Original Article

Editing and psychometrics of the death attitude tool and its association with organ donation after brain death: based on structural equation model

Abbasi F, Ganji M*, **Mousavi SK**

Department of Social Sciences, Faculty of Humanities, University of Kashan, Kashan, I.R. Iran.

Received: 2019/09/17 | Accepted: 2020/01/27

Abstract:

Background: In the modern age, with its increasing reflexivity, death has changed to technical issue, its quality is left to the medical profession, so a new definition of death is introduced as brain death and the possibility of organ transplantation. Therefore, this article aimed to investigate death attitudes and its relationship with organ donation.

Materials and Methods: This descriptive-analytical study examined 475 people over the age of 20 years in Kashan in September 2017 using a population-based random sampling method. The research instrument was a researcher-made questionnaire based on Giddens' theory of late modernity. Data analysis is based on correlation and structural equation design using SPSS and AMOS software.

Results: Among the five dimensions of belief to death, natural belief, with the acceptance of death as the end of life and an inevitable reality as a result of rethinking, awareness of death, medical advances and confidence in experts of the field among the five dimensions of belief to death, had the highest average (3.77 out of 5) and were the most important explanatory variables for both religious (β=0.35, *P*<0.001) and scientific (β=0.33, *P*<0.001) dimensions to the organ donation. Model fit indices, Absolute (RMSEA=0.03) Comparative (CFI=0.92) Parsimonious (PRATIO=0.58), showed that the collected data supported the conceptual model well.

Conclusion: The designed tools had good validity and reliability and structural equation showed that organ donation entails the acceptance of death and some kind of trust since in the case of denying the death with either theme of fear or avoidance, the individual cannot accept the organ donation.

Keywords: Attitude to death, Brain death, Organ donation, Trust, Awareness

***Corresponding Author:**
Email: M.ganji@kashanu.ac.ir
Tel: 0098 315 591 3748
Fax: 0098 315 591 3737

Conflict of Interests: ***No***

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, April, 2020; Vol. 24, No 1, Pages 99-108

Please cite this article as: Abbasi F, Ganji M, Mousavi SK. Development instrument of attitude to death and its association with organ donation after brain death (based on structural equation model). ***Feyz*** 2020; 24(1): 99-108.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-03]

تدوین و روان‌سنجی ابزار نگرش به مرگ و بررسی ارتباط آن با اهدای اعضای بدن پس از مرگ مغزی (بر اساس مدل معادلات ساختاری)

فرزاد عباسی [۱]، محمّد گنجی [۲*]، سید کمال‌الدین موسوی [۳]

خلاصه:

سابقه و هدف: در جامعه مدرن با بازاندیشی روزافزون، مرگ به‌صورت یک امر فنی درآمده است؛ تعیین کیفیت آن در اختیار حرفه پزشکی قرار دارد و در این راستا تعریف جدیدی از مرگ با نام مرگ مغزی و امکان پیوند اعضا مطرح شده است. از این‌رو هدف نوشتار حاضر، بررسی نگرش به مرگ و ارتباط آن با اهدای عضو می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی - مقطعی، تعداد ۴۷۵ نفر از افراد بالای ۲۰ سال کاشان را در شهریور ۱۳۹۸ با روش نمونه‌گیری تصادفی متناسب با جمعیت بررسی کرده است. ابزار پژوهش، پرسشنامه محقق‌ساخته مبتنی بر نظریه مدرنیته متأخر گیدنز بوده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها مبتنی بر همبستگی و طرح معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار SPSS و AMOS است.

نتایج: در میان ابعاد پنجگانه نگرش به مرگ، نگرش طبیعی با شاخصه‌های پذیرش مرگ به‌عنوان اتمام حیات و واقعیتی اجتناب‌ناپذیر درنتیجه بازاندیشی، مرگ‌آگاهی، پیشرفت‌های پزشکی و اعتماد به متخصصان این حوزه، بالاترین میانگین (۳/۷۷ از ۵) را داشت و مهم‌ترین تبیین‌کننده دو بعد نگرش دینی ($P<۰/۰۰۱$، $\beta=۰/۳۵$) و علمی ($P<۰/۰۰۱$، $\beta=۰/۳۳$) به اهدا بود. شاخص‌های برازش مطلق (RMSEA=۰/۰۳)، تطبیقی (CFI=۰/۹۲) و مقتصد (PRATIO=۰/۵۸) بیانگر این است که داده‌های جمع‌آوری‌شده به‌خوبی، مدل مفهومی را مورد حمایت قرار دادند.

نتیجه‌گیری: ابزارهای طراحی‌شده از اعتبار و پایایی مطلوبی برخوردار بود و تحلیل ساختاری نیز نشان داد که اهدای عضو، مستلزم پذیرش مرگ و نوعی اعتماد بوده، در صورت انکار مرگ با دو مضمون ترس و اجتناب، فرد نمی‌تواند پذیرای اهدای عضو باشد.

واژگان کلیدی: نگرش به مرگ، مرگ مغزی، اهدای عضو، اعتماد، آگاهی

دو ماه‌نامه علمی – پژوهشی فیض، دوره بیست و چهارم، شماره ۱، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۹، صفحات ۱۰۸-۹۹

مقدمه

مرگ مغزی به‌معنی قطع برگشت‌ناپذیر تمامی عملکردهای مغزی کورتیکال، ساب‌کورتیکال و ساقه مغز به‌طور هم‌زمان است. بیمار دارای ضربان خودکار قلب بوده که ادامه آن به کمک دستگاه تنفس مصنوعی به‌مدت چند ساعت تا حداکثر چند روز امکان‌پذیر می‌باشد که در این حالت می‌توان اندام‌های سالم فرد دچار مرگ مغزی را به افراد نیازمند پیوند زد [۱]. در سال ۲۰۱۳ در سراسر جهان ۱۱۲ هزار پیوند انجام شد که کمتر از ۱۰ درصد نیاز جهانی بود [۲].

