J Crit Care Nurs. 2025 June;17(4):19-27

10.30491/JCC.17.4.19 **Research Article**

Investigating the Relationship between Death Anxiety and Perceived Social Support in CABG Patients Admitted to the Cardiac Intensive Care Unit: A Cross-Sectional Study

Rezaei Golestaneh[1], Fatemeh Salmani[1*], Mina Hajsadeghian[1]

[1] Department of Nursing, Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran

[*] **Corresponding Author:** Fatemeh Salmani, Department of Nursing, Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran. E-mail: fsalmani2000@iau.ac.ir

How to Cite: Rezaei G, Salmani F, Hajsadeghian M. Investigating the Relationship between Death Anxiety and Perceived Social Support in CABG Patients Admitted to the Cardiac Intensive Care Unit: A Cross-Sectional Study. J Crit Care Nurs. 2025;17(4):19-27. doi: 10.30491/JCC.17.4.19

Received: 31 August 2024 **Accepted:** 6 November 2024 **Online Published:** 20 November 2024

Abstract

Background & aim: Coronary artery bypass grafting surgery is still known as the first and most important choice in the treatment of heart patients in some patients. Death anxiety is the most common psychological complication of patients who are candidates for coronary artery bypass grafting surgery, which can be affected by factors such as support from others and the community. The aim of the present study was to determine the relationship between death anxiety and perceived social support in CABG patients hospitalized in the cardiac intensive care unit.

Methods: This study was conducted as a descriptive correlation. 100 CABG patients hospitalized in the cardiac intensive care unit referred to Shariati Hospital in Isfahan in 1402 were included in the study through convenience sampling. After receiving informed consent from the research units, the researcher explained to the patients how to complete the questionnaire. The data collection tool consisted of a questionnaire that included three parts: the first part was the demographic characteristics of the research samples, the Templer Death Anxiety Questionnaire, and the Perceived Social Support Scale questionnaire.

Results: The study findings showed that the total score of death anxiety was moderate. And the total score of patients' perceived support was 68.4 ± 11.9, the social support score was 22.7 ± 4.1, family support was 23.2 ± 3.5, and the score of friends' support was 22.4 ± 4.6. And there is an inverse and significant relationship between perceived social support and death anxiety.

Conclusion: The results of the present study indicate the importance of perceived social support in reducing death anxiety in these patients, therefore, it is necessary to take measures in line with support resources and pay attention to it and recognize the factors affecting it by nurses working in cardiac special wards, and it is recommended that this issue be included in the training for caring for these patients.

Keywords: Death Anxiety, Perceived Social Support, Coronary Artery Bypass Graft.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.17.4.19]

Copyright © 2025 The Author(s). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/5.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

مجله پرستاری مراقبت‌های ویژه
مقاله پژوهشی
دوره ۱۷، شماره ٤، زمستان ۱۴۰۳
10.30491/JCC.17.4.19

ارتباط بین اضطراب مرگ و حمایت اجتماعی درک شده در بیماران CABG بستری در بخش مراقبت ویژه قلبی: یک مطالعه مقطعی

گلستانه رضایی[۱]، فاطمه سلمانی[۱*]، مینا حاج صادقیان[۱]

[۱] گروه پرستاری، مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

[*] **نویسنده مسئول:** فاطمه سلمانی، گروه پرستاری، مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.
پست الکترونیک: fsalmani2000@iau.ac.ir

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۶/۱۰ **پذیرش مقاله:** ۱۴۰۳/۰۸/۱۶ **انتشار مقاله:** ۱۴۰۳/۰۸/۳۰

چکیده

زمینه و هدف: عمل جراحی پیوند عروق کرونر در برخی از بیماران یکی از انتخاب‌های پیشنهادی و مؤثر در درمان بیماران قلبی شناخته شده است. اضطراب مرگ شایع‌ترین عارضه روانشناختی بیماران کاندید جراحی پیوند عروق کرونر است که می‌تواند توسط عواملی مانند حمایت از جانب اطرافیان و اجتماع تحت تأثیر قرار گیرد. هدف مطالعه حاضر تعیین ارتباط بین اضطراب مرگ و حمایت اجتماعی درک شده در بیماران CABG بستری در بخش مراقبت ویژه قلبی بود.

روش‌ها: این مطالعه به صورت مقطعی در سال ۱۴۰۲ در بیمارستان شریعتی اصفهان انجام شد. تعداد ۱۰۰ بیمار CABG بستری در بخش مراقبت ویژه قلبی به صورت نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند پژوهشگر پس از دریافت رضایت‌نامه آگاهانه از واحدهای پژوهش، نحوه تکمیل پرسشنامه را برای بیماران توضیح داد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه در سه بخش شامل: بخش اول مشخصات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر و پرسش نامه مقیاس حمایت اجتماعی درک شده، بود.

یافته‌ها: نمره کل اضطراب مرگ در حد متوسط بود. و نمره کل حمایت درک شده بیماران ۱۱/۹ ± ۶۸/۴ ، نمره حمایت اجتماعی ۴/۱ ± ۲۲/۷، حمایت فامیلی ۳/۵ ± ۲۳/۲ و نمره حمایت دوستان ۴/۶ ± ۲۲/۴ بود و بین حمایت اجتماعی درک شده و اضطراب مرگ رابطه معکوس و معنادار وجود دارد (P = ۰/۰۰۷).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر بر اهمیت حمایت اجتماعی ادراک شده بر کاهش اضطراب مرگ این بیماران دلالت دارد، لذا انجام اقداماتی در راستای منابع حمایتی و توجه به آن و شناخت عوامل مؤثر بر آن توسط پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه قلبی ضروری است و توصیه می‌شود این مسئله در آموزش مراقبت از این بیماران گنجانده شود.

