

## رابطه سلامت معنوی، بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی با اضطراب مرگ در سالمندان

شبنم مشرقی  
دانشگاه لرستان

✉ دکتر عزت‌اله قدم‌پور  
دانشگاه لرستان

پذیرش: ۱۳۹۶/۰۸/۲۷

دریافت: ۱۳۹۶/۰۶/۱۶

با توجه به تنوع اضطراب‌ها به‌ویژه اضطراب مرگ در دوران سالمندی و رشد روزافزون جمعیت سالمندان، بررسی عوامل مربوط به سلامت روان در این دوره ضروری به‌نظر می‌رسد. بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه سلامت معنوی، بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی با اضطراب مرگ در سالمندان بود. روش این پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه سالمندان شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۶ بود که از جامعه مذکور تعداد ۱۰۰ نفر (۵۰ نفر زن و ۵۰ نفر مرد) به عنوان حجم نمونه و به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردید. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌های سلامت معنوی پولوتزین و الیسون، کیفیت زندگی وار، کاسینسکی و کلر، بهزیستی ذهنی و ایرویک ادینبورگ و اضطراب مرگ تمپلر بود. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج این پژوهش، حاکی از وجود رابطه منفی و معنادار بین سلامت معنوی، بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی با اضطراب مرگ در سالمندان بود ( $P < 0.001$ ). همچنین نتایج رگرسیون گام به گام نشان داد بهزیستی ذهنی و سلامت معنوی، پیش‌بین‌های معناداری برای اضطراب مرگ در سالمندان بودند. پژوهش حاضر بیانگر اهمیت عوامل تعیین‌کننده اضطراب مرگ سالمندان بوده و تأییدی برای توجه و درنظر گرفتن این عوامل است.

کلیدواژه‌ها: سلامت معنوی، بهزیستی ذهنی، کیفیت زندگی، اضطراب مرگ، سالمندان

۲۰۲۵ به یک میلیارد و دویست و نه میلیون نفر افزایش پیدا می‌کند که نشان‌دهنده این مطلب است که هر ۲۵ سال این گروه جمعیتی دو برابر می‌شود (اکامپو، ۲۰۱۰). در ایران نیز بررسی‌ها و شاخص‌های آماری حاکی از رشد پرشتاب سالخورده‌گی جمعیت است به طوری که پیش‌بینی می‌شود در سال ۱۴۱۰ در ایران انفجاری در جمعیت سالمندی رخ دهد و ۲۵ تا ۳۰ درصد جمعیت در سنین بالای ۵۰ سال قرار گیرند (جغتایی و نجاتی، ۱۳۸۵).

از آنجا که افراد سالمند عمر طولانی‌تری دارند، بیشتر در معرض استرس‌ها و فشارهای مختلف زندگی قرار می‌گیرند و به عبارتی این افراد استرس بیشتری را تحمل می‌کنند، در واقع سالمندان با یک سری فقدان‌های زیستی، اجتماعی و اقتصادی روبرو می‌گردند (چوکاناتن، ۲۰۰۹). در کنار این مسائل، مشکلاتی مانند تغییرات جسمانی، ضعف

سالمندی معمولاً به آخرین دوره چرخه زندگی گفته می‌شود و براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، سن بالای ۶۰ سال به عنوان نقطه شروع سالمندی درنظر گرفته می‌شود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۴). جمعیت سالمندان به عنوان افراد بالای شصت سال تعریف شده است که رشد ۲/۴ درصد در مقایسه با رشد ۷/۱ درصد کل جمعیت دنیا دارد. به نظر می‌رسد که این جمعیت در سال

عزت‌اله قدم‌پور، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران؛ شبنم مشرقی، دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به عزت‌اله قدم‌پور، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران باشد.

پست الکترونیکی: ghadampour.e@Lu.ac.ir

دارد (لاسزچینسکا و همکاران، ۲۰۱۰). با این حال بررسی‌ها در کشور ایران نشان می‌دهد که تنها ۱ درصد از قوانین تصویب شده مملکتی، مربوط به سالمندان می‌شود که از این میزان ۶۲ درصد اقتصادی، ۲۲ درصد اجتماعی و ۱۶ درصد رفاهی و بهداشتی می‌باشند. دقت در همین سهم ناچیز نشان می‌دهد که کیفیت زندگی سالمندان چندان مورد توجه قرار نگرفته است (تاجور، ۱۳۸۲). مشکلات و ناراحتی‌های جسمی سالمندان، عدم تقاضای اجتماعی و ارزش‌گذاری جامعه برای حضور فعال سالمندان، احساس عاطفی و باطنی توسط سالمندان، نگرش منفی کلی نسبت به سالمندان در همه طبقات سیاسی و اجتماعی جامعه، احساس سرباری در جامعه و خانواده، ایفای نقش جسمی و عاطفی سالمندان را محدود می‌سازد و بیش از پیش سالمندان را در خود، خانواده و جامعه منزوی و تنها می‌سازد (درویش‌پور کاخکی و عابدسعیدی، ۱۳۹۲).