۱. دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران

۲. دانشیار، گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران

۳. استادیار، گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران

* نشانی نویسنده مسؤول:

کاشان، کیلومتر ۶ بلوار قطب راوندی، دانشگاه کاشان

تلفن: ۰۳۱۵۵۹۱۳۷۴۸ دورنویس: ۰۳۱۵۵۹۱۳۷۳۷

پست الکترونیک: M.ganji@kashanu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۶/۲۶ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۹۸/۱۱/۷

آمار اهدا در ایران ۱۰/۳ در میلیون نفر است که در مقایسه با بسیاری از کشورهای غیرآسیایی (۱۵ تا ۳۹ در میلیون نفر) پایین است [۳]. امروزه در ایران ۲۷۰۸۱ نفر در انتظار پیوند هستند و عده‌ای با کمک دستگاه دیالیز زندگی سختی را می‌گذرانند [۴]. پژوهش‌های مختلف، عوامل متعددی را در رابطه با اهدای عضو مطرح کرده‌اند که از جمله آن‌ها می‌توان به باورهای دینی اشاره کرد؛ این در حالی است که خود باور دینی تأثیرات متفاوتی مانند امیدواری آخرت‌باورانه [۵]، ترس پاسخگویی آن‌جهانی [۶] و پذیرش طبیعی مرگ درنتیجه ایجاد معنا [۷] را به همراه دارد که می‌تواند در زمینه اهدا، واکنش‌های رفتاری متفاوتی داشته باشد؛ در واقع در صورت پذیرش مرگ است که فرد می‌تواند پذیرای اهدا باشد. نگرش به مرگ، یکی از عوامل تأثیرگذار بر رفتارهای حوزه سلامت است [۸]. مرگ به‌خاطر ماهیت پر ابهام آن، برای بسیاری از انسان‌ها تهدیدآمیز جلوه می‌کند [۹] و کیفیت زندگی را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد [۱۰]. اضطراب مرگ بر اساس سن، جنس و اعتقادات مذهبی متفاوت است [۱۱]. در مجموع می‌توان گفت که رشد عقلانیت ابزاری، دستاوردهای مهندسی ژنتیک و تحولات فرهنگی [۱۵-۱۲]، مفهوم سنتی مرگ را دگرگون کرده است و انسان در زمان حیات می‌تواند در مورد مرگ خود تصمیم‌گیری کند

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-03]

و برای پیوند عضو اعلام آمادگی نماید؛ بنابراین مرگ از یک پدیده تصادفی به یک امر مدیریت‌پذیر [۱۶] و قابل مذاکره [۱۷] تبدیل شده است. مطالعات زیادی در زمینه نگرش انسان‌ها به مرگ انجام نشده است (Solvey & Martin [۱۸]، Amy Hui-Mei [۱۹]، Deborah [۲۰]، Daaleman & Dobbs [۲۱]) و هیچ‌گونه ابزار استانداردی که بتوان با آن نگرش به مرگ را بین انسان‌ها سنجید، وجود ندارد. با توجه به عدم وجود پیشینه پژوهشی، هدف اصلی پژوهش حاضر، طراحی و روان‌سنجی ابزار نگرش به مرگ و همچنین بیان ارتباط آن با اهدای عضو در کنار سایر عوامل مؤثر می‌باشد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر که برگرفته از پایان‌نامه دکتری با کد ۱۲۸۱۲۳ می‌باشد، پژوهشی است از نوع توصیفی - مقطعی که در شهریورماه ۱۳۹۸ در شهر کاشان انجام شد و حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار SPSS Sample Power با توجه به سطح آلفای ۰/۰۱، توان آزمون بالای ۸۰ درصد و تعداد گویه‌های درگیر در تحلیل، ۴۷۵ نفر انتخاب شد. این تعداد، متناسب با حجم نمونه موردنیاز برای پایایی‌سنجی - روایی‌سنجی و تحلیل مدل ساختاری می‌باشد. انتخاب نمونه به‌صورت تصادفی چندمرحله‌ای متناسب با حجم جمعیت مناطق پنجگانه شهرداری کاشان انجام شد. با مراجعه به درب منازل و ارائه معرفی‌نامه از دانشگاه کاشان و بیان هدف تحقیق برای سرپرست خانوار، در صورت تأیید و موافقت ایشان کلیه افراد بالای ۲۰ سال وارد مطالعه می‌شدند و پرسشنامه‌ها در اختیارشان قرار می‌گرفت و پس از تکمیل از آن‌ها تحویل گرفته می‌شد. در رابطه با طراحی ابزار می‌توان گفت که ابتدا کلیه متون علمی و مقالات در زمینه نگرش به مرگ، اهدای عضو و عوامل مؤثر بر آن مطالعه و پرسشنامه‌های اوّلیه هر کدام بر اساس نظریه مدرنیته متأخر گیدنز [۲۲،۶] و مطالعات Martin و Solvey [۱۸] و Glock و Stark [۲۳] طراحی شد. این متغیرها شامل موارد زیر بود.

- برای سنجش نگرش به مرگ به‌عنوان متغیر میانجی از طبقه‌بندی پنج‌بعدی مبتنی بر نظریه گیدنز استفاده شد. ۱- نگرش طبیعی: پذیرش واقعیت مرگ به‌نحوی که معنا و لذت بردن شخص از زندگی‌اش را بالا ببرد، ۲- نگرش انتقالی: مرگ را گذرگاهی به جهانی بهتر می‌داند، ۳- نگرش رهایی: دیدن مرگ به‌عنوان رهایی از رنج موجود است، ۴- نگاه اضطرابی: نگرانی در باب اندیشه مرگ است، ۵- نگاه اجتنابی: خودداری از اندیشه در باب مرگ را بیان می‌کند. طراحی اوّلیه پرسشنامه آن شامل ۴۵ گویه صورت گرفت.

- ابزار سنجش نگرش به اهدای عضو تحت‌عنوان متغیر وابسته به معنای موافقت با اهدای اعضای بدن خود پس از مرگ مغزی و گزاره‌های نزدیک به این فضای مفهومی می‌باشد که این ابزار دارای دو بعد دینی و علمی بود و در قالب ۲۸ گویه اوّلیه طراحی شد.

از طرفی متغیرهای مستقل مؤثر بر نگرش به مرگ و اهدای عضو براساس نظریه مدرنیته متأخر گیدنز شامل ۶ متغیر به شرح زیر انتخاب شد:

- دین‌داری: متغیر دین‌داری مبتنی بر ساختار تعریف‌شده گلارک و استارک [۲۳] با چهار بعد و ۲۳ گویه مورد سنجش قرار گرفت.

- اعتماد به جامعه پزشکی: این متغیر با معرف‌هایی مانند اعتماد به مسؤولیت‌پذیری، دانش و تجربه پزشکان، امکانات پزشکی، عدالت در تعیین گیرنده عضو و ... در دو بعد اعتماد کلی به جامعه پزشکی و اعتماد در زمینه اهدا و پیوند و در قالب ۲۰ گویه طراحی شد.

- تجربه: تجارب نزدیک به مرگ، اهدا و پیوند افراد در قالب ۱۷ گویه طراحی شد.

- رضایت: رضایت فرد از تجربیات درمانی در قالب ۱۰ گویه طراحی شد.

- رسانه: شیوه‌های جدید ادراک مرگ تا حدود زیادی متأثر از تصاویر رسانه‌های جمعی است. این متغیر در قالب ۲ بعد نقش رسانه در رابطه با مرگ و در ارتباط با اهدای عضو با ۲۰ گویه اوّلیه طراحی شد.

