف شده است (مورهید، جانسون، ماس و همکاران، ۲۰۰۸).

افسردگی مرگ

افسردگی یکی از ویژگی‌های مهم در پریشانی مرگ است. افسردگی مرگ نوعی غم و اندوه است که در ارتباط با مرگ فرد نزدیک، مرگ دیگران و مفهوم مرگ به طور کلی انعکاس پیدا می‌کند (تمپلر و همکاران، ۲۰۰۱ - ۱۹۹۰). افسردگی مرتبط با مرگ، چهارمین مرحله مردن کوبلر راس در فرایند مردن است (کوبلر راس، ۱۹۶۹) و متخصصان بالینی بر اساس برداشت‌های بالینی خود گزارش داده‌اند که یک مرحله یا عنصر قوی از افسردگی در فرایند مردن وجود دارد (تمپلر و همکاران، ۱۹۹۰، به نقل از عبدالخالق و همکاران، ۲۰۰۶).

وسواس مرگ

وسواس مرگ، افکار نشخوارها یا تصاویر ذهنی مداوم و آزاردهنده‌ای می‌باشند که حول و حوش مرگ خود یا افراد مهم دیگر متمرکز هستند (عبدالخالق، ۱۹۹۸).

پیشینه پژوهش درباره مرگ و مفاهیم مرتبط با آن

اگر چه مرگ جزء اجتناب ناپذیر زندگی بشر است، تقریباً همه انسان های زنده از مرگ تنفر دارند و از آن می ترسند. پدیده ترس از مرگ جهانی است زیرا مرگ بزرگترین رمز و راز همه انسان ها است (رجبی، ۲۰۰۹). این ترس و نفرت و هر گونه هیجان منفی نسبت به مرگ را می توان در داستان های اساطیر برجای مانده از تمدن های قدیمی به ویژه مصر و یونان باستان باز یافت. بر اساس مطالعات زندگی (۱۹۶۰) مصریان باستان، مرگ را دشمن تلقی کرده و با وجود این بسیاری از آنها با اعتقاد به یک زندگی اخلاقی در کنار لذت بردن از خوشی های دنیا، قسمتی از زندگی خود را به ایجاد آمادگی در خود جهت داشتن زندگی امن در جهان آتی می گذراندند (استروهل، ۱۹۹۲). تداوم زندگی در جهان دیگر و زنده شدن دوباره انسان نه تنها در ادبیات مربوط به مرگ بلکه در تمام فرهنگ نوشته و نانوشته مصر باستان موجود است (کاستنبام، ۱۹۹۵، به نقل از کاستنبام، ۲۰۰۶).

روان شناسان علاقه مند به مطالعه دین مواردی همچون نگرش و واکنش به مرگ را مورد مطالعه تجربی قرار می دهند و در این میان، از روش های علوم رفتاری و اجتماعی معاصر برای رشد و گسترش روانشناسی دین بهره می برند. بدون تردید مرگ و زندگی بعد از مرگ و همچنین نگرش انسان به آن یکی از موضوع های اساسی مورد بحث در همه ادیان الهی به شمار می رود. آداب و رسوم و اعتقادات مربوط به مرگ بخش مهمی از فرهنگ بشری و مرکزی برای بسیاری از ادیان در سرتاسر دنیا است (رجبی، ۲۰۰۹). دین اسلام با تکیه بر زندگی جاودان آخری، مرگ را با تعبیرهای وجودی معرفی کرده و با تحلیل معقول پدیده مرگ، نه تنها اثر منفی آن را زایل می کند بلکه می کوشد در آن جذابیت نیز ایجاد کند، اما با وجود این، واکنش بیشتر افراد به مرگ، مثبت نیست (معمدی، ۱۳۷۲، علیانسب، ۱۳۸۹).

هر چند در روانشناسی در دوره هایی به موضوع مرگ کمتر پرداخته شده است، اما بطور کلی دو جنبه در این رابطه بیشتر مورد پژوهش قرار گرفته است: یکی جنبه ملاحظه حالات روانشناختی و کنترل آن در بیماران در حال مرگ، و دیگری بررسی ترس و اضطراب مرگ در جمعیت های گوناگون (فرازیر و فاس - گودمن، ۱۹۸۹ - ۱۹۸۸).

عوامل بسیاری می توانند باعث ایجاد مرگ شده یا در آن سهم داشته باشند از جمله این عوامل شکار، بیماری، نابودی زیستگاهی، پیری، سوء تغذیه، تصادفات یا آسیب های فیزیکی

هستند. با این حال علل اصلی مرگ و میر انسانی در کشورهای توسعه یافته بیماری های مربوط به پیری می باشند (کاستنباوم، ۲۰۰۶).

اضطراب مرگ عاملی پیچیده است که از رویدادهای محیطی، سن و جنسیت تاثیر می پذیرد و میزان آن در نوسان است، به صورتی که در زمان های متفاوت و با شدت های متغیری تجربه می شود (پولاک، ۱۹۸۰). فرانکل (۱۹۶۹) اضطراب مرگ را بر شخصیت و بهداشت روانی فرد تاثیر گذار می دانست و آگاهی از مرگ را پایه ای برای یک بحران وجودی فراگیر مطرح کرد. توجه بسیار زیاد پژوهش ها به موضوع اضطراب مرگ، اهمیت آن را در مطالعات مرگ شناسی بسیار افزایش داده است به طوری که حجم بالای مطالعات باعث شکل گیری نشریه های علمی تخصصی ویژه در این زمینه شده است (یورین و کیلبورن، ۲۰۰۸).

تعدادی از پژوهش های بین فرهنگی نشان می دهد که اضطراب مرگ در فرهنگ غرب نسبت به فرهنگ شرق بیشتر مشاهده می شود (شوماخر و همکاران، ۱۹۸۸، مک موردی و کومار، ۱۹۸۴). از دهه ۱۹۸۰ به بعد پژوهش های متعددی در ارتباط با ویژگی های افراد مستعد به اضطراب مرگ صورت پذیرفته است، از جمله تاثیر جنسیت (ترامیل و همکاران، ۱۹۸۵، نیرمالا و کومار، ۱۹۸۷، عبدالخالق و احمد عمر، ۱۹۸۸، سروتی و همکاران، ۱۹۹۶، الارجا و عبدالله، ۲۰۰۵، اوتومو و همکاران، ۲۰۰۷) و تاثیر سن (استیونس و همکاران، ۱۹۸۰، ترول، ۱۹۸۲، تورسن و پاول، ۱۹۸۸، نی مایر و برنت، ۱۹۹۵، به نقل از یورین و کیلبورن، ۲۰۰۸، فورتنر و نی مایر، ۱۹۹۹، الارجا و عبدالله، ۲۰۰۵). وسعت این پژوهش ها بیانگر اهمیت این مفهوم به عنوان یک متغیر روانشناختی است.

نگرش های مذهبی نسبت به مرگ می تواند یکی از تهدیدهای بهداشت روانی به شمار آید. به طور کلی نگرش های مذهبی نسبت به مرگ در سه ویژگی اضطراب مرگ، وسواس مرگ و افسردگی مرگ قابل بحث است. عبدالخالق (۲۰۱۲ - ۲۰۱۱) پریشانی مرگ را شامل اضطراب مرگ، وسواس مرگ و افسردگی مرگ دانست. یکی از راه هایی که باورهای مذهبی از آن طریق سلامت روان را ارتقا می دهند، کاهش ترس از مرگ است (فرای، ۲۰۰۰، سیسیرلی، ۲۰۰۱ و ۲۰۰۲). ترس از مرگ محرک نیرومند رفتار از جمله وابستگی های

فرهنگی است. بر اساس نظریه مدیریت وحشت روزنبلات، گرینبرگ، سولومون، فیزنسکی و لیون (۱۹۸۹)، یادآوری فناپذیری با ایجاد اضطراب فوق العاده، فرد را در جهت کاهش آن برمی انگیزد (کوهن و همکاران، ۲۰۰۵). اضطراب مرگ می تواند تهدید قابل توجهی برای بهزیستی روانی به شمار رود. این مسأله در مورد جوانان بیشتر صدق می کند زیرا ترس از مرگ در این گروه بسیار قوی تر از سالمندان است.

اعتقاد قوی تر به دنیای پس از مرگ نیز با شدت اضطراب مرگ ارتباط منفی دارد (رشدیه، تمپلر، کانون و همکاران، ۱۹۹۹). باورهای مذهبی در مذاهب مختلف می تواند تاثیرات متفاوتی بر اشتغالات و وسواس مرگ داشته باشد. با اینکه اشتغال ذهنی با مرگ در همه ادیان و افراد مذهبی روشی برای تدارک زندگی معنادار تلقی می شود، ولی پژوهش ها نشان داده اند که اشتغال ذهنی با مرگ می تواند در برخی افراد مذهبی تولید اضطراب و افسردگی نماید. مالتبی و دی (۲۰۰۰ ب) در بررسی وسواس مرگ و رابطه آن با سوگیری مذهبی در دانشجویان انگلیسی به این نتیجه رسیدند که بین سوگیری مذهبی بیرونی و وسواس مرگ رابطه وجود دارد.

آرنت و همکاران (۲۰۰۵) می نویسند: «بر اساس نظریه مدیریت وحشت کشمکش انسان با آگاهی از مرگ غیر قابل اجتناب، می تواند تا حد زیادی بر بهزیستی جسمی و روان شناختی فرد تاثیر بگذارد. توافق کمی درباره آنچه موجب شروع اختلال وسواسی - جبری می شود، وجود دارد، اگرچه به جرات می توان گفت نواقص عصب روانشناختی، شرطی شدن و عوامل شناختی نقش مهمی در ایجاد این اختلال بازی می کنند. نظریه مدیریت وحشت پیشنهاد می کند اختلال وسواسی - جبری ممکن است در شرایطی ایجاد شود که نگرانی درباره مرگ، به وسیله باورهای فرهنگی که تهدید مردن را قابل کنترل و کمتر تهدید کننده به نظر برسانند، وجود ندارند. در چنین شرایطی، ممکن است فرد به وسیله تلاش برای کسب مجدد احساس کنترل بر خطرات ادراک شده خاصی (به عنوان مثال میکروب، بیماری، خطرات بالقوه جسمی) عکس العمل نشان دهد. فرد مبتلا به اختلال وسواسی - جبری ممکن است تحمل روان شناختی خود را از دست بدهد و نگران تهدیدات نسبتاً کم خطر باشد زیرا آنها بیشتر قابل

مدیریت و کنترل هستند تا تهدید مرگ. یعنی اختلال و سواسی - جبری ممکن است نشانه تجدید ترس های زیر بنایی از مرگ باشد. بنابراین رفتار و سواسی به فرد کمک می کند تا نگرانی های زیربنایی درباره مرگ را مدیریت کند (به نقل از ویتن، ۲۰۰۹).

مرگ واقعی اجتناب ناپذیر است و هر شخصی ممکن است نسبت به آن برداشت و واکنشی منحصر به فرد داشته باشد. مرگ به خاطر ماهیت پرابهامش، برای بسیاری از انسان ها به صورت تهدید آمیز جلوه می کند. اضطراب و ترس از مرگ در میان تمام فرهنگ ها متداول است و گروه ها و ادیان مختلف به طرق گوناگون با آن برخورد می کنند (هورتا و یاپ، ۲۰۰۶).

از آنجایی که مرگ هرگز تجربه نشده و هیچ کس آن را به وضوح لمس نکرده است، همه به نوعی در مورد آن دچار اضطراب هستند ولی هر کس بنابر عوامل معینی درجات مختلفی از اضطراب مرگ را تجربه می کند (سینگ، سینگ و نظامی، ۲۰۰۳).

اضطراب مرگ عبارت است از ترس و نگرانی از مرگ. حتی در کسانی که واقعیت مرگ را کاملاً می پذیرند، ممکن است از آن بترسند. در ارزیابی اضطراب مرگ سوال هایی مانند "بعد از اینکه مردم، دیگر هیچ چیزی من را ناراحت نمی کند"، "از این عقیده که بعد از مرگ درمانده خواهم بود، متنفرم"، "انزوای کامل پس از مرگ، مرا به وحشت می اندازد"، "این احساس که بعد از مرگ فرصت های زیادی را از دست خواهم داد، ناراحت می کند"، مورد ارزیابی قرار می گیرند (تورسون و پاول، ۱۹۹۴، ص ۳۹-۳۸، به نقل از برک، ۲۰۰۷).

اضطراب مرگ احتمالاً به طرق گوناگونی خود را نشان می دهد. یکی از شایع ترین این راه ها اجتناب است. برخی افراد به صورت آگاهانه از شرکت در عزاداری ها یا دیدار دوستان در حال مرگ اجتناب می کنند، چون این موارد سبب نگرانی و ناراحتی آنها می شود. به صورت ناخود آگاه ممکن است فرد به دلیل مشغله فراوان از شرکت در این مراسم خودداری کند. سایر افراد ممکن است اضطراب مرگ خود را از طریق شرکت در فعالیت هایی که به نظر می رسد جنبه مواجهه و مقابله با مرگ را دارد، به نمایش بگذارند. این افراد ممکن است به طور مکرر در فعالیت های پر خطر مانند پرش از ارتفاع، سقوط آزاد و صخره نوردی شرکت

کنند. همچنین ممکن است اضطراب مرگ از طریق تغییر در شیوه زندگی و یا شرکت در کارهایی که با مرگ سر و کار دارد مانند تسهیلات بازنشستگی برای افراد خیلی پیر یا شرکت در عزاداری ها نمایان شود (کالیش، ۱۹۸۵، به نقل از مسعود زاده و همکاران، ۱۳۸۷).

تجربه کردن مقداری اضطراب درباره مرگ، طبیعی است. اما مانند سایر ترس ها، چنانچه این اضطراب خیلی شدید باشد، سازگاری کارآمد را تضعیف می کند. گرچه سلامت جسمانی در بزرگسالی با اضطراب مرگ ارتباطی ندارد، سلامت روانی به طور قطع با آن ارتباط دارد. افرادی که افسرده یا مضطرب هستند، احتمالاً نگرانی های شدیدتری از مرگ دارند. وقتی که این افراد به مرگ می اندیشند، چون بین خود پنداره واقعی و آرمانی آنها فاصله زیادی وجود دارد، احساس نقص یا کمبود می کنند. در مقابل، افراد متکی به نفس که در زندگی احساس رضایت و هدفمندی می کنند، کمتر از مرگ می ترسند (نی مایر و ون برانت، ۱۹۹۵). عبدالخالق و لستر (۲۰۰۹) گزارش دادند که علائم جسمانی با اضطراب مرگ همبستگی مثبت دارد که حاکی از این است که افرادی که از سلامت جسمانی خوب لذت می برند کمتر نگران مرگ هستند.

حتی کسانی که واقعیت مرگ را پذیرفته اند ممکن است از آن بترسند (فایرستون، ۱۹۹۴). به طور کلی، وسواس و ترس از مرگ یکی از پدیده های روانشناختی واقعی است. چه چیزی پیش بینی می کند که فکر مردن و درگذشت فرد موجب اندوه شدید، آرامش نسبی یا چیزی بین این دو می شود. پژوهشگران برای پاسخ به این سوال، هم نگرانی و اضطراب کلی از مرگ و هم انواع عوامل خاص مانند ترس از دیگر وجود نداشتن، فقدان و از دست دادن کنترل، مرگ دردناک و عذاب آور، زوال و فاسد شدن بدن، جدا شدن از عزیزان، امور ناشناخته و موارد دیگر را ارزیابی می کنند (نی مایر، ۱۹۹۴).

در نگرش های مربوط به مرگ، با توجه به عوامل جمعیت شناختی، تفاوت وجود دارد (فسلر و ناوارت، ۲۰۰۵، قلعه بندی، ۱۳۷۲). اضطراب مرگ عمدتاً به نوجوانی و بزرگسالی محدود می شود. کودکان به ندرت آن را نشان می دهند. نتایج یک پژوهش نشان داد که ارتباط سن و مرگ یک ارتباط منحنی - خطی با اوج اضطراب مرگ در میانه عمر است (گسر،

وونگ و ریکر، ۱۹۸۸، به نقل از مسعود زاده و همکاران، ۱۳۸۷). اضطراب مرگ با افزایش سن کاهش می‌یابد و در اواخر بزرگسالی به پایین ترین سطح می‌رسد. این کاهش مرتبط با سن در تعدادی از فرهنگ‌ها و گروه‌های قومی یافت شده است.

منبع اضطراب و استرس در سالمندی، متفاوت از مراحل دیگر زندگی است. در سالمندی، منشا این عوامل روانی بر اضطراب مرگ و بر اضطراب عدم تغییر و جبران خسارت در زندگی متمرکز است. سالمندان با بررسی تجربیات زندگی و خاطرات خود، نتیجه‌گیری می‌کنند که دیگر هیچ شانس برای جبران اشتباهات آنها وجود ندارد. بنابراین اضطراب مرگ می‌تواند آنها را نگران کند. بهرامی، دادفر، لستر و عبدالخالق (۲۰۱۴) پریشانی مرگ را در سالمندان مسلمان ایرانی بررسی و زنان و مردان سالمند را در این مورد با یکدیگر مقایسه کردند. آزمودنی‌ها ۷۴ نفر از سالمندان (۳۰ زن و ۴۴ مرد) مقیم خانه بودند و از مکان‌های عمومی به روش نمونه‌گیری در دسترس و داوطلبانه انتخاب شدند. نتایج نشان داد که سالمندان بر اساس سه مقیاس اضطراب مرگ تمپلر (DAS)، مقیاس وسواس مرگ (DOS) و مقیاس مرگ افسردگی (DDS) درجاتی از پریشانی مرگ را نشان دادند. زنان سالمند میزان پریشانی مرگ بالاتری را در مقایسه با مردان سالمند نشان دادند ولی این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود. پژوهشگران فوق پیشنهاد نمودند به این دلیل که، پریشانی مرگ می‌تواند بر سلامت روانی سالمندان تاثیر بگذارد، لذا برنامه آموزش مرگ برای مواجهه آنها با مسائل مرتبط با مرگ، ضروری به نظر می‌رسد.

صرفنظر از سن، در هر دو فرهنگ شرق و غرب، به نظر می‌رسد که زنان بیشتر از مردان اضطراب مرگ دارند. شاید زنان احساس‌های آزارنده مربوط به مرگ و میر را بیشتر می‌پذیرند و مردان بیشتر از آن اجتناب می‌کنند - توجیهی که با بیانگری هیجانی بیشتر زنان در طول عمر - هماهنگ است. محمدزاده و نجفی (۱۳۸۹) گزارش دادند که در هر دو جنس وسواس مرگ با سوگیری مذهبی بیرونی رابطه مثبت دارد، در حالیکه با سوگیری مذهبی درونی رابطه‌ای منفی دارد. نتایج تحلیل رگرسیون حاکی از آن بود که سوگیری‌های مذهبی بیرونی در گروه مؤنث قدرت پیش‌بینی بیشتری برای وسواس مرگ دارد. آنها نتیجه گرفتند

که رشد نیافتگی مذهبی دلیلی بر نگرش های مرضی نسبت به مرگ است و نقش جنسیت در رابطه fh سوگیری مذهبی بیرونی با وسواس مرگ حائز اهمیت است.

یافته ها از تفاوت های فردی و فرهنگی زیاد در جنبه های ترس برانگیز مرگ خبر می دهند. برای مثال، بعد از بررسی گروهی از مسلمانان، معلوم شد عوامل خاصی مانند فاسد شدن بدن و امور ناشناخته که مکرراً در پاسخ های غربی ها مشاهده می شود، اصلاً در آنها وجود ندارد. در بین غربی ها، معنویت - درک معنای زندگی - در کاستن از اضطراب و وسواس مرگ با اهمیت تر از تعهد مذهبی است. برخورداری از فلسفه شخصی پیشرفته درباره مرگ نیز ترس را کاهش می دهد. بررسی شواهد تجربی نشان داده اند که ترس از مرگ با سطوح مذهبی بودن رابطه دارد، به طوری که افراد با گرایش های مذهبی متوسط، ترس بیشتری از مرگ دارند در حالی که ترس از مرگ در بین افراد با گرایش های مذهبی شدید و افراد بدون گرایش های مذهبی کمتر است (پینی، ۲۰۱۰).

در یک پژوهش، مسیحی های مومن مرگ را کمتر از افرادی که دیدگاه مذهبی متزلزلی داشتند، ترسناک دانستند. اضطراب مرگ در بزرگسالانی که ایمان راسخی به نیرو یا موجودی عالی دارند، خیلی کم است، نیرویی که می تواند تحت تاثیر مذهب نیز قرار داشته باشد (نی مایر، ۱۹۹۴).

ترس از مردن و مرگ ممکن است جهانی باشد ولی افراد در واکنش هیجانی شان نسبت به مردن و مرگ متفاوت هستند. کا- بینگ هیو و فونگ (۲۰۰۹) در پژوهش بر روی ۱۳۳ دانشجوی دانشگاه چین که مسیحی بودند، دریافتند که آزمودنی ها اضطراب بیشتری را نسبت به مرگ و مردن افراد نزدیک شان تا مرگ و مردن خودشان گزارش دادند. مذهب درونی در مقایسه با مذهب بیرونی نقشی حفاظتی را در اضطراب مردن و مرگ نشان داد.

نتایج پژوهش علیانسیب (۱۳۸۹) با عنوان رابطه دین داری و اضطراب مرگ در بین دانشجویان و طلاب شهر قم نشان داد که اضطراب مرگ با دل بستگی ایمن به خدا رابطه منفی معنادار داشت و با افزایش میزان دل بستگی ایمن به خدا، سطح اضطراب مرگ کاهش یافت و بر عکس آن، بین دل بستگی نوع اجتنابی و دوسوگرا به خدا و اضطراب از مرگ رابطه مثبت

معنادر دیده شد. بنابراین می توان ادعا کرد که دل بستگی ایمن به خدا، در کنترل برخی مشکلات روانی از جمله اضطراب مرگ و بیماری هایی که به هر نحو با آن رابطه دارند، مؤثر است.

پژوهش های مختلف در جوامع و جمعیت های گوناگون، شیوع متفاوت اضطراب مرگ را گزارش کرده اند؛ از جمله بیماران اسکیزوفرنیک ۴۰٪ (پالانسکی و جانسون، ۱۹۷۷)، و کلاسی با تجربه مرگ موکلان شان ۳٪ اضطراب بالا، ۶۶٪ اضطراب متوسط و ۳۱٪ اضطراب پایین (هانت و روزنتال، ۲۰۰۰) و بیماران مراجعه کننده جهت مشاوره روانپزشکی ۵۵/۳٪ همراه با افسردگی (پوکیدا مونکی، روو گاریدو، آلد موندی پرز و همکاران، ۲۰۰۰، به نقل از مسعود زاده و همکاران، ۱۳۸۷) تجربه کردن مقداری اضطراب در مورد مرگ طبیعی و سازگارانه است اما مانند ترس های دیگر، اضطراب مرگ خیلی شدید می تواند سازگاری مؤثر را تضعیف کند. در فرهنگ های متفاوتی مانند چین و ایالات متحده، افرادی که افسرده یا مضطرب هستند، احتمالاً نگرانی زیادی از مرگ دارند (نی مایر و ون برانت، ۱۹۹۵، وو، تانگ و ووک، ۲۰۰۲). عبدالخالق (۲۰۰۲ ب) در بررسی وسواس مرگ در بین بیماران مبتلا به اختلال های اضطرابی، اسکیزوفرنیا، سوء مصرف کنندگان مواد و افراد عادی کشور مصر گزارش داد که بیماران اضطرابی مرد و زن نسبت به سایر گروه ها نمره های بالاتری کسب نمودند.

پیشینه پژوهش های مربوط به مرگ در پرستاران

اضطراب مرگ در حرفه پرستاری به صورت روزمره وجود دارد و ارتباط با بیماران در حال مرگ از جمله مسائل عمده پیش روی پرستاران بوده که عدم توجه به آن می تواند موجب عواقب ناخواسته و نامناسب برای پرستاران (مانند نارضایتی، مشکلات روانی و ...) و بیماران (مانند عدم دریافت مراقبت های صحیح و کافی و...) گردد.

عبداللهی، علیمحمدی، محمدی و حسن زاده (۱۳۷۸) در بررسی مقایسه ای میزان آگاهی، نگرش و نحوه عملکرد پرستاران و پزشکان از مراقبت به بیماران رو به مرگ و

برنامه آموزش مرگ: راهنمای کاربردی برای متخصصان مراقبت های بهداشتی / ۲۳

خانواده هایشان در بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان گزارش دادند که ۵۰ درصد از پرستاران از آگاهی متوسطی در زمینه مراقبت از بیماران رو به مرگ و خانواده هایشان برخوردار بودند.

نتایج پژوهش افراسیابی فر، محمد حسینی، مومنی و علمداری (۱۳۸۲) برای تعیین میزان آگاهی، نوع نگرش و نحوه عملکرد پرستاران و بهیاران در مراقبت از بیمار رو به مرگ در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی یاسوج نشان داد که ۵۲/۵ درصد نمونه ها از آگاهی خوبی در زمینه مراقبت های جسمی و روانی از بیمار رو به مرگ برخوردار بودند، همچنین ۶۰/۸ درصد دارای نگرش مثبت و ۵۷/۵ درصد عملکرد خوبی داشتند. ضریب همبستگی اسپرمن ارتباط معنی داری را بین میزان آگاهی با نگرش و نحوه عملکرد پرستاران نشان داد. آنها پیشنهاد نمودند که باید به نقش پرستاران توجه بیشتری کرد و برگزاری همایش ها، کنفرانس ها و آموزش های حین خدمت در زمینه مرگ و حقوق بیمار در میزان آگاهی و عملکرد آنها موثر خواهد بود.

نتایج پژوهش واثق رحیم پرور و نوغانی (۱۳۸۳) نشان داد که میزان آگاهی و نگرش پرستاران مجتمع بیمارستانی امام خمینی شهر تهران (بیمارستان های امام خمینی، ولیعصر و معراج) نسبت به مراقبت های قبل از مرگ در سطح متوسط و نسبت به مراقبت های پس از مرگ در سطح ضعیف بود. همچنین اکثریت پرستاران در مورد مراقبت های قبل از مرگ نگرش مثبت و در مورد مراقبت های پس از مرگ نگرش تا حدودی مثبت داشتند و هیچ نگرش منفی نسبت به مراقبت های قبل و پس از مرگ وجود نداشت. آنها نتیجه گرفتند که با توجه به نامطلوب بودن میزان آگاهی و مثبت بودن نگرش پرستاران مورد مطالعه نسبت به مراقبت های قبل و پس از مرگ بیمار، با در نظر داشتن این موضوع که لازمه بهبود دانش، آموزش می باشد، نتایج این پژوهش می تواند به مسئولین آموزش کمک کند تا برنامه های آموزشی لازم جهت ارتقاء دانش پرستاران در مورد مراقبت های قبل و پس از مرگ را تدوین نمایند.

آقاجانی، ولیئی و طل (۱۳۸۹) یک پژوهش توصیفی-تحلیلی مقطعی به صورت سرشماری، با استفاده از مقیاس اضطراب مرگ تمپلر، بر روی ۳۸۷ پرستار (۱۵۵ پرستار بخش ویژه، ۲۳۲ پرستار بخش عمومی) شاغل در بیمارستان شریعتی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۶ انجام دادند. نتایج به دست آمده نشان دهنده وجود تفاوت آماری معنی دار بین میانگین نمره اضطراب مرگ در پرستاران بخش های ویژه و بخش های عمومی بود. آنها نتیجه گرفتند که با توجه به تاثیر اضطراب مرگ بر جنبه های جسمی و ذهنی پرستاران و تاثیر این مساله بر فرآیند مراقبتی ارائه شده توسط آنان و همچنین تفاوت مشاهده شده در میزان آن در بخش های مختلف، توجه خاص به این مساله در پرستاران بخش های ویژه با توجه به تماس نزدیک با بیماران در خطر و در حال مرگ لازم بوده و تعیین منابع اضطراب مرگ، ایجاد سیستم های حمایتی در بیمارستان ها برای ارائه هر چه بهتر مراقبت توسط آنان ضروری به نظر می رسد.