کلیدواژه‌ها: اضطراب مرگ، حمایت اجتماعی ادراک شده، پیوند عروق کرونر.

مقدمه

شایع‌ترین بیماری قلبی- عروقی بالغین، بیماری سرخرگ کرونر (Coronary Artery Disease) (CAD) است [۱]. سندرم حاد کرونری به گروهی از اختلالات عروقی اطلاق می‌شود که با درجات متفاوت ایسکمی مشخص می‌شود و جهت ایجاد آن اغلب آترواسکلروز، ترومبوآمبولی نقش دارد [۲]. بیماری سرخرگ عروق کرونر بر اساس میزان تنگی عروق و انسداد جریان خون میوکارد و تشکیل ترمبوز باعث بروز عوارض و علایمی می‌شود [۱]. علائم بیماری از جمله بروز درد قفسه سینه و انتشار درد به بازو، پشت گردن، فک تحتانی و ناحیه معده، تعریق، ضعف، تهوع و استفراغ، تنگی نفس و اضطراب است [۱]. بر اساس گزارش انجمن قلب آمریکا در سال ۲۰۳۰ میلادی از هر سه نفر آمریکایی یک نفر یا بیشتر به یکی از اشکال بیماری‌های قلبی و عروقی مبتلا خواهند شد [۳]. در ایران نیز مانند کشورهای پیشرفته این بیماری قبل از ۴۵ سالگی در مردها و قبل از ۵۰ سالگی در زنان اتفاق می‌افتد [۴،۵] به طوری که تحقیقات نشان می‌دهد ۳۷۸ مورد در سال ۲۰۱۳

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]
[DOI: 10.30491/JCC.17.4.19]

مرگ در ایران بر اثر بیماری‌های قلبی رخ می‌دهد [۶،۷،۸]. سندرم حاد کرونری با روش‌هایی مانند درمان دارویی، کنترل عوامل خطرآفرین و فرآیند عروق‌سازی مجدد به منظور حفظ و تأمین خون‌رسانی به میوکارد شامل انواع روش‌های اقدام جلدی کرونر نظیر: آنژیوپلاستی جلدی ترانس لومینال شریان کرونر (PTCA) (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty)، برداشتن آترووم، استنت‌های داخل کرونر و نیز (CABG) (Coronary Artery Bypass Graft) قابل درمان است [۱]. پیوند عروق کرونر شایع‌ترین عمل جراحی در مبتلایان به تنگی عروق کرونر است. انجام عمل جراحی بستگی به شدت علائم، آناتومی کرونر و عملکرد بطن چپ دارد [۹]. پیوند عروق کرونر به دو روش از جمله بای‌پس قلبی- ریوی (CPB) (Cardiopulmonary Bypass) و بدون CPB انجام می‌شود [۱،۱۰] با این حال CABG عوارض و مشکلاتی را در برخی بیماران ایجاد می‌کند [۱۱]. عوارضی نظیر دیس ریتمی، MI، خونریزی [۱] نارسایی قلبی [۱۱]، ناتوانی در بازگشت به کار و فعالیت روزانه، تغییر شغل [۱۳،۱۲]، ترس و اضطراب از ناشناخته‌ها، ترس از درد، ترس از تغییر تصویر بدنی و اضطراب مرگ می‌شوند [۱].

اضطراب مرگ به ترس مداوم و غیر منطقی از مرگ و همراه با احساس وحشت و دلهره هنگام فکر کردن به آن و یا چیزهایی که پس از مرگ رخ می‌دهد، تعریف می‌شود [۱۴] و احساس ناخوشایندی است که از فکر کردن به مرگ خود یا عزیزان نیز ناشی می‌شود [۱۵]. اضطراب مرگ به عنوان بُعد عاطفی نگرش به مرگ تعریف شده است و به تنش روانشناختی ادراک شده ناشی از مرگ اشاره می‌کند [۱۶]. وقتی افراد با اضطراب مرگ روبه رو می‌شوند واکنش‌های مختلفی از خود نشان می‌دهند [۱۷]. اضطراب مرگ یک مکانیسم دفاعی است که با تعارض‌های ناخودآگاه سروکار دارد و نشانه‌ای از آسیب روانی است [۱۸] بر اساس مطالعات انجام شده عوامل متعددی می‌توانند اضطراب مرگ را کاهش دهند [۱۹]. عواملی مانند فعالیت‌های مذهبی، معنا درمانی، وضعیت تأهل [۲۰] و برخورداری از وضعیت اقتصادی مطلوب و حمایت اجتماعی اضطراب مرگ را تحت تأثیر قرار می‌دهند [۲۲،۲۱].

حمایت اجتماعی یک عامل مهم برای پیامدهای بهداشتی و پیرو ادامه درمان است. حمایت اجتماعی با تسهیل رفتارهای ارتقادهنده سلامت، کاهش استرس و کمک به افراد برای سازگاری روانشناختی موجب کاهش عوارض بیماری و پایین آمدن خطر مرگ و میر می‌شود [۲۳]. حمایت اجتماعی باعث می‌شود افراد میزان عشق دیگران نسبت به خود و ارزشمندی خود را متوجه شوند به طوری که می‌تواند باعث کاهش اضطراب بیماران شود [۲۴]. حمایت اجتماعی به دو صورت دریافت شده و ادراک می‌شود. در حمایت اجتماعی دریافت شده میزان حمایت‌های کسب شده از سوی خانواده و دوستان مورد تأکید است [۲۵]. در حمایت اجتماعی ادراک شده ارزیابی فرد از دسترس بودن حمایت‌ها در مواقع نیاز بررسی می‌شود. حمایت اجتماعی ادرک شده تحت تأثیر عواملی مانند تفاوت‌های فردی، حافظه، قضاوت و زمینه‌های ارتباطی که در آن حوادث به وقوع پیوسته است قرار می‌گیرد [۲۶]. حمایت اجتماعی شامل دوستان، همسایگان، جامعه و خانواده هستند [۲۳].