- آگاهی: این متغیر در قالب معرف‌هایی مانند آگاهی از قوانین مربوط به مرگ مغزی، کارت اهدا، شرایط لازم برای فرد اهداکننده و ... در قالب ۱۵ گویه اوّلیه طراحی شد.

تمامی متغیرها به جز متغیر آگاهی در طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از کاملاً مخالف (امتیاز=۱)، مخالف (امتیاز=۲)، تا حدودی موافق (امتیاز=۳)، موافق (امتیاز=۴) تا کاملاً موافق (امتیاز=۵) انتخاب شد. متغیر آگاهی در زمینه اهدای عضو در طیف دوگزینه‌ای شامل پاسخ درست (نمره ۱) و غلط یا نمی‌دانم (نمره صفر) طراحی شد. برای سنجش اعتبار صوری، کلیه پرسشنامه‌ها به دو متخصص علوم اجتماعی با مدرک تحصیلی P.hD ارسال شد و پرسشنامه پس از اعمال نظرات چندباره کارشناسان مورد تأیید قرار گرفت. برای تأمین اعتبار محتوایی (Content validity)، تعداد ۱۵ نفر متخصص در رشته‌های تحصیلی علوم اجتماعی (۷ نفر)، فلسفه (۴ نفر) و روان‌شناسی (۴ نفر) با مدرک تحصیلی حداقل کارشناسی

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-03]

انتخاب شده، کلیه پرسشنامه‌ها برای ایشان ارسال گردید. در این مرحله، ضرورت هر کدام از سؤالات بر اساس لیکرت سه گزینه‌ای شامل «ضروری و مفید»، «مفید ولی غیرضروری» و «غیرمفید» طبق نظر Lawshe [۲۴] در پرسشنامه گنجانده شد. بر اساس میزان ضرورت هر سؤال، شاخص CVR محاسبه و سؤالاتی که نمره بیش از ۰/۴۹ گرفت، تأیید و کمتر از آن رد شد. همچنین مناسبت، وضوح و سادگی هر کدام از سؤالات در قالب لیکرت ۴ گزینه‌ای از زیاد (نمره ۴) تا خیلی کم (نمره ۱) در پرسشنامه گنجانده شد. شاخص CVI برای سنجش این ویژگی‌ها محاسبه و سؤالات با CVI>۰/۷ تأیید شد و کمتر از آن مورد بازبینی و اصلاح قرار گرفت. برای سنجش اعتبار سازه (Construct validity) از طریق تحلیل عاملی اکتشافی (Factor Analysis) با استفاده از روش مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریماکس استفاده شد. آزمون بارتلت (BT) و کایزر مایر الکین (KMO) برای بررسی کفایت نمونه‌گیری، عامل‌پذیری و اعتبار مفاهیم تعریف‌شده مورد ارزیابی قرار گرفت. عامل‌هایی با مقادیر ویژه (Egenvalue) بیشتر از ۱ به‌عنوان بهترین عامل‌ها در ابزار باقی ماندند و بارهای عاملی به‌عنوان قدرت همبستگی‌های هر کدام از گویه‌ها با خرده‌مقیاس اندازه‌گیری شدند [۲۵]. بارهای عاملی بیشتر از ۰/۶۰ (بدون توجه به علامت منفی یا مثبت)، به‌عنوان بارهای عاملی بالا و بین ۰/۳۰ تا ۰/۶ به‌عنوان بارهای عاملی نسبتاً بالا در نظر گرفته شد. شاخص متوسط واریانس استخراج‌شده (AVE) نیز برای هر عامل که تأییدکننده اعتبار همگرا می‌باشد، محاسبه شد که برای هر کدام از عوامل باید بالاتر از ۰/۵ باشد [۲۶]. برای سنجش پایایی (Reliability) هر کدام از ابزارها بر اساس داده‌های مطالعه مقدماتی با حجم نمونه ۳۵ نفر و داده‌های اصلی بر اساس روش دو نیمه کردن و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ (Cronbach's Alpha) اقدام شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و AMOS و بر اساس مدل معادلات ساختاری مورد بررسی قرار گرفت و شاخص‌های برازش مطلق – Absolute (RMSEA ،X^2/df)، تطبیقی – Comparative (CFI ،IFI) و مقتصد –Parsimonious (PRATIO ،PCFI) محاسبه شد. برای تحلیل مسیر، از ضریب گاما برای نمایش رابطه بین متغیرهای مستقل با متغیر میانجی و از ضریب بتا برای نمایش رابطه بین متغیرهای میانجی با متغیر وابسته استفاده شد.

نتایج

از مجموع ۴۷۵ نفر افراد مورد مطالعه، ۲۴۳ نفر (۵۲ درصد) مرد و ۲۳۱ نفر (۴۸ درصد) زن بودند و ۳۶ درصد آن‌ها بین سنین ۲۰ تا ۲۹ سال قرار داشتند. ۱۳ درصد دارای کارت اهدای عضو بودند و ۳۷ درصد از آن‌ها تمایلی به گرفتن کارت اهدای عضو نداشتند (جدول شماره ۱).

در مرحله سنجش اعتبار محتوا برای هر کدام از متغیرها سؤالاتی که مقدار CVR کمتر از ۴۹ درصد داشتند، حذف شدند و سؤالاتی که CVI کمتر از ۰/۷ داشتند، مورد بازبینی قرار گرفتند. پس از حذف و اصلاح برخی از سؤالات، میانگین روایی محتوا نیز با عنوان شاخص S-CVI برای تمام خرده‌مقیاس‌ها بالای ۰/۷۸ گزارش شد که قابل‌قبول می‌باشد [۲۷] (جدول شماره ۲).

در رابطه با اعتبار سازه، مقدار آماره KMO برای تمام مقیاس‌ها بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۲ محاسبه شد و نتیجه آزمون بارتلت معنی‌دار بود (P<۰/۰۰۱). نتایج نشان داد که ابزار نگرش به مرگ دارای ۵ عامل با مقادیر ویژه بیشتر از ۱ بود که ۵۵/۲۸ درصد از واریانس توسط ۳۱ گویه باقی‌مانده تبیین شد (جدول ۲). برای سایر متغیرها درصد واریانس تبیین‌شده بین ۵۰/۶۶ تا ۶۸/۴۴ بود (جدول ۲). قابل ذکر است که در تحلیل عاملی، مقدار دترمینان (Determinant) مخالف صفر و مقدار کای اسکوئر آزمون بارتلت از نظر آماری معنادار می‌باشد. همچنین KMO به عدد یک نزدیک است و نشان‌دهنده کفایت نمونه‌گیری برای اجرای تحلیل عاملی است. از آن‌جا که شاخص متوسط واریانس استخراج‌شده برای هر عامل (AVE) بالاتر از ۰/۵ است (جدول ۲)، تأییدکننده اعتبار همگرا برای عمده عوامل می‌باشد [۲۶]. میانگین نگرش طبیعی به مرگ برابر ۳/۷۷ از ۵ بود و سایر متغیرها نیز دارای میانگین بین ۲/۵۱ تا ۳/۳۲ بودند. با توجه به این‌که توزیع‌های نرمال، مقادیر چولگی و کشیدگی بین ۲- تا ۲ دارند، بنابراین میزان چولگی و کشیدگی متغیرهای این مطالعه، نشان‌دهنده نرمال‌بودن آن‌ها می‌باشد (جدول شماره ۳). از طرف دیگر میانگین نگرش مثبت دینی به اهدای عضو ۳/۷۴ و نگرش علمی به اهدا ۳/۶۱ می‌باشد؛ میزان چولگی و کشیدگی نیز بیانگر توزیع نرمال آن است.