مسعود زاده، ستاره، محمدپور و مدانلو کردی (۱۳۸۷) شیوع اضطراب مرگ را به روش سرشماری، با استفاده از مقیاس اضطراب تمپلر، در ۵۷۶ کارمند شاغل در بخش های اداری، پزشکی - پرستاری و خدماتی یک بیمارستان دولتی شهر ساری مورد بررسی قرار دادند. ۴۲/۲٪ افراد اضطراب مرگ کم و ۵۷/۸٪ اضطراب بالا را گزارش دادند. درجه اضطراب مرگ با جنسیت ارتباط معنی داری داشت و زنان در مقایسه با مردان اضطراب مرگ بیشتری را نشان دادند.

لهتو و استین (۲۰۰۹) با استفاده از روش تکاملی تحلیل مفهومی راجرز (۲۰۰۰)، اسنادهای معین، پیشایندها و پیامدهای مفهوم اضطراب مرگ را شناسایی کردند. آنها ادبیات تحقیق در مورد اضطراب مرگ را به طور سیستماتیک از سال ۱۹۸۰ تا سال ۲۰۰۷ مرور نمودند. مقالات خلاصه و کدگذاری شدند. تجزیه و تحلیل داده های استنتاجی منجر به اسنادهای معین (هیجانی، شناختی، تجربی، رشدی، شکل دهی فرهنگی اجتماعی و منبع انگیزه)، پیشایندها (محیط های استرس زا و تجربه شرایط غیر قابل پیش بینی، تشخیص یک بیماری تهدید کننده زندگی یا تجربه یک رویداد تهدید کننده زندگی و تجربیات با مرگ و

برنامه آموزش مرگ: راهنمای کاربردی برای متخصصان مراقبت های بهداشتی / ۲۵

مردن) و پیامدها (تظاهرات سازگارانه و ناسازگارانه) گردید. با توجه به بررسی سیستماتیک کمی که در ادبیات تحقیق پرستاری درباره اضطراب مرگ وجود دارد، نتایج به دست آمده از این پژوهش مهم هستند.

دستیابی به تعادل در مراقبت از بیماران در حال مرگ از چالش های اصلی پرستاران است. دغدغه آنها نه تنها تعامل با بیماران و خانواده آنها است بلکه برای پرستاران مهم است تا بتوانند تمرکز مراقبت را در هنگام تشخیص غیر قابل برگشت بودن بیماری تغییر دهند (ضرغام بروجنی، محمدی و حق دوست اسکویی، ۱۳۸۶). در طراحی نظام مراقبتی و حمایتی مناسب از بیماران در حال مرگ و خانواده آنها، لازم است دیدگاه ها و عقاید پرستاران را بررسی نمود. نگرش منطقی پرستاران به مرگ می تواند در مراقبت از بیماران در حال مرگ و خانواده آنها موثر باشد. اگر کارکنان بهداشتی درمانی مرگ را موضوعی ترسناک و شوم بپندارند نخواهند توانست به صورتی آرام و موثر با مرگ بیماران روبرو شوند. مرحله احتضار بیماران جزء رویدادهای دردناک و از دشوارترین تجارب پرستاران به حساب می آید. مراقبت از بیماران در حال مرگ با رعایت موازین فرهنگی وی و خانواده، یکی از وظایف حرفه ای پرستاران است و شناخت و تبیین تجارب روزمره پرستاران در مراقبت فرهنگی از بیماران در حال مرگ، در تعیین و تعریف استانداردهای مراقبتی مربوط، کمک کننده و مفید خواهد بود (ضرغام بروجنی، محمدی و حق دوست اسکویی، ۱۳۸۶، حیدری، انوشه، آزاد ارمکی و همکاران، ۱۳۹۰).

بران، گوردن و یوزیلی (۲۰۱۰) گزارش دادند که پرستاران نسبت به مراقبت از بیمار در حال مرگ نگرش مثبت و در مورد پرهیز از مرگ، ترس از مرگ و پذیرش مرگ، نگرش منفی دارند. پرستارانی که زمان بیشتری را با بیماران بدحال یا در حال مرگ می گذرانند، نگرش مثبت تری را ذکر می کنند (دان، اوتن و استفنز، ۲۰۰۵).

پژوهش رئوفی (۱۳۷۴) نشان داد که ۱۰۰٪ دانشجویان پرستاری سال آخر دانشگاه علوم پزشکی گیلان نسبت به مراقبت از بیمار در حال مرگ و اقدامات پرستاری مربوط به خانواده بیمار متوفی، نگرش مثبت داشتند (رئوفی، ۱۳۷۸).

ایران منش، ساونستیدت و عباس زاده (۲۰۰۸) گزارش دادند که دانشجویان پرستاری تمایل کمتری برای مراقبت از بیماران در حال مرگ دارند. نداشتن آموزش و تجربه و همچنین محدودیت های حرفه ای و فرهنگی می تواند در نگرش منفی نسبت به برخی از جنبه های مراقبت از بیماران در حال مرگ نقش داشته باشد (ایران منش، درگاهی و عباس زاده، ۲۰۰۸). داشتن سابقه کار از عواملی است که موجب نگرش مثبت پرستاران به مقوله مرگ و احتضار می شود (لانگ، تام و کلاین، ۲۰۰۸).

نتایج پژوهش چن، دل بن، فورسون و لويس (۲۰۰۶) نشان داد که بین پرستاران کارآموده و بی تجربه از لحاظ اضطراب مرگ تفاوت معنی داری وجود داشت و پرستاران کارآموده و بی تجربه هر دو اضطراب مرگ بیشتری نسبت به گروه کنترل داشتند. یافته های یک پژوهش دیگر نیز نشان داد که بین پرستاران زن شاغل در بخش های اورژانس، مراقبت های ویژه، کلیه، جراحی، اعصاب و روان، اتاق عمل، داخلی و اطفال از لحاظ اضطراب مرگ تفاوت معنی داری وجود داشت. به طوری که پرستاران زن شاغل در بخش اورژانس اضطراب مرگ کمتر و پرستاران زن شاغل در اتاق عمل اضطراب مرگ بیشتری را گزارش نمودند (نادری، بختیارپور و شکوهی، ۱۳۸۹).

دادفر و لستر (۲۰۱۴) نگرانی مرگ را در زنان پرستار بررسی نمودند. نتایج نشان داد که پرستاران در سوال های ۱ (من درباره مرگ خودم فکر می کنم)، ۹ (وقتی بیمار هستم درباره مرگ فکر می کنم)، ۱۷ (پیش بینی مرگم مرا افسرده می کند)، ۳۰ (این سوال که آیا زندگی در آینده وجود دارد یا نه مرا به طور قابل ملاحظه ای نگران می کند)، و نمره کل مقیاس نگرانی مرگ (DCS) نمرات بالاتر معنی داری را در مقایسه با گروه کنترل به دست آوردند. آنها نتیجه گرفتند از آنجا که نگرانی مرگ می تواند بر شیوه ای که پرستاران به بیماران می پردازند، تاثیر بگذارد، لذا آموزش در مورد مرگ و مردن، و در برخی موارد، روان درمانی، برای پرستاران ضروری است و در این برنامه ها لازم است تا تاثیر فرهنگ مدنظر قرار گیرد.

دادفر و لستر (۲۰۱۴) ترس از مرگ را در زنان پرستار بررسی نمودند. نتایج نشان داد که پرستاران در چهار خرده مقیاس مرگ خودتان، مردن خودتان، مرگ دیگران و مردن دیگران

برنامه آموزش مرگ: راهنمای کاربردی برای متخصصان مراقبت های بهداشتی / ۲۷

و نمره کل مقیاس ترس از مرگ و مردن کولیت - لستر (CLFDS) نمرات بالاتری را کسب نمودند. آنها نتیجه گرفتند که پرستاران هیجان‌های منفی در باره مرگ و مردن دارند و باید ترس از مرگ را کنترل کنند. یافته‌های این پژوهش درهای گفتگو را برای استفاده از برنامه آموزش مرگ در محیط کاری پرستاران باز می‌کند.

دلایل مختلفی برای ترس از مرگ وجود دارد. دادفر، اصغرنژاد فرید، عاطف وحید، لستر و بیرشک (۲۰۱۴) پژوهشی به منظور بررسی دلیل این که چرا پرستاران ایرانی از مرگ می‌ترسند، انجام دادند. نتایج نشان داد که پرستاران در سوال‌های ۱۶ عزاداری برای آنچه که بعد از خود بجا می‌گذاریم (مثلاً ثروت، اشیاء با ارزش‌ها و غیره) و ۱۷ (از دست دادن خود یا هویت) مقیاس دلایل ترس از مرگ (RDFS) نمرات بالاتر معنی‌داری را در مقایسه با گروه کنترل به دست آوردند. آنها نتیجه گرفتند که با توجه به اینکه پرستاران مسائل احساسی و هیجانی مرتبط با مرگ را تجربه می‌کنند، نیاز به مهارت‌هایی برای مدیریت ترس از مرگ دارند، و برنامه آموزش مرگ در محیط کار ممکن است ترس از مرگ را در آنها کاهش دهد.

دادفر و لستر (۲۰۱۴) و سواس مرگ را در زنان پرستار بررسی نمودند. نتایج نشان داد که پرستاران در سوال‌های ۱۴ (افکار تکراری مربوط به مرگ ناراحت می‌کند) و ۱۵ (فکر اینکه به طور ناگهانی خواهم مرد، بر من چیره شده است) مقیاس و سواس مرگ (DOS). نمرات بالاتر معنی‌داری را در مقایسه با گروه کنترل به دست آوردند. از آنجا که و سواس مرگ با اضطراب و افسردگی همراه است، آنها پیشنهاد نمودند که پرستاران آگاهی و دانش خود را در مورد مرگ و خطوط راهنما برای سازگاری و انطباق با مسائل مربوط به مرگ و مردن را ارتقاء بخشند. آنها نتیجه گرفتند که برنامه آموزش مرگ به منظور کاهش و سواس مرگ و ارتقاء بهداشت روانی در پرستاران مفید بنظر می‌رسد.

دادفر، لستر اصغرنژاد فرید، عاطف وحید و بیرشک (۲۰۱۴) افسردگی مرگ را در زنان پرستار بررسی نمودند. نتایج نشان داد که پرستاران در ۱۰ سوال‌های شماره ۱ (وقتی درباره مرگ فکر می‌کنم، دچار افسردگی می‌شوم)، ۵ (وقتی من درباره دوستان و آشنایانی که

مردماند فکر می کنم به طور وحشتناکی غمگین می شوم)، ۶ (من به طور وحشتناکی به واسطه کوتاهی عمر برآشفته و مضطرب هستم)، ۷ (من نمی توانم پایان مرگ را بپذیرم)، ۸ (مرگ، زندگی را از معنایش محروم می سازد)، ۱۰ (وقتی که بمیرم، به طور کامل دوستان و افراد محبوبم را از دست خواهم داد)، ۱۱ (مرگ، زندگی را از معنایش نمی گیرد)، ۱۳ (وقتی درباره مرگ فکر می کنم، احساس می کنم خسته و مرده ام)، ۱۶ (مرگ شکست نهایی در زندگی است)، ۱۷ (وقتی خواب مرگ را می بینم، احساس غمگینی می کنم). و ۳ عامل ناامیدی مرگ (سوال های ۸، ۱۱ و ۱۶)، تنهایی مرگ (سوال های ۴، ۹، ۱۰ و ۱۳)، و پایان مرگ (سوال های ۶ و ۷) مقیاس افسردگی مرگ (DDS) نمرات بالاتر معنی داری را در مقایسه با گروه کنترل به دست آوردند. آنها نتیجه گرفتند که پرستاران باید از حالت روحی خود آگاهی داشته باشند، فعال باشند و درباره مرگ آموزش دیده بشوند.

تاریخچه آموزش مرگ

در دهه ۱۹۶۰، بعد از اینکه یکی از بهترین و شناخته شده ترین کتاب ها در این زمینه تحت عنوان، معنای مرگ، توسط هرمان فیفل (Herman Feifel) در سال ۱۹۵۹م. منتشر شد، آموزش مرگ منجر به انجام مطالعات علمی بیشتری گردید. فیفل، تابوی غالب در انجام مطالعه علمی درباره مرگ را در هم شکست، کار وی توجه عمومی را برانگیخت و برداشت مردم از مرگ و مردن تغییر یافت. از آن زمان به بعد، تحقیقات مرتبط با مرگ به طور وسیعی گسترش پیدا کرده و تفسیرها و تعریف های متفاوتی از آموزش مرگ ارائه شده است. آموزش مرگ برای متخصصان مراقبت های بهداشتی و مشاوران سوگ در غرب به تدریج در حال توسعه بوده است (واس، ۲۰۰۴).

پین، ۱۹۷۷، ۱۹۸۶ (به نقل از کور نیب و کور، ۲۰۰۳) دو مقاله مروری مفید را درباره تاریخچه اولیه آموزش مرگ در ایالات متحده آمریکا ارائه نمود. در حال حاضر، این نوع آموزش از بین طیف گسترده ای از موضوع ها به دست می آید، مانند آنهایی که در کتاب های درسی دانشگاهی در این زمینه یافت می شوند (چان، تین، چان و همکاران، ۲۰۱۰).

دلایل عمده برای ارائه آموزش مرگ

دو دلیل عمده برای ارائه آموزش مرگ به شرح زیر وجود دارد:

- ۱- آموزش مرگ برای آماده سازی متخصصان حرفه‌ای، به منظور پیشبرد این حوزه و تحقق بخشیدن به اهداف آن، بسیار مهم است.
- ۲- آموزش مرگ، دانش پایه و حکمت توسعه یافته‌ای را در این زمینه برای جمعیت عمومی فراهم می‌آورد. اهداف کلی آموزش مرگ ارتقاء کیفیت زندگی و زندگی کردن برای خود و دیگران و کمک به ایجاد و حفظ این شرایط در این مورد است. این امر از طریق دانش جدید یا گسترده و تغییر در نگرش‌ها و رفتار انجام می‌شود (دانشنامه ویکی پدیا، ۲۰۱۰).

برنامه آموزش مرگ

افکار و احساسات افراد درباره مرگ، خواه در زندگی روزمره یا در کلاس درس کسب شده باشند، در نتیجه تعامل با دیگران، تحریف شده‌اند. وقتی افراد درباره مردن و فناپذیری خود آگاهی بیشتری کسب می‌کنند، شدیداً غمگین می‌شوند، اما از آن فایده هم می‌برند. گاهی افراد در حال مرگ به کسانی که خیلی با آنها صمیمی هستند می‌گویند که آگاهی از محدود بودن عمر این امکان را به آنها داده است تا تحریف‌های سطحی را دور بریزند و انرژی خود را تلف نکنند و به جای آن روی آنچه در زندگی آنها واقعاً مهم است، تمرکز کنند. بنابراین افراد باید یاد بگیرند که در تماس بودن با مرگ و مردن می‌تواند به آنها کمک کند تا زندگی کامل تری داشته باشند. برای اینکه بتوان به افراد تمام سنین کمک کرد تا به نحو کارآمدی با مرگ کنار بیایند، می‌توان گام‌های مقدماتی را برداشت. آگاهی از مرگ نیز که باعث شده حساسیت نسبت به نیازهای بیماران در حال مرگ بیشتر شود، به پیدایی برنامه آموزش مرگ انجامیده است (برک، ۲۰۰۷).

مرگ بخشی اجتناب‌ناپذیر از زندگی انسان است. مرگ پدیده‌ای جهانی است ولی تجربه و بیان سوگ، با هر دو تأثیرات بین فردی و درون فردی، شخصی است. هنگامی که مرگی در یک خانواده اتفاق می‌افتد، از نظر روانشناختی، جسمی، معنوی و اجتماعی بر روی

هر یک از اعضاء خانواده تاثیر می گذارد. با این حال، افراد نه در مورد مرگ صحبت می کنند و نه برای آن آماده می شوند. عدم آگاهی، همچنین عدم آمادگی برای مرگ خودمان یا مرگ عزیزانمان به طور اجتناب ناپذیری موجب افزایش درد و رنج بیشتری می شود و شکیبایی و تحمل پدیده مرگ، مردن و داغدیدگی، هم برای مرحوم و هم فرد داغدار مرحله را طی می کند. افراد مختلف ممکن است در آمادگی برای مرگ، آمادگی های متفاوتی را نشان دهند. در حالی که برخی از افراد ممکن است مرگ را به عنوان یک موضوع تابو درک کنند و از صحبت کردن در مورد آن اجتناب ورزند، سایرین امکان دارد برای فکر کردن درباره مرگ و مردن آمادگی بیشتری داشته باشند ولی ممکن است ندانند که چگونه افکار را به عمل تبدیل کنند (چان، تین، چان و همکاران، ۲۰۱۰).

دوره مرگ شناسی برای پاسخ گویی به نیازهای فرد است، در آموزش فرد در خصوص واقعیت های مرگ و مردن، درس باید شامل اجزای زیر باشد: (۱) یک مربی دلسوز، آگاه و حمایتگر دارای تجربه در زمینه مشاوره سوگ، (۲) منابع آموزشی مناسب مانند نشریات، کتاب ها، فیلم، موسیقی و سخنرانان متخصص، (۳) بحث و پژوهش در مورد نگرش فرد در مورد مرگ، علت مرگ و عمل مرگ، (۴) بحثی که منجر به درک این موضوع شود که مرگ یک فرایند طبیعی و اجتناب ناپذیر است و چگونه پذیرش مرگ منجر به توانایی برای یک زندگی غنی تر و مردن مسالمت آمیز یا صلح آمیز می شود، (۵) بحث و پژوهش در مورد فرایندهای فیزیکی، شناختی، عاطفی و معنوی همراه با مرگ و مردن، (۶) بحث و پژوهش در مورد تفاوت های فرهنگی و مذهبی در مورد مرگ، مردن و زندگی پس از مرگ، (۷) بحث و پژوهش در مورد فرصت ها برای اهداء عضو و (۸) بحث و پژوهش در مورد تجربه های نزدیک به مرگ گزارش شده و تجربه های ارتباطی پس از مرگ (وب سایت انجمن آموزش مرگ، ۲۰۱۲).

اصطلاح آموزش مرگ برای آموزش در مورد هر موضوع و مبحث مرتبط با مرگ است. این موضوع ها شامل موارد زیر هستند: مواجهه با مرگ، نگرش ها نسبت به مرگ، اعمال مرتبط با مرگ، مردن، داغداری، اعمال و تشریفات مرتبط با مرگ، تجربیات با مرگ در میان

گروه‌های رشدی یا گروه‌های فرهنگی مختلف، مقابله با HIV/AIDS، خودکشی، خودکشی یاری شده و مرگ آسان، موضوع‌های قانونی، دیدگاه‌های مذهبی، فلسفی یا معنوی و تجربیات نزدیک به مرگ. برای مثال حوزه موضوعی مواجهه با مرگ شامل تعداد مرگ و میر در جمعیت معین، میزان‌های مرگ و میر، علل مرگ، متوسط امید به زندگی، مکان‌های مرگ و تجربیات با انواع خاصی از مرگ، مانند مرگ ناشی از بیماری‌های فرساینده طولانی مدت (بیماری قلبی، سرطان‌ها، بیماری‌های عصبی عضلانی مانند اسکروز جانبی آمیوتروفیک که تحت عنوان بیماری لوگریگ شناخته شده، و بیماری‌های دمانس مانند بیماری آلزایمر) و تفاوت‌هایشان از مرگ‌های ناشی از بیماری‌های واگیر می‌باشند. حوزه نگرش‌ها نسبت به مرگ شامل اضطراب مرگ همچنین نگرش افراد در مورد مرگ یا مردن‌شان، درباره مرگ یا مردن شخص دیگری، یا در مورد آنچه پس از مرگ اتفاق می‌افتد، می‌باشد. حوزه موضوعی اعمال مرتبط با مرگ، مرگ را درون یک سیستم مرگ معین پوشش می‌دهد (به عنوان مثال اعمال، تمرین‌ها یا شیوه‌های آمریکایی معاصر) مانند سخن گفتن در مورد مرگ، ارتباط رسانه‌ای با مرگ، و اشکال مرگ ناشی از اعمال انسانی (از جمله تصادفات، قتل و دیگر کشتی). حوزه مردن شامل روش‌هایی است که در آن مردم می‌میرند همچنین روش‌هایی که در آن، مردم با مرگ مقابله می‌کنند و به کسانی که در حال مقابله کردن با مرگ هستند، کمک می‌کنند. آن همچنین شامل برنامه‌های اجتماعی می‌شود که به مراقبت برای مردن یا مراقبت پایان زندگی می‌پردازند. موضوع‌ها و حوزه‌های داغداری، اعمال و تشریفات مرتبط با مرگ، تجربیات با مرگ در میان گروه‌های رشدی مختلف یا گروه‌های فرهنگی مختلف، مقابله با HIV/AIDS، خودکشی، خودکشی یاری شده و مرگ آسان، موضوع‌های قانونی، دیدگاه‌های مذهبی، فلسفی یا معنوی و تجربیات نزدیک به مرگ شامل حوزه‌ها و برنامه‌های متنوع و گوناگونی می‌باشند (مرکز ملی برای آموزش مرگ، ۲۰۱۲، وب سایت انجمن آموزش مرگ، ۲۰۱۲).

آموزش مرگ که همچنین آموزش درباره مرگ، مردن و داغداری نامیده شده است، بر این اعتقاد استوار می‌باشد که نگرش‌ها و اعمال انکار مرگ، مبارزه با مرگ و اجتناب مرگ

در فرهنگ هر کشوری می تواند تغییر پیدا بکند و فرض را بر این می گیرد که افراد و نهادها در نتیجه اقدامات آموزشی، بهتر قادر به پرداختن به اعمال مرتبط با مرگ خواهند شد. برنامه آموزش مرگ، آموزش درباره مرگ است و بر روی جنبه های انسانی و هیجانی مرگ متمرکز است. گرچه آموزش مرگ ممکن است شامل آموزش در مورد جنبه های زیست شناختی مرگ باشد، تمرکز اولیه بر روی آموزش درباره مواجهه با سوگ است. متخصص در این حوزه تحت عنوان مرگ شناس (Thanatologist) شناخته می شود. موارد زیر رئوس دوره آموزشی مطالعه تجربه انسان از مرگ و مردن هستند: (۱) مقدمه: طبقه بندی ارزشی، (۲) مرگ فیزیکی، (۳) مردن، (۴) هنرها و مرگ، (۵) مراسم تشییع جنازه امریکایی، (۶) سوگ، سوگواری و مشاوره: روانشناسی مرگ، (۷) دیدگاه های مقایسه ای فرهنگی از مرگ، (۸) مرگ آسان و خودکشی، (۹) وصیت نامه و بیمه، (۱۰) اهدای عضو، (۱۱) زندگی بعد از پدیده مرگ و (۱۲) خلاصه درس (وب سایت انجمن آموزش مرگ، ۲۰۱۲).

آموزش مرگ برای متخصصان

این روزها همه با درس هایی در مورد مرگ، مردن و داغیدگی که در کالج ها و دانشگاه ها ارائه می شوند آشنا هستند. در ضمن، در چندین جامعه می توان این درس را در برنامه های آموزشی بزرگسالان یافت و در تعدادی از مدارس ابتدایی و راهنمایی، نوع از صافی رد شده آن تدریس می شود. برنامه آموزش مرگ برای دانش آموزان در کلیه سطوح تحصیلی، اهداف زیر را در بر دارد: (۱) بالا بردن آگاهی دانش آموزان در مورد تغییرات جسمانی و روانی همراه مرگ، (۲) کمک به دانش آموزان برای اینکه یاد بگیرند چگونه با مرگ فردی عزیز کنار بیایند، (۳) آماده کردن دانش آموزان برای اینکه آگاهانه از خدمات پزشکی و تشییع جنازه استفاده کنند و (۴) بالا بردن آگاهی دانش آموزان درباره مسایل اجتماعی و اخلاقی پیرامون مرگ. این درس ها از نظر طرح بسیار متفاوت هستند. برخی روی انتقال دادن اطلاعات تاکید دارند، در حالی که برخی دیگر تجربی هستند و فعالیت های متعددی از جمله نقش گذاری، بحث کردن با بیماران علاج ناپذیر، بازدید از سردخانه ها و

برنامه آموزش مرگ: راهنمای کاربردی برای متخصصان مراقبت های بهداشتی / ۳۳

گورستان‌ها و تمرین‌های آگاهی شخصی را شامل می‌شوند. برنامه آموزش مرگ در آموزش حرفه‌ای پزشکان، پرستاران، روانشناسان، مددکاران اجتماعی و سایر حرفه‌های کمک‌رسانی گنجانیده شده است (برک، ۲۰۰۷).

پرستاران افرادی است با تحصیلات دانشگاهی در مقاطع کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا در رشته حرفه‌ای پرستاری که در هر پست و مقام و محیطی قادر هستند نقش شش‌گانه زیر را در مواجهه با مددجویان ایفا نمایند: (۱) نقش مراقبتی: به بیمار کمک می‌کند تا آن دسته از کارهایی را که در حال سلامت به تنهایی انجام می‌داده ولی به علتی قادر به انجام آنها نمی‌باشد، به مرحله عمل درآورد مثل غذا خوردن، (۲) نقش درمانی: گرچه درمان به عهده پزشکان است ولی پرستاران با مشاهدات دقیق از وضع بیمار و با داشتن مهارت‌ها و گذراندن وقت زیاد بر بالین بیمار و تأثیر معالجات و عکس‌العمل بیمار به درمان نقش مهمی در کمک به طرح برنامه درمانی یا تغییر و اصلاح آن دارند، (۳) نقش حفاظتی: کمک به بیمار برای مصونیت وی از عوامل محیطی مثل عفونت، آتش‌سوزی، افتادن و غیره، (۴) نقش آموزشی: آموزش و راهنمایی بیمار یکی از مسئولیت‌های مهم پرستاران است مثل آموزش در مورد مراقبت‌های لازم در منزل یا اقدامات بهداشتی، (۵) نقش هماهنگی: هماهنگی کار تیم پرستاری در رابطه با برنامه ریزی برنامه کار بهیاران، کمک بهیاران و سایر پرسنل خدماتی و هماهنگی کردن کار گروه‌های دیگر در رابطه با تیم درمان مثل مشاوره با قسمت‌های مختلف تغذیه، مددکاری، آزمایشگاه، فیزیوتراپی، رادیولوژی و غیره، (۶) نقش حمایتی: پرستاران افرادی هستند که بیش از افراد دیگر با بیمار در ارتباط بوده و خواسته‌های او را به روشنی می‌دانند و به همین جهت می‌توانند مدافع و حامی او باشند و واسطه مؤثری برای بیمار با نهادهای مختلف درمانی به حساب می‌آیند مثل مرکز مبارزه با سل. به طور کلی حیطه خدمات پرستاری نه تنها در بیمارستان بوده، بلکه وارد اجتماع شده و پرستاران در محل‌های زیر می‌توانند خدمت کنند: بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها، مدارس، سازمان‌های بهداشتی، کارخانه‌ها، منازل، مطب‌ها، در کشتی، هواپیما و قطار، مهد کودک‌ها به عنوان مربی، خانه سالمندان و مراکز مشاوره در امر مراقبتی (وب سایت انجمن پرستاری ایران، ۱۳۸۵).

برنامه آموزش مرگ حیطه‌های مختلفی را در بر می‌گیرد که عبارتند از آموزش علمی عمومی، دوره‌های دانشگاهی، برنامه‌های اعطای گواهی و متمرکز علمی، آموزش تخصصی بهداشتی، تحولات و پیشرفت‌ها در آموزش پزشکی، آموزش پرستاری، آماده سازی مشاوران سوگ، آموزش مرگ برای عموم مردم، آموزش مرگ در مدارس دولتی و کاهش اضطراب مرگ به عنوان یک هدف در برنامه آموزش مرگ و ارزیابی (دانشنامه ویکی پدیا، ۲۰۱۰، وب سایت انجمن آموزش مرگ، ۲۰۱۲).