خانواده اولین پایگاه حمایتی جهت ارائه مراقبت بدون قید و شرط است [۲۷]. مهم‌ترین جزء مراقبت از بیمار که نقش مؤثری در حمایت روحی و عاطفی بیمار بستری در بیمارستان را بر عهده دارد. هم چنین جزء جدا نشدنی فرایند درمان و سلامتی بیمار محسوب می‌شود [۲۸]. خانواده بخش اساسی و مهم سلامت هر فرد بوده و می‌تواند نقش به سزایی در سلامتی بیمار داشته باشد [۲۹]. بنابراین می‌توان گفت عمل قلب عملی با عوارض و خطر بالا است و ترس و اضطراب برای بیماران ایجاد می‌کند و نیاز به حمایت خانواده دارند؛ لذا این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین اضطراب مرگ و حمایت اجتماعی درک شده در بیماران CABG بستری در بخش جراحی بیمارستان شریعتی در سال ۱۴۰۲ انجام شد.

روش‌ها

این مطالعه از نوع مطالعه مقطعی است که بر روی بیماران بستری در بخش جراحی قلب بیمارستان شریعتی اصفهان در سال ۱۴۰۲ انجام گرفت.

حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران انحراف معیار ۰/۲۶ و میزان خطای ۰/۰۵ تعداد ۱۰۰ نمونه محاسبه شد. نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام شد و افرادی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند وارد مطالعه شدند. پژوهشگر پس از کسب اجازه از معاونت پژوهشی و مسئولین بیمارستان، دریافت رضایت آگاهانه کتبی از واحدهای پژوهش وارد محیط مطالعه شد. شرایط ورود به پژوهش شامل: بیمار کاندید CABG بوده، بستری بیمار در بخش جراحی، سواد خواندن و نوشتن، تمایل به شرکت در مطالعه و معیارهای خروج از مطالعه شامل فوت یا انتقال بیمار به مراکز درمانی دیگر و عدم تکمیل کامل پرسشنامه‌ها بود. جهت انجام مطالعه نحوه تکمیل پرسشنامه برای بیماران توضیح داده شد.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌ای بود که شامل سه بخش بود: بخش اول مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه‌های پژوهشی شامل: سن، جنس، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، سطح تحصیلات، محل زندگی، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، مدت زمان ابتلا به بیماری و مدت زمان دریافت درمان بود. فرم مشخصات فردی دارای پرسش‌های عینی و واضح بوده بنابراین جهت تعیین اعتبار این قسمت از اعتبار محتوا استفاده شد. بخش

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.17.4.19]

دوم پرسشنامه از اضطراب مرگ تمپلر (Templer) استفاده شد که شامل ۱۵ سؤال، دامنه نمرات این مقیاس بین صفر تا ۱۵ متغیر است که نمره بالاتر اضطراب افراد در مورد مرگ است. این پرسشنامه برای اولین بار در سال ۱۹۷۰ معرفی شد [۳۰]. این پرسشنامه استاندارد بود و بارها در پژوهش‌هایی در سطح جهان استفاده شده است و در ایران نیز ترجمه و اعتباریابی شده است و همسانی درونی آن در مطالعه رجبی و همکاران ذکر شده است [۳۱]. بخش سوم پرسشنامه مقیاس حمایت اجتماعی درک شده یک ابزار ۱۲ ماده‌ای است و حمایت اجتماعی از ۳ منبع خانواده، اجتماع و دوستان در اندازه‌های هفت درجه‌ای از ۱ "کاملاً مخالفم" تا ۷ "کاملاً موافقم" می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره فرد در کل مقیاس به ترتیب ۱۲ و ۸۴ و در هر یک از زیر مقیاس‌های حمایت خانوادگی، اجتماعی و دوستان به ترتیب ۴ و ۸ محاسبه می‌شود نمره بالاتر نشان‌دهنده حمایت اجتماعی ادراک شده بیشتر است. این پرسشنامه استاندارد بوده و در پژوهش‌های خارجی تأیید شده است [۳۲] و در ایران نیز استفاده شده است [۳۴،۳۳]. به منظور برآورد پایایی پرسشنامه، ابتدا پرسشنامه به صورت آزمایشی در اختیار ۳۰ نفر از بیماران (که در مطالعه شرکت داده نشده‌اند) قرار گرفت و پایایی آن در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ برای پرسشنامه اضطراب مرگ برابر با ۰/۸۸ و برای پرسشنامه مقیاس حمایت اجتماعی درک شده برابر با ۰/۸۵ بدست آمد.

نتایج پژوهش با استفاده از روش‌های آماری توصیفی جهت تعیین میانگین، انحراف معیار و تنظیم جداول توزیع فراوانی مطلق و با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه بین متغیرها استفاده شد و سپس داده‌ها در نرم‌افزار SPSS ورژن ۲۰ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

جدول شماره یک مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه‌های پژوهش (سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، محل زندگی، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، زمان ابتلا، زمان درمان، بیماری‌های زمینه‌ای و تعداد فرزندان) را در دو گروه مداخله و کنترل نشان می‌دهد.