برخی از پژوهش‌ها به وجود رابطه میان کیفیت زندگی و اضطراب مرگ اشاره می‌کنند. برای مثال در پژوهش کریمی‌وکیل (۱۳۹۱) مشخص شد که بین اضطراب مرگ و کیفیت زندگی رابطه منفی معناداری وجود دارد و کیفیت زندگی بالا با اضطراب مرگ کمتر همراه است. پژوهش قانع‌قشلاق (۱۳۹۶) و کاکابرایی و معاذی‌نژاد (۱۳۹۵) نشان داد که بین کیفیت زندگی با اضطراب مرگ رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد.

عامل دیگری که با اضطراب مرگ در ارتباط است بهزیستی ذهنی<sup>۴</sup> است (والدروپ و همکاران، ۲۰۰۷). احساس بهزیستی ذهنی، مفهومی کلی و ناشی از نحوه ادراک شناختی و عاطفی شخص از کل زندگی است. بهزیستی ذهنی دارای دو جزء شناختی و عاطفی است. بعد شناختی بهزیستی، به ارزیابی شناختی افراد از میزان رضایت از زندگی و بعد عاطفی آن به برخورداری از حداکثر عاطفه مثبت و حداقل عاطفه منفی می‌پردازد (دینر و ریان، ۲۰۰۹). افراد با احساس بهزیستی بالا، هیجان‌های مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند، در حالی که افراد با احساس بهزیستی پایین هیجان‌های منفی مانند اضطراب و افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند (پیوسته‌گر، دستجردی و دهشیری، ۱۳۸۹). احساس ذهنی بهزیستی از چند جهت اهمیت دارد، از جمله تأمین سلامت روانی، جسمانی و افزایش طول عمر، اثبات ارزش شادکامی برای انسان،

در برابر بیماری‌ها، معلولیت و از دست دادن خویشاوندان و دوستان (سوگ و فقدان) شواهد بیشتری برای اندیشیدن به مرگ و اضطراب ناشی از آن را در دوران سالمندی فراهم می‌کند (گلدزویچ، بیدرو، اندریتسچ و روتنبرگ، ۲۰۱۶). فرد سالمند نه تنها با تغییرات جسمانی، محدودیت‌های ذهنی و کاهش ظرفیت‌های زندگی اجتماعی روبه‌رو می‌شود، بلکه با واقعیت اجتناب‌ناپذیر فنای شخصی نیز مواجه می‌گردد (گراهام، کریستین و کیوت‌گلاسر، ۲۰۰۶). بنابراین با توجه به رشد روزافزون سالمندان از یک طرف و تعدد و تنوع استرس‌های مشاهده شده به‌ویژه اضطراب مرگ<sup>۱</sup> در افراد سالمند، پرداختن به موضوع اضطراب مرگ و سلامت روان در گستره سالمندی یکی از ضرورت‌های زمان حاضر محسوب می‌شود (کاکابرایی و معاذی‌نژاد، ۱۳۹۵).

اضطراب مرگ مشتمل بر افکار، ترس‌ها و هیجانات مرتبط با پایان زندگی است که در آن فرد دلهره، نگرانی و یا ترس مرتبط با مرگ و مردن را تجربه می‌کند (گلدزویچ و همکاران، ۲۰۱۶). اضطراب مرگ می‌تواند بر سلامتی وجودی به‌ویژه کارکرد سلامت روانی افراد تأثیر بگذارد (هوالترهاف، ۲۰۱۰). در همین راستا هالتر و هالتر<sup>۲</sup> (۱۹۸۷)، به نقل از فرر، والکر و استین، (۲۰۰۷)، هشت بعد برای اضطراب مرگ در نظر گرفته‌اند که شامل (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 می‌باشند (فرر و همکاران، ۲۰۰۷). پژوهش روگر، میشل، سو، گیل و جاسفین (۲۰۱۶) نشان داد که سالمندان اضطراب از مرگ بیشتری در مقایسه با سایر افراد تجربه می‌کنند.