مرگ پدیده‌ای جهانی است. با این حال، تجربه و بیان سوگ، با هر دو تاثیرات درون فردی و بین فردی، شخصی است. مشاوران و مشاوران در حال آموزش به طور یقین با مراجعانی که با مسائل سوگ و از دست دادن مواجه هستند، کار خواهند کرد، با این حال این امکان وجود دارد که بسیاری از آنها ممکن است هرگز دوره آموزشی‌ای که روی مفهوم‌سازی‌ها و راهبردهای کنونی برای کار با این مسائل تاکید می‌کنند، را طی نکنند (واس، ۲۰۰۴). علاوه بر این، مشاوران و مشاوران در حال آموزش نیاز دارند تا در آینده با چشم‌اندازی جهانی و مجموعه‌ای از تجارب مؤثر بر درک آنها از سوگ، برای مراجعان آمادگی داشته باشند (هاراوود، دوگتی و وایلد، ۲۰۰۸، هاراوود، وایت و بین شوف، ۲۰۰۸، هاراوود، ۲۰۰۹، هاراوود، دوگتی و وایلد، ۲۰۰۹، لارا، دوگتی و وایلد، ۲۰۰۹، هاراوود، دوگتی و وایلد، ۲۰۰۹، هاراوود، دوگتی و وایلد، ۲۰۱۱).

آسترامویچ و پی هرسون (۲۰۰۹) اظهار داشتند که چهره جدید آموزش مشاور، آموزش مشاور بین‌المللی است، حرفه‌ای که برای آموزش و نظارت بر مشاوران در سراسر جهان اختصاص داده شده است.

در قرن بیست و یکم، مشاوران با چالش ارزیابی مسائل مرتبط با سوگ، از طریق یک عدسی مدرن مواجه هستند. به طور خاص، مشاوران امروزی خدمات مرتبط با سوگ را برای تعداد زیادی از شهروندان جهانی، هر یک با "فرهنگ فردی" متعلق به خودشان، ارائه می‌دهند. پژوهشگران به بررسی اجمالی استفاده از یک چشم‌انداز بین‌المللی در آموزش مشاوران برای کار با موضوع‌های سوگ و برجسته کردن اهمیت یکپارچه سازی آموزش

برنامه آموزش مرگ: راهنمای کاربردی برای متخصصان مراقبت های بهداشتی / ۳۵

مرگ در برنامه درسی مشاوره پرداختند و همچنین مرور خلاصه‌ای بر سبک‌های عزاداری سازگاران کردند و یک رویکرد مرتبط بین المللی را برای مشاوره داغدیدگی ارائه نمودند (دوگتی و هاراوود، ۲۰۱۰، دوگتی و هاسکینز، ۲۰۱۱، دوگتی، کریوز و هاراوود، ۲۰۱۳).

انواع برنامه آموزش مرگ

برنامه آموزش مرگ در اهداف خاص، فرم‌ها، مدت، شدت و ویژگی‌های شرکت‌کنندگان متنوع است و می‌تواند به صورت رسمی یا غیر رسمی باشد. نوع رسمی آن شامل برنامه‌های بسیار ساختار یافته علمی، مطالعه و تجربه بالینی است. برنامه آموزش مرگ می‌تواند در سطوح مدارس ابتدایی، متوسطه، دبیرستانی، در تحصیلات دانشگاهی، همچنین آماده‌سازی متخصصان، تحت عنوان سمینارها یا کارگاه‌های آموزشی کوتاه‌مدت برای آموزش مداوم عمومی و تخصصی ارائه گردد (مرکز ملی برای آموزش مرگ، ۲۰۱۲).

برنامه آموزش مرگ غیررسمی وقتی اتفاق می‌افتد که موقعیت‌های ایجاد شده در خانه، مدرسه و سایر محیط‌های اجتماعی مشخص و تحت عنوان "لحظه‌های قابل تعلیم" استفاده شوند. در خانه، تولد خواهر و برادر و یا مرگ یک حیوان خانگی به طور طبیعی ممکن است منجر به به تعامل‌هایی شود که به پرسش‌های یک کودک در مورد مرگ پاسخ دهد. در مدرسه مرگ ناگهانی یک دانش آموز ممکن است ماشه چکان‌پیگیری آموزشی، به علاوه مشاوره در بحران گردد (دانشنامه ویکی پدیا، ۲۰۱۰).

درس‌هایی که در کالج‌ها، دانشکده‌ها و دانشگاه‌ها در مورد مرگ، مردن و داغدیدگی ارائه می‌شوند از نظر طرح بسیار متفاوت هستند. برخی روی انتقال دادن اطلاعات تاکید دارند، در حالی که برخی دیگر تجربی هستند و فعالیت‌های متعددی از جمله نقش‌گذاری، بحث کردن با بیماران علاج‌ناپذیر، بازدید از سردخانه‌ها و گورستان‌ها و تمرین‌های آگاهی شخصی را شامل می‌شوند. این نوع آموزش در آموزش حرفه‌ای پزشکان، پرستاران، روانشناسان، مددکاران اجتماعی و سایر حرفه‌های کمک‌رسانی گنجانیده شده است (برک، ۲۰۰۷).

در برنامه آموزش مرگ رویکردهای ساختار یافته‌ای با نام رویکرد تعلیمی (Didactic)، تجربی (Experimental) و مدل 8A وجود دارد که در زیر به هر یک از آنها اشاره می‌گردد..

رویکرد تعلیمی (Didactic)

رویکرد تعلیمی (Didactic) شامل سخنرانی‌ها و ارائه‌های سمعی و بصری، به منظور افزایش دانش و آگاهی است (دانشنامه ویکی پدیا، ۲۰۱۰).

رویکرد تجربی (Experimental)

رویکرد تجربی (Experimental) برای درگیر کردن فعال شرکت کنندگان، از طریق فراخوانی احساسات، مورد استفاده قرار می‌گیرد و بدین وسیله نگرش‌های مرتبط با مرگ را تغییر می‌دهد. این رویکرد شامل شرکت در بحث گروهی با تجربه‌های شخصی، ایفای نقش، و تنوعی از سایر تمرین‌های تقلیدی یا مشابه بوده و به یک فضای اعتماد متقابل نیاز دارد (دانشنامه ویکی پدیا، ۲۰۱۰).

مدل 8A

اخیراً برای آموزش مرگ مدل 8A ارائه شده است. مدل 8A (Alienation, Avoidance, Access, Acknowledgement, Acceptance, Action, Appreciation, Actualization) به عنوان چارچوبی برای ارائه آموزش مرگ به متخصصان فراهم گردیده است. مدل 8A منطبق با مدل فرانظری (Trans-Theoretical Model) یا مدل مراحل تغییر (Stages of Change) برای درک نیازهای مراجعان در مراحل مختلف تغییر رفتار می‌باشد. در این قسمت، جزئیات مدل 8A و اینکه چگونه این مدل می‌تواند باعث ارتقاء کار متخصصان مراقبت‌های بهداشتی در رابطه با مراجعان در مورد آموزش مرگ و برنامه ریزی برای مراقبت‌های پایان زندگی آنها گردد، مورد بحث قرار می‌گیرد.

مرکز بهداشت رفتاری (CBH) دانشگاه هنگ کنگ شبکه توانمند سازی برای سازگاری با داغدیدگی و از دست دادن در پایان زندگی (Empowerment Network of

۲۰۰۶ تاسیس نمود که پروژه‌ای با بودجه کمک‌های سازمان‌های خیریه باشگاه سوارکاران هنگ کنگ می‌باشد (وب سایت پروژه ENABLE، ۲۰۱۲). با ارائه اطلاعات از طریق این مدل اجتماعی سلامت، پروژه توسط یک تیم چند رشته‌ای از پزشکان و پژوهشگران شامل مرگ شناس، مریبان با تجربه در حوزه مرگ، مددکار اجتماعی، روانشناس سلامت و متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و طب چینی در زمینه مرگ‌شناسی، زندگی و آموزش مرگ، رهبری و هدایت شد. بر اساس یک تحلیل اولیه ریشه‌ای علی که نگرش‌ها و نگرانی‌های مرتبط با مرگ را در میان جمعیت عمومی هنگ کنگ شناسایی و تایید کرد، ENABLE، برای آموزش مرگ مدلی را به نام مدل 8A (Alienation, Avoidance, Access, Acknowledgement, Acceptance, Action, Appreciation, Actualization) پیشنهاد نمود که منطبق با مدل فرانظری (TTM) (Trans-Theoretical Model) یا مدل مراحل تغییر (Stages of Change) می‌باشد که توسط پروچاسکا و ولیکر (۱۹۹۷)، پروچاسکا و نورکراس (۲۰۱۱) مطرح شده است (چان، تین، چان، چان و همکاران، ۲۰۱۰).

مدل فرانظری (TTM) حاصل ترکیب نظریه‌های گوناگون رفتار محور است و به همین جهت، تمامی جنبه‌های رفتار فرد را به طور جامع پوشش می‌دهد. این مدل، مدلی یکپارچه و جامع در تغییر رفتار می‌باشد و از تئوری‌های اساسی روان‌درمانی مشتق شده است. مدل فرانظری الگویی است که به تغییرات جزئی پیشرفت یک رفتار، بسیار حساس است. مدل فرانظری دارای چهار ساختار مرکزی است که شامل ۱- مرحله تغییر رفتار (Stages of Change)، ۲- تعادل تصمیم‌گیری (Decisional Balance)، ۳- خودکارآمدی (Self-Efficacy)، و ۴- فرآیند تغییر (Process of Change) است. ساختار مراحل تغییر رفتار، ساختار مرکزی و مهم‌ترین ساختار آن بوده و تنها ساختاری است که دارای بعد زمان و یک بعد از الگو است که مرحله آمادگی فرد برای تغییر رفتار، در هر یک از مراحل تغییر را نشان می‌دهد و شامل راهبردهای رفتاری و شناختی است که هر فرد برای تغییر رفتار خود از آنها استفاده می‌کند. ساختار مذکور بیان می‌کند که رفتار طی مراحل خاصی رخ داده و شکل می‌گیرد. ساختار مراحل تغییر رفتار شامل پنج مرحله متوالی است: ۱- مرحله پیش تعمق یا

پیش تفکر (Precontemplation) که در آن فرد قصد تغییر رفتار را طی سه تا شش ماه آینده ندارد. ۲- مرحله تعمق یا تفکر (Contemplation) که در آن فرد به تغییر رفتار خود طی سه تا شش ماه آینده فکر می کند. ۳- مرحله آمادگی (Preparation) که در آن فرد به برنامه ریزی برای تغییر در آینده نزدیک (معمولاً ۳۰ روز آینده) می پردازد. ۴- مرحله اقدام یا عمل (Action) که در آن فرد اقدامات رفتاری آشکاری را در سبک زندگی خود در زمینه رفتار مورد نظر به انجام رسانیده است و ۵- مرحله تثبیت یا نگهداشت (Maintenance) رفتار که در آن فرد در تلاش برای حفظ رفتار بهداشتی و پیشگیری از بازگشت به عادات غلط قبلی است (پروجاسکا و ولیکر، ۱۹۹۷، پروچاسکا و نورکراس، ۲۰۰۱). (۱۹-۱۸). در تعدادی از پژوهش ها اثربخشی این مدل برای رفتارهای مرتبط با سلامت مانند سیگار کشیدن، رفتار ورزشی، سوء مصرف مواد، کنترل درد، رفتار خوردن، پیشگیری از ایدز و رفتار خودکشی گزارش شده است (چان، تین، چان، چان و همکاران، ۲۰۱۰).

ENABLE از طریق یک رشته عملیات اجتماعی وسیع، به منظور آمادگی موثر برای مرگ، همچنین ارتقاء فزاینده سازگاری برای داغدیدگی و از دست دادن، برای آموزش جمعیت عمومی خدمت می کند. پژوهشگران ENABLE معتقدند در عین حال که زندگی می تواند بسیار زیباتر و کامبخش تر بشود، مرگ می تواند با آرامش و همزمان با یک حس سعادت مند از خاتمه زندگی توأم گردد (چان، تسی و چان، ۲۰۰۶، چان و چان، ۲۰۱۱).
ماموریت ENABLE به شرح زیر است:

- ارتقاء آگاهی عمومی در مورد مرگ، مردن و داغدیدگی
- ارائه تسهیلات برای جمعیت سالمندان، همچنین افراد مبتلا به بیماری های مزمن و لاعلاج و اعضای خانواده آنها برای آمادگی بهتر برای مرگ، مردن و داغدیدگی
- حمایت از بیماران رو به مرگ و افراد سوگوار داغدیده
- گسترش و افزایش صلاحیت کلی متخصصان در مراقبت های تسکینی، پایان عمر و

داغدیدگی

• ایجاد یک مدل شبکه‌ای اجتماعی، برای ایجاد فشار جهت پیشبرد یک جنبش اجتماعی، برای یکپارچه سازی مراقبت پایان عمر در کلیه سطوح جامعه (وب سایت پروژه ENABLE، ۲۰۱۲).

ENABLE، مدل 8A را برای ترویج تغییرات نگرشی و رفتاری مثبت، برای حفظ پیوند اجتماعی انسانی در آمادگی و مواجهه با مرگ و برنامه ریزی برای مراقبت‌های پایان زندگی به وجود آورد. مدل 8A در جستجوی کمک به مردم برای درک تفکر و تجارب شان در مراحل مختلف تغییر آگاهی / دانش، نگرش و اعمال است. این مدل می تواند درک نیاز مردم جهت آماده شدن برای مرگ را غنی سازد و همچنین ممکن است میزان مداخله را بواسطه در نظر گرفتن آن، به عنوان یک فرایند تغییر رفتار، افزایش دهد. مدل 8A همچنین نقشه راهی را فراهم می کند که مجوز مداخله منطبق با مرحله بالقوه را، برای به حداکثر رسانیدن احساس مردم از استقلال، در پرداختن به موضوع‌های مرتبط با مرگ، صادر می کند. مدل 8A در عمل به عنوان چارچوب راهنمایی برای اقدامات سازمان دهی اجتماعی کلی ENABLE و همچنین دو برنامه اصلی آموزش مرگ عمل می کند. بنابراین چارچوب این مدل به عنوان یک اقدام مقدماتی در آموزش مرگ طرح ریزی شده است که منطبق با مدل TTM در درک و فهم رفتارهای مثبت آماده سازی برای مرگ است. مدل 8A پنج مرحله TTM را به هشت مرحله (Alienation, Avoidance, Access, Acknowledgement, Acceptance, Action, Appreciation, Actualization) گسترش می دهد که درجات مختلف آمادگی برای مرگ را در دانش، نگرش‌ها و عمل تجربه زندگی نشان می دهد. این مدل همچنین یک فرایند درونی را به وجود می آورد که ممکن است در مراحل تغییر دادن، از شناخت ابتدایی بیشتر تا پیامدهای رفتاری بیشتر، اتفاق بیفتد. با اتخاذ منابع منطبق از TTM، مدل 8A همچنین به طیفی اشاره دارد که ممکن است در آن مردم به واسطه تغییراتشان در رفتار آمادگی برای مرگ، به پیش بروند یا به عقب برگردند (چان، تین، چان، چان و همکاران، ۲۰۱۰). خلاصه‌ای از مدل 8A برای آموزش مرگ در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

جدول شماره ۱ - مدل 8A برای آموزش مرگ

موضوع ها و مداخله های امکان پذیر در زندگی و آموزش مرگ	چگونگی آمادگی برای مرگ (آگاهی/دانش، نگرش و عمل)	فرایندها در مدل 8As	مراحل TTM
معرفی اصطلاحات و مفاهیم مثبت در صحبت کردن راجع به مرگ پروراندن جو مثبت برای حذف تابوهای فرهنگی در باره مرگ	مردم احساس بی تفاوتی و بی علاقه‌گی نسبت به مرگ دارند زیرا آن را خیلی دور می‌بینند. مردم سعی می‌کنند از مرگ اجتناب کنند زیرا آن را منبع بدشمنی می‌دانند.	بیگانگی (Alienation) اجتناب (Avoidance)	پیش تعمق / پیش تفکر (Precontemplation)
فراهم کردن اطلاعات مربوط	مردم به اطلاعات درباره آمادگی مرگ دسترسی ندارند.	دسترسی (Access)	تعمق / تفکر (Contemplation)
فراهم کردن آموزش روانی و ارتقاء بیان و پذیرش احساسات	مردم ماشه چکانی یا رهاسازی هیجان‌ها در طی آماده سازی مرگ را به عنوان یک بخش طبیعی از زندگی تلقی می‌کنند.	تصدیق/تایید/اقرار (Acknowledgment)	آمادگی (Preparation)
تسهیل مرور زندگی شخصی و ارتقاء حس یکپارچگی زندگی حمایت از انجام طرح اقدام	مردم مرگ را به عنوان یک بخش طبیعی از زندگی تلقی می‌کنند. مردم به طور فعالی مشغول برنامه ریزی برای زندگی و مرگ هستند.	پذیرش (Acceptance) اقدام/عمل (Action)	اقدام/عمل (Action)
ارتقاء بازتاب‌ها و بحث‌ها و گفتگوهای شخصی در باره معنای وجودی و زندگی تسهیل بخشش و گذشت و رهایی از دلبستگی‌ها، ارتقاء پیوستگی مداوم و حکمت و دانش متعالی.	مردم زندگی را درک و معنای زندگی را جستجو می‌کنند. مردم می‌توانند با اولویت‌های زندگی و زندگی در حال حاضر سازگاری پیدا کنند و معنای زندگی در اهداف آینده را ادغام کنند.	درک/فهم (Appreciation) تحقق بخشی /شکوفایی (Actualization)	نگهداری و تغییر (Maintenance and Transformation)

اقتباس از چان، تین، چان و تانگ (۲۰۱۰)

مراحل بیگانگی و اجتناب

مطابق با TTM در مراحل اولیه، قبل از مرحله آمادگی، طی زمانی که تسلط فرآیند انکوباسیون روانی وجود دارد که در درون فرد اتفاق می افتد، تغییر رفتارهای آشکار اغلب وجود ندارند. مرحله پیش تعمق / پیش تفکر، مرحله بیگانگی و مرحله اجتناب را در بر می گیرد. مرحله بیگانگی عمدتاً توسط این باور معمول تجلی پیدا می کند که مرگ خیلی دور است. این باور غالباً در بزرگسالان جوانتر مشاهده می شود که ممکن است فکر کنند مرگ در دور دست قرار دارد و از این رو نسبت به فکر کردن یا صحبت کردن درباره مرگ بی تفاوت و بی علاقه هستند. در این مرحله مردم به طور کلی در خصوص آگاهی و اطلاع پیدا کردن و بحث کردن درباره موضوعات مرتبط با مرگ بی علاقه هستند. علاوه بر هنجار اجتماعی بیگانگی، چو و چان (۲۰۰۶ ب) همچنین پیشنهاد می کنند که یک انکار کلی مرگ در بین جمعیت چین وجود دارد. اعتقاد بر این است که صحبت کردن درباره مرگ بدشانسی می آورد، به طوری که مردم به وسیله به کارگیری استعاره ها یا سرپوش گذاشتن بر واقعیت مرگ به وسیله نمای زندگی، از موضوع مرگ اجتناب می کنند (کو، تین، کو و همکاران، ۲۰۰۶).

با داشتن یک چارچوب مبتنی بر مرحله رفتارهای آماده سازی با مرگ، مداخلات منطبق با مرحله بالقوه می تواند بعدها برای به حداکثر رسانیدن پذیرش مردم نسبت به دانش و آگاهی، نگرش ها و رفتارها در آمادگی با مرگ طرح ریزی گردد. در مرحله پیش تعمق / پیش تفکر، هدف کلیدی مداخله، پرورش دادن یک فضای بحث مثبت برای درهم شکستن تابوی مرگ، افزایش حساسیت نسبت به مسائل مرتبط با مرگ و معرفی یک مفهوم و تصور مثبت از موضوع است. فرم های چند رسانه ای اطلاعات، عملیات رسانه های جمعی و آموزش عمومی مانند سمینارها، سخنرانی ها، گفتگو و صحبت روانی آموزشی، ممکن است به منظور ارتقاء درک کلی و علاقه عمومی مورد استفاده قرار بگیرند. مطالعات موردی و اخبار روزانه مرتبط

با موضوعات مرگ، نیز ممکن است برای بالا بردن آگاهی از مرگ و ساختن عناصر مثبت یا زبان جدید در بحث کردن درباره موضوع مورد استفاده قرار بگیرند.

مراحل دسترسی و تصدیق / تایید

مرحله تعمق / تفکر به وسیله مرحله دسترسی مشخص می شود که طی آن مردم آگاهی بیشتری از موضوع مرگ دارند و به آگاهی و اطلاع پیدا کردن در باره موضوع علاقه مندتر هستند. اما به این دلیل که مرگ هنوز برای مردم چین یک موضوع تابو است آنها اغلب به اطلاعات دسترسی ندارند یا نمی دانند از کجا شروع کنند. آنها به طور کلی نسبت به اطلاعات بازتر هستند و ممکن است درباره دانستن در مورد تجربه مرگ کنجکاو باشند. هنگامی که افراد نسبت به دانش در مورد مرگ باز هستند، آنها بعدها ممکن است در در برخورد با احساسات منفی بالقوه ای که ممکن است در این فرآیند ماشه چکان بشوند، احساس ناراحتی کنند. طی مرحله تصدیق / تایید، مردم ممکن است هیجان های معمولی مانند اضطراب مرگ و واکنش های سوگ نسبت به از دست دادن های قبلی را تجربه کنند.

به منظور فراهم ساختن اطلاعات لازم، روش های مختلفی می توانند مورد استفاده قرار بگیرند. گفتگو و صحبت، اطلاعات مبتنی بر وب، بروشورها یا جزوه ها می توانند اطلاعات با جزئیات بیشتری را در کارهای مرتبط با مرگ مانند برنامه ریزی برای مراسم ترحیم، تشییع جنازه، کفن و دفن و به خاک سپاری، ارتقاء برنامه ریزی مراقبتی و تهیه وصیت نامه ارائه دهند. در مرحله تصدیق / تایید مرحله آمادگی، ممکن است تاکید بر روی آموزش روانی هیجان های معمول مرتبط با مرگ و مقابله با آن، همچنین ارتقاء بیان و پذیرش این هیجان ها، قرار داده شود. گاهی اوقات متخصصان ممکن است هنگامی که افراد نیاز به حمایت اضافی در برخورد با هیجان هایشان به منظور حرکت به این فرآیند دارند، نیاز به آماده شدن برای پیگیری داشته باشند. دورلاک (Durlak) پیشنهاد می کند که برنامه های آموزش زندگی و مرگ به طور کلی در اصلاح و تعدیل شناخت ها و رفتارهای مرتبط با مرگ متخصصان، نسبتاً موفق هستند، در حالی که برنامه های تجربی در تسهیل تغییرات مثبت در احساسات موثرتر هستند.

پولت و الیاسون (۲۰۰۰) مدل اضطراب مرگ (Death Anxiety Model) را مطرح کردند که در آن اضطراب مرگ به وسیله معنای مرگ، تاسف مربوط به گذشته و تاسف مربوط به آینده تعیین می گردد. مداخلات درمانی شامل بحث های وجودی، مرور زندگی و برنامه ریزی برای زندگی بعداً می توانند به طور تجربی برای تسهیل این تغییر نگرش بکار برده شوند (الیاسون، ۲۰۰۰). ترس از مرگ بیشتر با احساس نگرانی و وحشت فلسفی "وجودی" ارتباط دارد. اضطراب مرگ و احساس نگرانی و وحشت وجودی ترس مرضی نیستند. افرادی که از ترس از مرگ رنج می برند، مشغولیت فکری زیادی با مرگ و مردن دارد و این موضوع می تواند روی زندگی روزانه شان تاثیر بگذارد (فریشر، ۲۰۱۰). نگرش های مذهبی نسبت به مرگ می تواند یکی از تهدیدهای بهداشت روانی به شمار آید. به طور کلی نگرش های مذهبی نسبت به مرگ در سه ویژگی اضطراب مرگ، وسواس مرگ و افسردگی مرگ قابل بحث است (عبدالخالق، ۲۰۱۲). متخصصان و محققین مختلف همچنین رویکردهای درمانی و روندهای مداخله ای متفاوتی در برخورد با سوگ و داغدیدگی مردم پیشنهاد کرده اند. آنها ممکن است روش های درمانی و تجربی مناسبی را برای حمایت از مشارکت فردی در کار با پریشانی هیجانی خاص مربوط به مرگ پیدا کنند، به طوری که بتوانند به توسعه کنار آمدن و آمادگی مثبت برای مرگ تداوم پیدا کند.

مراحل پذیرش و اقدام/عمل

مرحله اقدام/عمل آمادگی مثبت برای مرگ شامل مراحل پذیرش و اقدام/عمل است. طبق گفته وانگ، ریکر و جسر (۱۹۹۴) سه نوع پذیرش مرگ وجود دارد: پذیرش نزدیک شدن/رسیدن (approach)، خنثی (neutral)، و گریز (escape). پذیرش نزدیک شدن/رسیدن اغلب با باورهای مذهبی مربوط است و به پیش بینی یک پاداش زندگی پس از مرگ اشاره دارد. پذیرش خنثی به تصدیق یا تاییدی اشاره دارد که مرگ یک بخش طبیعی از چرخه زندگی است. برعکس، پذیرش گریز به طور نسبی بر این باور منفی استوار است که مرگ فقط به دلیل ماهیت غیر قابل تحمل زندگی، پذیرفتنی و مقبول است. متخصصان باید

برای ترویج پذیرش نزدیک شدن/ رسیدن یا پذیرش خنثی تلاش کنند که در ایجاد انگیزه افراد برای ترغیب افکارشان به سمت رفتارهای آشکار و اقدام/ عمل واضح مفیدتر هستند. هنگامی که مردم برای مرحله عمل آماده هستند، آنها می‌توانند برنامه ریزی دقیقی مربوط به آمادگی برای مرگ را انجام دهند. آنها ممکن است دست به انتخاب بزنند و برنامه‌های روشنی را در پیشبرد برنامه ریزی مراقبتی، ترتیب دادن مراسم ترحیم، تشییع جنازه، کفن و دفن و به‌خاک سپاری و وصیت‌نامه طرح ریزی کنند. مرحله اقدام/عمل همچنین ممکن است شامل گفتگو کردن به طور فعال با اعضای خانواده باشد به گونه‌ای که آنها تصمیم‌گیری‌ها و نگرانی‌هایشان را بیان کنند. واقعیت مرگ همچنین ممکن است به اشتراک گذاری هیجان‌ها، احساسات، درک و فهم را در بین اعضای خانواده ترویج دهد (چان، تین، چان و همکاران، ۲۰۱۰). کیلی (۲۰۰۷) دریافت که پنج نوع پیام در طول مکالمه‌های بین بیماران رو به مرگ و خانواده‌های شان کارکردهای مهمی در روابط نزدیک آنها دارد: عشق، هویت، مذهب یا معنویت، امور عادی و روزمره، و موضوع‌های مربوط به رابطه مشکل. این پیام‌ها ممکن است بینشی ایجاد کند به سمت اینکه مردم چگونه می‌توانند از لحظات حال حاضر برای برقراری روابط مثبت، جهت بهبود کیفیت روابط، تسهیل مصالحه و آشتی و کاهش تاسف احتمالی برای خانواده بعد از مرگ اعضای خانواده، استفاده نمایند.