در مطالعه حاضر ۸۸ نفر (۶۰/۳ درصد) نمونه‌های مطالعه مرد، ۹۲ نفر (۶۳ درصد) متأهل، ۱۰۳ نفر (۷۰/۵ درصد) ساکن شهر، ۶۰ نفر (۴۱/۱ درصد) شغل آزاد، ۶۷ نفر (۴۵/۹ درصد) وضعیت اقتصادی متوسط، ۶۰ نفر (۴۱/۱ درصد) بی‌سواد، ۷۹ نفر (۵۴/۱ درصد) زمان ابتلا کمتر از ۶ ماه و ۸۱ نفر (۵۵/۵ درصد) در زمان کمتر از ۶ ماه تحت درمان قرار گرفتند، ۱۰۰نفر (۶۸/۵ درصد) دارای بیماری‌های زمینه‌ای و ۳۹ نفر (۲۶/۷ درصد) دارای تعداد فرزند ۵ تا ۶ نفر بودند (جدول یک).

جدول ۱. میانگین و توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت‌شناختی نمونه‌های پژوهش (۱۴۶ نفر)

متغیر	گروه (دسته‌ها)	تعداد	درصد
جنسیت	زن	۵۸	۳۹/۷
	مرد	۸۸	۶۰/۳
وضعیت تأهل	متأهل	۹۲	۶۳
	مجرد	۲۵	۱۷/۱
	مطلقه	۲۳	۱۵/۸
	بیوه	۶	۴/۱
محل زندگی	شهر	۱۰۳	۷۰/۵
	روستا	۴۳	۲۹/۵
وضعیت اشتغال	کارمند	۴۲	۲۸/۸
	آزاد	۶۰	۴۱/۱
	بازنشسته	۴۴	۳۰/۱
وضعیت اقتصادی	خوب	۲۲	۱۵/۱
	متوسط	۶۷	۴۵/۹
	ضعیف	۵۷	۳۹
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۶۰	۴۱/۱
	زیر دیپلم	۴۸	۳۲/۹
	دیپلم	۱۹	۱۳
	فوق لیسانس و دکتری	۱۹	۱۳
مدت زمان ابتلا به بیماری قلبی	کمتر از ۶ ماه	۷۹	۵۴/۱
	۶ ماه تا یک سال	۲۹	۱۹/۹
	۱–۵ سال	۹	۶/۲
	بیشتر از ۵ سال	۲۹	۱۹/۹

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.17.4.19]

متغیر		میانگین	انحراف معیار
سن		۵۹/۵۵	۱۷/۷۴
تعداد فرزندان	بدون فرزند	۳۱	۲۲/۲
	۱-۲	۲۴	۱۶/۵
	۳-۴	۳۸	۲۶
	۵-۶	۳۹	۲۶/۷
	بالای۶	۱۴	۹/۶
سایر بیماری زمینه‌ای	دارد	۱۰۰	۶۸/۵
	ندارد	۴۶	۳۱/۵
مدت زمان تحت درمان دارویی یا جراحی	کمتر از ۶ ماه	۸۱	۵۵/۵
	۶ ماه تا یک سال	۲۹	۱۹/۹
	۱-۵ سال	۹	۶/۲
	بیشتر از ۵ سال	۲۷	۱۸/۵

میانگین و انحراف معیار نمره کل حمایت درک شده بیماران ۱۱/۹ ± ۶۸/۴، نمره حمایت اجتماعی ۴/۱ ± ۲۲/۷، حمایت فامیلی ۳/۵ ± ۲۳/۲ و نمره حمایت دوستان ۴/۶ ± ۲۲/۴ بود. این جدول نشان داد که بیماران بیشترین میزان حمایت را از سمت فامیل و سپس از اجتماع و دوستان دریافت می‌کنند. نمره کل اضطراب مرگ بیماران ۳ ± ۷/۸ بود که نشان‌دهنده اضطراب مرگ در حد متوسط بود (جدول دو).

جدول ۲. میانگین نمره حمایت درک شده و ابعاد آن و نمره اضطراب مرگ نمونه‌های پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار
نمره کل حمایت درک شده، نمره ۸۴-۱۲	۶۸/۴	۱۱/۹
حمایت اجتماعی، نمره ۲۸-۴	۲۲/۷	۴/۱
حمایت فامیلی، نمره ۲۸-۴	۲۳/۲	۳/۵
حمایت دوستان، نمره ۲۸-۴	۲۲/۴	۴/۶
نمره اضطراب مرگ	۷/۸	۳

آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره کل حمایت درک شده و ابعاد آن با اضطراب مرگ رابطه معکوس و معنادار وجود دارد. به طوری که با افزایش حمایت درک شده اضطراب مرگ کاهش می‌یابد. قوی‌ترین همبستگی در بُعد حمایت اجتماعی با اضطراب مرگ وجود داشت که نشان‌دهنده تأثیر بیشتر حمایت اجتماعی در کاهش اضطراب مرگ است (جدول سه).

جدول ۳. همبستگی نمره اضطراب مرگ و نمره حمایت درک شده و ابعاد آن در نمونه‌های پژوهش

حمایت درک شده و ابعاد آن	اضطراب مرگ	
	r	P
نمره کل حمایت درک شده نمره ۸۴-۱۲	-۰/۲۲	۰/۰۰۷
حمایت اجتماعی نمره ۲۸-۴	-۱/۹۶	۰/۰۱
حمایت فامیلی نمره ۲۸-۴	-۰/۲۸	<۰/۰۰۱
حمایت دوستان نمره ۲۸-۴	-۰/۱۸	۰/۰۳

بحث

این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین اضطراب مرگ و حمایت اجتماعی درک شده از سمت خانواده در بیماران CABG بستری در بخش جراحی بیمارستان شریعتی اصفهان در سال ۱۴۰۲ انجام شد. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد نمره کل اضطراب مرگ بیماران ۳ ± ۷/۸ بود که نشان‌دهنده اضطراب مرگ در حد متوسط بود. یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعه رحیمی و همکاران (۱۴۰۰) تحت عنوان اضطراب مرگ و نشانگان افت روحیه در بیماران با سکته قلبی بستری در بخش‌های مراقبت ویژه مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران هم راستا بود او نشان داد اضطراب مرگ بیماران بعد از ابتلا به سکته قلبی در حد متوسط بود و توجه به آن و شناخت عوامل مؤثر بر آن توسط پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه قلبی ضروری است و توصیه می‌شود این مسئله در آموزش مراقبت از این بیماران گنجانده شود [۳۵]. که نتایج مطالعه حاضر را تأیید می‌کند با این تفاوت که رحیمی و همکاران مداخله خود را در بیماران مبتلا به سکته قلبی انجام دادند [۳۵].