از جمله عواملی که با اضطراب مرگ در ارتباط می‌باشد کیفیت زندگی<sup>۳</sup> است (پوراکبری، خواجه‌نوخوشلی و اسدی، ۱۳۹۳). کیفیت زندگی به معنای احساسی است که فرد نسبت به رفاه اجتماعی، عاطفی و جسمانی خود دارد و این احساس متأثر از این است که یک فرد در شرایط مختلف زندگی تا چه اندازه به خشنودی شخصی ناقل شده است (بوری و الستون، ۲۰۰۴). حفظ و بهبود وضعیت سلامت و کیفیت زندگی در دوران سالمندی بیشتر از گذشته اهمیت

<sup>1</sup> death anxiety

<sup>2</sup> Halter & Halter

<sup>3</sup> quality of life

<sup>4</sup> subjective well-being

بررسی رابطه اضطراب مرگ با جنسیت، سن و دینداری پرداختند، نتیجه تحقیق نشان داد که شرکت‌کنندگان مسن‌تر و نیز شرکت‌کنندگانی که اعتقادات مذهبی ضعیف‌تری داشتند نسبت به مرگ قریب‌الوقوع ترس بیشتری را گزارش کردند. مطالعات نشان داده‌اند که سلامت معنوی و رشد هوش معنوی از میزان اضطراب از مرگ در سالمندان می‌کاهد (معتدلی، پژوهی‌نیا و فاطمی اردستانی، ۱۳۹۴؛ فورتر و نایمیر، ۱۹۹۹؛ دالمان و دابس، ۲۰۱۰؛ نادری و روشنی، ۱۳۹۰).

بنابراین، با توجه به نرخ رشد سالمندی که از آن می‌توان به‌عنوان یک بحران یاد کرد و شیوع بالای بسیاری از امراض روحی و روانی مانند اضطراب مرگ که سلامتی و کیفیت زندگی سالمندان را به خطر می‌اندازد و از عوامل مهم در بروز برخی از مشکلات این دوره می‌باشد که بسیاری از اعمال، رفتار و کیفیات روحی و روانی را در دوران سالمندی تحت تأثیر قرار می‌دهد، توجه به اضطراب مرگ در این گروه سنی که موجب بالا رفتن توانایی و تقویت عملکرد آن‌ها در تمام جنبه‌های زندگی‌شان می‌شود و عواملی که در آن نقش تعیین‌کننده‌ای می‌توانند داشته باشند، ضروری به نظر می‌رسد. از این رو پژوهش حاضر به منظور بررسی فرضیه‌هایی مبنی بر اینکه (۱) بین سلامت معنوی با اضطراب مرگ رابطه منفی وجود دارد. (۲) بین بهزیستی ذهنی با اضطراب مرگ رابطه منفی وجود دارد. (۳) بین کیفیت زندگی با اضطراب مرگ رابطه منفی وجود دارد. انجام گرفت.

## روش

### طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

این مطالعه یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان و مردان سالمند ۶۰ سال به بالای شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۶ بود که از جامعه مذکور تعداد ۱۰۰ نفر (۵۰ نفر زن و ۵۰ نفر مرد) با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان حجم نمونه انتخاب گردید. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل (۱) داشتن سن بیشتر از ۶۰ سال، (۲) سکونت در منزل شخصی، (۳) نداشتن مشکلاتی نظیر ناتوانی ذهنی حاد و آلزایمر و (۴) داوطلب بودن جهت شرکت در پژوهش می‌شدند و ملاک خروج از مطالعه نیز شامل عدم تمایل به ادامه همکاری با پژوهشگران بود. نمونه‌نهایی مشتمل بر ۱۰۰ شرکت‌کننده (۵۰ نفر زن و ۵۰ نفر مرد) بود. میانگین

اندازه‌گیری شاخص کیفیت زندگی در کنار شاخص‌های اقتصادی و اجتماعی (عسگری و شرف‌الدین، ۱۳۸۷). بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته بهزیستی ذهنی با مؤلفه‌های روابط خانوادگی و خویشاوندی، ضعف جسمانی، سن و نگرش مثبت به سالمندی رابطه دارد (ایمک‌ساواس، گونتکین، ینر و باسار، ۲۰۱۵).

پژوهش‌های گوناگونی حاکی از این امر است که احساس بهزیستی ذهنی منجر به کاهش اضطراب و اضطراب از مرگ در سالمندان می‌شود. برای مثال در مطالعه‌ای که توسط نجاتی (۱۳۸۸) در شهر قم انجام شده بود، بیش از ۵۰ درصد از سالمندان تحت مطالعه مشکوک به اختلال روانی بودند که در این بین اضطراب و نشانه‌های جسمانی دارای بیشترین تأثیر در درک سالمندان از بهزیستی ذهنی بوده است.