مرور زندگی که توسط باتلر (۲۰۰۲) مطرح شده است، به طور رایجی برای ارتقاء یکپارچگی ایگو در مرحله پایانی زندگی به کار گرفته شده است. اعتقاد بر این است که یکپارچگی زندگی می‌تواند پذیرش و درک زندگی، پیش شرط مهم برای پذیرش مرگ، را ترویج دهد (اریکسون، ۱۹۶۳). بنابراین پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های تجربی و گروه‌های کوچک برای شرکت کنندگان در کار بر مرور زندگی، ممکن است در مرور داستان‌های زندگی و تصدیق ارزشمندی گذشته شرکت کنندگان مورد استفاده قرار بگیرد، به طوری که افراد بتوانند برای مواجهه با تردید و نامعلومی مرگ شجاعت و جسارت پیدا کنند. بحث و شناسایی موضوعات معنوی و وجودی نیز در تسهیل پذیرش مرگ حیاتی هستند. وقتی شرکت کنندگان برای تحقق بخشیدن به برنامه‌هایشان آماده هستند، برای انجام برنامه‌ها، در صورت

برنامه آموزش مرگ: راهنمای کاربردی برای متخصصان مراقبت های بهداشتی / ۴۵

لزوم به وسیله انواع مختلف حمایت ملموس، می توان به آنها کمک نمود. مشارکت اعضای خانواده نیز در طول مرحله اقدام/عمل مهم است. مرگ بر روی کل خانواده تاثیر می گذارد. هدف از برنامه ریزی مسائل مربوط به مرگ مانند پیشبرد برنامه ریزی برای مراقبت و مراسم ترحیم، تشییع جنازه، کفن و دفن و بخاک سپاری، نه فقط برای اجرای وصیتنامه شخصی بکار می رود بلکه پذیرش خانواده و کنار آمدن با سوگ را پس از وقوع مرگ تسهیل می کند. بنابراین متخصصان ممکن است از طریق این فرآیند، کمک به ارتقاء ارتباط و درک خانواده را فراهم کنند.

مراحل درک / فهم و تحقق بخشی / شکوفایی

همچنان که رفتارهای تغییر یافته تثبیت می شوند و اقدام ها/اعمال با زندگی فرد یکی و ادغام می شوند، به مرحله نگهداری TTM نزدیک می شویم. یک عنصر اضافی تغییر به مرحله نگهداری افزوده می گردد، به این دلیل که شواهد بیشتر و بیشتری نشان می دهد که تجربه مرگ ممکن است منجر به رشد شخصی بیشتر شود (کالهون و تدیسچی، ۲۰۰۱). یالوم (۱۹۸۰) پیشنهاد کرد که واقعیت مرگ به مواجهه با یک "موقعیت مرزی" (boundary situation) منجر می شود که در طی آن مردم مجبور به تامل و فکر کردن در باره زندگی شان می شوند و تغییراتی را در سبک زندگی شان می دهند. مرحله تغییر و نگهداری آمادگی برای مرگ بیشتر به مراحل درک/فهم و تحقق بخشی/شکوفایی تقسیم می شود. مرحله درک/فهم به وسیله آگاهی از ماهیت محدود زندگی، توانایی برای ارزیابی ارزشمندی زندگی، و جستجوی برای معنا در زندگی مشخص می شود. این واقعیت های وجودی ممکن است منجر به تحقق بخشی/شکوفایی عملی در زندگی روزمره گردد. مردم پس از آنکه قادر به سازگاری مجدد با اولویت های زندگی خود شدند، در حال حاضر زندگی می کنند، روابط خانوادگی را ارج می نهند، و اهداف آینده و معنای جدید را در زندگی تعیین می کنند.

وانگ (۲۰۰۰) پیشنهاد کرد که نوع مثبت پذیرش خنثی با خودشکوفایی مرتبط است، به این دلیل که وقتی مردم به کوتاه بودن زندگی پی می برند، به یاد می آورند تا از وقت شان خوب

استفاده کنند و کارهای ارزشمندی انجام دهند. پذیرش مرگ طی مرحله قبلی به عنوان یک گام مهم برای درک / فهم و تحقق بخشی / شکوفایی بیشتر زندگی عمل می کند. متخصصان ممکن است رویکردی وجودی را در کمک به شرکت کنندگان در جستجوی معنای زندگی و پاسخ های وجودی اتخاذ کنند (قربانعلیپور و اسماعیلی، ۱۳۹۱). مکتب های مختلفی توسط دانشمندان متفاوت گسترش پیدا کرده اند از قبیل روان درمانی هستی گرا یا وجودی توسط ایروین یالوم (Irvin Yalom) در سال ۱۹۸۰، لوگو تراپی (logotherapy) توسط ویکتور فرانکل (Viktor Frankl) در سال ۱۹۸۴ و رویکرد مشاوره متمرکز بر معنا توسط پل وانگ (Paul Wong) در سال ۲۰۰۸، ممکن است برخی از منابع و مراجع مفید در این زمینه باشند. همانطور که فرانکل اظهار داشت:

«انسان باید دریابد غم ها و مرگ است که واقعیت بودن و زندگی را توجیه می کند و وجود انسان را شکوفا می سازد و او را به تعالی می رساند، پس باید اینها را از دریچه دیگری نگاه کرد (فرانکل، ۱۹۸۴)».

فواید بالقوه مدل 8A برای آموزش مرگ

با معرفی مدل 8A برای آموزش مرگ به مددکاران اجتماعی و متخصصان مراقب های بهداشتی، انتظار می رود که این متخصصان بتوانند نیازهای متغیر مراجعان را در مراحل مختلف آماده سازی برای مرگ بهتر درک کنند. برای مثال بجای درک مراجعان تحت عنوان "بی انگیزه" یا "مقاوم" در آمادگی برای مرگ، مدل 8A دیدگاه نوینی را برای درک نیاز مراجعان در مرحله اولیه پیشنهاد می کند که ممکن است تحت عنوان "اجتناب" یا "بیگانگی" نشان داده شود. به نوبه خود متخصصان همچنین می توانند مداخلات مناسبی شامل سطوح فردی، گروهی و اجتماعی مختلف را برای تسهیل برنامه ریزی برای مراقبت های پایان عمر، به مراجعان خود ارائه دهند. مدل 8A همچنین ممکن است به متخصصان یادآوری کند که گرچه مرگ یک موضوع اصلی در برنامه ریزی برای مراقبت های پایان عمر می باشد، معنای زندگی که درک / فهم و تحقق بخشی / شکوفایی را در بر می گیرد به همان اندازه مهم است، در

برنامه آموزش مرگ: راهنمای کاربردی برای متخصصان مراقبت های بهداشتی / ۴۷

صورتی که مراجعان قادر باشند که به طور مثبتی برای مرگ آماده بشوند. مشابه با دیدگاه وجودی، مدل 8A به امکان تغییر و دگرگونی در آمادگی برای مرگ دلالت دارد (فرانکل، ۱۹۸۴، وانگ، ۲۰۰۸).

محدودیت‌ها و توسعه‌های آینده مدل 8A برای آموزش مرگ

در این بخش، مدل 8A برای آموزش مرگ برای مددکاران اجتماعی و متخصصان مراقبت‌های بهداشتی معرفی شد. این مدل معطوف به توانمندسازی این متخصصان برای کمک به مراجعان‌شان در آموزش بهتر مرگ و برنامه ریزی برای مراقبت‌های پایان زندگی می‌باشد. محتوا و نتیجه این مدل با استناد به داده‌های تجربی گسترش پیدا نکرده است. در عوض، آنها تا حد زیادی از طریق تجربه و مشاهدات اعضای گروه ENABLE در کار بر روی بیماران و افراد مسن، موثر گزارش شده است. اگرچه همه اعضای گروه ENABLE در حوزه مرگ و مردن با تجربه هستند، مطالعات کمی و کیفی سیستماتیک با گروه‌های مختلف مراجعان ممکن است برای بررسی و آزمون تناسب این مدل کمک‌کننده باشد. برای مثال، مدل 8A به نظر می‌رسد فرض می‌کند که مراجعان در گروه‌های سنی مختلف ممکن است نگرانی‌های مشابهی مانند اجتناب، بیگانگی و غیره را تجربه کنند. مفید خواهد بود اگر تحقیقات بیشتری بتوانند بررسی کنند که گروه‌های سنی مختلف طی آماده سازی برای مرگ چگونه ممکن است واکنش نشان دهند. ایده ایجاد مدل 8A برای آموزش مرگ از TTM بر گرفته شده است. بنابراین، اعضای گروه ENABLE عمداً مدلی را بوجود آوردند که در آن هشت حوزه (آنگونه که توسط 8As معرفی شد) با استناد به مراحل مختلف TTM بتواند مورد بحث قرار گیرد. باز هم، تحقیقات بیشتری جهت بررسی لازم است صورت گیرد اگر این حوزه‌ها با پیشرفت مدل مرحله‌ای به گونه‌ای که در TTM مطرح شده است، مطابقت پیدا کنند.

هدف دیگر اعضای گروه ENABLE، توسعه معیارهای خاص یا اندازه گیری به طور تجربی، با اشاره به مدل 8A می باشد. این امر ممکن است مدل 8A را از یک مدل توصیفی و نظری به سمت یک ابزار ارزیابی بالینی عملی در خصوص مرگ و مردن، بیشتر پیش ببرد.

شواهد پژوهشی اثربخشی برنامه آموزش مرگ

آمادگی برای مرگ یکی از مهم ترین وظایف در مراقبت های پایان زندگی است. اعتقاد بر این است که آمادگی برای مرگ ممکن است احساس کنترل بیماران را بالا ببرد. همچنین آماده شدن برای مرگ با رضایت بیشتر از زندگی همراه است. نتایج یک پژوهش در هنگ کنگ گزارش داد که افرادی که به آماده شدن برای مرگ خود فکر کرده بود، اما هنوز هیچ کاری انجام نداده بودند (contemplators) نسبت به (noncontemplators) سطح بالاتری از اضطراب را تجربه کردند (چان، چان، تین و همکاران، ۲۰۰۶).

در مطالعه ای که بر روی ۱۰۹۳ پزشک آمریکایی انجام شده مشخص گردید مراقبت کردن از بیماران محتضر برای پزشکانی که در دوره ی دانشجویی، دوره ی کار کردن با بیمار محتضر را دیده بودند راحت تر از کسانی بود که این دوره ها، یا مشابه آن را نگذرانده بودند (کای، ۱۹۹۱).

در باره اثربخشی برنامه آموزش مرگ پژوهش هایی در برخی از کشورها بر روی قشرهای مختلف انجام گرفته است. برخی یافته ها در باره اثربخشی این برنامه بر روی دانش آموزان نشان می دهد که استفاده از روش سخنرانی موجب افزایش آگاهی می شود اما اغلب باعث می شود که دانش آموزان از مرگ بیشتر ناراحت شوند. در مقابل برنامه های تجربی که به دانش آموزان کمک می کنند تا با فناپذیری خود روبه رو شوند، به احتمال کمتری اضطراب مرگ را تشدید می کنند و گاهی حتی آن را کاهش می دهند. این یافته ها پیشنهاد می کنند که برای اینکه دانش آموزان ارتباط شناختی و هیجانی برقرار کنند، کافی نیست که مریبان مرگ فقط درباره مرگ کاملاً آگاه باشند. آنها باید دلسوز و با عاطفه بوده و

برنامه آموزش مرگ: راهنمای کاربردی برای متخصصان مراقبت های بهداشتی / ۴۹

در برقرار کردن ارتباط مهارت کافی داشته باشند و بتوانند به دانش آموزان کمک کنند تا با پریشانی برخورد نمایند (برک، ۲۰۰۷).

در مطالعه‌ای که بر روی ۱۰۹۳ پزشک آمریکایی انجام شده مشخص گردید مراقبت کردن از بیماران محتضر برای پزشکانی که در دوره‌ی دانشجویی، دوره‌ی کار کردن با بیمار محتضر را دیده بودند راحت تر از کسانی بود که این دوره‌ها یا مشابه آن را نگذرانده بودند (کای، ۱۹۹۱).

مدل 8A در تعلیم برای آموزش مرگ توسط اعضای گروه ENABLE اجرا شده است. بازخورد اولیه این جلسات آموزشی مثبت بوده است. یافته‌های پژوهشی کلیدی پروژه ENABLE شامل موارد زیر می‌باشند:

۱- کارگاه‌های آموزش مرگ و نمونه‌های آموزشی تخصصی، اضطراب مرتبط با مرگ را کاهش داد. یافته‌های حاصل از یک سری مطالعات اثر بخشی نیرومند، با نزدیک به ۳۰۰۰ پاسخ دهنده، نشان می‌دهند که پروژه ENABLE با برگزاری کارگاه‌های آموزش مرگ و نمونه‌های آموزشی تخصصی بر اساس مرگ و مردن، برای مراقبت‌های بهداشتی، به افزایش دانش و آگاهی کمک کرده‌اند و متخصصان بهداشتی، بیماران، سالمندان و خانواده‌های آنها را متحد نموده‌اند. به طور خاص، این پروژه در تسکین اضطراب مرتبط با مرگ شرکت کنندگان، افزایش راحتی شان در صحبت کردن درباره مرگ، در عین حمایت از نگرش و تغییر رفتاری مثبت نسبت به مرگ و مردن، موفق بوده است.

۲- در جامعه محلی در مورد تابوی مرگ در مقایسه با ارقام در سال ۲۰۰۷، تغییرات نگرشی وجود دارد. علاوه بر این، یک مطالعه هم گروهی آینده نگر ۳ ساله که تغییرات نگرشی بر اساس مرگ را در میان ۱۴۷۵ پاسخ دهندگان چینی در هنگ کنگ مورد مشاهده قرار می‌دهد، نتایج بسیار امیدوار کننده‌ای را نشان می‌دهد. به طور خاص بین سال‌های ۲۰۰۷ و ۲۰۱۰، درصد افرادی که اعتقاد داشتند که صحبت کردن در مورد مرگ و دیدن جسد یا تابوت یک مرده برای آنها بد شانس به دنبال خواهد آورد، کاهش قابل ملاحظه‌ای را نشان داد، در عین حال در تماس اجتماعی بودن یا ملاقات با خانواده‌ای که اخیراً داغدار شده است،

کمتر به عنوان بلا، کفر و نفرین نگریسته می شود بلکه به آن بیشتر به عنوان یک عمل مراقبت و شفقت‌آمیز نگریسته می شود.

۳- بزرگسالان میانسال و افراد سالمند در حال حاضر برای شروع تدارک و تهیه مقدمات برای مرگ، آماده هستند. نتایج حاصل از این مطالعه هم گروهی همچنین نشان می دهد که درصد بزرگسالان میانسال و سالمندی که مقدمات و تدارک‌هایی را برای مرگ شان تهیه دیده‌اند، به میزان قابل توجهی در خلال ۳ سال گذشته افزایش یافته است. در مقایسه با سال ۲۰۰۷، بیشتر از ۳۰٪ - ۲۰٪ بزرگسالان میانسال و سالمند در سال ۲۰۱۰ بیمه عمر خریداری کرده اند، بیشتر از ۲۵٪ - ۱۰٪ افراد وصیت نامه تهیه کرده اند، بیشتر از ۲۰٪ - ۶٪ افراد قطعه دفن خریداری کرده اند، در عین حال، بیشتر از ۲۰٪ - ۱۵٪ افراد اهداء عضو را انتخاب کرده‌اند (وب سایت پروژه ENABLE، ۲۰۱۲).

پروفسور سسیلیا چان، مجری پروژه ENABLE، بیان می کند که دیدن اینکه جمعیت عمومی چشم انداز مثبت تری را هنگام پرداختن به موضوعات مرتبط با مرگ تایید کرده‌اند، واقعاً دلگرم کننده است. مرگ در هنگ کنگ کمتر یک تابوی فرهنگی شده است، در عین حال مردم بسیار بیشتر تمایل به پذیرفتن این واقعیت که مرگ یک بخش طبیعی از زندگی آنها است، دارند و لذا ظرفیت بیشتری برای رویارویی با مرگ خود و عزیزانشان پیدا کرده‌اند. از نظر وی فقدان برنامه درسی آموزش زندگی و مرگ در نظام مدرسه‌ای هنگ کنگ یکی از بزرگترین موانع در آموزش افراد جوان درباره اهمیت معنای زندگی است. در مقایسه با کودکان جوان در تایوان یا سایر کشورهای غربی که در مورد زندگی و مسائل مرتبط با مرگ، از طریق یک برنامه درسی پیشرفته یادگیری خلاق و تجربی آموزش می بینند - که گستره آن از کودکان تا پایان دوره متوسطه می باشد - کودکان هنگ کنگ توجه کمی را در این زمینه دریافت می کنند. شاید قیام فوری و ناگهانی اخیر در پوشش رسانه‌ای همچنین افزایش آشکار در مقاله‌های روزنامه‌ای که بر روی مسائل مرتبط با مرگ متمرکز هستند، گامی امیدوار کننده در جهت صحیح است به طوری که آنها یک شکل نقشه را برای گفتگوی باز میان عموم مردم ارائه دهند. اما چیزی که مهم تر است، گسترش آموزش زندگی

برنامه آموزش مرگ: راهنمای کاربردی برای متخصصان مراقبت های بهداشتی / ۵۱

و مرگ است که هدف طیف وسیع تری از مخاطبان را در بر می گیرد، به ویژه کسانی که هدایت کننده نسل های جوان تر هستند. این امر برترین اهمیت برای تقویت افراد جوان است که در عین احساس از دست دادن و ناامیدی، در یک دنیای چالش برانگیز پر از هرج و مرج ها و تیره بختی ها، از مرگ می ترسند. این امر فقط می تواند از طریق یک برنامه جامع پژوهشی و خدماتی به دست آید که نیازهای خاص گروه های مختلف را برای فرموله کردن راهبردها و طرح های عملی گرد هم می آورد که در خدمت ارتقاء سطح آگاهی عمومی، تسهیل آموزش تخصصی، گسترش تدارکات خدماتی، و در نهایت دفاع بیشتر برای از بین بردن فشار و افسردگی مرگ در میان جوانان هنگ کنگ باشد (وب سایت پروژه ENABLE، ۲۰۱۲).

اندی هو، سر پژوهشگر پروژه ENABLE نیز اظهار می کند که دیدن تغییر رفتاری و نگرشی مثبت در میان جمعیت میانسال، و به ویژه جمعیت سالمند، واقعاً تشویق کننده است، با این حال، کار بیشتری لازم است تا بر روی گروه های سنی جوان تر انجام گیرد. او اشاره کرد که در بین افراد جوان در هنگ کنگ، مرگ هنوز هم به شدت به عنوان یک تابو درک می شود. آنها نه تنها از مرگ می ترسند، بلکه همچنین در مورد زندگی مردد هستند، اغلب نسبت به تحولات و تغییرات زندگی و تیره بختی ها، احساس شکست خوردگی، گم گشتگی، ناتوانی و ضعیف بودن می کنند (وب سایت پروژه ENABLE، ۲۰۱۲). پروژه آموزش مرگ در حال پیشرفت است، امید بر این است که بتوان در آینده ای نزدیک، داده های تجربی در خصوص اثربخشی آموزش مرگ با این مدل 8A را گزارش نمود (چان، تین، چان و همکاران، ۲۰۱۰، وب سایت پروژه ENABLE، ۲۰۱۲).

ضرورت برنامه آموزش مرگ برای پرستاران

ترس از مرگ یک فویای جهانی است که توسط انسان ها تجربه می شود. اضطراب مرگ به عنوان یک واکنش هیجانی منفی ناشی از انتظار حالتی که در آن خود وجود ندارد، توصیف می شود و با احساس ترس یا وحشت همراه است. پرستاران در طول کار بالینی خود غالباً در معرض فرآیندهای مرگ و مردن بیماران هستند. در مدیریت بیمارستانی افزایش

بهره‌وری، ارتقاء بهداشت، توجه به ایمنی و سلامت شغلی پزشکان، پرستاران و کارکنان ضروری است (کاظمی و کولیوند، ۱۳۹۲، کولیوند و کاظمی، ۱۳۹۲، کولیوند، کاظمی و پرویزی، ۱۳۹۲، کولیوند، کاظمی و حقی مقدم، ۱۳۹۲). نگرش شخصی پرستاران نسبت به مرگ و مردن، ممکن است بر کیفیت مراقبتی که آنها در مراحل پایانی زندگی یک شخص ارائه می‌دهند، تاثیر بگذارد. در مواجهه با مسائل هیجانی مانند واقعیت مرگ، پرستاران به عنوان یکی از متخصصان مراقبت‌های بهداشتی به مهارت‌ها و تجربه برای مدیریت چنین ترس‌هایی نیاز دارند. آنها باید آموزش‌هایی را درباره مرگ و مردن دریافت کنند. برنامه آموزش مرگ در محیط کار می‌تواند ترس و اضطراب مرگ را در بین پرستاران کاهش دهد. در این بخش ارتقاء کار پرستاران به عنوان یکی از متخصصان مراقبت‌های بهداشتی در رابطه با مراجعان در مورد آموزش مرگ و برنامه ریزی برای مراقبت‌های پایان زندگی آنها، مورد بحث قرار گرفته است.

پرستاران در مواجهه با بیماران و خانواده‌های آنها دارای نقش‌های مراقبتی، درمانی، حفاظتی، آموزشی، هماهنگی و حمایتی هستند (کارپنیتو، مویت، ۲۰۰۸). فرهنگ با سلامتی و پرستاری، ارتباط نزدیک و در هم تنیده‌ای دارد (دانلی، ۲۰۰۰، کوان و نورمن، ۲۰۰۶). زمینه‌های مذهبی و فرهنگی بر روی باورها، رفتارها و نگرش‌های سلامتی تاثیر می‌گذارند (یوسف، ۲۰۰۸). پرستاران و خانواده‌هایی که از فرهنگ‌های مختلف می‌آیند با خود باورها و ادراکاتی را به محیط مراقبتی می‌آورند که می‌تواند بر فرایند مراقبت تاثیرگذار باشد (هویی و سیورینسون، ۲۰۱۰). مراقبت کل نگر زمانی روی می‌دهد که پرستار ارزش‌های فرهنگی بیمار را درک کرده (ویتینگ، ۲۰۰۴) و نسبت به تفاوت فرهنگی خود و بیمار، شناخت و حساسیت داشته باشد (تینینگر، ۲۰۰۲، به نقل از حیدری، انوشه، آزاد ارمکی و همکاران، ۱۳۹۰). هنگامی که پرستاران عقاید بیماران را درک کنند و به فرایض مذهبی و نیاز بیمار و خانواده اش احترام بگذارند، این کار موجب عمیق شدن ابعاد انسانی ارتباط پرستار - بیمار خواهد شد (بجارجن ساون، ۲۰۰۹).

برای ارائه مراقبت با کیفیت بالا و توجه به مسائل معنوی در فرهنگ های مختلف، لازم است پرستاران قادر به کار کردن با افرادی که زمینه های مذهبی و معنوی گوناگون به ویژه پایان عمر دارند، باشند (فلدشتاین، گرو دزن، جانسون همکاران، ۲۰۰۸). مراقبت حین مرگ را می توان با کم کردن موانع و تقویت رفتارهای حمایتی بهبود بخشید (بکستراند، موری، کالیستر و همکاران، ۲۰۰۹).

نتایج یک پژوهش کیفی برای تعیین مفهوم مرگ از دیدگاه پرستاران نشان داد که یکی از مهم ترین دیدگاه هایی که به پرستاران کمک می کند تا با پدیده مرگ بهتر برخورد کنند، اعتقاد به زندگی پس از مرگ است. شناخت مرگ به عنوان سرنوشت همه موجودات زنده نیز می تواند برای انسان آرامش ایجاد کند. چنین دیدگاهی نه تنها موجب آرامش پرستار می شود بلکه او را در ایجاد آرامش به بیمار رو به مرگ و همراهان یاری می دهد. در این پژوهش تصویر ترسیم شده از مرگ در پرستاران، تصویری معنوی بود. اشتغال در حرفه پرستاری این معنویت را در آنها افزایش داده بود (ضرغام بروجنی، محمدی و حق دوست اسکویی، ۱۳۸۶). پرستاران معمولاً اولین حلقه اتصال به خانواده ها می باشند و شاید همیشه اولین کسانی باشند که با اندوه خانواده مواجه می شوند. غم و اندوه یک پاسخ عاطفی به فقدان است، در حالی که سوگواری نوعی پاسخ رفتاری با الگوی فرهنگی نسبت به مرگ است. آنچه بین فرهنگ ها و نژادها متفاوت است، شدت احساسات نیست بلکه شکل بیان یا سوگواری است. گرچه بیان غم و اندوه پدیده ای عمومی است، بیان شدیداً تحت تاثیر عوامل فرهنگی قرار دارد (اندریوس و بویل، ۲۰۰۸).

ضرغام بروجنی (۱۳۸۶) گزارش داد که مواجهه با مرگ بیمار می تواند برای پرستار تجربه ای دردناک باشد و گاهی حتی ترسناک باشد. وی در یک پژوهش کیفی از روش گرانددتوری برای مطالعه پرستارانی که با مرگ بیماران خود مواجه شده بودند استفاده کرد. در طی این پژوهش با هجده پرستار در سه بیمارستان آموزشی شهر اصفهان حداکثر تا سه بار مصاحبه شد. این پرستاران تجربه مرگ بیمار خود را داشتند و قادر بودند احساسات خود را بخوبی بیان نمایند در جریان تحلیل داده ها هفت مفهوم شوک و اندوه، حلاجی کردن،

احساس گناه، تیرئه خود، پذیرش، فراموشی تدریجی و توجیه ظاهر شد و کشف ارتباط بین این مفاهیم به نظریه سوگ حرفه‌ای پرستاران انجامید. مفهوم حلاجی کردن به عنوان طبقه مرکزی و احساس گناه به عنوان مشکل اصلی روانی-اجتماعی مددجویان شناسایی شد. از نظر وی نظریه سوگ حرفه‌ای پرستاران با دیدگاه پرستار به عنوان مددجو مراحل را که پرستاران در واکنش به مرگ بیماران خود تجربه می‌کنند را بیان می‌کند. با دانستن این مراحل و توسعه نگاه به پرستاران به عنوان مددجویی که پس از مرگ بیمار به کمک برای کنار آمدن با احساسات خود نیاز دارد می‌توان به ارتقاء سطح سلامت روانی پرستاران و از این راه به ارتقاء سطح مراقبت از مددجویان نائل شد.

یک مطالعه کیفی با روش تحلیل محتوا برای تبیین تجارب پرستاران در مراقبت فرهنگی از بیماران در حال مرگ انجام شد. یافته‌ها در دو درون مایه مواجهه فرهنگی و مهارت فرهنگی دسته بندی شدند. درون مایه مواجهه فرهنگی دارای دو درون مایه فرعی درک حضور خانواده و درک فرهنگ سوگواری بود. درون مایه مهارت فرهنگی دارای سه درون مایه فرعی زمینه سازی برای اطلاع دادن، تسهیل مواجهه با مرگ و تسلی به خانواده بود (حیدری، انوشه، آزاد ارمکی و همکاران، ۱۳۹۰).