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.17.4.19]

همچنین این نتایج با یافته‌های مطالعه ساهان و همکاران (Sahan et al) (۲۰۱۸) تحت عنوان اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد یا سرطان نشان داد که اضطراب مرگ در ۱۰۸ مرد و ۷۲ زن بیمار قلبی در ترکیه در حد متوسط بود که با نتایج مطالعه حاضر هم‌سو است [۳۶]. هم چنین با یافته‌های مطالعه سلطانی و همکاران، تولوس و همکاران، اسدی و همکاران (۲۰۲۲) و تورسون هم راستا بود [۳۷-۳۹]. شاید علت وجود تفاوت جزئی در نتایج، میزان دسترسی به امکانات، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، شرایط کشورهای دیگر و تفاوت در ابزار پژوهش‌ها باشد.

در برخی مطالعات اضطراب مرگ بیماران بالا و شدید بود [۴۰-۴۲]. مطالعه ولی‌خانی و یارمحمدی تحت عنوان بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی با اضطراب مرگ در بیماران قلبی عروقی نشان داد میزان شیوع اضطراب مرگ شدید در بین بیماران قلبی ۴۱/۷ درصد، اضطراب مرگ متوسط ۲۸/۳ درصد و اضطراب مرگ خفیف ۳۰ درصد بود، در واقع بیشتر بیماران اضطراب مرگ شدید را داشتند [۴۰]. هم چنین نتایج مطالعات صادقی و همکاران (۱۳۹۳) و حسن‌خانی و همکاران نشان داد اضطراب مرگ بیماران کرونری قلب بالا است [۴۱] که نتایج این مطالعات مغایر با مطالعه حاضر است. از آنجا که میزان اضطراب مرگ در بیماران قلبی متوسط رو به بالاست می‌توان گفت که توجه به آن در حرفه پرستاری ضروری است. پرستاران باید ضمن تشخیص دقیق این پدیده، مداخلات پرستاری مناسبی را برای کمک به این بیماران انجام دهند.

یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعه حاج‌حسنی و همکاران (۱۳۹۹) تحت عنوان اضطراب مرگ در سالمندان: نقش سلامت معنوی و حمایت اجتماعی ادرک شده هم راستا بود او نشان داد حمایت اجتماعی درک شده از سوی خانواده ۰/۳۷ دوستان۰/۳۰ و افراد مهم زندگی ۰/۱۶ بود که حمایت اجتماعی از سوی خانواده می‌تواند اضطراب مرگ سالمندان را به صورت منفی پیش‌بینی کند [۴۲] نتایج مطالعه حاضر را تأیید می‌کند با این تفاوت که او پژوهش خود را در سالمندان ساکن شهرستان شهرکرد حمایت اجتماعی ادراک شده زمن (Zemen) انجام داد [۴۲]. هم چنین یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعه طباطبایی چهر (۱۳۹۸) تحت عنوان مقایسه بین حمایت اجتماعی دریافت شده و حمایت اجتماعی درک شده از دیدگاه افراد سالمند هم راستا بود. او نشان داد نقش ویژه خانواده به عنوان تأثیرگذارترین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی از دیدگاه افراد سالمند است، لذا پیشنهاد می‌شود ضمن آگاه‌سازی خانواده در این خصوص برنامه‌ریزی‌ها و حمایت‌های رسمی و غیر رسمی به سمت مراقبت‌های خانواده محور سوق داده شود [۴۳] نتایج مطالعه حاضر را تأیید می‌کند. با این تفاوت که طباطبایی چهر مطالعه خود را با کمک جدول اعداد تصادفی و کدهای اختصاصی موجود در سامانه سینا انجام داد و از پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیت‌شناختی، حمایت اجتماعی دریافت شده شربون (Sherbon) و استوارت و حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت (Zemet) جمع‌آوری شد [۴۳]. این نتایج با مطالعه ژو و همکاران (۲۰۱۷) و علیپور و همکاران (۱۳۹۵) و سومان و همکاران (Soman etal) (۲۰۱۶) نیز هم راستا است [۴۴-۴۶]. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت در جوامع ایرانی خانواده اولین پایگاه حمایتی جهت ارائه مراقبت بدون قید و شرط است [۲۷]، نقش مهمی در حمایت روحی و عاطفی بیمار بستری در بیمارستان به عهده دارد و منبع ارزشمند حمایت اجتماعی برای اعضای خانواده محسوب می‌شود [۲۸].

آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره کل حمایت درک شده و ابعاد آن با اضطراب مرگ رابطه معکوس و معنادار وجود دارد. به طوری که با افزایش حمایت درک شده اضطراب مرگ کاهش می‌یابد. قوی‌ترین همبستگی در بُعد حمایت اجتماعی با اضطراب مرگ وجود داشت که نشان‌دهنده تأثیر بیشتر حمایت اجتماعی در کاهش اضطراب مرگ است. یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعه جلایی و همکاران (۱۳۹۷) تحت عنوان بررسی وضعیت حمایت اجتماعی درک شده و ارتباط آن با میزان ترس و اضطراب در بیماران کاندید جراحی پیوند عروق کرونر در بیمارستان امام علی (ع) کرمانشاه با یافته‌های مطالعه حاضر هم راستا است او نشان داد بین حمایت اجتماعی درک شده و میزان اضطراب رابطه معکوس و معنی‌داری مشاهده شد (r = ۰/۳) با این تفاوت که ابزار پژوهش در مطالعه جلالی و همکاران برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های ویژگی‌های فردی, حمایت اجتماعی درک شده شربورن- استوارت، معیار ترس از عمل پیوند عروق کرونر و پرسشنامه اضطراب آشکار اسپیل برگر استفاده شد [۴۷]. این مطالعه با یافته‌های مطالعه بی بی و همکاران (Bibi et al) (۲۰۲۰) تحت عنوان اضطراب مرگ، حمایت اجتماعی درک شده و همبستگی جمعیتی بیماران مبتلا به سرطان سینه در پاکستان هم‌راستا است. نتایج او نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی به کاهش اضطراب مرگ و افزایش دوره بهبودی کمک می‌کند [۴۸]. هم چنین نتایج یافته‌های این مطالعه با نتایج مطالعه رضوی (۲۰۱۵)، ابراهیمی و همکاران (۲۰۱۸) و چکوورجی و همکاران (Chukwuorji et al) (۲۰۲۰) نیز هم‌سو است [۴۹-۵۱]. اگرچه نتیجه مطالعه حاضر و مطالعات ذکر شده نشان می‌دهد بین نمره کل حمایت درک شده و ابعاد آن با اضطراب مرگ رابطه معکوس و معنادار وجود دارد. ولی مطالعات با نتایج مخالف با این مطالعه وجود ندارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت حمایت اجتماعی ادراک شده به وسیله تعامل اجتماعی به دست می‌آید که می‌تواند بر انتخاب مؤثر و عزت نفس مؤثر باشد و در نتیجه اضطراب روانشناختی و سازگاری را افزایش دهد.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.17.4.19]

همچنین فردی که حمایت اجتماعی مناسبی ندارد، هنگام بروز مشکلات می‌توانند به حمایت‌های اطرافیان که در دسترس هستند تکیه کنند. در نتیجه این عامل منجر به نوعی حس اعتماد به نفس در مواجه با استرس‌هایی از جمله اضطراب مرتبط با مرگ می‌شود [۴۹].

از محدودیت‌های مطالعه حاضر این بود که بیماران شرکت‌کننده در مطالعه از نظر فرهنگی، اجتماعی و عاطفی با یکدیگر متفاوت هستند که سعی شد با انتخاب تصادفی نمونه‌ها این مشکل کنترل شود. همچنین برخی از بیماران امکان داشت سابقه زندگی در خانواده‌های پرتنش داشته باشند.

نتیجه‌گیری

عمل جراحی پیوند عروق کرونر عمل سنگینی است و ترس و اضطراب برای بیماران از جمله اضطراب مرگ ایجاد می‌کند. چون در باور عموم قلب، اصلی‌ترین ارگان بدن است. با توجه به اینکه حمایت اجتماعی ادراک شده توانایی زیادی در پیش‌بینی اضطراب مرگ این بیماران دارد و مهم‌ترین منبع حمایت، حمایت خانواده است، لذا پیشنهاد می‌شود پرستاران با بهره‌گیری از منابع حمایتی موجود در جامعه و مشارکت خانواده در جهت بهبود شرایط جسمی و روحی بیماران قبل از عمل جراحی و کاهش اضطراب مرگ بیماران گامی بردارند. همچنین به دلیل بالا بودن هزینه‌های درمانی، یکی از رویکردهای مورد توجه انجام مراقبت‌ها و حمایت‌های لازم توسط خانواده بیمار برای جلوگیری از پیشرفت بیماری و کاهش عوارض و پیامدهای آن مانند اضطراب بیمار است. نتایج این پژوهش می‌تواند در هنگام مراقبت از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، جهت مراقبت بهتر از بیماران و بالا بردن امیدواری آنها توسط اعضای خانواده مورد استفاده قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

این مطالعه دارای کد کمیته اخلاق (IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1403.140) به تاریخ ۱۴۰۳/۶/۲۲ است. محققین از کلیه مشارکت‌کنندگان که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند تشکر می‌نمایند.

تعارض منافع: مقاله دارای تضاد منافع نیست.