پژوهش‌ها از طرفی هم حاکی از رابطه اضطراب مرگ با سلامت معنوی<sup>۱</sup> می‌باشند (چین و پارویت، ۲۰۰۶). مطالعات گوناگون در آمریکا نشان داده است که ۹۰ درصد از سالمندان مورد مطالعه برای سازگاری با تنش در سنین سالمندی به مذهب و معنویت روی آوردند؛ این افراد معتقد بودند که مذهب برای آنها راحتی و آسایش به ارمغان می‌آورد (خلیلی، سام و آسایش، ۱۳۹۲). هاکز، هال، تولمن و ریچینز (۱۹۹۵) سلامت معنوی را حسی از ارتباط با دیگران، داشتن معنی و هدف در زندگی و اعتقاد و ارتباط با یک قدرت متعالی تعریف کردند. سلامت معنوی از دو مؤلفه تشکیل شده است که سلامت مذهبی نشانه ارتباط با یک قدرت برتر یعنی خداست؛ همچنین سلامت وجودی، یک عنصر روانی اجتماعی است و نشانه احساس فرد است از این که چه کسی است، چه کاری را و چرا انجام می‌دهد و به کجا تعلق دارد (خضری، بحرینی، روانی‌پور و میرزایی، ۱۳۹۴). معنویت سبب سرزندگی، فعالیت و شادابی به‌ویژه در زندگی افراد سالمند می‌شود. این افراد با دستیابی به چنین عنصری زندگی خود را از دست رفته، بی‌ارزش، پوچ و بی‌معنا فرض نمی‌کنند. بنابراین، از معنویت می‌توان به عنوان یکی از منابع معنادهی به زندگی و وسیله‌ای برای مقابله با مسائلی هم‌چون اضطراب مرگ استفاده کرد (حسن‌زهی، ۱۳۹۱). برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهند سلامت معنوی با میزان اضطراب مرگ در سالمندان رابطه دارد. برای مثال سهیل و اکرم (۲۰۰۲) در پژوهشی به

<sup>1</sup>spiritual health

روش بازآزمایی ۰/۸۵ گزارش شد. در پژوهش حاضر برای محاسبه پایایی این پرسش‌نامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن برابر ۰/۷۰ به دست آمد.

**پرسش‌نامه بهزیستی ذهنی.** پرسش‌نامه بهزیستی ذهنی در سال ۲۰۰۷ توسط تنانت و همکاران تدوین گردید. این پرسش‌نامه ۱۴ سؤال دارد و هدف آن بررسی بهزیستی ذهنی افراد می‌باشد. شیوه نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت پنج گزینه‌ای (ابتداً خیلی کم، گاه گاهی، بیشتر اوقات و همه اوقات) می‌باشد و مجموع امتیازات تک تک سؤالات محاسبه می‌شود. مجموع نمرات به دست آمده برای این پرسش‌نامه به صورت زیر دسته‌بندی می‌شود: حد پایین نمره ۱۴، حد متوسط نمره ۴۲ و حد بالا نمره ۷۰ می‌باشد. نمره بین ۱۴ تا ۲۸ بهزیستی پایین، نمره بین ۲۸ تا ۴۲ بهزیستی متوسط و نمره بالاتر از ۴۲ بهزیستی بالا را نشان می‌دهد. در پژوهش رجبی (۱۳۹۱) نتایج تحلیل عاملی اکتشافی حاکی از روایی سازه برای این پرسش‌نامه بود. ضریب آلفای کرونباخ نسخه فارسی پرسش‌نامه بهزیستی ذهنی برابر با ۰/۸۷۰ به دست آمده است. ضرایب روایی همزمان این مقیاس با مقیاس‌های خودکارآمدی عمومی ۱۰ ماده‌ای (رجبی، ۱۳۹۱) ۰/۵۵ و حمایت اجتماعی ۱۲ ماده‌ای (رجبی و هاشمی شیخ شبانی، ۱۳۹۰) ۰/۳۴ ( $P < ۰/۰۰۱$ ) به دست آمده است. در پژوهش حاضر برای محاسبه پایایی این پرسش‌نامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن برابر ۰/۸۹ به دست آمد.