پرستاران در مقایسه با سایر مراقبان زمان زیادی را با بیماران بدحال و خانواده هایشان صرف می‌کنند. آنها نسبت به پزشکانی که در بسیاری از مدارس پرستاری دوره‌هایی دیده‌اند یا نسبت به انواع دوره‌ها در سطوح کارشناسی و کارشناسی ارشد، آمادگی بهتری در این جنبه از حرفه شان دارند. با این حال، نتایج یک مطالعه در سال ۱۹۹۹ توسط بتی فرل پیشنهاد کرد که آموزش پایان عمر در مدارس پرستاری، متناقض است. در پاسخ، انجمن آمریکایی دانشکده پرستاری (AACN) "مرگ با آرامش" یعنی مهارت‌های توصیه شده و دستورالعمل‌های برنامه درسی برای مراقبت پرستاری پایان عمر را توسعه داد. در بازتاب این دستورالعمل، AACN در سال ۲۰۰۱ برنامه درسی آموزشی پرستاری پایان عمر (ELNEC) را ایجاد کرد. ELNEC (۲۰۱۴) یک برنامه آموزشی جامع دارای ۹ مدل در آمادگی برای کسب درجه تحصیلی کاردانی و کارشناسی دانشکده پرستاری است که مراقبت‌های پایان عمر را در

برنامه‌های درسی پایه پرستاری، برای کارهای پرستاران، ادغام خواهد کرد و آموزش مداوم را در دانشکده‌ها، کالج‌ها، دانشگاه‌ها و سازمان‌های تخصصی پرستاری در سراسر کشور ارائه می‌دهد. از جمله اقدامات دیگر برای بهبود آموزش پرستاری در مراقبت‌های پایان عمر، کیت ابزاری برای تعالی پرستاری در گذر پایان عمر (TNEEL) می‌باشد که یک پروژه چهار ساله توسعه یافته توسط شش مربی و پژوهشگر برجسته پرستاری است. TNEEL یک بسته نوآورانه از ابزارهای الکترونیکی توزیع شده برای مربیان پرستاری در محیط‌های دانشگاهی و بالینی است و در نهایت به عنوان یک درس خود آموز مبتنی بر وب سایت ارائه خواهد شد.

مونی (۲۰۰۵) در مطالعه‌ای به بررسی تاثیر آموزش مرگ بر کاهش میزان اضطراب مرگ در نمونه‌ای از دانشجویان پرستاری پرداخت. یافته‌های مطالعه وی حاکی از آن بود که دانشجویان آموزش دیده در مقایسه با گروه کنترل کاهش در اضطراب مرگ را نشان دادند. اینسی (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای نشان داد که پرستاران آموزش دیده در زمینه مرگ، میانگین نمرات اضطراب مرگ و افسردگی کمتری در مقایسه با پرستاران آموزش ندیده دارند.

پرستاران در حین کار غالباً با پدیده مرگ و بیماران در حال مرگ مواجه هستند. این تجربه که باعث می‌شود آنها از مرگ خود آگاهی پیدا کنند، اغلب احساس اضطراب و ناراحتی آنها را افزایش می‌دهد. پرستارانی که اضطراب قوی تری در مورد مرگ دارند، ممکن است در ارائه مراقبت‌های پرستاری برای بیماران در پایان زندگی‌شان، احساس راحتی کمتری کنند. ادبیات اضطراب مرگ و نگرش پرستاران برای تعیین اینکه آیا ترس از مرگ بر روی مراقبت پرستاران از بیماران در حال مرگ تاثیر می‌گذارد، توسط پیترز، کانت، پابینی و همکاران (۲۰۱۳) مورد بررسی قرار گرفت. پانزده مطالعه کمی منتشر شده بین سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۲ در مورد بررسی نگرش پرستاران نسبت به مرگ به طور انتقادی مرور شدند. آنها سه موضوع کلیدی را شناسایی نمودند: ۱) سطح اضطراب مرگ پرستاران، ۲) اضطراب مرگ و نگرش نسبت به مراقبت از بیماران در حال مرگ و ۳) آموزش مرگ که برای چنین کار هیجانی ضروری بود. بر اساس بررسی‌های کمی، با استفاده از ابزار معتبر، نتایج نشان داد که سطح اضطراب مرگ پرستاران شاغل در بیمارستان‌ها به طور کلی، مراقبت‌های سرطانی،

کلیوی، آسایشگاهی و یا خدمات اجتماعی بالا نبود. برخی از مطالعات ارتباط معکوسی را بین نگرش پرستاران نسبت به مرگ و نگرش آنها نسبت به مراقبت از بیماران در حال مرگ نشان دادند. پرستاران جوان تر به طور مداوم ترس از مرگ قوی تر و نگرش منفی تری را نسبت به مراقبت از بیمار در پایان عمر گزارش دادند.

پرستاران نیاز به آگاهی از باورهای خود دارند. مطالعات انجام شده در چند کشور نشان داد که وجود یک برنامه آموزش مرگ در محیط کار می تواند اضطراب مرگ را کاهش دهد. برنامه آموزش مرگ در محیط کار به طور بالقوه برای بهبود مراقبت پرستاران از بیمارانی که در مرحله پایانی زندگی شان هستند، پیشنهاد می گردد (پیترز، کانت، پابینی و همکاران، ۲۰۱۳).

نتایج پژوهش های دادفر و لستر، ۲۰۱۴، دادفر، اصغرنژاد فرید، عاطف وحید، لستر و بیرشک، ۲۰۱۴، دادفر و لستر، ۲۰۱۴، دادفر، لستر، اصغرنژاد، فرید، عاطف وحید و بیرشک، ۲۰۱۴، دادفر و لستر، ۲۰۱۴) ممکن است آگاهی در مورد متغیرهای بالینی مرتبط با مرگ را در ایران گسترش بدهد، که خود ممکن است منجر به مداخلاتی گردد که برای بهبود نگرش پرستاران و کیفیت زندگی آنها کمک کننده باشند.

همانطور که ذکر شد اخیراً رویکرد نوینی در برنامه آموزش مرگ برای متخصصان مراقبت های بهداشتی از جمله پرستاران به وجود آمده است (چان، تین، چان و همکاران، ۲۰۱۰). شبکه توانمند سازی برای سازگاری با داغدیدگی و از دست دادن در پایان زندگی (Empowerment Network of Adjustment to Bereavement and Loss in End-of-life) (ENABLE) در مرکز بهداشت رفتاری دانشگاه هنگ کنگ کنگ برای آموزش مرگ مدلی را به نام مدل 8A پیشنهاد نموده است که منطبق با مدل فرانظری (Trans-Theoretical Model) (TTM) یا مدل مراحل تغییر (Stages of Change) ارائه شده توسط پروچاسکا و ولیکر (۱۹۹۷)، پروچاسکا و نور کراس (۲۰۰۱) می باشد (چان، تین، چان و همکاران، ۲۰۱۰، وب سایت پروژه ENABLE، ۲۰۱۲). به عبارت دیگر چارچوب این مدل به عنوان یک اقدام مقدماتی در آموزش مرگ، منطبق با مدل TTM در درک و فهم رفتارهای مثبت آماده سازی

برنامه آموزش مرگ: راهنمای کاربردی برای متخصصان مراقبت های بهداشتی / ۵۷

برای مرگ، طرح ریزی شده است. ENABLE، مدل 8A را برای ترویج تغییرات نگرشی و رفتاری مثبت، برای حفظ پیوند اجتماعی انسانی در آمادگی و مواجهه با مرگ و برنامه ریزی برای مراقبت های پایان زندگی به وجود آورد. این مدل معطوف به توانمندسازی مددکاران اجتماعی و متخصصان مراقب های بهداشتی برای کمک به مراجعان شان در آموزش بهتر مرگ و برنامه ریزی برای مراقبت های پایان زندگی می باشد. مدل 8A در عمل به عنوان چارچوب راهنمایی برای اقدامات سازمان دهی اجتماعی کلی ENABLE و همچنین دو برنامه اصلی آموزش مرگ (تعلیمی و تجربی) عمل می کند. مدل 8A پنج مرحله TTM را به هشت مرحله (Alienation, Avoidance, Access, Acknowledgement, Acceptance, Action, Appreciation, Actualization) گسترش می دهد که درجات مختلف آمادگی برای مرگ را در دانش، نگرش ها و عمل تجربه زندگی را نشان می دهد. با معرفی مدل 8A برای آموزش مرگ به مددکاران اجتماعی و متخصصان مراقب های بهداشتی، انتظار می رود که این متخصصان بتوانند نیازهای متغیر مراجعان را در مراحل مختلف آماده سازی برای مرگ بهتر درک کنند (چان، تین، چان و همکاران، ۲۰۱۰، وب سایت پروژه ENABLE، ۲۰۱۲).

مقیاس های سنجش متغیرهای بالینی مرتبط با مرگ

مقیاس نگرانی مرگ (DCS) Death Concern Scale

مقیاس نگرانی مرگ توسط دیکشتین در سال ۱۹۷۲ به عنوان یک وسیله ارزیابی گستره ای که فرد به طور آگاهانه درباره مرگ فکر می کند و آن را به طور منفی ارزیابی می کند، ساخته شده است. این مقیاس برگرفته از قسمتی از یک وسیله اندازه گیری اولیه توسط دیکشتین و بلات (۱۹۶۶)، تهیه شده است. مقیاس نگرانی مرگ به عنوان یک وسیله ارزیابی گستره ای که فرد به طور آگاهانه درباره مرگ فکر می کند و آن را به طور منفی ارزیابی می کند، ساخته شده است. تعریف دیکشتین از نگرانی مرگ و بررسی سوال ها پیشنهاد می کنند که دو جنبه نگرانی مرگ مورد ارزیابی و سنجش قرار می گیرد. DCS یک ابزار خوداجرایی و خودگزارش دهی ۳۰ سوالی است که برای اندازه گیری درجه ای که فرد به طور آگاهانه با

مرگ مواجهه و به واسطه پیامدهای آن مختل می شود، مفهوم سازی شده است (دیکشتین، ۱۹۷۲). DCS دارای چهار مقیاس در دامنه ای از ۱ تا ۴ برای هر سوال می باشد. هر یک از سوال ها شامل چهار پاسخ متناوب ("اغلب"، "گاهی اوقات"، "به ندرت" و "هرگز" برای سوال های معین و "من کاملاً موافقم"، غیره برای سایر سوال ها). مقیاس شامل ۸ سوال برای کنترل مجموعه پاسخ رضایت اجتماعی می باشد. سوال های ۱ تا ۱۱ مرتبط با فکر کردن درباره مرگ هستند و پاسخ ها از هرگز تا اغلب درجه بندی می شوند. سوال های ۱۲ تا ۳۰ مرتبط با نگرانی یا اضطراب درباره مرگ هستند و پاسخ ها از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف درجه بندی می شوند. شیوه نمره گذاری یک نمره واحد را برای سنجش نگرانی مرگ، به دست می دهد. یعنی این مقیاس یک نمره کل دارد که در دامنه ۳۰ تا ۱۲۰ قرار می گیرد، به عبارت دیگر محدوده بالقوه نمره های DCS در این دامنه قرار دارد، ۳۰ بیانگر پایین ترین و ۱۲۰ بالاترین درجه نگرانی یا اضطراب مرگ است. ۳۰ تا ۶۷ نمره های پایین، ۶۸ تا ۸۰ نمره های متوسط و ۸۱ تا ۱۲۰ نمره های بالا را نشان می دهد. لذا نمره های پایین تایید و تصدیق فرد به وجود مقدار کم نگرانی مرگ در وی می باشد و نمره های بالاتر (بالاتر از ۸۱) روی این مقیاس مقدار زیاد نگرانی یا اضطراب مرگ فرد را نشان می دهد.

دیکشتین (۱۹۷۲) گزارش داد که همسانی درونی آن بالای ۰/۸۵ است و پایایی بازآزمایی آن در بیش از ۸ هفته ۰/۸۷ بود. پایایی های تصنیفی که برای نمونه های مردان و زنان جداگانه محاسبه شد همه بالای ۰/۸۴ بود. دیکشتین (۱۹۷۸، ۱۹۷۵، ۱۹۷۲) پایایی های بازآزمایی را ۰/۸۷ و تصنیفی را ۰/۸۵ و بالاتر گزارش نمود.

دیکشتین (۱۹۷۲) اطلاعاتی را در خصوص روایی سازه این مقیاس نیز ارائه داد. دیکشتین (۱۹۷۵) گزارش داد که ارتباط معنی داری بین مقیاس نگرانی مرگ و آزمون اندریافت موضوع (TAT) وجود دارد. نمره های DCS همبستگی مثبت با ابزارهای خود گزارش دهی اضطراب مرگ و با نمره ها در سایر مقیاس های مرگ موجود، و با تعدادی از مقیاس شخصیت استاندارد دارد که بیانگر اعتبار سازه آن می باشد.

کلاگ و بوس (۱۹۷۶) نشان دادند که DCS شامل دو عامل واقعاً مجزا هست. یک خرده مقیاس ۹ سوالی تفکر آگاهانه از مرگ و یک خرده مقیاس ۵ سوالی ارزیابی منفی از مرگ. آنها اشاره کردند که دو خرده مقیاس می تواند به طور جداگانه نمره گذاری شود. تحلیل عاملی نمره های سوال ها در ۶۷۱ دانشجوی دانشگاه دو عامل مجزا را در مقیاس نگرانی مرگ نشان داد. یک عامل معرفی شده دیکشتین، بعد "تفکر آگاهانه از مرگ" و دیگری بعد "ارزیابی منفی". در هر حال فقط عامل دوم تحت عنوان اضطراب مرگ به طور مشخص در نظر گرفته می شود. نتایج تحلیل عاملی قضاوت های ذهنی از ۵ قضاوت جداگانه را تایید می کنند. آن اشاره می کند که سودمندی این ابزار ممکن است، از طریق بکارگیری نمره های مجزا برای هر یک از این عامل ها، افزایش پیدا بکند (کلاگ و بوس، ۱۹۷۶، یورین، ۲۰۰۷). رجبی و بحرانی (۱۳۸۰) روایی این مقیاس را با مقیاس اضطراب مرگ تمپلر ۰/۴۰ گزارش دادند (پیوست ۱).

مقیاس ترس از مرگ کولیت-لستر (CL-FODS) The Collett-Lester Fear of Death Scale

مقیاس ترس از مرگ کولیت-لستر، ترس از مرگ را در سطح آگاهی اندازه گیری می کند (کرافت، لیتوین و بابر، ۱۹۸۷) و شامل چهار خرده مقیاس مرگ خود، مردن خود، مرگ دیگران و مردن دیگران است. لستر و عبدالخالق (۲۰۰۳) برای مقیاس کولیت-لستر پایایی های بسنده ای را برای هر چهار خرده مقیاس و همگرایی عاملی را برای دو خرده مقیاس ترس از مرگ خود و ترس از مرگ دیگران گزارش دادند. توماس - سابادو، لیمنرو و عبدالخالق (۲۰۰۷) نسخه اسپانیایی این مقیاس را به همراه دو مقیاس اضطراب مرگ و اضطراب کلی بر روی ۲۸۱ دانشجوی پرستاری و متخصصان اجرا نمودند. در پژوهش آنها همسانی درونی خوب و پایایی بازآزمایی رضایت بخش برای هر چهار خرده مقیاس به دست آمد. همبستگی آن با مقیاس اضطراب مرگ بالاتر از مقیاس اضطراب کلی بود که از روایی تفکیکی این مقیاس حمایت می کند. تحلیل عاملی ۴ بعد را نشان داد. نتایج این پژوهش نشان داد که این مقیاس می تواند به منظور هدف ارزیابی نگرش های متخصصان مراقبت های

بهداشتی نسبت به مرگ و مردن خود و دیگران مورد استفاده قرار بگیرد. کولاولی و اولوسگان (۲۰۰۸) روایی و پایایی مقیاس ترس از مرگ کولیت-لستر را در یک جمعیت نیجریه‌ای به دست آوردند. بررسی مقطعی در ۱۷۵ نفر از دانشجویان پزشکی انجام گرفت و روایی همگرا و پایایی خوبی برای این مقیاس در این جمعیت به دست آمد (پیوست ۲).

مقیاس دلایل ترس از مرگ (RDFS) The Reasons for Death Fear Scale

پژوهش‌های قبلی معانی مختلف مرگ، انواع اضطراب مرگ، و صدها عامل استخراج شده از مقیاس‌های تک بعدی و چند بعدی اضطراب مرگ را آشکار ساختند. با این حال پژوهش‌های تجربی برای روشن کردن دلایل ترس از مرگ وجود نداشته است. مقیاس دلایل ترس از مرگ (RDFS) توسط عبدالخالق (۲۰۰۲) ساخته و اعتباریابی شده است. این مقیاس شامل ۱۸ سوال کوتاه است. سوال‌ها بر اساس مقیاس لیکرت از قویاً مخالف (۱) تا قویاً موافق (۵) نمره‌گذاری می‌شوند. برای به دست آوردن نمره کل مقیاس پاسخ‌های آزمودنی جمع بسته می‌شوند. دامنه نمره‌ها می‌تواند از ۱۸ تا ۹۰ باشد. این مقیاس دارای پایایی این مقیاس خوب و برابر ۰/۸ گزارش شده است. چهار عامل RDFS تحت عنوان ترس از درد و مجازات، ترس از دست دادن تعلقات دنیوی، تجاوزات شکست‌های مذهبی و فراق و جدایی از افراد محبوب نام‌گذاری شده‌اند. یک بار عاملی بالا استخراج شده بارگذاری RDFS ۰/۴۵ بود در حالی که بارهای مقیاس‌های اضطراب مرگ، افسردگی مرگ افسردگی و وسواس مرگ در دامنه ۰/۸ و ۰/۹ بود. جالب این است که همبستگی بین RDFS و اضطراب مرگ بالاتر از همبستگی آن با اضطراب عمومی بود. تفاوت‌های جنسیتی در دانشجویان دانشگاه تشخیص داده نشد. عبدالخالق (۲۰۰۲) گزارش داد که توجه به این امر مهم است که پژوهش وی فقط بر روی دانشجویان دانشکده عربی و عمدتاً مسلمان صورت گرفته است. از نظر وی تعمیم نتایج به دست آمده فعلی به سایر جمعیت دیگر به نظر می‌رسد نیاز به رسیدگی بیشتری دارد (پیوست ۳).

مقیاس اضطراب مرگ (DAS) Death Anxiety Scale

مقیاس اضطراب مرگ (DAS) که توسط تمپلر (۱۹۷۰) ابداع شد، ابزاری برای سنجش اضطراب مرگ می باشد که بیشترین کاربرد را در نوع خود داشته است. این مقیاس دارای ۱۵ سؤال است. برخی از سؤالات به گونه ای تهیه شده اند که اضطراب و ترس از مرگ و رویدادهای مربوط به آن را به طور مستقیم می سنجد. علاوه بر این سؤالات دیگر این مقیاس ترس از رویدادهایی مانند بیماری ناگهانی، جنگ جهانی، سرعت گذشت زمان و کوتاه بودن طول عمر و ترس از یک مرگ دردناک را مورد سنجش قرار می دهد. پاسخ های مقیاس دو گزینه ای و به صورت بلی - خیر است که بلی نشانگر وجود اضطراب در فرد است. تمامی سؤالات دارای نمره صفر یا ۱ هستند (نمره ۱ در صورتی که پاسخ فرد نشان دهنده وجود اضطراب باشد و نمره صفر در صورتی که پاسخ فرد نشان دهنده عدم وجود اضطراب باشد). بنابراین حداقل نمره مقیاس صفر (عدم وجود اضطراب مرگ) و حداکثر نمره کل مقیاس ۱۵ (اضطراب مرگ خیلی بالا) است. نمره بالا بیانگر میزان بالای اضطراب مرگ در فرد است. نقطه برش آن، حد وسط نمره بین ۶-۷ در نظر گرفته شده است، کمتر از آن ۶-۰ اضطراب مرگ پایین و بیشتر از آن ۱۵-۷ اضطراب مرگ بالا می باشد.

برای بررسی روایی مقیاس DAS، تمپلر (۱۹۷۰) دو بررسی متفاوت انجام داد. وی در یک بررسی بر روی بیماران روانپزشکی که در آن یک گروه دارای افکار و بیان کلامی ترس از مرگ بودند و گروه کنترل که شامل بیمارانی می شدند که در مصاحبه ها اضطراب و ترس از مرگ را نشان نداده بودند، تفاوت معنی داری در نمره مقیاس DAS در سطح $P < 0.01$ بین دو گروه به دست آورد. همچنین وی در یک بررسی دیگر بر روی دانشجویان، ضریب همبستگی بین مقیاس DAS و مقیاس ترس از مرگ بویار (BFDS)، 0.74 ($P < 0.01$)، و بین DAS و تست تداعی کلمات، 0.25 ($P < 0.05$) را به دست آورد.

عبدالخالق، بشایی و تمپلر (۱۹۹۳) در بررسی روایی سازه از طریق تحلیل عوامل بر روی ویرایش عربی مقیاس DAS در دانشجویان مصری، پنج عامل را مشخص کردند که در

مجموع ۵۳/۷٪ واریانس برای آزمودنی های مذکر و ۵۲/۹٪ را برای آزمودنی های مونث تبیین می کرد. همچنین عبدالخالق (۱۹۹۸) در بررسی اضطراب مرگ در دانشجویان لبنانی، در بررسی روایی سازه از طریق تحلیل عوامل، چهار عامل تحت عنوان ترس از مرگ، ترس از بعد از مرگ، ترس از بیماری کشنده و اشتغال فکری به مرگ، را گزارش نمود.

لویس (۱۹۹۰-۱۹۸۹) نیز در تحلیل عوامل برای مقیاس DAS، پنج عامل را مطرح نمود که ۳۵٪ از واریانس مشترک را تبیین می کردند. ساجی نو و کلاین (۱۹۹۶) نیز در بررسی خود بر روی ویرایش ایتالیایی مقیاس DAS، سه عامل را برای این مقیاس به دست آوردند و آن را یک مقیاس چند بعدی معرفی کردند.

تمپلر (۱۹۷۰) در بررسی پایایی مقیاس DAS، ضریب ۰/۸۳ را برای پایایی بازآزمایی و ضریب ۰/۷۶ را برای همسانی درونی آن گزارش کرده است. کلیو کوری ویو (۱۹۹۵) در بررسی پایایی مقیاس DAS، ضریب ۰/۸۵ را برای بازآزمایی و ضریب ۰/۷۳ را برای ضریب همسانی درونی به دست آوردند. همچنین عبدالخالق (۱۹۹۱) برای ویرایش عربی مقیاس DAS ضریب پایایی تنصیف را برای مردان ۰/۵۷ و برای زنان ۰/۷۸، و الارجا و عبدالله (۲۰۰۵) نیز ضریب آلفا ۰/۹۲ را در پژوهش خود گزارش کرده اند. توماس - سبادو و گومز - بنیتو (۲۰۰۲) در ترجمه اسپانیایی آن ضریب همبستگی ۰/۷۳ را برای پایایی بازآزمایی و ضریب ۰/۸۷ را برای همسانی درونی گزارش کرده اند.

رجبی و بحرانی (۱۳۸۰) پایایی و روایی این مقیاس را در ۱۳۸ دانشجوی دوره کارشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز بررسی نمودند. آنها ضریب پایایی تنصیفی را ۰/۶۲ و همسانی درونی را با آلفای کرونباخ ۰/۷۳ گزارش کردند. روایی این مقیاس با مقیاس نگرانی مرگ و مقیاس اضطراب آشکار تیلور به ترتیب ۰/۴۰ و ۰/۴۳ به دست آمد. نتایج حاصل از روش مؤلفه های اصلی پنج عامل را به دست داد. در این میان، عامل یکم (ترس از مردن) بیشترین سهم واریانس را در سوال های پرسشنامه تبیین کرد.

مسعود زاده، ستاره، محمد پور و مدانلو کردی (۱۳۸۷) با نقطه برش ۷-۶، پایایی بازآزمایی آن را با ضریب همبستگی پیرسون ۰/۹۵ گزارش دادند. نادری و اسماعیلی (۱۳۸۷)

برنامه آموزش مرگ: راهنمای کاربردی برای متخصصان مراقبت های بهداشتی / ۶۳

ضریب اعتبار DAS را از طریق همبسته کردن با مقیاس اضطراب مرگ کولت - لستر ۰/۵۷ و در سطح معنی داری $p = ۰/۰۰۱$ به دست آوردند. نادری، بختیار پور و شکوهی (۱۳۸۹) اعتبار DAS را از طریق همبسته کردن با مقیاس ترس از مرگ تمپلر محاسبه و ضریب ۰/۴۰ در سطح معنی داری $p < ۰/۰۰۱$ به دست آوردند.

توکلی و احمدزاده (۱۳۹۰) روایی و پایایی این مقیاس را بر روی ۳۴۵ دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آبادان (۱۸۴ مرد و ۱۶۱ زن) به دست آوردند. نتایج پژوهش آنها نشان داد که در کل نمونه مورد بررسی، میانگین نمره مقیاس ۷/۵ (انحراف معیار ۲/۹)، میانگین نمره زنان ۸/۰۸ (انحراف معیار ۳/۲) و میانگین نمره مردان ۷/۱۱ (انحراف معیار ۲/۷) است. روایی مقیاس به روش تحلیل عوامل بیانگر وجود پنج عامل با ارزش ویژه بیشتر از یک است. همچنین همبستگی سوالها با نمره کل بررسی گردید. پایایی مقیاس با روش باز آزمایی ۰/۸۷، با روش تنصیف ۰/۵۹، و همسانی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۷۵ را نشان داد. در مقایسه بین گروهها بین دانشجویان زن و مرد، مجرد و متأهل، و نوجوان و میانسال، در اضطراب مرگ تفاوت معنی داری مشاهده شد. یافتهها بیانگر وجود روایی و پایایی مناسب مقیاس اضطراب مرگ در بین نمونه مورد بررسی است. همچنین نتایج تحلیل عاملی بیانگر یک ساختار چند بعدی برای این مقیاس است. با توجه به خصوصیات مطلوب روان سنجی این مقیاس می تواند در پژوهش های مربوط به مرگ به کار گرفته شود (پیوست ۴).

مقیاس وسواس مرگ (DOS) Death Obsession Scale

مقیاس وسواس مرگ (DOS) که به وسیله عبدالخالق (۱۹۹۸) در مصر ساخته شده است، اشتغالات ذهنی، تکانهها و عقاید مقاوم مربوط به مرگ را مورد ارزیابی قرار می دهد. وی برای این مقیاس سه عامل را شناسایی کرده است که به ترتیب عبارتند از: نشخوار مرگ، سلطه مرگ، عقاید تکراری مربوط به مرگ. بررسی های تحلیل عاملی ماده های مقیاس وسواس مرگ، بیانگر آن است که این مقیاس یک صفت تک بعدی را نمی سنجد. مالتبی و دی (۲۰۰۰ ب) نیز در یک نمونه ۲۷۹ نفری انگلیسی همین سه عامل را برشمردند. مقیاس

وسواس مرگ ابزار مکمل دو ابزار پژوهشی موجود مربوط به مرگ (مقیاس های اضطراب و افسردگی مرگ) است. این مقیاس شامل ۱۵ ماده است و وضعیت ها را بر پایه یک مقیاس پنج ماده ای از نوع لیکرت می سنجد. در این مقیاس ۱ معادل اصلاً و ۵ معادل خیلی زیاد است. دامنه نمره های آن بین ۱۵ تا ۷۵ قرار دارد.