نتایج حاصل از مدل شماره (۱)، حاکی از این است که در میان ابعاد مختلف نگرش به مرگ، مانند نگاه انتقالی که متأثر از دین‌داری (۰/۶۲) است، نگرش طبیعی که متأثر از دین‌داری (۰/۳۲) و اعتماد به جامعه پزشکی (۰/۲۰) است، نگرش اجتنابی که متأثر از رسانه (۰/۱۲-)، دین‌داری (۰/۲۶-) و تجربه مرگ و مردن (۰/۱۲-) است، نگاه رهایی و اضطرابی که متأثر از تجربه مرگ (۰/۱۸، ۰/۱۰) می‌باشد؛ نگرش طبیعی به مرگ مهم‌ترین تبیین‌کننده، نگرش مثبت دینی (۰/۳۵) و علمی (۰/۳۳) به اهدای عضو می‌باشد که اثر آن مثبت است. در میان سایر عوامل، تجربه اهدا و پیوند، اثر کاهنده‌ای بر نگرش دینی (۰/۲۷-) و علمی (۰/۲۸-) دارد، و اثر متغیرهای اعتماد به جامعه پزشکی در رابطه با

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-03]

اهدا و پیوند، نقش رسانه در رابطه با اهدا و پیوند، اعتماد کلی به جامعه پزشکی و آگاهی در رابطه با اهدا و پیوند، بر نگرش دینی و علمی، افزاینده و معنادار است (نمودار شماره ۱). شاخص‌های برازش مطلق، تطبیقی و مقتصد [۲۹،۲۸] بیانگر این است که داده‌های جمع‌آوری‌شده به خوبی، مدل مفهومی را مورد حمایت قرار می‌دهند (جدول شماره ۶)؛ البته در این مدل برخی از متغیرها مقادیر *t* کوچک داشتند که با توجه به این‌که ضریب معنی‌داری آن‌ها در خارج از نسبت بحرانی (۱/۹۶- تا ۱/۹۶) است، بنابراین در مرحله بعدی متغیرهایی که اثرات معنی‌دار نداشتند، از مدل حذف و به یک مدل ساده‌تر تبدیل شدند (نمودار شماره ۲). شاخص‌های برازش نیز بیانگر خوبی مدل ۲ می‌باشد.

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی ویژگی‌های فردی و جمعیت‌شناختی پاسخگویان

متغیر	طبقه	فراوانی (درصد)
جنسیت	مرد	۲۴۳ (۵۲)
	زن	۲۳۱ (۴۸)
وضعیت تأهل	مجرد	۱۴۲ (۳۰)
	متأهل	۳۳۳ (۷۰)
تحصیلات	دیپلم و پایین‌تر	۲۳۶ (۴۹،۹)
	کاردانی	۵۱ (۱۰،۸)
	کارشناسی	۱۴۵(۳۰/۷)
	کارشناسی ارشد	۳۳ (۷)
	دکتری	۸ (۱/۷)
سن	۲۹-۲۰	۱۶۸ (۳۶/۱)
	۳۹-۳۰	۱۶۳ (۳۵/۱)
	۴۹-۴۰	۶۹ (۱۴/۸)
	۵۹-۵۰	۴۷ (۱۰/۱)
	۶۰ و بالاتر	۱۸ (۳/۹)
دارا بودن کارت اهدای عضو	بله	۴۰۴ (۱۲/۶)
	خیر	۵۷ (۸۷،۴)
تمایل به داشتن کارت اهدای عضو	بله	۲۴۲ (۶۳)
	خیر	۱۴۲ (۳۷)

جدول شماره ۲- نتایج اعتبار و پایایی متغیرهای مورد بررسی بر اساس نظرات پاسخ‌دهندگان

متغیر	ابعاد	تعداد گویه‌های اوّلیه *	S-CVI	پایلوت (نمونه: ۳۵)		اصلی(نمونه: ۴۷۵)		AVE	Eigenvalue	درصد واریانس تجمعی تبیین‌شده	KMO **
				تعداد گویه	آلفای کرونباخ	تعداد گویه	آلفای کرونباخ				
نگرش به مرگ	نگاه اضطرابی	۱۰	۰/۹۰	۸	۰/۸۳	۸	۰/۸۶	۰/۷۰	۵/۷۵	۱۸/۵۵	
	نگاه طبیعی	۸	۰/۸۹	۷	۰/۵۲	۶	۰/۸۳	۰/۷۰	۴/۴۵	۳۲/۹۱	
	نگاه انتقالی	۱۰	۰/۹۷	۷	۰/۸۹	۷	۰/۸۴	۰/۶۶	۳/۰۳	۴۲/۶۷	۰/۸۳
	نگاه رهایی	۷	۰/۸۸	۵	۰/۸۶	۵	۰/۷۸	۰/۶۸	۲/۲۵	۴۹/۹۳	
	نگاه اجتنابی	۱۰	۰/۹۱	۵	۰/۸۳	۵	۰/۷۵	۰/۶۹	۱/۶۶	۵۵/۲۸	
اعتماد	اعتماد کلی به جامعه پزشکی	۱۰	۰/۷۹	۸	۰/۶۶	۸	۰/۷۳	۰/۵۸	۲/۸۳	۶۵/۷۶	۰/۷۴
	اعتماد در زمینه اهدا و پیوند	۱۰	۰/۸۳	۷	۰/۵۹	۷	۰/۶۸	۰/۵۸	۲/۳۶	۶۱/۱	۰/۷۵
دین	دین‌داری	۲۳	۰/۹۵	۲۳	۰/۹۲	۲۳	۰/۹۲	۰/۶۰	۸/۳۵	۵۸/۶۷	۰/۹۲
تجربه	تجربه در رابطه با مرگ و مردن	۱۰	۰/۷۸	۸	۰/۷۰	۸	۰/۶۷	۰/۵۴	۲/۵۲	۶۲/۸۹	۰/۷۹
	تجربه در رابطه با اهدا و پیوند	۷	۰/۸۸	۵	۰/۸۴	۵	۰/۸۲	۰/۷۷	۲/۹۷	۵۳/۳۴	۰/۸۲
رسانه	نقش رسانه در رابطه با مرگ و مردن	۱۲	۰/۸۰	۹	۰/۳۶	۹	۰/۷۶	۰/۵۸	۳/۱۴	۵۰/۶۶	۰/۷۵
	نقش رسانه در رابطه با اهدا و پیوند	۸	۰/۸۱	۶	۰/۲۷	۶	۰/۵۷	۰/۵۰	۲/۸	۶۵/۲۷	۰/۷۴
آگاهی	آگاهی در رابطه با اهدا و پیوند	۱۵	۰/۹۸	۹	۰/۷۸	۹	۰/۶۵	۰/۵۲	۲/۴	۵۱/۰۲	۰/۷۶
رضایت	رضایت از عملکرد جامعه پزشکی	۱۰	۰/۹۳	۶	۰/۸۲	۶	۰/۸۸	۰/۸۰	۳/۸۱	۶۳/۵۰	۰/۸۹
نگرش به اهدای عضو	نگرش مثبت دینی به اهدای عضو	۱۳	۰/۸۲	۹	۰/۷۰	۹	۰/۷۹	۰/۶۶	۳/۵۶	۶۸/۴۴	۰/۸۱
	نگرش علمی به اهدای عضو	۱۵	۰/۸۶	۱۱	۰/۷۵	۱۱	۰/۷۹	۰/۶۱	۳/۸۳	۵۳/۱۷	۰/۸۳