منابع

1. Hinkle JL, Cheever KH. Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. Wolters kluwer india Pvt Ltd; 2018 Aug 30.
2. Council AR, Council NZ. Acute Coronary Syndromes: Introduction to Acute Coronary Syndromes. ARC and NZRC Guideline 2011. Emergen Med Australasia. 2011 Jun 14;23:299-301. doi:10.1111/j.1742-6723.2011.01422_17.x
3. Lilly LS. Pathophysiology of heart disease: an introduction to cardiovascular medicine. Lippincott Williams & Wilkins; 2024.
4. Mohammadpour A, Mohammadian B, Basiri Moghadam M, Nematollahi M. The effects of topical heat therapy on chest pain in patients with acute coronary syndrome: a randomised double-blind placebo-controlled clinical trial. J Clin Nurs. 2014; 23(23-24): 3460-7. doi. 10.1111/jocn.12595
5. Zafari Nobari SH, Parast GB, Athari SH. Face to face training effects on knowledge, attitudes and beliefs of patients with acute coronary syndrome, heart disease: an experimental study. Iranian Journal of Cardiovascular Nursing. 2011;1(1):36-41.
6. Noohi. Head of Iranian Heart Association. Heart diseases cause 38 percent of deaths in Iran. 2006. http://www.farsnews.com. available at 23 nov 2013.
7. Miri R, Agha Hosseini M, Farzaneh S. The relationship between blood groups and ischemic heart disease in hospitalized patients in centers martyr Beheshti University of Medical Sciences. Inquiring. Journal of martyr Beheshti University of Medical Sciences. 2009; 14(3): 143-6. [Persian]
8. Hashmi S, Zakeri moghaddam M. The effect of relaxation and music therapy on anxiety in patients awaiting cardiac catheterization. Iranian Journal of Cardiovascular Nursing. 2012; 1(4): 23-30. [Persian]
9. Sandner S, Redfors B, An KR, Harik L, Heise R, Di Franco A, Fremes SE, Hare DL, Kulik A, Lamy A, Peper J. Coronary artery bypass graft failure in women: incidence and clinical implications. Journal of the American College of Cardiology. 2024 Jul 9;84(2):182-91. doi. 10.1016/j.jacc.2024.04.046
10. Elsebaie A, Shakeel A, Zhang S, Alarie M, El Tahan M, El-Diasty M. Effect of oxygen delivery during cardiopulmonary bypass on postoperative neurological outcomes in patients undergoing cardiac surgery: A scoping review of the literature. Perfusion. 2025 Mar;40(2):283-94. doi. 10.1177/02676591241239279
11. Siribaddana S. Cardiac dysfunction in the CABG patient. Current opinion in pharmacology. 2012 Apr 1;12(2):166-71. doi. 10.1016/j.coph.2012.01.010
12. Jafari M, Rashidlamir A, Dastani M, Fathi M, Alavinya SE. The effect of cardiac rehabilitation on ApoA1 and ApoB in men with coronary heart disease (CHD) after coronary artery bypass graft (CABG). Medical Science Journal of Islamic Azad Univesity-Tehran Medical

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.17.4.19]

Branc 2018;28(2):117-23. doi.10.29252/iau.28.2.117
13. Dababneh EH, Saha S, Östlundh L, Al-Rifai RH, Oulhaj A. Impact of cardiac rehabilitation on mortality and morbidity in diabetic versus non-diabetic patients: protocol for a systematic review and meta-analysis. BMJ open. 2021 Apr 1;11(4):e047134. doi. 10.1136/bmjopen-2020-047134
14. Moetamedi A, Pajouhinia Sh, Fatemi Ardestani SMH. [The impact of spiritual wellbeing and resiliency in predicting death anxiety among elderly people in Tehran]. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2015; 3(2): 19-26.
15. Lashgari F, Azimian J, Ranjbaran M, Soleimani M. Predictive Factors of Death Anxiety in Caregivers of Hemodialysis Patients. 2019; 27(3): 187-197. doi. 10.30699/ajnmc.27.3.187
16. Razini Hashemi H, Baheshmat Juybari S, Ramshini M. Relationship between coping sterategies and locus of control with the anexiety of death in old people Iranian journal of ageing. 2017;12(2):232-41. doi. 10.21859/sija-1202232
17. Salaripour SM, Maktabi G, Alipour S. Relationship between emotional intelligence and religious orientation with death anxiety in retired male employees of Khuzestan Steel Industries of Ahvaz. Counseling Culture and Psycotherapy. 2018 Mar 21;9(33):99-117. doi. 10.22054/qccpc.2018.27614.1686
18. Rezvanirad S, Shaker Dioulagh A. [Comparison of self-efficacy,life expectancy and death anxiety in people with and without heart disease. Iran J Cardiovasc Nurs. 2018; 7(2):34-40. [Persian]
19. . Hashemi Razini H, Baheshmat Juybari S, Ramshini M. [Rela-tionship between coping strategies and locus of control with the anxiety of death in old people. Iran J Ageing.2017; 12(2):232-41. [Persian]
20. Jo KH, Song BS. Effect of family cohesion, sub-jective happiness and other factors on death anx- iety in Korean elders. Journal of Korean Acade- my of Nursing. 2012; 42(5):680-688. doi. 10.4040/jkan.2012.42.5.680
21. Reyes MES, Amistoso MNG, Babaran CAC, Bulaong GBM, Reyes VDM, Tubig NN. Death anxiety and self-esteem of fili-pino youths and older adults. N Am J Psychol. 2017; 19(2):435-50.
22. Krause N, Pargament KI, Ironson G. In the shadow of death: Religious hope as a moderator of the effects of age on death anxiety. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2018; 73(4):696-703. doi. 10.1093/geronb/gbw039
23. Razavi R, Yaghubi H, Ganji K. Modeling the relationships between cancer self-efficacy and treatment adherence in women with breast cancer: The mediating role of social support. Nursing and Midwifery Journal. 2021 May 10;19(2):158-68.
24. Salehi Nezhad Z, Maghsoudi S. Social support and related factors in patients with cancer in Kerman. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2021;63(6):2022-34. doi.10.22038/MJMS.2021.17586
25. Ang S, Malhotra R. Association of received social support with depressive symptoms among older males and females in Singapore: Is personal mastery an inconsistent mediator? Soc Sci Med. 2016;153:165-73.doi: doi. 10.1016/j.socscimed.2016.02.019
26. . Tabatabaeichehr M, Mortazavi H, Sharifiyan E, Mehraban Z. Comparative Study of Received Social Support and Perceived Social Support from the Viewpoint of the Elderly People. Journal of North Khorasan university of Medical Sciences .2018;11(2): 98-106
27. Aran A, Abazari F, Farokhzadian J, Azizzadeh Forou - zi M. Comparing the perception of family-centered care from the perspectives of nursing staff and mothers of hospitalized children in children's wards. Hayat. 2018;24(1):48-58.
28. Salmani F, Mohammadi E, Rezvani M, Kazemnezhad A. The effects of family-centered affective stimulation on brain-injured comatose patients' level of consciousness: A randomized controlled trial. International journal of nursing studies. 2017 Sep 1;74:44-52.doi: doi. 10.1016/j.ijnurstu.2017.05.014
29. Ezzati, N. The effect of family support on the recovery process of female patients with cardiovascular diseases. 2018; 41(11).121-136.
30. Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a Death Anxiety scale. Journal of General Psychology, 82: 165-177.
31. Rajabi, Gholamreza. Bahrani, Mahmoud. Factor analysis of questions on the death anxiety scale. Journal of Psycholog, 2001. 5 (4): 331-344.
32. Saggino, R. & Kline, P. (1996). Item factor analysis of the Italian version of the Death Anxiety Scale. Journal of Clinical Psychology. 52: 329-333. doi. 10. 1002/(SICI)1097-4679
33. Jalaei T, Astanegi S, Rahmati M, Salari N. The Survey of Perceived Social Support Status and Its Relation to Fear and Anxiety of Cabg Candidate Patient's in Imam Ali's Hospital of Kermanshah. Nursing and Midwifery Journal 2018; 16 (5) :354-363.
34. Sadeghi H, Saeedi M, Rahzani K, Esfandiary A. The relationship between social support and death anxiety in hemodialysis patients. IJPN 2015; 2 (4) :36-48
35. Rahimi S , h Inanlou M , Najafi Ghezeljeh T , Haghani H. The Death Anxiety and Demoralization in Patients With Acute Myocardial Infarction Admitted to Post Cardiac Care Units of Iran University of Medical Sciences in 2021. 35(138):392-405. doi. 10.32598/ijn.35.138.3060
36. Şahan E, Eroğlu MZ, Karataş MB, Mutluer B, Uğurpala C, Berkol TD. Death anxiety in