عبدالخالق (۱۹۹۸) در فرهنگ اصلی، ضریب همسانی درونی این مقیاس و عامل های آن را ۰/۹۰ و بیشتر گزارش کرده است. روایی مقیاس وسواس مرگ از طریق محاسبه ضریب همبستگی با مقیاس های مشابه، به عنوان روایی همزمان نشان داده شده است. بر این اساس ضریب همبستگی مقیاس وسواس مرگ با مقیاس اضطراب مرگ ۰/۶۲، با مقیاس افسردگی مرگ ۰/۵۷، با مقیاس وسواس عمومی ۰/۴۶، با اضطراب عمومی ۰/۳۳، با افسردگی عمومی ۰/۴۲ و با مقیاس روان نژندی پرسشنامه شخصیتی آیزنک ۰/۳۵ گزارش شده است. مالتبی و دی (۲۰۰۰ ب) روایی و پایایی مقیاس وسواس مرگ را در دو گروه نمونه (۱۷۴ دانشجوی ۱۸ تا ۲۵ ساله و ۱۰۵ بزرگسال ۲۷ تا ۵۵ ساله انگلیسی) بررسی کردند. نتایج تحلیل عاملی بیانگر سه خرده مقیاس نشخوار مرگ، سلطه مرگ و عقاید تکراری مرتبط با مرگ در هر دو گروه نمونه بود. ضریب پایایی خرده مقیاس ها با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای نمونه دانشجویی در خرده مقیاس نشخوار مرگ ۰/۹۲، سلطه مرگ ۰/۹۱ و عقاید تکراری مرتبط با مرگ ۰/۹۲ و برای نمونه بزرگسال در خرده مقیاس نشخوار مرگ ۰/۹۰، سلطه مرگ ۰/۹۱ و عقاید تکراری مرتبط با مرگ ۰/۹۱ به دست آمد. همبستگی بین مقیاس وسواس مرگ با اضطراب مرگ ۰/۶۴، افسردگی مرگ ۰/۶۲، وسواس ۰/۵۱، اضطراب ۰/۴۵ و افسردگی ۰/۳۵ بود. توماس - سابادو و گومز - بنیتو (۲۰۰۳) نسخه اسپانیایی مقیاس وسواس مرگ را در بین ۳۴۴ نفر از دانشجویان اسپانیایی هنجاریابی نمودند. نتایج به دست آمده حاکی از وجود همبستگی، ثبات درونی و روایی همزمان مطلوب بود. ساختار عاملی آن نیز با نسخه های اصلی عربی و انگلیسی یکسان بود. آنها نتیجه گرفتند که این مقیاس از ویژگی های روانسنجی خوبی برخوردار است و به راحتی گروه های دارای اشتغال ذهنی در مورد مرگ و افراد عادی را از هم

تفکیک می کند. عبدالخالق، آل آرجا و عبدالله (۲۰۰۶) در یک نمونه فلسطینی همسانی درونی بالایی را با ضریب آلفای ۰/۹۲ برای مقیاس وسواس مرگ گزارش دادند. رجبی (۲۰۰۹) روایی و پایایی مقیاس وسواس مرگ را در ۲۰۰ دانشجوی سال اول کارشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز (۱۴۰ مرد و ۶۰ زن) به دست آورد. ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۱ بود که نشان دهنده همسانی درونی بالای این مقیاس می باشد. همبستگی همه سوال های مقیاس با نمره کل آن معنی دار بودند که بیانگر روایی محتوایی این مقیاس است. ضریب روایی همزمان این مقیاس با پرسشنامه پادوآ معنی دار و برابر ۰/۴۳ بود. همچنین روایی سازه مقیاس از طریق تحلیل عاملی چرخش پروماکس با دو عامل نشخوار و تسلط مرگ و داشتن ایده نگرانی درباره مرگ به دست آمد که ۰/۵۳ از واریانس را تبیین می کند. وی نتیجه گرفت که با توجه به روایی و پایایی تایید شده مقیاس وسواس مرگ، می توان از آن به عنوان یک ابزار مفید هم در اهداف پژوهشی و هم بالینی در بین جمعیت های عادی و غیر عادی استفاده کرد.

محمدزاده، اصغر نژاد فرید و عاشوری (۱۳۸۸) ساختار عاملی، روایی و پایایی مقیاس وسواس مرگ را بر روی ۳۴۲ نفر دانشجوی دختر و پسر دانشگاه علامه طباطبایی بررسی کردند. تحلیل عاملی به روش تحلیل مؤلفه های اصلی، سه عامل را پیشنهاد کرد که به ترتیب نشخوار مرگ، سلطه مرگ، عقاید تکراری مربوط به مرگ نام گرفتند. بین گروه مردان و زنان در مقیاس وسواس مرگ و عوامل آن تفاوت معناداری مشاهده نشد. به منظور بررسی روایی همزمان، از اجرای همزمان مقیاس اضطراب مرگ استفاده شد که حاکی از روایی همزمان مطلوب (۰/۷۶) می باشد. همبستگی عامل های سه گانه مقیاس وسواس مرگ با مقیاس اضطراب مرگ به ترتیب ۰/۶۹، ۰/۶۱ و ۰/۵۸ بود. علاوه بر این، ضریب پایایی بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای عامل های آن شامل نشخوار مرگ، سلطه مرگ و عقاید تکراری مربوط به مرگ به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۷ و ۰/۸۳، ضریب پایایی تنصیفی برای کل مقیاس ۰/۵۷ و برای عامل های آن نشخوار مرگ، سلطه مرگ و عقاید تکراری مربوط به مرگ به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۱ و ۰/۷۴، و ضریب پایایی همسانی درونی برای کل مقیاس ۰/۵۹

و برای عامل‌های آن نشخوار مرگ، سلطه مرگ و عقاید تکراری مربوط به مرگ به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۷۸ و ۰/۸۱ گزارش شد. به طور کلی ضریب‌های پایایی برای کل مقیاس و عوامل آن بین ۰/۵۷ تا ۰/۹۲ قرار دارد که ضریب‌های مطلوبی می‌باشد (پیوست ۵).

مقیاس افسردگی مرگ (DDS) Death Depression Scale

مقیاس افسردگی مرگ توسط تمپلر، لاویی، چالگوویجان و توماس - دابسون (۱۹۹۰) ساخته شد. این مقیاس خودگزارش دهی ۱۷ سوالی برای ارزیابی افسردگی درباره مرگ قریب الوقوع شخص، مرگ دیگران یا مرگ به طور کلی طرح ریزی شده است. گرچه ابزارهای اندازه‌گیری زیادی درباره ترس یا اضطراب درباره مرگ وجود دارد، این مقیاس اولین وسیله برای سنجش افسردگی مرگ می‌باشد. مقیاس افسردگی مرگ از ۶ عامل تشکیل شده است: ناامیدی مرگ (سوال‌های ۸، ۱۱ و ۱۶)، تنهایی مرگ (سوال‌های ۴، ۹، ۱۰ و ۱۳)، وحشت مرگ (سوال‌های ۱۴، ۱۵ و ۱۶)، غمگینی مرگ (سوال‌های ۲ و ۳)، افسردگی مرگ (سوال‌های ۲ و ۱۲) و پایان مرگ (سوال‌های ۶ و ۷). مقیاس افسردگی مرگ یک وسیله سنجش بالینی مفید برای تعیین تغییر طول زمان در نتیجه عملکرد داغدیدگی، بیماری لاعلاج و رویدادهای مختلف زندگی است. این مقیاس دارای دو فرم به صورت صحیح و غلط و یک فرم پنج نقطه‌ای به روش لیکرت (۱ مساوی با قویاً موافق تا ۵ مساوی با قویاً مخالف) می‌باشد. همبستگی بین دو فرم برابر ۰/۷۷ به دست آمده است. از ۱۷ سوال مقیاس، همه سوال‌ها به جز سوال‌های ۱۱ و ۱۲ تحت عنوان "صحیح" کلید گذاری می‌شوند. به هر سوالی که برای مثال "به طور صحیح" پاسخ داده شود، نمره ۱ دریافت می‌کند. نمره کل مقیاس با این نحوه نمره‌گذاری و جمع نمره همه سوال‌ها، به دست می‌آید. فرم نوع لیکرت نیز به همین شیوه نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌گذاری برای سوال‌های ۱۱ و ۱۲ به صورت برعکس می‌باشد و بر اساس پاسخ شخص، نمره کل مقیاس از جمع کل سوال‌ها، به دست می‌آید. نمره‌های بالاتر نشان دهنده افسردگی مرگ بیشتر است (فیشر و کورکوران، ۲۰۰۷).

برنامه آموزش مرگ: راهنمای کاربردی برای متخصصان مراقبت های بهداشتی / ۶۷

این مقیاس ابتدا بر روی دانشجویان دوره کارشناسی رشته روانشناسی شامل ۶۲ مرد و ۱۲۸ زن در دامنه سنی ۳۲/۲ در فرسنوی کالیفرنیا بررسی شد. هنجارهای واقعی گزارش نشدند. تمپلر و همکاران (۱۹۹۰) همسانی درونی و روایی صوری خوب و ۶ عامل ناامیدی مرگ، تنهایی مرگ، وحشت مرگ، غمگینی مرگ، افسردگی مرگ و پایان مرگ را برای این مقیاس گزارش دادند. در پژوهش آنها این مقیاس با مقیاس اضطراب مرگ، افسردگی کلی و اضطراب کلی همبستگی مثبت معنی دار داشت. پایایی همسانی درونی خوبی (۰/۷۷) با ضریب کودر - ریچاردسون برای مقیاس افسردگی مرگ گزارش شده است. این مقیاس با مقیاس اضطراب مرگ و سنجش اضطراب و افسردگی کلی زا کرمن همبستگی های معنی داری دارد که بیانگر روایی سازه خوب آن است (فیشر و کورکوران، ۲۰۰۷) (پیوست ۶).

السبوا و عبدالخالق (۲۰۰۶) همبستگی های مثبت معنی دار بالایی را برای مقیاس های مختلف پریشانی مرگ (اضطراب مرگ، وسواس مرگ و افسردگی مرگ) گزارش دادند. دادفر و لستر (۲۰۱۴)، دادفر، لستر و عبدالخالق (۲۰۱۴)، دادفر و لستر (۲۰۱۴) روایی و پایایی مطلوبی را برای مقیاس های نگرانی مرگ، ترس از مرگ، دلایل ترس از مرگ، اضطراب مرگ، وسواس مرگ و افسردگی مرگ روایی و پایایی را در مطلوبی گزارش نموده اند.

منابع:

- آقاجانی، محمد، ولیئی، سینا، طل، آذر (۱۳۸۹). اضطراب مرگ در پرستاران بخشهای ویژه و عمومی. نشریه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (نشریه پرستاری ایران)، دوره ۲۳، شماره ۶۷، ۶۸-۵۹.
- افراسیابی فر، اردشیر، محمد حسینی، سیما، مومنی، ابراهیم، علمداری، علی کرم (۱۳۸۲). آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران در مراقبت از بیماران رو به مرگ در بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی یاسوج. ارمغان دانش، سال هشتم، شماره ۳۱، ۹۸-۹۱.
- اورکی، محمد، برقی ایرانی، زیبا (۱۳۸۹). رابطه جهت گیری مذهبی با اضطراب مرگ در دانشجویان. مقاله ارائه شده در اولین کنگره بین المللی دین، فرهنگ و روانشناسی، اردیبهشت ماه، تهران، ایران.
- باقریان، سمانه، ایران منش، صدیقه، درگاهی، هلن، عباس زاده، عباس (۱۳۸۹). بررسی نگرش پرستاران مرکز سرطان و بیمارستان ولی عصر تهران نسبت به مراقبت از بیماران در حال مرگ. مجله دانشکده پرستاری و مامایی رازی کرمان، ۹، ۱ و ۲، ۱۴-۸.
- پیمانفر، الیکا، علی اکبری دهکردی، مهناز، محتشمی، طیبه (۱۳۹۱). مقایسه احساس تنهایی و احساس معنا در زندگی سالمندان با سطوح نگرش مذهبی متفاوت. روانشناسی و دین، سال پنجم، شماره چهارم، ۴۱-۵۲.
- توکلی، محمد علی، احمدزاده، بهروز (۱۳۹۰). بررسی اعتبار و پایایی مقیاس اضطراب مرگ تمپلر. اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، دوره ششم، شماره ۲۱، ۸۰-۷۲.
- حسن زهی، الهام (۱۳۹۱). پیش بینی اضطراب مرگ در سالمندان بر اساس ویژگی های جمعیت شناختی و ابعاد معنوی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز.
- حیدری، محمد رضا، انوشه، منیره، آزادارمکی، تقی، محمدی، عیسی (۱۳۹۰). تبیین تجارب پرستاران در مراقبت فرهنگی از بیماران محتضر. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره ۴، شماره ۶، ۸۶-۷۵.
- دادفر، محبوبه (۱۳۹۲). مرگ، معنویت و سالمندی. مقاله ارائه شده در دفتر مطالعات اسلامی در بهداشت روان. دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم، اصغر نژاد، فرید، علی اصغر، کولیوند، پیر حسین (۱۳۹۳). روانشناسی جامعه نگر. تهران: انتشارات میرماه.

برنامه آموزش مرگ: راهنمای کاربردی برای متخصصان مراقبت های بهداشتی / ۶۹

رئوفی، شهین (۱۳۷۴). بررسی نگرش دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی گیلان در مورد مرگ و مردن. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری (گرایش آموزش داخلی و جراحی). دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی گیلان.

رئوفی، شهین (۱۳۷۸). بررسی مقایسه ای نگرش دانشجویان سال اول و آخر پرستاری و مامایی گیلان به مرگ و مردن. فصلنامه پرستاری و مامایی گیلان، سال هشتم، شماره ۲۲ و ۲۳، ۴۸-۲۷.

رجبی، غلامرضا (۱۳۸۶). اعتباریابی پرسش نامه میزان اندازه گیری وسواس فکری-عملی پادوآ بر روی دانشجویان سال اول دانشگاه شهید چمران اهواز. فصلنامه اصول بهداشت روانی، ۹، ۳۳ و ۳۴، ۵۲-۴۳. رجبی، غلامرضا، و بحرانی، محمود (۱۳۸۰). تحلیل عواملی سؤال های مقیاس اضطراب مرگ. مجله روانشناسی، سال چهارم، شماره ۵، ۳۴۴-۳۳۱.

روشنی، خدیجه، نادری، فرح (۱۳۹۰). رابطه هوش معنوی، هوش اجتماعی و اضطراب مرگ در سالمندان. مجله سلامت و روانشناسی، شماره ۲، ۱۲۹-۱۱۵.

سروندیان، نگین، حسن پور، نسرین (۱۳۸۲). مقایسه احساس تنهایی و ترس از مرگ در زنان و مردان سالمند سرای سالمندان شهرستان اهواز در سال ۱۳۸۲-۱۳۸۱. پایان نامه کارشناسی روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

شیخی، سیامک، عیسی زادگان، علی، بشیرپور، سجاد، مروئی میلان، فروغ (۱۳۹۲). رابطه اضطراب مرگ و وسواس مرگ با میزان امید در بین دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه. مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره یازدهم، شماره هفتم، پی در پی ۴۸، ۴۱۸-۴۱۰.

ضرغام بروجنی، علی (۱۳۸۶). فرآیند رویارویی پرستاران با مرگ مددجویان. پایان نامه دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

ضرغام بروجنی، علی، محمدی، رخشنده، حق دوست اسکویی، سیده فاطمه (۱۳۸۶). مرگ آشنای ناآشنا (معنای مرگ از دیدگاه پرستاران): یک مطالعه کیفی. نشریه پرستاری ایران، دوره ۲۰، شماره ۵۱، ۸۳-۷۱.

عاشوری، مجتبی، حسینی، سلمان، غریب لو، مینا، کلهر، شبنم، گنج خانلو، رحیم (۱۳۹۲). رابطه وسواس مرگ و اضطراب مرگ با سطح امید در جوانان. مقاله ارائه شده در ششمین کنگره بین المللی روانپزشکی کودک و نوجوان. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز.

عبداللهی، محمد عبدالغنی، علیمحمدی، نصرالله، محمدی، محمد حسن، حسن زاده (۱۳۸۰). بررسی مقایسه ای میزان آگاهی، نگرش و نحوه عملکرد پرستاران و پزشکان از مراقبت به بیماران رو به مرگ و

۷۰ / برنامه آموزش مرگ: راهنمای کاربردی برای متخصصان مراقبت های بهداشتی

- خانواده هایشان در بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۷۸. مجله دانشکده پرستاری و مامایی، شماره ۱۴، ۶۴-۵۹.
- علی اکبری دهکردی، مهناز، اورکی، محمد، برقی ایرانی، زیبا (۱۳۹۰). بررسی رابطه جهت گیری مذهبی با اضطراب مرگ و از خودبیگانگی در سالمندان استان تهران. پژوهش های روانشناسی اجتماعی، ۱، ۲، ۱۴۰-۱۵۸.
- علیانسب، سید حسین (۱۳۸۹). بررسی رابطه دین داری و اضطراب مرگ در بین دانشجویان و طلاب شهر قم. روانشناسی و دین، سال سوم، شماره اول، ۶۸-۵۵.
- عیسی زادگان، علی، سلمان پور، حمزه، قاسم زاده، ابوالفضل (۱۳۹۱). رابطه صفات شخصیتی، جهت گیری مذهبی و وسواس مرگ: آزمون یک الگوی علی. روانشناسی و دین، سال پنجم، شماره ۲، پیاپی ۱۸، ۶۷-۸۲.
- قرآن مجید (۱۳۷۵). ترجمه مهدی الهی قمشه ای.
- قربانعلیپور، مسعود، اسماعیلی، علی (۱۳۹۱). تعیین اثربخشی معنادرمانی بر اضطراب مرگ در سالمندان. فرهنگ مشاوره و روان درمانی، سال سوم، شماره ۹، ۶۸-۵۳.
- قلعه بندی، فرهاد (۱۳۷۲). بررسی مرگ از دیدگاه کهنسالان در تهران. پایان نامه دکتری تخصصی روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران.
- کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۲). راهنمای کاربردی ایمنی و سلامت شغلی. تهران: انتشارات میرماه.
- کریمی موقی، حسین، زوبین، فاطمه، یآوری، مهری، نقره دانی، مجید، عبداللهی، حوا (۱۳۹۲). تجربه پرستاران از مواجهه با مرگ بیمار. مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره یازدهم، شماره نهم، پی در پی ۵۰، ۶۹۷-۶۸۸.
- کولیوند، پیرحسین، دادفر، طیبه، دادفر، محبوبه، کاظمی، هادی (۱۳۹۳). خودکارآمدی. تهران: انتشارات میرماه.
- کولیوند، پیرحسین، کاظمی، هادی (۱۳۹۲). ارتقای بهره وری در بیمارستان ها. تهران: انتشارات میرماه.
- کولیوند، پیرحسین، کاظمی، هادی (۱۳۹۲). نگاهی نو به مدیریت بیمارستانی. تهران: انتشارات میرماه.
- کولیوند، پیرحسین، کاظمی، هادی، پرویزی، شهرام (۱۳۹۲). مدیریت بهداشت در بیمارستان. تهران: انتشارات میرماه.

برنامه آموزش مرگ: راهنمای کاربردی برای متخصصان مراقبت های بهداشتی / ۷۱

کولیوند، پیرحسین، کاظمی، هادی، حقی مقدم، مه پاره (۱۳۹۲). دستورالعمل های ایمنی بیمار ویژه پرستاران بیمارستان ها. تهران: انتشارات میر ماه.

کولیوند، پیرحسین، کاظمی، هادی، طلعتی، حسین، پرویزی، شهرام، لرستانی، بشیر (۱۳۹۲). راهنمای کاربردی ایمنی و سلامت شغلی ویژه کارکنان بیمارستان فوق تخصصی خاتم النبیا. تهران: انتشارات میر ماه.

مترلینگ، موریس (۱۳۷۰). مرگ. ترجمه فرامرز برزگر. تهران: انتشارات معرفت.
محمدزاده، علی، اصغر نژاد فرید، علی اصغر، عاشوری، احمد (۱۳۸۸). بررسی ساختار عاملی، روایی و پایایی مقیاس وسواس مرگ. تازه های علوم شناختی، سال ۱۱، شماره ۱، ۷-۱.

محمدزاده، علی، نجفی، محمود (۱۳۸۹). پیش بینی وسواس مرگ بر اساس سوگیری های مذهبی: بررسی نقش جنسیت. مجله روان شناسی بالینی، سال دوم، شماره ۳، پیاپی ۷۲-۶۵.
مسعود زاده، عباس، ستاره، جواد، محمدپور، رضا علی، مدانلو کردی، منا (۱۳۸۷). شیوع اضطراب مرگ بین کارکنان یک بیمارستان دولتی شهر ساری در بهار ۱۳۸۷. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دوره هیجدهم، شماره ۶۷، ۹۰-۸۴.

معمدی، غلامحسین (۱۳۷۲). انسان و مرگ. تهران: نشر مرکز.
نادری، فرح، اسماعیلی شاه سید علی اکبری، الهه (۱۳۸۷). اعتبار یابی مقیاس اضطراب مرگ و مقایسه میزان اضطراب مرگ، گرایش به خودکشی و رضایت از زندگی در دانشجویان زن و مرد دانشگاه آزاد اسلامی اهواز، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.

نادری، فرح، بختیارپور، سعید، شکوهی، مینا (۱۳۸۹). مقایسه اضطراب مرگ، خوش بینی و شوخ طبعی بین پرستاران زن. زن و فرهنگ، سال اول، شماره ۳، ۵۰-۴۱.
نادری، فرح، روشنی، خدیجه (۱۳۹۰). رابطه هوش معنوی و هوش اجتماعی با اضطراب مرگ زنان سالمند. زن و فرهنگ، سال دوم، شماره ۶، ۶۷-۵۵.

نادری، فرح، شکوهی، مینا (۱۳۸۸). رابطه بین خوش بینی، شوخ طبعی و بلوغ اجتماعی با اضطراب مرگ در پرستاران بیمارستان گلستان اهواز. روانشناسی اجتماعی (یافته های نو در روانشناسی)، دوره ۴، شماره ۱۰، ۹۴-۸۵.

نجاریان، بهمن، تقوایی، داود، شکر کن، حسین (۱۳۷۷). ساخت و اعتبار یابی مقیاس AWI برای سنجش نگرانی دانشجویان. مجله علوم انسانی دانشگاه الزهرا (س). شماره ۲۴ و ۲۵، ۸۰-۶۵.

۷۲ / برنامه آموزش مرگ: راهنمای کاربردی برای متخصصان مراقبت های بهداشتی

نوحی، عصمت، کریمی، طیبه، ایران منش، صدیقه (۱۳۹۲). مقایسه ترس از مرگ در سالمندان ساکن منازل با سالمندان ساکن سرای سالمندان شهر اصفهان. سالمند، ۸، ۴، ۳۱-۲۴.
نهج البلاغه. صبحی صالح، خطبه ۱/۱۴۹.

واثق رحیم پرور، فاطمه، نوغانی، فاطمه (۱۳۸۳). بررسی میزان آگاهی و نگرش پرستاران مجتمع بیمارستانی امام خمینی(ره) در مورد مراقبت های قبل و بعد از مرگ بیمار. مجله حیات، سال دهم، شماره ۲۱، ۵-۱۱.

وب سایت انجمن پرستاری ایران (۱۳۸۵). پرستاری چیست و پرستار کیست؟.
ولیتی، سینا، نگارنده، رضا، دهقان نیری، ناهید (۱۳۹۱). تبیین تجربه پرستاران مراقبت ویژه از مراقبت بیماران مرحله آخر حیات: یک مطالعه کیفی. مجله دانشکده پرستاری و مامایی کردستان، دوره اول، شماره اول، ۱-۱۳.

- Abdel - Khalel. A. M. (2003). Death anxiety in Spain and five countries. *Psychological Reports*, 93,527-528.
- Abdel-Khalek, A.M., Al-Arja, N. S., Abdalla, T. (2006). Death obsession in Palestinians. *Death Studies*, 30,3,203 – 215.
- Abdel-Khalek, A.M., Lester, D. (2009). Death anxiety as related to somatic symptoms in two cultures. *Psychological Reports*,105, 2, 409-10.
- Abdel-khalek, A. (1998).Death , Anxiety , and depression in lebanese under graduates. *Omega*,37, 4,289-302.
- Abdel-Khalek, A. M. & lester, D. (2003). Death obsession in Kuwaiti and American college students. *Death Studies*, 27, p: 541-553.
- Abdel-Khalek, A. M. (2002 b). Death obsession in Egyptian samples: Differences among people with anxiety disorders, schizophrenia, addictions, and normals. *Death Studies*, 26, 405-416.
- Abdel-Khalek, A. M. (2002). Why do we fear death? The construction and validation of the Reasons for Death Fear Scale. *Death Studies*, 26, 8, 669 – 680.
- Abdel-Khalek, A. M. (2005). Death anxiety in clinical and non- clinical groups. *Death Studies*, 29, 251-259.
- Abdel-Khalek, A. M. (2011 - 2012). The death distress construct and scale. *Omega (Westport)*, 64, 2, 171-184.
- Abdel-Khalek, A. M., & Lester, D. (2004). The factorial structure of the Arabic version of the Revised Collett-Lester Fear of Death Scale. *Death Studies*, 28, 8, 787-793.
- Abdel-Khalek, A. M., & Maltby, J. (2008). The comparison of predictors of death obsession within two cultures. *Death Studies*, 32, 366-377.
- Abdel-khalek, A.M, Ahamad M. Omar & Maher M. (1988).Death anxiety, State Trait Anxiety in kuwaitian samples. *Psychological Reports*,63, 3,715-718.

- Abdel-khalek, A.M. (1991). Death anxiety among Lebanese samples. *Psychological Reports*, 68, 924-926.
- Abdel-Khalek, A.M. (1998). The structure and measurement of death obsession. *Personality Individual Differences*, 24, 159-165.
- Abdel-Khalek, A.M. (2004). Convergent validity of the Templer, Collett-Lester, and Arabic Death Anxiety Scales: rejoinder. *Psychological Reports*, 94, 3, Pt 2, 1171-1172.
- Abdel-Khalek, A.M. (2007). Love of life and death distress: Two separate factors. *Omega: Journal of Death & Dying*, 55, 4, 267-78.
- Abdel-khalek, A.M., Beshai, J.A. & Templer, D.I. (1993). The structure of templer's Death anxiety scale among Egyptian students. *Psychological Reports*, 72, 920-922.
- Abdel-Khalek, A. M. & Lester, D. (2006). Correlations of attitudes toward physician-assisted suicide, death depression, death obsession, and trait anxiety. *Psychological Reports*, 98, 3, 734.
- Abdel-Khalek, A. M. & Lester, D. (2009). Religiosity and death anxiety: No association in Kuwait. *Psychological Reports*, 104, 3, 770-772.
- Abeyta, A.A., Juhl, J., & Routledge, C. (2014). Exploring the effects of self-esteem and mortality salience on proximal and distally-measured death anxiety: A further test of the dual process model of terror management. *Motivation and Emotion*, 38, 4, 523-528.
- Aiken, L. R. (2001). *Dying, death, and bereavement* (4th ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Al-Arja, N. & Abdallah, T. (2005). Death Anxiety in palestinians during AL-AQsa Intifada. *Arab Psy. Nete. Journal*, 8, 9-10.
- Almostadi, D. (2012). The relationship between death depression and death anxiety among cancer patients in Saudi Arabia. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Science, College of Nursing University of South Florida.
- Al-Sabwah, M. N., Abdel-Khalek, A.M. (2006). Religiosity and death distress in Arabic college students. *Death Studies*, 30, 4, 365 – 375.
- Alvarado, K. A., Templer, D. I., Bresler, C. and Thomas-Dobson, S. (1995). The relationship of religious variables to death depression and death anxiety. *Journal Clinical. Psychology.*, 51, 202–204.
- Andrews, M. M., Boyle, I. S. (2008). *Transcultural concepts in nursing care*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wikins.
- Asakawa, K., Feeny, D., Senthilselvan, A., Johnson, J. A., & Rolfson, D. (2009). Do the determinants of health differ between people living in the community and in institutions? *Social Sciences & Medicine*, 69, 3, 345-53.
- Astramovich, R. L., Pehrsson, D. E. (2009). Advancing counselor education: Fostering international perspectives and open access scholarship. *Journal for International Counselor Education*, 1, 1-6. Retrieved from <http://digitalcommons.library.unlv.edu/jice>

- Ayyad, F. (2013). Death distress among two samples of lower and higher stress in health care professionals. *Psychological Reports*, 113 (1), 318-327.
- Azaiza, F., Ron, P., Shoham, M., & Gigini, I. (2010). Death and dying anxiety among elderly Arab Muslims in Israel. *Death Studies*, 34, 4, 351-64.
- Bahrami, F., Dadfar, M., Lester, D., Abdel-khalek, A.M. (2014). Death distress in Iranian older adults. *Advances in Environmental Biology*, 8, 12, 56-62.
- Barr, P., Cacciatore, J. (2008). Personal fear of death and grief in bereaved mothers. *Death Studies*, 32: 445-460.
- Bashi, J. A., & Lester, D. (2013). Belief in a day of judgment and death anxiety: A brief note. *Psychological Reports*, 112 (1), 1-5.
- Beckstrand, R. L., Moore, J., Callister, L., Bond, A. E. (2009). Oncology nurses perceptions of obstacles and supportive behaviors at the end of life. *Oncological Nursing forum*, 36, 4, 446 - 453.
- Berk, L. (2007). *Development through the lifespan*. Vol. 2. Allyn & Bacon publication. USA: Boston.
- Bjarnsaon, D. (2009). Nursing, religiosity, and end - of - life care interconnections and implications. *Nursing Clinical North America*, 44, 4, 517 - 525.
- Braun, M., Gordon, D., Uziely, B. (2010). Association between oncology nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncology Nursing Forum*, 37, 1, 43 - 49.
- Brien, L.-A., Legault, A., & Tremblay, N. (2008). Affective learning in end-of-life care education: the experience of nurse educators and students. *International Journal of Palliative Nursing*, 14, 12, 610-614.
- Bulter, R. N. (2002). Age, death and life review. In KJ. Doka (Ed.), *Living with grief: Loss in later life*. Washington, DC: Hospice Foundation of America. 3-12
- Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G. (2001). Posttraumatic growth: The positive lessons of loss. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Meaning reconstruction and the experience of loss*. Washington, DC: American Psychological Association. p. 157-172.
- Campbell, G. D. (2013). *Exit strategy a textbook on death and dying*. New Paltz, NY: www.deep-six.com/deathweb/page200.htm.
- Carpenito-Moyet, L. J. (2008). *Handbook of nursing diagnosis*. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins.
- Cavave, J., & Watts, J. H. (2014). An integrated literature review of death education in pre- registration nursing curricula: Key themes. *International Journal of Palliative Care*, Article ID 564619, 19 pages. Open access from <http://dx.doi.org/10.1155/2014/564619>.
- Cevik, B., & Kav, S. (2013). Attitudes and experiences of nurses toward death and caring for dying patients in Turkey. *Cancer Nursing*, 36 (6), 58-65.
- Chaggaris, M., & Lester, D. (1989). Fear of death and religious belief. *Psychological Reports*, 64, 1, 274.
- Chan, R. J. (2014). Towards better end-of-life care: A major opportunity for nurses to contribute to the debate. *International Journal of Nursing Studies*, 5 (3), 355-356 .