*** تعداد گویه‌های اوّلیه سؤالات هرکدام از متغیرها قبل از سنجش اعتبار محتوا است.**

**** مقدار آزمون بارتلت برای تمامی متغیرها در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است (BT *P*=۰) و میزان دترمینان ماتریس مشاهدات غیر صفر می‌باشد (Determinan ≠ ۰)**

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-03]

جدول شماره ۳- توصیف آماری ابعاد نگرش به مرگ و نگرش به اهدای عضو

متغیر و ابعاد			کجی	کشیدگی	مینیمم	ماکسیمم	چارک‌ها		
							۲۵	۵۰	۷۵
نگرش به مرگ	نگرش طبیعی	۳/۷۷±۰/۸۳	-۰/۷۷	۰.۵۲	۱	۵	۳/۳۳	۳/۸۳	۴/۳۳
	نگرش انتقالی	۳/۳۲±۰/۸۷	-۰/۴۷	-۰/۰۲	۱	۵	۲/۸۶	۳/۴۳	۴
	نگرش اضطرابی	۳±۰/۹۱	۰	-۰/۵۵	۱	۵	۲/۳۸	۳	۳/۶۳
	نگرش اجتنابی	۲/۵۹±۰/۸۶	۰/۴۴	-۰/۰۷	۱	۵	۲	۲/۵۵	۳
	نگرش رهایی	۲/۵۱±۰/۹	۰/۴۴	-۰/۱۸	۱	۵	۲	۲/۴	۳
نگرش به اهدای عضو	نگرش مثبت دینی	۳/۷۵±۰/۷۰	۰/۰۶	-۰/۸۶	۱/۷۸	۵	۳/۲۲	۳/۷۸	۴/۳۳
	نگرش علمی	۳/۶۲±۰/۶۶	۰/۱۳	-۰/۸۳	۲	۵	۳/۰۹	۳/۶	۴/۱۸
	شاخص کلّ اهدا	۳/۶۷±۰/۶۴	۰/۱۱	-۰/۹۸	۲/۱۵	۵	۳/۱۱	۳/۶۸	۴/۲

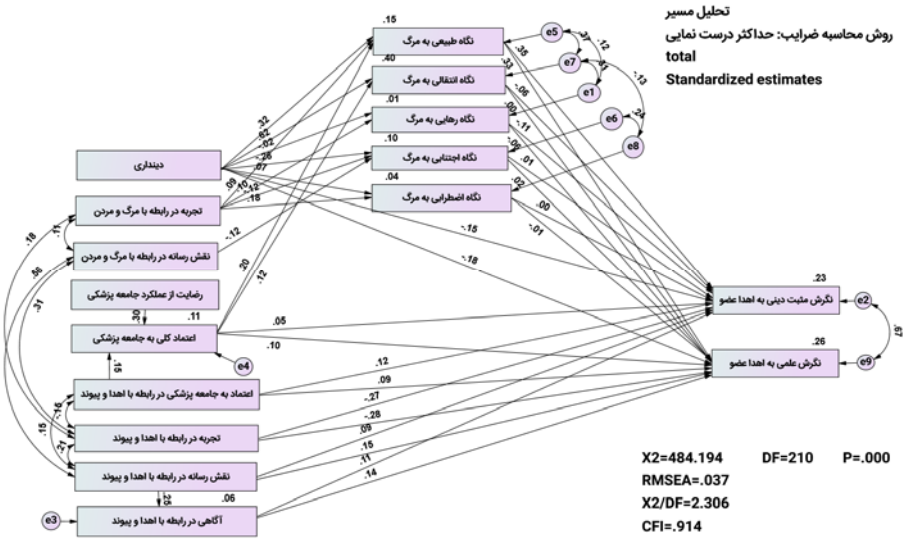
جدول شماره ۵- نتایج تحلیل مسیر اثرات مستقیم متغیرهای مستقل بر وابسته