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.17.4.19]

patients with myocardial infarction or cancer. Egypt Heart J. 2018; 70(3):143-7. doi. 10.1016/j.ehj.2018.04.003
37. Soltani F, Hosseini F, Arab M. [Relationship of daily spiritual experiences with life expectancy and death anxiety in patients undergoing coronary artery bypass surgery (Persian)]. Iran J Cardiovasc Nurs. 2016; 5(2):6-13.
38. Asadi N, Esmaeilpour H, Salmani F, Salmani M. The relationship between death anxiety and alexithymia in emergency medical technicians. OMEGA-Journal of Death and Dying. 2022 Aug;85(3):772-86. doi. 10.1177/00302228211053475
39. Tülüce D, Kaplan Serin E. The death anxiety experienced by cardiac patients in the covid-19 pandemic and its affecting factors. Omega (Westport). 2022; 302228221093461. doi. 10.1177/00302228221093461
40. Valikhani A, Yarmohammadi-Vasel M. [The relationship between attachment styles and death anxiety among cardiovascular patients (Persian)]. J Kerman Univ Med Sci. 2014; 21(4):355-67.
41. Hassankhani H, Rashidi K, Rahmani A, Abdullahzadeh F, Golmohammadi A, Ozairi S, et al. The relationship between death depression and death anxiety with coping style among CHD Patients. Iranian J Psychiatry Behav Sci. 2016; 10(4):e4062. doi. 10.17795/ijpbs-4062.
42. Hajihasani M, Naderi N. Death Anxiety in the Elderly: The Role of Spiritual Health and Perceived Social Support. 2020;6(4): 309-319. doi. 10.22126/JAP.2020.5778.1473
43. Tabatabaeichehr M, MortazaviH , Sharifiyan E , Mehraban Z. Comparative study of received social support and perceived social support from the viewpoint of the elderly people.2019; 11(2):99-106
44. Zhou K, Li H, Wei X, Yin J, Liang P, Zhang H, et al. Relationships between received and perceived social support and health-related quality of life among patients receiving methadone maintenance treatment in Mainland China. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2017;12(1):33. doi. 10.29252/nkjmd-110215
45. Ahmad Alipour MAD, Fatemeh, Amini AHJ. Relationship between perceived social support and adherence of treatment in Diabetes mellitus type 2: mediating role of resillency and hope. Res Psychol Health. 2016;10(2):53-67. doi. 10.18869/acadpub-10.2.53
46. Soman S, Bhat SM, Latha KS, Praharaj SK. Gender Differences in Perceived Social Support and Stressful Life Events in Depressed Patients. East Asian Arch Psychiatry. 2016;26(1):22-9.
47. Jalaei T , Astanegi S , Rahmati M , Salari N. The Survey Of Perceived Social Support Ststus And Relation To Fear And Anxiety Of CABG Candidate Patients In Imam Alis Hospital Of Kermanshsh.2018:16(5):354-363.
48. Bibi A, Khalid MA. Death anxiety, perceived social support, and demographic correlates of patients with breast cancer in Pakistan. Death studies. 2020;44(12):787-92. doi. 10.1080/07481187.2019.1614108
49. Chokami AA, Razavi V. Relationship between social support and hope and death anxiety among the old people of Tehran Omid Cultural Center. International Journal of Life Sciences 2015; 9(2): 65-70.
50. Ebrahimi, B., Hosseini, M., & Rashedi, V. The Relationship between social support and death anxiety among the elderly. Elderly Health Journal 2018; 4(2): 37- 42. doi. 10.18502/ehj.v4i2.261
51. Chukwuorji, J. C., Uzuegbu, C. N., Chukwu, C. V., Ifeagwazi, C. M., & Ugwu, C. (2020). Social support serves emotion regulation function in death anxiety among people living with HIV/AIDS. South African Journal of Psychology, 50(3), 395- 410. doi. 10.1177/0081246319894700.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.17.4.19]