- Chan, T. H. Y., Chan, F. M. Y., Tin, A. F., Chow, A. M. Y., Chan, C. L. W. (2006). Death preparation and anxiety: A survey in Hong Kong. *Omega: Journal of Death and Dying*, 54 (1), 67-78.
- Chan, W. C. H., & Chan, C. L. W. (2011). Acceptance of spousal death: The factor of time in bereaved older adults' search for meaning. *Death Studies*, 35, 2, 147-162.
- Chan, W. C. H., Tin, A. F., Chan, C. H. Y., Chan, C. L. W., Tang, A. C. W. (2010). Introducing the 8A model in death education training: Promoting planning for end – of life care for Hong Kong Chinese. *Illness, Crisis & Loss , Illness, Crisis and Loss*, 18, 1, 49-62.
- Chan, W. C. H., Tse, H. S., Chan, T. H. Y. (2006). What is good death: Bridging the gap between research and intervention. In C. L. W. Chan & A. M. Y. Chow (Eds.), *Death, dying and bereavement: A Hong Kong Chinese experience*. Hong Kong: Hong Kong University Press. 2006. p. 127-135.
- Chen, Y. C., Del Ben, K. S., Forston, B. L., Lewis, J. (2006). Differential dimensions of death anxiety in nursing students with and without nursing experience. *Death Studies*, 30, 10, 919-29. text
- Chibnall, J. T., Videen, S. D., Duckro, P. N, Miller, D. K. (2002). Psychosocial-spiritual correlates of death distress in patients with life-threatening medical conditions. *Palliative Medicine*, 16, 331–338.
- Chow AYM., & Chan CLW. Introduction. In CLW Chan & AYM. Chow (Ed.), *Death, dying and bereavement: A Hong Kong Chinese experience*. Hong Kong: Hong Kong University Press. 2006b. p. 1- 14.
- Chuen, C.Y., Del, B., Berverly, F., & Jean, L. (2006). Differential dimensions of death anxiety in nursing students with and without nursing experience. *Death Studies*, 30, 10, 919-929.
- Chuin, C.L. & Choo, Y. C. (2010). Age, gender, and religiosity as related to death anxiety. *Sunway Academic Journal*, 6. Retrieved from <http://www.scribd.com>.
- Cicirelli, V. G. (1999). Personality and demographic factors in older adults' fear of death. *The Gerontologist*, 39, 5, 569-79.
- Cicirelli, V. G. (2001). Personal meanings of death in older adults and young adults in relation to their fears of death. *Death Studies*, 21, 663–683.
- Cicirelli, V. G. (2002). Fear of death in older adults: Predictions from terror management theory. *Death Studies*, 57, 358–366.
- Cicirelli, V. G. (2006). Fear of death in mid-old age. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*, 61B, 2, 75-81.
- Cohen, A. B., Pierce, J. D., Chambers, J., Meade, R., Gorvine, B. J., Harold, G., & Koenig, H. G. (2005). Intrinsic and extrinsic religiosity, belief in the afterlife, death anxiety, and life satisfaction in young Catholics and Protestants. *Journal of Research in Personality*, 39, 307–324.
- Collett, L., & Lester, D. (1969). The fear of death and the fear of dying. *Psychological Reports*, 72, 179-181.

- Conte, H. R. Weiner, M. B. & Plutchik, R. (1982). Measuring death anxiety: conceptual, psychometric, and factor-analytic aspects. *Journal of Personality Social Psychology*, 43, 4, 775-785.
- Conway, S. (2011). *Governing Death and Loss: Empowerment, Involvement and Participation*. USA: Oxford University Press.
- Corey, M. S., Corey, G. (2002). *Groups: Process and practice 7th ed.* Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Corry, Ch, A., Corr, D. M. (2003). *Handbook of Death and Dying. Vol 1: The Presence of Death*. Thousand Oaks, CA: Sage Reference.
- Cowan, D. T., Norman, L. (2006). Cultural competence in nursing. New meanings. *Journal Transcultural Nursing*, 17, 1, 82 – 88.
- Dadfar, M., & Lester, D. (2014). Death concerns and death obsession in Iranian nurses. Submitted for publication.
- Dadfar, M., & Lester, D. (2014). Fear of death in Iranian nurses. Paper presented at The Second International Anxiety Congress in Tehran, Iran, October 1-3.
- Dadfar, M., & Lester, D. (2014). The Persian translation, reliability and validity study of the Death Concern Scale (DCS). Submitted for publication.
- Dadfar, M., & Lester, D. Asgharnejad Farid, A.S., Atef Vahid, M.K., Birashk, B. (2014). Death depression in Iranian nurses. *Advances in Environmental Biology*, 8,13,218-222.
- Dadfar, M., Asgharnejad Farid, A. S., Atef Vahid, M. K., Lester, D., & Birashk, B. (In press). Reasons for fearing death in Iranian nurses. *Global Journal on Advances in Pure and Applied Sciences*, 4, 335-341.
- Dadfar, M., Lester, D. (2014). Fear of death in Iranian Nurses. Paper presented at the second International Anxiety Congress in Tehran. Iran, October 1-3.
- Dadfar, M., Lester, D., & Abdel-Khalek, A. M. (2014). Psychometric characteristics of The Reasons for Death Fear Scale (RDFS) in nurses. Submitted for publication.
- Dadfar, M., Lester, D., & Abdel-Khalek, A. M. (2014). The reliability and validity of the Death Obsession Scale (DOS). Submitted for publication.
- Davis, W., Juhl, J., & Routledge, C. (2011). Death and design: The terror management function of teleological beliefs. *Motivation and Emotion*, 35, 98-104.
- Démuthová, S. (2014). Fear of death in relation to religiosity in adults. *GRANT journal*. 11 – 15. Available from: http://www.grantjournal.com/issue/0202_
- Depaola, S. J., Griffin, M., Young, J.R., & Neimeyer, R. A. (2003). Death anxiety and attitudes toward the elderly among older adults: The role of gender and ethnicity. *Death Studies*, 27, 4, 335-54.
- Dickstein, L (1972). Death concern: Measurement and correlates. *Psychological Reports*, 30, 563-571.
- Dickstein, L. (1975). Self report and fantasy correlates of death concern. *Psychological Reports*, 37, 147-158.

- Dickstein, L. (1977 – 1978). Attitudes toward death anxiety and social desirability. *Omega*, 8, 4, 369-378.
- Donnelly, P.I. (2000). Ethics and cross – cultural nursing. *Journal Transcultural Nursing*, 11, 2, 119 – 126.
- Doughty, E., & Hoskins, W. J. (2011). Death Education: An internationally relevant approach to grief counseling. *Journal for International Counselor Education*, 3, 25 – 38.
- Doughty, E., Crews, J., Harrawood, L. K. (2013). Grief and loss education: Recommendations for curricular inclusion. *Counselor Education & Supervision*, 52 (1): 70-80.
- Doughty, E., Harrawood, L. K., Crews, J. (201). Revisiting death education: Strategies for implementation. Presented Rocky Mountain Association Counselor Education and Supervision Annual Conference. Jackson: WY.
- Dunn, K. S., Otten, C., Stephens, E. (2005). Nursing experience and the care of dying patients. *Oncology Nursing Forum*, 32, 1, 97 – 104.
- Durlak, J. A. (1994). Changing death attitudes through death education. In RA Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation and application* Washington, DC: Taylor & Francis. 243-260.
- Earle, S., Lioyd, C. E., Sidell, M., Spurr, S. (2007). *Theory and research in promoting public health*. London: Sage Publications Ltd.
- Eliason, G. (2000). Spirituality and counseling of the older adult. In A. Tomer (Ed.), *Death attitudes and the older adults*. Philadelphia, PA: Brunner-Routledge. 241-254.
- Ellis, L., Wahab, E. A. (2013). Religiosity and fear of death: A theory-oriented review of the empirical literature. *Review of Religious Research*, 55, 1, 149-189.
- Ellis, L., Wahab, E. A., & Ratnasingan, M. (2013). Religiosity and fear of death: A threanation comparison. *Mental Health, Religion & Culture*, 16, 2, 179-199.
- End-of-life Nursing Education Consortium (ELNEC). (2014). American Association of Colleges of Nursing (AACN). www.aacn.nche.edu/ELNEC .
- Erikson E. *Childhood and society* (1963). (2nd ed.). New York: Norton.
- Feifel, H. (1990). Psychology and death: Meaningful rediscovery. *American Psychology*, 45, 537-543.
- Feldstien, C. B. D., Grudzen, M., Johnson, A., LeBaron, S. (2008). Integrating spirituality and culture with end – of – life care in medical education. *Clinical Gerontologist*, 31, 4, 71 – 82.
- Fessler, D. M. T. & Navarrete, C. D. (2005). The effect of age on death disgust: Challenges to terror management perspective. *Evolutionary Psychology*, 3, 279-296.
- Fischer, J., Corcoran, K. (2007). *Measures of clinical practice and research: A source book*. Fourth edition. Vol 2 adults. 209 - 210. Oxford University Press.
- Fluharty, L., Hayes, A. S., Milgrom L. Malamey, K., Smith, D., Reklau, M. A., Jeffries, P., MacNelis, A. M. (2012). A multisite, multi-academic track

- evaluation of end-of-life simulation for nursing education. *Clinical Simulation in Nursing*, 8, 4, 135–143.
- Ford, R., Alexander, M., & Lester, D. (1971). Fear of death of those in a high stress occupation. *Psychological Reports*, 29, 2, 502.
- Fortner, B. V., & Neimeyer, R. A. (1999). Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death Studies*, 23, 5, 387 – 411.
- Fountoulakis, K. N., Siamouli, M., Magiria, S., & Kaprinis, G. (2008). Late-life depression, religiosity, cerebrovascular disease, cognitive impairment and attitudes towards death in the elderly: Interpreting the data. *Medical Hypotheses*, 70, 3, 493-6.
- Frankl, v. (1969). *The will to meaning : Principles and applications of logo therapy*. New York: World press.
- Frankl, V. (1984). *Man's search for meaning*. New York: Pocket Books.
- Frazier, P.H., Foss-Goodman, D. (1988-89). Death anxiety and personality: Are they truly related?. *Omega*, 19, 3, 263-274.
- Fritscher, L. (2010). "Thanatophobia: Fear of Death". About.com: Phobias. <http://phobias.about.com/od/phobiaslist/a/thanatophobia.htm>.
- Fry, P. S. (2000). Religious involvement, spirituality and personal meaning for life: Existential predictors of psychological well-being in community-residing and institutional care elders. *Aging & Mental Health*, 4, 375–387.
- Furer, P., & Walker, J. R. (2008). Death anxiety: A cognitive-behavioral approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22, 2, 167-180.
- Furer, P., Walker, J. R. & Stein, M.B. (2007). *Treating health anxiety and fear of death: A practitioner's guide*. New York: Springer Publishing.
- Grain, E., & Lester, D. (2000). Attitudes toward death related choices. *Psychological Reports*, 86, 3c, 1200.
- Hammer, S. C., & Brookings, J. B. (1987). Factor structure of the Death Concern Scale: A replication. *Psychological Reports*, 60 (1), 199-202.
- Harrawood, L. K. (2009). Measuring spirituality, religiosity, and denial in individuals working in funeral service to predict death anxiety. *Omega: Journal of Death and Dying*, 60: 129-142.
- Harrawood, L. K., Doughty, E. A., Wilde, B. (2008). Death education and its effect on death anxiety in counselors-in-training. Presented Rocky Mountain Association Counselor Education and Supervision Annual Conference. Breckenridge, CO.
- Harrawood, L. K., Doughty, E. A., Wilde, B. (2009). Death education and its effect on death anxiety in counselors-in-training. Poster Presented at Association Counselor Education and Supervision Annual Conference. San Diego, CA.
- Harrawood, L. K., Doughty, E. A., Wilde, B. (2009). Death education and its effect on death anxiety in counselors-in-training. Presented Idaho Counseling Association Annual Conference. Couer d'Alene, ID.

- Harrawood, L. K., Doughty, E. A., Wilde, B. (2011). Death education and attitudes of counselor's-in-training toward death: An exploratory study. *Counseling and Values*, 56, 83-96.
- Harrawood, L. K., Doughty, E. A., Wilde, B. (2011). Death education and attitudes of counselors-in-training toward death: An exploratory study. *Counseling and Values*, 56, Issue 1-2, 83-95.
- Harrawood, L. K., White, L. J., & Benshoff, J. J. (2008-2009). Death anxiety in a national sample of United States funeral directors and its relationship with death exposure, age, and sex. *Omega: Journal of Death & Dying*, 58, 2, 129-146.
- Hayes, J., Schimel, J., Arndt, J., Faucher, E. H. A. (2010). Theoretical and empirical review of the death - thought accessibility concept in Terror Management Research. *Psychological Bulltine*, 136, 699-739.
- Hinderer, K.A. (2012). Reactions to patient death: The lived experience of critical care nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 31 (14), 252-259.
- Howells, k. & Fileld, D. (1982). Fear of death and dying among medical students. *Social science and medicine*, 16, 1421-1424.
- Hoye, S., Severinsson, E. (2010). Muticultural family members experiences with nurses and the intensive care context: a hermeneutic study. *Intensive Crit Care Nursing*, 26, 1, 24 – 32.
- <http://www.enable.hk/enabledirect>. (2012).
- Huerta, A. & Yip, M. (2006). A study of religious certainty and death anxiety, project proposal , WCP:262.
- Hunt, D., Lester, D., & Ashton, N. (1983). Fear of death, locus of control and occupation. *Psychological Reports*, 53, 3, 1022.
- Inci, F., Öz, F. (2009). Effects of death education on nurses' death anxiety, depression regarding death, and attitudes towards the dying patient. *Anatolian Journal of Psyhiatry*, 10, 4, 253-260.
- Iranmanesh, S., Axelsson, K., Häggström, T., & Sävenstedt, S. (2010). Caring for dying people: Attitudes among Iranian and Swedish nursing students. *Indian Journal of Palliative Care*, 16 (3), 147-153.
- Iranmanesh, S., Dargahi, H., Abbaszadeh, A. (2008). Attitudes of Iranian nurses toward caring for dying patients. *Palliat Support Care*, 14, 5, 214 – 209.
- Iranmanesh, S., Haggstrom, T., Axelsson, K., Savenstedt, S. (2009). Swedish nurses experiences of caring fpr dying people: A holistic approach. *Holistic Nurses Practice*, 23, 4, 243 – 252.
- Iranmanesh, S., Savenstedt, S., Abbaszadeh, A. (2008). Student nurses' attitudes toward death and dying in south – east Iran. *International Journal Palliat Nurses*, 14, 5, 214 – 209.
- Jo K. H, & Lee, H.J. (2008). Relationship between self-efficacy, depression, level of satisfaction and death attitude of college students. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 38, 2, 229-37.

- Juhl, J. & Routledge, C. (2014). Finding the terror that the social self manages: Interdependent self-construal protects against anxiety engendered by death awareness. *Journal of Clinical and Social Psychology*, 33, 4, 365-379.
- Juhl, J. & Routledge, C. (2014). The effects of trait self-esteem and death cognitions on worldview defence and search for meaning. *Death Studies*, 38, 1-5, 62- 68.
- Kastenbaum, R. (1993). Reconstructing death in postmodern society. *Omega: Journal of Death & Dying*, 27, 75-89.
- Kastenbaum, R. (2006). Definition of death. <http://www.Deathreference.com/DaEm/Definitions-of-death.html>.
- Kawano, S. (2010 - 2011). A sociocultural analysis of death anxiety among older Japanese citizens urbanites in a citizens' movement. *Omega: Journal of Death & Dying*, 62, .4, 369-386.
- Kaye, J. M. (1991). Will a course on death and dying lower student's death and dying anxiety? *Journal of Cancer Education*, 6, 1, 21-24.
- Ka-Ying Hui, V., & Fung, H. F. (2009). Mortality anxiety as a function of intrinsic religiosity and perceived purpose in life. *Death Studies*, 33, 30 – 50.
- Keeley, M. P. (2007). Turning toward death together: The functions of messages during final conversations in close relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 24 (2): 225-253.
- Kelly, M. N. & Corriveau, D. (1995). The Corriveau – Kelly scale. *Journal of Death and Dying*, 31, 311-315.
- Kim, E.H., & Lee, E. (2009). Effects of a death education program on life satisfaction and attitude toward death in college students. *Korean Academic Nurs*, 39, 1, 1-9.
- Klug, L., Boss, M. (1976). Factorial structure of the Death Concern Scale. *Psychological Reports*, 38, 1, 107– 112. (Abstract).
- Kolawole, M.S., Olusegun, A.K. (2008). The reliability and validity of revised Collett-Lester Fear of Death Scale (version 3) in a Nigerian population. *Omega (Westport)*, 57, 2, 195-205.
- Koo, B. W. S., Tin, A. F., Koo, E. W. K., Lee, S. M. (2006). When east meets west: Implications for bereavement counseling. In C. L. W. Chan & A. Y. M. Chow (Eds.), *Death, dying and bereavement: A Hong Kong Chinese experience*. Hong Kong: Hong Kong University Press. 261-271.
- Kraft, W. A., Litwin, W. J., & Barber, S. E. (1987). Religious orientation and assertiveness: Relationship to death anxiety. *Journal of Social Psychology*, 127, 93–95.
- Kraje-Kulak, E., Guzowski, A., Kulak, W., Rozwadowska, E., Lukaszuk, C., Lewko, J. (2013). *Death education - the importance of medical care*. Medical University of Białystok Faculty of Health Sciences. The first Edition.
- Kumar, G.M. & Nirmala, S. (1987). A study of death anxiety among heart attack patients. *Indian Psychological Review*, 32, 1, 29-34.

- Lang, M., Thom, B., Kline, N. E. (2008). Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. *Oncology Nursing Forum*, 35, 6, 955 – 959.
- Laura, L. K., Doughty, E., Wilde, B. (2009). Death education and its effect on death anxiety in counselors-in-training. Poster Presented at Kasiska College of Health Professions Research Day. Pocatello, ID. 2009.
- Lehto, R. H., Stein, K. F. (2009). Death anxiety: An analysis of an evolving concept. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 23, 1. 23- 41.
- Leombruni, P., Miniotti, M., Bovero, A., Zizzi, F., Castelli, L., & Torta, R. G. (2014). Attitudes toward caring for dying patients: An overview among Italian nursing students and preliminary psychometrics of the FATCOD-B scale. *Journal of Nursing Education and Practice*, 40 (3),188- 196.
- Lester, D. (1966). Antecedents of the fear of the dead. *Psychological Reports*, 19, 3, 741.
- Lester, D. (1967). Fear of death of suicidal persons. *Psychological Reports*, 20, 1077-1078.
- Lester, D. (1969). Fear of death and nightmare experiences. *Psychological Reports*, 25, 2, 437-438.
- Lester, D. (1970). The need to achieve and the fear of death. *Psychological Reports*, 27, 2, 516.
- Lester, D. (1971). Attitudes toward death and suicide in a non-disturbed population. *Psychological Reports*, 29, 3, 386.
- Lester, D. (1971). Attitudes toward death held by staff of a suicide prevention center, *Psychological Reports*, 28, 2, 650.
- Lester, D. (1971). Sex differences in attitudes toward death: A replication. *Psychological Reports*, 28, 3, 754.
- Lester, D. (1972). Studies in death attitudes: Part two. *Psychological Reports*, 30, 2, 440.
- Lester, D. (1979). Preference for method of suicide and attitudes toward death in normal people. *Psychological Reports*, 19, 3, 638.
- Lester, D. (1984–1985). The fear of death, sex and androgyny. *Omega: The Journal of Death and Dying*, 15, 271–274.
- Lester, D. (1985). Depression and fear of death in a normal population. *Psychological Reports*, 56, 3, 882.
- Lester, D. (1990). The collett-lester fear of death scale: The original version and a revision. *Death Studies*, 14, 5, 451- 468.
- Lester, D. (1992). Ontological insecurity and fears of death. *Psychological Reports*, 71, 3f, 1178.
- Lester, D. (1994). The Collett–Lester Fear of Death Scale. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation and application* (pp. 45–60). New York: Taylor & Francis.
- Lester, D. (2000). Islam and suicide. *Psychological Reports*, 87, 2, 692.

- Lester, D. (2000). Major dimensions of near-death experience. *Psychological Reports*, 87, 2, 835-836.
- Lester, D. (2002). Convergent validity of the Collett-Lester fear of death and Templer death anxiety scales in Egyptian male college students. *Psychological Reports*, 91, 3, 940.
- Lester, D. (2004). The factorial structure of the revised Collett-Lester Fear of Death Scale. *Death Studies*, 28, 8, 795-798.
- Lester, D. (2005). Organ donation and the fear of death. *Psychological Reports*, 96, 3, 769-770.
- Lester, D. (2007). What do death anxiety scales measure? *Psychological Reports*, 101, 3, 754.
- Lester, D. (2012). Spirituality and religiosity as predictors of depression and suicidal ideation: An exploratory study. *Psychological Reports*, 110, 1, 247-250.
- Lester, D., & Abdel-Khalek, A. M. (2003). The Collett-Lester Fear of Death Scale: A correction. *Death Studies*, 27, 81-85.
- Lester, D., & Abdel-Khalek, A. M. (2008). Religiosity and death anxiety using non-western scales. *Psychological Reports*, 103, 3, 652.
- Lester, D., & Blustien, J. (1980). Attitudes toward funerals: A variable independent of attitudes toward death. *Psychological Reports*, 46, 3c, 1074.
- Lester, D., & Colvin, L. M. (1977). Fear of death and self-actualization. *Psychological Reports*, 41, 2, 526.
- Lester, D., & Colvin, L. M. (2004). Sex differences in severity of suicidal behavior in Iranian sample. *Psychological Reports*, 95, 3, 964.
- Lester, D., & Ferguson, M. (1992). An exploration study of funeral cost for suicides. *Psychological Reports*, 56, 3, 938.
- Lester, D., Abdel-Khalek, A.M. (2003). The Collett-Lester Fear of Death Scale: A correction. *Death Studies*, 27, 1, 81-5.
- Lester, D., Templer, D. I., & Abdel-Khalek, A. M. (2006-2007). A cross-cultural comparison of death anxiety. *Omega: Journal of Death and Dying*, 54, 255-260.
- Lester, D., Templer, D. I., & Abdel-Khalek, A. M. (2007). A cross-cultural comparison of death anxiety: A brief note. *Omega: Journal of Death and Dying*, 54 (3), 255-260.
- Levin, R. (1989-1990). A reexamination of the dimensionality of death anxiety. *Omega*, 20, 341-349.
- Lynn, R. D., (2006). Effects of a combined didactic and experiential death education/empathy training program on death anxiety and empathic ability of medical students. Thesis, Drake University Dissertations, School of Education.
- Madnawat, A. V. S., & Kachhawa, P.S. (2007). Age, gender, and living circumstances: Discriminating older adults on death anxiety. *Death Studies*, 31, 8, 763-9.

- Maltby, J., & Day, L. (2000). The reliability and validity of the Death Obsession Scale among English university and adult samples. *Personality and Individual Differences*, 28, 695-700.
- Maltby, Y., & Day, L. (2000 b). Religious orientation and death obsession. *The Journal of Genetic psychology*, 16, 122-24.
- McIntosh, E., Gillanders, D., & Rodgers, S. (2010). Rumination, goal linking, daily hassles and life events in major depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17, 1, 33- 43.
- Mcmordie, W.R. & kumar, A. (1984). Cross cultural research on the templer mcmordie death anxiety scale. *Psychological Reports*, 54 (3),959-963.
- Missler., M., Stroebe., M., Geurtsen, L., Mastenbroek, M., Chmoun, S., & van der Houwen, K. (2011-2012). Exploring death anxiety among elderly people: a literature review and empirical investigation. *Omega (Westport)*, 64, 4, 357-79.
- Mooney, D. C. (2005). Tactical reframing to reduce death anxiety in under graduate nursing students. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 22, 6,427-432.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2008). *Nursing outcomes classification (NOC)*. St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Moripe, S., & Mashegoane, S. (2013). Structure of the Death Obsession Scale among South African University Students. Athens: ATINER'S Conference Paper Series, No: PSY2013- 0503.
- Naderi, F., & Esmaili, E. (2009). Collet-Lester Fear of Death Scale validation and gender-based comparison of death anxiety, suicide ideation and life satisfaction in university students. *Journal of Applied Scientific*, 9, 18, 3308-16.
- Neimeyer, R. A. (Ed.) (1994a). *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*. New York: Taylor and Francis.
- Neimeyer, R. A., Van-Brunt, D. (1995). Death anxiety. In H. Wass & R. A. Neimeyer (Eds.), *Dying: Facing the facts*, 3rd Edition (pp. 49-88). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Neimeyer, R. A., Wittkowski, J., Moser, R. P. (2004). Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation. *Death Studies*, 28, 309-340.
- Neufeldt, D.E & Holmes, C.B. (1979). Relationship between personality traits and fear of death. *Psychological Reports*, 45, 907-910.
- Otoom, s., al-jishi, A., Montgomery , A., Ghwanmeh, M.& Atoum, A. (2007). Death anxiety in Patients with epilepsy. *Seizure*, 16, 142-146.
- Öztürk, Z., Karakuş, G., & Tamam, L. (2011). Death anxiety in elderly cases. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 12, 1, 37-43.
- Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., McDermott, F., Hood, K., Morphet, J., Shimoinaba, K. (2013). How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: a review of literature. *Open Nursing Journal*. 7,14-21.
- Peterson, J. L., Johnson, M. A., Halvorsen, B., Apmann, L., Chang, P. C., Kershek, S., Scherr, C. L., Ogi, M., & Pincon, D. (2010). Where do nurses go for help?