مبدأ رابطه: متغیرهای مستقل	جهت ارتباط	مقصد رابطه: متغیر وابسته	ضریب استاندارد گاما و بتا (β & γ)	ضریب معناداری (*t-value*)
رضایت از عملکرد جامعه پزشکی	<---	اعتماد کلی به جامعه پزشکی	۰/۳۰	۶/۹۱
اعتماد به جامعه پزشکی در رابطه با اهدا و پیوند	<---		۰/۱۵	۳/۴۲
نقش رسانه در رابطه با اهدا و پیوند	<---	آگاهی در رابطه با اهدا و پیوند	۰/۲۵	۵/۵۸
تجربه در رابطه با مرگ و مردن	<---	نگاه اجتنابی به مرگ	-۰/۱۲	-۲/۶۷
دین‌داری	<---		-۰/۲۶	-۵/۹۹
نقش رسانه در رابطه با مرگ و مردن	<---		-۰/۱۲	-۲/۸۷
دین‌داری	<---	نگاه اضطرابی به مرگ	۰/۰۷	۱/۵۴
تجربه در رابطه با مرگ و مردن	<---		۰/۱۸	۳/۹۱
اعتماد کلی به جامعه پزشکی	<---	نگاه انتقالی به مرگ	۰/۱۲	۳/۵۳
دین‌داری	<---		۰/۶۲	۱۷/۵۴
تجربه در رابطه با مرگ و مردن	<---	نگاه رهایی به مرگ	۰/۱۰	۲/۳۰
دین‌داری	<---		-۰/۰۲	-۰/۴۵
دین‌داری	<---	نگاه طبیعی به مرگ	۰/۳۲	۷/۶۵
تجربه در رابطه با مرگ و مردن	<---		۰/۰۹	۲/۲۴
اعتماد کلی به جامعه پزشکی	<---		۰/۲۰	۴/۸۰
نگاه رهایی به مرگ	<---	نگرش علمی به اهدای عضو	-۰/۰۶	-۱/۵۲
نگاه انتقالی به مرگ	<---		۰/۰۰	۰/۰۶
نگاه طبیعی به مرگ	<---		۰/۳۳	۷/۱۷
نگاه اجتنابی به مرگ	<---		۰/۰۲	۰/۳۷
آگاهی در رابطه با اهدا و پیوند	<---		۰/۱۴	۳/۵۲
تجربه در رابطه با اهدا و پیوند	<---		-۰/۲۸	-۶/۷۷
نقش رسانه در رابطه با اهدا و پیوند	<---		۰/۱۵	۳/۵۸
اعتماد به جامعه پزشکی در رابطه با اهدا و پیوند	<---		۰/۰۹	۲/۲۳
اعتماد کلی به جامعه پزشکی	<---		۰/۱۰	۲/۴۲
نگاه اضطرابی به مرگ	<---		-۰/۰۱	-۰/۱۴
دین‌داری	<---		-۰/۱۸	-۳/۲۲
نقش رسانه در رابطه با اهدا و پیوند	<---	نگرش مثبت دینی به اهدای عضو	۰/۰۹	۲/۱۹
آگاهی در رابطه با اهدا و پیوند	<---		۰/۱۱	۲/۷۵
تجربه در رابطه با اهدا و پیوند	<---		-۰/۲۷	-۶/۳۴
نگاه اضطرابی به مرگ	<---		۰/۰۰	-۰/۱۰
نگاه طبیعی به مرگ	<---		۰/۳۵	۷/۴۰
نگاه انتقالی به مرگ	<---		-۰/۰۶	-۱/۰۳
اعتماد به جامعه پزشکی در رابطه با اهدا و پیوند	<---		۰/۱۲	۲/۸۸
نگاه رهایی به مرگ	<---		-۰/۱۱	-۲/۵۱
نگاه اجتنابی به مرگ	<---		۰/۰۱	۰/۱۲
اعتماد کلی به جامعه پزشکی	<---		۰/۰۵	۱/۱۶
دین‌داری	<---		-۰/۱۵	-۲.۶۸

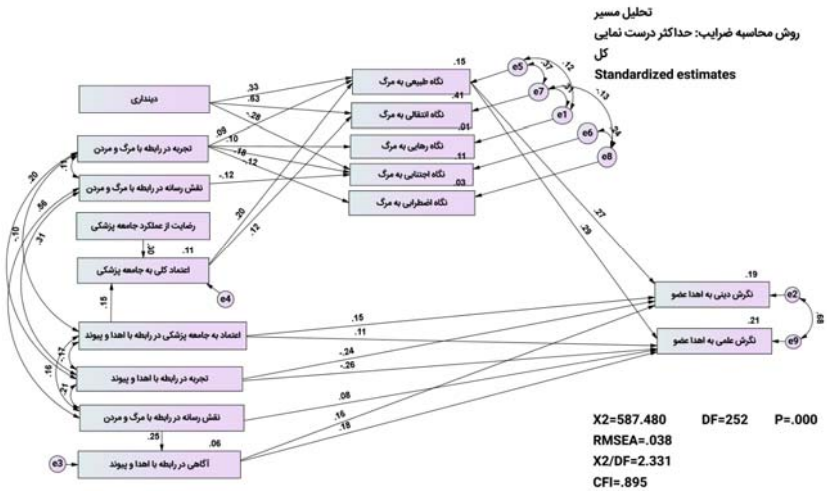
[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-03]

جدول شماره ۶- شاخص‌های برازش مدل معادلات ساختاری برای مدل اوّلیه و مدل نهایی

نوع شاخص	معیارهای برازش مدل	نام اختصاری	مقدار در مدل اوّلیه	مقدار در مدل نهایی	حدّ مطلوب	تفسیر
مطلق	نسبت کای دو به درجه آزادی	*χ2/df*	۲/۳۱	۲/۳۳	<۳	مطلوب
	ریشه میانگین مربعات خطای تقریب	*RMSEA*	۰/۰۳۸	۰/۰۳۸	<۰/۰۸	مطلوب
تطبیقی	شاخص برازندگی فزاینده	*IFI*	۰/۹۲	۰/۹۰	>۰/۹۰	مطلوب
	شاخص برازش تطبیقی	*CFI*	۰/۹۱	۰/۹۰	>۰/۹۰	مطلوب
مقتصد	شاخص نسبت اقتصاد	*PRATIO*	۰/۵۸	/۷۰	>۰/۵۰	مطلوب
	شاخص برازش تطبیقی مقتصد	*PCFI*	۰/۵۳	۰/۶۳	<۰/۵۰	مطلوب



نمودار شماره ۱- مدل تحلیل مسیر عوامل مؤثر بر نگرش به مرگ و اهدای عضو



نمودار شماره ۲- مدل نهایی تحلیل مسیر عوامل مؤثر بر نگرش به مرگ و اهدای عضو

بحث

در این مطالعه برای یک متغیر وابسته نهایی (اهدای عضو با دو بعد)، یک متغیر وابسته میانی یا میانجی (پنج سبک نگرش به مرگ) و شش متغیر مستقل (دین‌داری، اعتماد، تجربه، آگاهی، رضایت و رسانه) طراحی ابزار صورت گرفت. اعتبار صوری ابزارها توسط متخصصان تأیید شد؛ دو شاخص CVR و CVI اعتبار محتوایی گویه‌ها را تصدیق کرد و شاخص S-CVI که برای تمامی متغیرها و ابعاد آن‌ها، بالای ۰/۷۸ گزارش شده است، بیانگر

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-03]

مطلوبیت اعتبار محتوایی متغیرها است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نیز مطلوبیت اعتبار سازه ابزارها را نشان می‌دهد، بدین‌صورت که مقدار آماره KMO برای تمام مقیاس‌ها بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۲ محاسبه شد و نتیجه آزمون بارتلت معنی‌دار بود ($P<۰/۰۰۱$)، از این‌رو کفایت نمونه‌گیری و عامل‌پذیری متغیرها تأیید شد. نتایج آلفای کرونباخ نیز پایایی قابل‌قبول ابزارها را نشان می‌دهد. بنابراین در مجموع می‌توان گفت که ابزارهای طراحی‌شده از اعتبار و پایایی مطلوبی برخوردار است. از طرف دیگر شاخص‌های برازش مطلق (RMSEA =۰/۰۳)، تطبیقی (CFI =۰/۹۲) و مقتصد (PRATIO=۰/۵۸) بیانگر این است که داده‌های جمع‌آوری‌شده به‌خوبی، مدل مفهومی را موردحمایت قرار می‌دهند. بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان گفت که میانگین نگرش مثبت به اهدای عضو ۳/۶۷ از ۵ بود. همچنین یافته‌های معادله ساختاری نشان داد که مهم‌ترین تبیین‌کننده نگرش مثبت به اهدای عضو، نوع خاصّی از نگرش به مرگ با نام نگرش طبیعی به مرگ است. این نتیجه در حالی محقق شد که تمامی متغیرهای تأثیرگذار بر اهدای عضو که در پژوهش‌های دیگر مطرح و بررسی شده بودند (مانند دین‌داری، تجربه، آگاهی، رسانه و اعتماد) در مدل ساختاری این پژوهش حضور داشتند. نتایج حاکی از این است که خود نگرش طبیعی به مرگ، متأثر از دین‌داری، تجربه مرگ و اعتماد کلی به جامعه پزشکی می‌باشد. در واقع با افزایش اعتماد افراد به جامعه پزشکی، دین‌داری و تجربه آن‌ها در رابطه با مرگ، پذیرش طبیعی مرگ برایشان آسان‌تر می‌شود و نگرش مثبت‌تری نسبت به اهدای عضو پیدا می‌کنند. همچنین یافته‌های این مطالعه نشان داد که میانگین نگرش طبیعی به مرگ یا همان نگرش مثبت و مدرن، بالاتر از سایر ابعاد نگرش به مرگ است که هم‌راستا با نظریه Elias است؛ وی معتقد است در جوامع معاصر، تجربه مرگ به عنوان مرحله پایانی یک فرآیند طبیعی است که در خلال پیشرفت در علوم پزشکی اهمیت یافته است [۳۰]؛ در واقع همسو با نظر Seale می‌توان گفت عقلانیت مدرن، با یاری پزشکی نوین، درست مانند یک مذهب چنان تشریفاتی را برای مرگی بامعنا ایجاد کرده است که گاه حتی قدرتمندتر از مناسک پیشین عمل می‌کند [۳۱]. از طرفی به باور گیدنز خطر جدی بی‌معنا ماندن، انگیزه زیستن را تهدید می‌کند و بدین‌سان، اشکال تازه معنویت و گرایش‌های دینی احیا می‌شوند. انسان‌ها موجوداتی آگاهند که به‌دنبال معنا بخشیدن به اعمال خود هستند و دین با پاسخ به پرسش‌های وجودی به زندگی انسان معنا می‌بخشد [۲۲]. همچنین پژوهش‌های Dezutter و همکاران (۲۰۰۹) و Amy Hui-Mei (۲۰۰۳) نشان داده است که افراد مذهبی بیشتر احتمال دارد که رویکردی قابل پذیرش نسبت به مرگ را تأیید کنند و عامل دین‌داری بر بعد مثبت نگرش به مرگ یعنی پذیرش مرگ به‌عنوان یک رخداد طبیعی اثر دارد [۳۲،۱۹]. مطابق یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت نوع باور دینی و میزان آن در نگرش به مرگ مؤثر است و نوع نگرش به مرگ نیز در بحث اهدا اثرگذار است؛ از این‌رو که می‌تواند معنایی را برای اهدای عضو به‌عنوان یک کنش اجتماعی ایجاد نماید. در مجموع می‌توان گفت که نگرش به اهدای عضو، موضوعی است مربوط به دنیای مدرن که مستلزم پذیرش تعریف خاصّی از مرگ با نام مرگ مغزی، برداشت و نگرش خاصّی از مرگ مانند مدیریت‌پذیری مرگ و بازاندیشی در این رابطه است. در این راستا می‌توان به تعدادی از نظریات که بحث تغییر نوع نگرش به مرگ و اهدای عضو را به‌عنوان موضوعی مربوط به عصر جدید مطرح کرده‌اند، اشاره کرد. Walter (۱۹۹۶) سه نوع مرگ را مشخص می‌کند: مرگ سنتی، مرگ مدرن و مرگ پست‌مدرن. در مرگ پست‌مدرن، انتخاب و کنترل، خیلی فردی نیست؛ بلکه بیشتر فرآیندی قابل مذاکره بین شخص رو به مرگ و دیگرانی است که از او مراقبت می‌کنند [۳۴،۳۳]. مطابق طرح بلندپروازانه Kellehear (۲۰۰۷) با عنوان تاریخ اجتماعی مرگ، فرهنگ بشر از مراحلی متوالی گذشته است که شامل آمادگی برای مرگ در عصر شبانی، رام‌کردن مرگ در عصر شهرنشینی و زمان‌بندی مرگ در عصر جهانی می‌شود [۳۵]. به نظر Long (۲۰۰۴) پیروان نمایشنامه ضدّ احیاگرا، مشارکت پزشک و اعضای خانواده را در تصمیم‌گیری درباره بیماری ضروری می‌شمارند [۳۶]. Ariès معتقد است امروزه پزشکان، اربابان مرگ هستند و شرایط و زمان مرگ در اختیار آن‌هاست [۳۷]. به باور Giddenz در مدرنیته متأخر، مرگ به صورت یک امر فنی درآمده و اعلام مرگ منوط به تصمیم‌گیری پزشکانی است که معین می‌کنند، شخص در چه زمانی و براساس از کار افتادن انواع گوناگون اعمال و وظایف جسمانی، مرده تلقی می‌شود [۲۲،۶]؛ این مسائل می‌تواند زمینه‌ساز انواع خاصّی از نگرش به مرگ باشد، از پذیرش طبیعی مرگ در نتیجه اعتماد به علم نوین تا ترس از مرگ و اجتناب از آن. از این‌رو می‌توان گفت که این نظریات به مدیریت‌پذیری مرگ در عصر جدید اشاره دارند که نمونه‌ای از این مدیریت‌پذیری، بحث مرگ مغزی و اهدای عضو می‌باشد. از طرف دیگر لازم به ذکر است که تمامی ابزارها و همچنین مدل تعریف‌شده بر اساس مبانی تئوریک بودند و نتایج پایایی و اعتبار نیز تأییدکننده آن‌ها می‌باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که ابزارهای طراحی‌شده از