- A qualitative study of coping with death and dying. *International Journal of Palliative Nursing*, 16 (9), 432-438.
- Pollak, J.M (1980). Correlates of death anxiety : A review of empirical studies . *Omega*, 10, 97-121.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C. (2001). Stages of change. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 38 (4), 443-448.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12: 38-48.
- Pyne, D.R. (2010). A model of religion and death. *Journal Socio-Economic*, 39, 46-54.
- Rajabi, Gh. (2009). The Psychometric Properties of Death Obsession Scale in Freshman Undergraduate Students. *Journal of Applied Sciences*, 9, 2, 360-365.
- Rasquinha, D. M., & Acharya, Y. T. B. (2013). Relationship between depression and death anxiety among elderly. *GRA: Global Research, Analysis*, 21, 10, 107-108.
- Reed, L. D. (1996). Effects of a combined didactic and experiential death education/empathy training program on death anxiety and empathic ability of medical students. Doctoral thesis, Drake University Dissertations, School of Education.
- Rice, j. (2009). The relationship between humor and death anxiety. Department of Psychology, copyright 2009 Missouri Western State University.
- Richman, J. (2007). The role of psychotherapy and humor for death anxiety, death wishes, and aging. *Journal of Death and Dying*, 54, 41-51.
- Ron, P. (2010). Elderly people's death and dying anxiety: A comparison between elderly living within the community and in nursing homes in Israel. *Illness Crisis & Loss*, 18, 1, 3-17.
- Rosenblatt, A., Greenberg, J., Solomon, S., Pyszczynski, T., & Lyon, D. (1989). Evidence for terror management theory: I. The effects of mortality salience on reactions to those who violate or uphold cultural values. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 681-690.
- Roshdih, S., Templer, D. I., Canon, W. G., et al. (1999). The relationship between death anxiety and death depression to religion and civilian war – related experiences in Iranians. *Omega: Journal of Death and Dying*, 38, 201-210.
- Routledge, C. & Juhl, J. (2010). When death thoughts lead to death fears: Mortality salience increases death anxiety for individuals who lack meaning in life. *Cognition and Emotion*, 24, 848-854.
- Routledge, C., Ostafin, B., Juhl, J., Sedikides, C., Cathey, C., & Liao, J. (2010). Adjusting to death: The effects of self-esteem and mortality salience on well-being, growth motivation, and maladaptive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99, 897-916.
- Routledge, C., Juhl, J., & Vess, M. (2012). Mortality salience increases death-anxiety for individuals low in personal need for structure. *Motivation and Emotion*, 36, 478-482.

- Routledge. C. (2012). Failure causes fear: The effects of self-esteem threat on death-anxiety. *The Journal of Social Psychology*, 152, 665-669.
- Saggino, R. & Kline, P. (1996) Item factor analysis of the Italian version of the Death anxiety Scale. *Journal of clinical psychology*, 52, 329-333.
- Schumaker, J.F., Barraclough, R.A. & Vagg, L.M. (1988). Death Anxiety in Malaysia and Australian university students. *Journal of social psychology*, 128 (1), 41-47.
- Servaty, H.L., Krejci, M.J. & Hayslip. (1996) Relationship among death, communication apprehension with the dying and empathy in those seeking occupation as nurses and physicians. *Death studies*, 20, 149-161.
- Singh, A; Singh, D & Nizamie, S. H. (2003). Death and dying. *Mental Health Reviews*. Accessed from <http://www.Psyplexus.com/excl/cdmi.html>. 28 December 2007.
- Stevens, S.J., Cooper, P.E., & Thomas, L.E. (1980). Age norms for Templer's Death Anxiety scale. *Psychological Reports*, 46, 205-206.
- Strouhal, E. (1992). *Life of the Egyptians*. 1st. Edn, University of Oklahoma Press, Norman.
- Suhail, K., & Akram, S. (2002). Correlates of death anxiety in Pakistan. *Death Studies*, 26, 1, 39-50.
- Templer, D.I. (1970). The construction and validation of a Death anxiety Scale. *The journal of General Psychology*, 82, 165-177.
- Templer, D.I., Lavoie, M., Chalgujian, H., Thomas-Dobson, S. (1990). The measurement of death depression. *Journal Clinical Psychology*, 46, 834-839.
- Thorson, J.A. & Powell, F.C. (1988). Elements of Death Anxiety and meanings of Death. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 5, 691-701.
- Tobacyk, J. (1985). Death threat, death concerns and paranormal belief. *Death Education*, 7 (2-3), 115-124.
- Tomas – Sabado, J., Gomez – Benito, J. (2003). Psychometric properties of the Spanish adaptation of the Death Obsession Scale (DOS). *Journal of Death and Dying*, 46, 272 – 263.
- Tomás-Sábado, J., Limonero, J.T., Abdel-Khalek, A.M. (2007). Spanish adaptation of the Collett-Lester Fear of Death Scale. *Death Studies*, 31, 3, 249-60.
- Tramill, J.L., Davis, F., Bremer, S., Dudeck, M.M. & Elsbury, D. L. (1982). A proposed relationship between the unidimensional short form of the TMAS and the DAS: The effect of embedding VS. separate administration. *Bulletin of the psychonomic society*, 19, 209-211.
- Troll, L.E. (1982). *Continuities: Adult development and aging*. Pacific Grove, CA: Brooks / Cole.
- Tse, M. M. (2007). Nursing home placement: perspectives of community-dwelling older persons. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 5, 911-7.
- Urien, B. (2007). Selfless time: From life space to death anticipation. *Time and Society*, 16, 2 – 3, 367 – 386.

- Urien, B. & Kilbourne, W. (2008). On the role of materialism in the relationship between death anxiety and quality of life. *Advances in Consumer Research*, 35, 409-415.
- Vail, K., Juhl, J., Arndt, J., & Routledge, C. (2012). When death is good for life: Considering the positive trajectories of terror management. *Personality and Social Psychology Review*, 16, 303-329.
- Venegas, M. E., Alvarado, O. S., Barriga, O. (2011). Validation of Collett-Lester's Fear of Death Scale in a sample of nursing students. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (Latin American Journal of Nursing)*, 19, 5,
- Wallace, M., Grossman, S., Campbell, S., Robert, T., Lange, J., Shea, J. (2009). Integration of end-of-life care content in undergraduate nursing curricula: Student knowledge and perceptions. *Journal of Professional Nursing*, 25, 1, 50-56.
- Warren, W. G. (2012). *Death Education and Research: Critical Perspectives*. Taylor & Francis group, Routledge: NY, USA.
- Waskel, S. A. (1991). Intensity of midlife crisis on responses to the Death concern Scale. *The Journal of Psychology*, 126, 2, 147 - 154.
- Wass, H. A. (2004). Perspective on the current state of death education. *Death Studies*, 28, 289-308.
- Wass, H., & Myers, J. E. (1982). Psychosocial aspects of death among the elderly. *The Personnel and Guidance Journal*, 131 -137.
- Weiten, W. (2009). *Psychology: Themes and Variations*. Briefer version, 8th edition. Wadsworth, Gengage learning.
- White, K. R., & Coyne, P. J. (2011). Nurses' perceptions of educational gaps in delivering end-of-life care. *Oncology Nursing Forum*, 38, 6, 711-717.
- Wikipedia. Org / Wiki / Death _ Education. (2010).
- Wilson, J., & Kirshbaum, M. (2011). Effects of patient death on nursing staff: A literature review. *British Journal of Nursing*, 20 (9), 559-563.
- Witting, D. R. (2004). Knowledge, skills, and attitudes of nursing students regarding culturally congruent care of native Americans. *Journal of Transcultural nursing*, 15, 1, 54- 61.
- Wong, P. T. P. (2000). Meaning of life and meaning of death in successful aging In A. Tomer (Ed.), *Death attitudes and the older adult: Theories, concepts, and applications*. Philadelphia, PA: Brunner/Routledge. 23-36.
- Wong, P. T. P. (2008). Meaning management theory and death acceptance. In A. Tomer, G. T. Eliason, & P. T. P. Wong (Eds.), *Existential and spiritual issues in death attitudes*. New York/London: Lawrence Erlbaum Associates. 65-90.
- Wong, P. T. P., Reker, G. T., Gesser, G. (1994). Death attitude profile-revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation and application*. Washington, DC: Taylor & Francis. 121-148.
- Wu, A., Tang, C.S.K., & Kwok, T.C.Y. (2002). Death anxiety among Chinese elderly people in Hong Kong. *Journal of Aging and Health*, 14, 42-56.

- www.The National Center for Death Education (NCDE). (2012).
www.enable.org.uk/enabledirect. (2012).
- Yalom, I. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic Books. ISBN 0465021476.
- Yalom, I. (2008). An interview with Irvin Yalom on death anxiety. Available from
Ir.uiowa.edu/cgi/viewcontent.cgi.
- Yilmaz, B. (2010). The Turkish translation, reliability and validity study of the
Death Concern Scale. Master thesis, Near East University, Graduate School of
Social Sciences.
- Yosef, A. R. (2008). Health believes, practice, and priorities for health care in Arab
Muslims in the United States. *Journal Transcultural Nursing*, 19, 3, 284 – 291.
- Zandee, J. (1960). *Death as an enemy according to ancient Egyptains*. 1st . Edn,
Lieden, Brill, Netherlands.
- Zargham Boroujeni, A. Z., Mohammadi, R., Haghdoost Oskouie, F., Sandberg, J.
(2009). Iranian nurses preparation for loss: Finding a balance in end – of – life
care. *Journal Clinical Nursing*, 18, 16, 2329 – 2336.
- Zeyrek, E. Y., & Lester, D. (2008). Cronbach alpha reliability and concurrent
validity of the Collett-Lester of Death Scale in Turkish sample. *Psychological
Reports*, 102, 3, 706-708.

پیوست ها

پیوست ۱ - مقیاس نگرانی مرگ (DCS) Death Concern Scale

تفکر و تعمق درباره مرگ تنوعی از افکار و احساسات را در ما به وجود می آورد. تا حدودی، فلسفه ما درباره جایگاه مرگ در زندگی انسان و تاثیری که مرگ روی پاسخ های ما بجا می گذارد را دنبال می کند. مقیاس نگرانی مرگ شامل ۳۰ عبارت است که اضطراب، دلهره و هراس را وقتی که ما درباره مرگ فکر می کنیم، اندازه گیری می کند. این مقیاس شامل دو بخش است.

دستورالعمل: به سوال های ۱ تا ۱۱ از طریق وارد کردن رمز زیر پاسخ دهید و سپس

عدد پاسخ داده شده را در مربع سفید وارد کنید.

۱= هرگز ۲= به ندرت ۳= گاهی اوقات ۴= اغلب

۱. من درباره مرگ خودم فکر می کنم.
۲. من درباره مرگ عزیزانم فکر می کنم.
۳. من درباره مردن در جوانی فکر می کنم.
۴. من درباره احتمال کشته شدن خودم در یک خیابان شهر فکر می کنم.
۵. من خیال پردازی هایی درباره مرگ خودم دارم.
۶. من درباره مرگ خودم درست قبل از خوابیدن فکر می کنم.
۷. من فکر می کنم که چگونه عمل خواهم کرد، اگر می دانستم که در یک دوره زمانی معین می میرم.
۸. من درباره اینکه بستگانم در مورد مرگ من چگونه عمل و احساس خواهند کرد، فکر می کنم.
۹. وقتی بیمار هستم درباره مرگ فکر می کنم.
۱۰. وقتی بیرون از فاصله طوفان رعد و برق هستم، درباره احتمال اینکه رعد و برق به من اصابت کند، فکر می کنم.

۱۱. وقتی در یک اتومبیل هستم، درباره بروز بالای مرگ در ترافیک فکر می کنم.

به سوال های ۱۲ تا ۳۰ با استفاده از رمز ارائه شده در زیر پاسخ دهید و سپس عدد پاسخ داده شده را در مربع سفید وارد کنید.

ش موا = شدیداً موافقم / موا = تا حدی موافقم / مخا = تا حدی مخالفم / ش مخا = شدیداً مخالفم

۱۲. من فکر می کنم وقتی مردم پیر می شوند ابتدا باید درباره مرگ نگران باشند.

ش موا	موا	مخا	ش مخا
۱	۲	۳	۴

۱۳. من بیشتر از افراد دور و برم نگران مرگ هستم.

ش موا	موا	مخا	ش مخا
۴	۳	۲	۱

۱۴. مرگ مرا به شدت نگران می کند.

ش موا	موا	مخا	ش مخا
۱	۲	۳	۴

۱۵. دیدگاه کلی ام اجازه پرداختن صرف به افکار بیمارگون را به من نمی دهد.

ش موا	موا	مخا	ش مخا
۱	۲	۳	۴

۱۶. پیش بینی مرگم در من اضطراب ایجاد می کند.

ش موا	موا	مخا	ش مخا
۴	۳	۲	۱

۱۷. پیش بینی مرگم مرا افسرده می کند.

ش موا	موا	مخا	ش مخا
-------	-----	-----	-------

۹۲ / برنامه آموزش مرگ: راهنمای کاربردی برای متخصصان مراقبت های بهداشتی

۱ ۲ ۳ ۴

۱۸. پیش بینی مرگ عزیزانم در من اضطراب ایجاد می کند.

ش مخا	مخا	موا	ش موا
۱	۲	۳	۴

۱۹. آگاهی از اینکه من مطمئناً خواهم مرد به هیچ وجه روی اداره کردن زندگی ام تاثیر نمی گذارد.

ش موا	مخا	موا	ش موا
۱	۳	۲	۴

۲۰. من رؤیای مرگم را به عنوان یک تجربه دردناک، ترسناک (کابوس مانند) می بینم.

ش موا	مخا	موا	ش موا
۴	۲	۳	۱

۲۱. من از مردن می ترسم.

ش موا	مخا	موا	ش موا
۴	۲	۳	۱

۲۲. من از مرده بودن می ترسم.

ش موا	مخا	موا	ش موا
۴	۲	۳	۱

۲۳. بسیاری از مردم در نزدیک یک قبر جدید خیلی ناراحت و پریشان می شوند ولی آن مرا رنج نمی دهد.

ش موا	مخا	موا	ش موا
۱	۳	۲	۴

۲۴. وقتی درباره کوتاهی عمرم فکر می کنم، خیلی ناراحت و پریشان می شوم.

ش موا	مخا	موا	ش موا
-------	-----	-----	-------

برنامه آموزش مرگ: راهنمای کاربردی برای متخصصان مراقبت های بهداشتی / ۹۳

۱ ۲ ۳ ۴

۲۵. فکر کردن درباره مرگ اتلاف وقت و هدر دادن زمان است.

ش مخا	مخا	موا	ش موا
۴	۳	۲	۱

۲۶. اگر مرگ بعد از یک زندگی پر بار اتفاق بیفتد نباید به عنوان یک حادثه غم انگیز در نظر گرفته شود.

ش مخا	مخا	موا	ش موا
۴	۳	۲	۱

۲۷. مرگ اجتناب ناپذیر یک فرد، یک چالش جدی برای معنا دهی تجربه انسانی به شمار می آید.

ش مخا	مخا	موا	ش موا
۱	۲	۳	۴

۲۸. مرگ فرد نفع نهایی و غایی است زیرا مرگ تغییر در جامعه را تسهیل می کند.

ش مخا	مخا	موا	ش موا
۴	۳	۲	۱

۲۹. من میل به زندگی پس از مرگ دارم.

ش مخا	مخا	موا	ش موا
۱	۲	۳	۴

۳۰. این سوال که آیا زندگی در آینده وجود دارد یا نه مرا به طور قابل ملاحظه ای نگران می کند.

ش مخا	مخا	موا	ش موا
۱	۲	۳	۴

پیوست ۲ - مقیاس ترس از مرگ و مردن کولیت - لستر

Collett-Lester's Fear of Death Scale (CLFODS)

دستورالعمل: چگونه به واسطه جنبه های مرگ و مردن در سوال های زیر ناراحت و برآشفته یا مضطرب می شوید؟ هر یک از سوال ها را بخوانید و به سرعت پاسخ بدهید. زمان زیادی را صرف فکر کردن درباره جواب تان صرف نکنید. ما احساس اولیه شما را از این که در حال حاضر چگونه فکر می کنید، می خواهیم. دور نمره ای که بهترین احساس شما را بیان می کند، دایره بکشید.

هیچ	تا حدی	خیلی	خرده مقیاس ها مرگ خودتان
۱	۲ ۳ ۴	۵	۱- کناره گیری کلی از مرگ
۱	۲ ۳ ۴	۵	۲- کوتاهی عمر
۱	۲ ۳ ۴	۵	۳- از دست دادن بسیاری از چیزها پس از اینکه مردید.
۱	۲ ۳ ۴	۵	۴- مردن در جوانی
۱	۲ ۳ ۴	۵	۵- مرده بودن را چگونه احساس خواهید کرد.
۱	۲ ۳ ۴	۵	۶- هرگز فکر نکردن یا تجربه نکردن
۱	۲ ۳ ۴	۵	۷- احتمال درد و مجازات طی زندگی پس از مرگ
۱	۲ ۳ ۴	۵	۸- تجزیه شدن بدن تان پس از اینکه مردید.
هیچ	تا حدی	خیلی	مردن خودتان
۱	۲ ۳ ۴	۵	۱- درگیر انحطاط و تباهی جسمانی شدن
۱	۲ ۳ ۴	۵	۲- درگیر درد شدن در مردن
۱	۲ ۳ ۴	۵	۳- انحطاط و تباهی عقلانی در سن پیری
۱	۲ ۳ ۴	۵	۴- وقتی در وضعیت مردن در قرار گرفتید، توانایی هایتان محدود خواهد شد.
۱	۲ ۳ ۴	۵	۵- تردید در چگونه شجاعانه بودن هنگامی که شما با فرایند مردن مواجه خواهید شد.
۱	۲ ۳ ۴	۵	۶- فقدان کنترل شما روی فرایند مردن
۱	۲ ۳ ۴	۵	۷- احتمال مردن در یک بیمارستان دور از دوستان و خانواده
۱	۲ ۳ ۴	۵	۸- اندوه و سوگ دیگران وقتی در وضعیت مردن قرار گرفتید.

برنامه آموزش مرگ: راهنمای کاربردی برای متخصصان مراقبت های بهداشتی / ۹۵

هیچ	تا حدی				خیلی	مرگ دیگران
۱	۲	۳	۴	۵	۱- از دست دادن فرد نزدیک به شما	
۱	۲	۳	۴	۵	۲- دیدن جسد مرده فرد	
۱	۲	۳	۴	۵	۳- هرگز قادر به برقراری مجدد ارتباط با فرد نبودن	
۱	۲	۳	۴	۵	۴- احساس تاسف و پشیمانی برای بهتر بودن با فرد زمانی که او زنده بود.	
۱	۲	۳	۴	۵	۵- پیر شدن به تنهایی بدون وجود فرد	
۱	۲	۳	۴	۵	۶- احساس گناه از اینکه شما راحت شدید که فرد مرده است.	
۱	۲	۳	۴	۵	۷- احساس تنهایی بدون فرد	
۱	۲	۳	۴	۵	۸- غبطه یا حسادت به این که فرد مرده است.	
هیچ	تا حدی				خیلی	مردن دیگران
۱	۲	۳	۴	۵	۱- در کنار فرد در حال مردن بودن	
۱	۲	۳	۴	۵	۲- داشتن فردی که می خواهد درباره مردن با شما صحبت کند.	
۱	۲	۳	۴	۵	۳- مشاهده فردی که از درد رنج می برد.	
۱	۲	۳	۴	۵	۴- بودن با فردی که درباره شخصی صحبت می کند که در حال مردن است.	
۱	۲	۳	۴	۵	۵- دیدن انحطاط یا تباهی جسمانی بدن فرد	
۱	۲	۳	۴	۵	۶- عدم اطلاع از اینکه شما چه کاری باید در مورد اندوه و سوگ خود، در از دست دادن فرد انجام دهید، زمانی شما با او هستید.	
۱	۲	۳	۴	۵	۷- مشاهده از بین رفتن توانایی های روانی فرد	
۱	۲	۳	۴	۵	۸- یادآوری کردن اینکه به راهی خواهید رفت که روزی تجربه می کنید.	

پیوست ۳ - مقیاس دلایل برای ترس از مرگ

The Reasons for Death Fear Scale (RDFS)

دستورالعمل: بسیاری از افراد به دلایل مختلف از مرگ می ترسند. در اینجا جملاتی وجود دارد که این دلایل را نشان می دهند. لطفاً هر یک از جملات را به دقت بخوانید و در گزینه ای که بهترین نظر شما را بر اساس نمره نشان داده شده مقیاس، از شدیداً مخالف (۱) تا شدیداً موافق (۵) بیان می کند، علامت بزنید.

شماره	دلایل ترس از مرگ	شدیداً مخالف	مخالف	بی طرف	موافق	شدیداً موافق
۱	ترس از مجازات آسمانی	۱	۲	۳	۴	۵
۲	نگرانی برای فرزندان	۱	۲	۳	۴	۵
۳	گناهان بیش از حد	۱	۲	۳	۴	۵
۴	موضوعهای زندگی با چیزهای با معنی	۱	۲	۳	۴	۵
۵	فراق بستگان و افراد محبوب	۱	۲	۳	۴	۵
۶	ترک لذت‌های دنیوی	۱	۲	۳	۴	۵
۷	ترس از جهنم و روز قیامت	۱	۲	۳	۴	۵
۸	لحظه شدید وحشتناک هنگامی که روح از بدن جدا می شود.	۱	۲	۳	۴	۵
۹	عدم انجام وظایف و تعهدات مذهبی	۱	۲	۳	۴	۵
۱۰	مرگ مستلزم بسیاری از مسائل مبهم و ناشناخته است.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۱	اصل و عنصر حیرت انگیز و شگفت آور در مرگ	۱	۲	۳	۴	۵
۱۲	فقدان ایمان	۱	۲	۳	۴	۵
۱۳	عزاداری افراد محبوب	۱	۲	۳	۴	۵
۱۴	عذاب قبر	۱	۲	۳	۴	۵
۱۵	دردهای حاد مرتبط با مردن	۱	۲	۳	۴	۵
۱۶	عزاداری برای آنچه که بعد از خود بجا می گذاریم (مثلاً ثروت، اشیاء با ارزش‌ها و غیره)	۱	۲	۳	۴	۵
۱۷	از دست دادن خود یا هویت	۱	۲	۳	۴	۵
۱۸	مرگ برای برنامه‌ها و اهداف شخص پایانی را قرار می دهد.	۱	۲	۳	۴	۵

پیوست ۴ - مقیاس اضطراب مرگ (DAS) Death Anxiety Scale

دستورالعمل: لطفا در هر سوال پاسخ بلی را برای صحیح و پاسخ خیر را برای غلط برای

آنچه که وضعیت شما را نشان می دهد، علامت بزنید.

شماره	سوال	بلی	خیر
۱	از این که بمیرم خیلی زیاد می ترسم.		
۲	فکر مرگ به ندرت به ذهنم رسوخ می کند.		
۳	وقتی دیگران درباره مرگ صحبت می کنند، عصبی می شوم.		
۴	از فکر این که مجبور شوم مورد عمل جراحی قرار گیرم، وحشت دارم.		
۵	از مردن به هیچ وجه نمی ترسم.		
۶	من از ابتلا به سرطان نمی ترسم.		
۷	فکر کردن به مرگ هرگز مرا نگران نمی کند.		
۸	از اینکه زمان با سرعت خیلی زیادی می گذرد، اغلب پریشان می شوم.		
۹	از مرگ همراه با درد می ترسم.		
۱۰	موضوع زندگی پس از مرگ، خیلی زیاد نگرانم می کند.		
۱۱	از این که دچار یک حمله قلبی شوم واقعاً می ترسم.		
۱۲	درباره این که زندگی واقعاً چقدر کوتاه است، به فکر فرو می روم.		
۱۳	وقتی مردم درباره جنگ جهانی سوم صحبت می کنند، از ترس به خودم می لرزم.		
۱۴	دیدن یک مرده، برای من وحشت آور است.		
۱۵	احساس می کنم که آینده چیزی ندارد که از آن بترسم.		

پیوست ۵ - مقیاس وسواس مرگ (DOS) Death Obsession Scale

دستورالعمل: جمله‌های زیر را با دقت بخوانید. سپس در مورد جمله‌ای که احساسات، رفتار و نظریات شما را بیان می‌کند، تصمیم بگیرید. وضعیت خود را با کشیدن دایره روی عدد مربوط به آن عبارت نشان بدهید.

شماره	سوال	اصلا	کمی	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
۱	سوال‌هایی درباره مرگ به ذهنم می‌رسد که نمی‌توانم پاسخی به آنها بدهم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲	فکر اینکه خواهم مرد وجود مرا فرا گرفته است.	۱	۲	۳	۴	۵
۳	نمی‌توانم فکر مرگ را از ذهنم بیرون کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۴	فکر مرگ مرا به خود مشغول کرده است.	۱	۲	۳	۴	۵
۵	خلاصی از افکار مربوط به مرگ برایم خیلی مشکل است.	۱	۲	۳	۴	۵
۶	من به جنبه‌های هشدار دهنده و دردناک مرگ فکر می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۷	احساس می‌کنم مجبورم به مرگ بیندیشم.	۱	۲	۳	۴	۵
۸	فکر مرگ بر من چیره شده است.	۱	۲	۳	۴	۵
۹	نگرانی بیش از اندازه‌ای نسبت به افکار مرگ دارم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۰	احساس می‌کنم مملو از افکار مربوط به مرگ هستم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۱	می‌ترسم افکار مرگ وجود مرا فرا بگیرند.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۲	مدام به مرگ فکر می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۳	تفکر راجع به مرگ تنش زیادی برایم ایجاد می‌کند.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۴	افکار تکراری مربوط به مرگ ناراحت‌کننده می‌کند.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۵	فکر اینکه به طور ناگهانی خواهم مرد، بر من چیره شده است.	۱	۲	۳	۴	۵

پیوست ۶ - مقیاس افسردگی مرگ [Death Depression Scale (DDS)]

دستورالعمل: لطفا در هر سوال پاسخ بلی را برای صحیح و پاسخ خیر را برای غلط، برای

آنچه که وضعیت شما را نشان می دهد، علامت بزنید.

شماره	سوال	بلی	خیر
۱	وقتی درباره مرگ فکر می کنم دچار افسردگی می شوم.		
۲	شنیدن لغت مرگ مرا غمگین می کند.		
۳	عبور از قبرستان مرا غمگین می کند.		
۴	مرگ به معنای تنهایی وحشتناک است.		
۵	وقتی من درباره دوستان و آشنایانی که مرده اند فکر می کنم به طور وحشتناکی غمگین می شوم.		
۶	من به طور وحشتناکی به واسطه کوتاهی عمر برآشفته و مضطرب هستم.		
۷	من نمی توانم پایان مرگ را بپذیرم.		
۸	مرگ، زندگی را از معنایش محروم می سازد.		
۹	من نگران مردن در تنهایی هستم.		
۱۰	وقتی که بمیرم، به طور کامل دوستان و افراد محبوبم را از دست خواهم داد.		
۱۱	مرگ، زندگی را از معنایش نمی گیرد.		
۱۲	مرگ چیزی نیست که به واسطه آن بتوان افسرده شد.		
۱۳	وقتی درباره مرگ فکر می کنم، احساس می کنم خسته و مرده ام.		
۱۴	مرگ دردناک است.		
۱۵	من وحشت دارم که به مرگ دوستان و افراد محبوبم فکر کنم.		
۱۶	مرگ شکست نهایی در زندگی است.		
۱۷	وقتی خواب مرگ را می بینم، احساس غمگینی می کنم.		

Death education program

An applied guide for healthcare professionals



by:

Mahboubeh Dadfar
PhD student in clinical psychology,
International Campus,
Iran University of Medical Sciences

Prof. David Lester
Psychologist, Psychology Program
The Richard Stockton College of New Jersey, USA