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-03]

اعتبار و پایایی مطلوبی برخوردار است. شاخص‌های برازش مدل، بیانگر این است که داده‌ها به خوبی، مدل مفهومی را مورد حمایت قرار می‌دهند. پنج سبک نگرش به مرگ وجود دارد که در این میان اهدای عضو، مستلزم بازاندیشی در تعریف مرگ و پذیرش طبیعی مرگ است و انواع نگرش به مرگ می‌تواند انگیزه‌های متفاوتی در بحث اهدای عضو ایجاد نماید. از طرفی اعتماد به جامعه پزشکی و دین‌داری نیز در تعیین نوع نگرش به مرگ مؤثر هستند.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه دکتری رشته جامعه‌شناسی - بررسی مسائل اجتماعی ایران از دانشگاه کاشان می‌باشد. به رسم ادب، از همراهی تمامی بزرگوارانی که به انواع و انحاء مختلف در به سرانجام رساندن این پژوهش قبول زحمت نمودند، سپاسگزارم.

References:

[1] Abbasi Dolatabadi Z, Farahani B, Fesharaki M, Najafizadeh K. Effect of education about brain death and organ donation on attitude and knowledge of nursing students. ***IJCCN*** 2010; 3(3): 109-12.

[2] Citerio G, Cypel M, Dobb GJ, Dominguez-Gil B, Frontera JA, Greer DM, et al. Organ donation in adults: a critical care perspective. ***ICM J*** 2016; 42(3):305-15.

[3] International Center for Donation and Transplantation, Last updated: 19-06-2017. Available at: www.irodat.org

[4] Iranian Society of Organ Donation, Last updated: 23-09-2017.
Available at: https://ehda.center/showPost/statistics.

[5] Daaleman TP, Dobbs D. Religiosity, spirituality, and death attitudes in chronically ill older adults. ***ROA J*** 2010; 32(2): 224-43.

[6] Giddenz A. Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age, Cambridge: Polity Press; 1991.

[7] Berger P, Luckmann, T. The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge. New York: Penguin Books; 1976.

[8] Wessel EM, Garon M. Introducing reflective narratives into palliative care home care education. ***Home Health Nurse*** 2005; 23: 516–22.

[9] Henrie J, Patrick JH. Religiousness, religious doubt, and death anxiety. ***Int J Aging Hum Dev*** 2014; 78 (3): 203-27.

[10] Kamyab Mansori Y, Dolatian M, Shams J, Nasiri M. Relationship between Death Anxiety and Spiritual Well-Being in Patients with Gynecologic Cancer. ***Adv Nurs Midwifery*** 2017; 27(2): 28-34.

[11] Sinoff G. Thanatophobia (Death anxiety) in the elderly: the problem of the Childs inability to assess their own parents' death anxiety state***. J Geriatric Med*** 2017; 4: 1-5.

[12] Inglehart R. Culture Shift in Advanced Industrial Society, Translated by Maryam Vatar,Tehran: Kavir Publication; 2003.

[13] Habermas J. The Future of Human Nature, Translated by Yahya Emami, Tehran: Vangar Publication; 2005.

[14] Fritjof C. The Hidden Connections . Translated by Mohammad Hariri Akbari, Tehran: Ney Pub lication; 2007.

[15] Hallam E, Jenny H, Glennys H. Beyond the Body, Death and Social Identity, London: Routledge; 2005.

[16] Seraj Zadeh SH. The challenges of religion and modernity, Tehran: Tarh-e-No; 2007.

[17] Slomka J. The Negotiation of Death: Clinical Decision Making at the End of Life, ***Soc Sci Med*** 1992; 35(3): 251-59.

[18] Martin Ch, Solvey S. Death Attitudes and self – reported health relevant behaviors. ***J Health Pscyol*** 1996, 1(4): 441-53.

[19] Amy Hui-Mei HL. Factors Related to Attitudes toward Death among American and Chinese Older Adults. ***OMEGA J Death Dying*** 2003; 47(1): 157-70.

[20] Deborah CA. Good death for whom? Quality of Spouses death and psychological distress among older widowed persons. ***J Health Soc Behav*** 2003; 44: 215–32.

[21] Daaleman, TP, Dobbs, D. Religiosity, Spirituality, and Death Attitudes in Chronically III Older Adults. ***ROA J*** 2010; 32(2): 224-43.

[22] Giddenz A. Capitalism and modern social theory, Cambridge: University Press; 1971.

[23] Glock CY, Stark R. The Dimensions of Religiosity: Religion and Society in Tension, Chicago: Rand McNally; 1971.

[24] Lawshe CH. A Qualitative Approach to Content Validity. ***Pers Psychol*** 1975; 28(4): 563-75.

[25] Meyers LS, Gamst G, Guarino AJ. Applied multivariate research: Design and interpretation. Los Angeles: SAGE; 2013.

[26] Hair JF, Black WC, Babin BK, Anderson RE. Multivariate Data Analysis. 7th ed. New York: Pearson; 2010.

[27] Polit FD, Beck TC, Owen VS. Isthe CVI an Acceptable Indicator of Content Validity? Appraisal and Recommendations. ***J Res Nurs Health*** 2007; 30: 459-67.

[28] Ghasemi V. Structural equation modeling in social researches using amos graphics. Tehran: Jammeeshenasan Press; 2010.

[29] Byrne, Barbara M. Structural equation modeling with AMOS: basic concepts, applications, and programming, Routledge: Taylor & Francis Group; 2009.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-03]

[30] Norbert E. Loneliness of the Dying, Translated by Omid Mehregan and Najafi,S,Tehran: Gam-e-No Publication; 2017.
[31] Seale C. Construction Death: the sociology of dying and bereavement, Cambridge: University press; 1998.
[32] Dezutter J, Soenens B, Hutsebaut D. Religiosity and mental health: a further exploration of the relative importance of religious behaviors vs. religious attitudes. ***Pers Individ Differ*** 2009; 40(4): 807-18.
[33] Walter T. The Sociology of Death. ***Sociol Compass*** 2008; 2(1): 317–36.
[34] Walter T. Facing death without tradition, in Glennys Howarth and Peter Jupp (eds), Contemporary Issues in the Sociology of Death, Dying and Disposal: Palgrave Macmillan; 1996.
[35] Kellehear A. A Social History of Dying. U.K.: Cambridge University Press; 2007.
[36] Long, S.O. Cultural scripts for a good death in Japan and United states: similarities and differences, ***Soc Sci Med*** 2004; 58: 913-28.
[37] Ariès PH. Western attitudes toward death: from the Middle Ages to the present, Translated by Mohammad Javad Abdollahi, Tehran: Elm Publication; 2013.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-03]