**پرسش‌نامه کیفیت زندگی.** این پرسش‌نامه توسط وار، کاسینسکی و کلر در سال ۱۹۹۶ طراحی شد. این پرسش‌نامه ۱۲ سؤال دارد و دارای ۸ زیرمقیاس می‌باشد که کیفیت زندگی را از نظر درک کلی از سلامتی خود، عملکرد فیزیکی، سلامت جسمانی، مشکلات هیجانی، درد جسمانی، عملکرد اجتماعی، نشاط و انرژی حیاتی و سلامت روان مورد بررسی قرار می‌دهد. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه به این صورت است عددی که مقابل هر گزینه وجود دارد نشان‌دهنده نمره آن گزینه است و در نهایت نمره‌های تمامی سؤالات با هم جمع می‌شوند و نمره کل کیفیت زندگی به دست می‌آید. نمره کسب شده بین ۴۸ - ۳۷ نشان‌دهنده کیفیت زندگی خوب، نمره بین ۳۶-۲۵ نشان‌دهنده کیفیت زندگی متوسط و نمره بین ۲۴-۱۲ کیفیت زندگی ضعیف را نشان می‌دهد. روایی این

سنی شرکت‌کنندگان  $10/15 \pm 74/03$  سال به دست آمد. از مجموع کل سالمندان  $10/49 \pm 76/54$  زن و  $9/23 \pm 71/52$  مرد بودند. در بین شرکت‌کنندگان زن، ۳۸ درصد (۱۹ نفر) بین ۶۰-۷۰ سال، ۲۶ درصد (۱۳ نفر) بین ۸۰-۷۰ سال، ۲۶ درصد (۱۳ نفر) بین ۹۰-۸۰ سال و ۱۰ درصد (۵ نفر) بین ۱۰۰-۹۰ و در بین شرکت‌کنندگان مرد، ۶۰ درصد (۳۰ نفر) بین ۶۰-۷۰ سال، ۱۸ درصد (۹ نفر) بین ۸۰-۷۰ سال، ۱۸ درصد (۹ نفر) بین ۹۰-۸۰ سال و ۴ درصد (۲ نفر) بین ۱۰۰-۹۰ سال سن داشتند. از بین زن‌ها ۳۶ درصد (۱۹ نفر) بیسواد، ۱۰ درصد (۵ نفر) ابتدایی، ۱۴ درصد (۷ نفر) راهنمایی، ۸ درصد (۴ نفر) دبیرستان، ۱۰ درصد (۵ نفر) دیپلم، ۶ درصد (۳ نفر) پیش‌دانشگاهی، ۸ درصد (۴ نفر) فوق دیپلم، ۴ درصد (۲ نفر) لیسانس، ۲ درصد (۱ نفر) فوق لیسانس و در بین شرکت‌کنندگان مرد، ۱۲ درصد (۶ نفر) بیسواد، ۱۴ درصد (۷ نفر) ابتدایی، ۸ درصد (۴ نفر) راهنمایی، ۴ درصد (۲ نفر) دبیرستان، ۲۸ درصد (۱۴ نفر) دیپلم، ۶ درصد (۳ نفر) پیش‌دانشگاهی، ۶ درصد (۳ نفر) فوق دیپلم، ۱۲ درصد (۶ نفر) لیسانس، ۸ درصد (۴ نفر) فوق لیسانس و دکترا ۲ درصد (۱ نفر) تحصیلات داشتند.

### ابزار

**پرسش‌نامه سلامت معنوی.** پرسش‌نامه سلامت معنوی توسط پولوتزین و الیسوندر سال ۱۹۸۲ طراحی شد. این پرسش‌نامه حاوی ۲۰ عبارت است که پاسخ‌های آن طبق مقیاس لیکرت ۶ گزینه‌ای (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) می‌باشد. نمره سلامت معنوی بین ۱۲۰-۲۰ است. مجموع نمرات به دست آمده را می‌توان به صورت زیر دسته‌بندی نمود: سلامت معنوی در حد پایین (۲۰-۴۰)، سلامت معنوی در حد متوسط (۴۱-۹۹) و سلامت معنوی در حد بالا (۱۰۰-۱۲۰). این پرسش‌نامه در مطالعات گوناگون در داخل و خارج کشور استفاده شده و پایایی و روایی آن نیز تأیید شده است؛ مثلاً پولوتزین و الیسون آن را معتبر دانسته و ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۹۳ گزارش کردند. در پژوهش‌های اله‌بخشیان، جعفرپور علوی، پرویزی و حقانی (۱۳۸۹) و رضایی، سیدفاطمی و حسینی (۱۳۸۷) روایی این پرسش‌نامه پس از ترجمه به فارسی از طریق روایی محتوایی تأیید شده؛ همچنین پایایی این پرسش‌نامه در این دو پژوهش از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شده است. در بررسی دهشیری، سهرابی، جعفری و نجفی (۱۳۸۷) ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۰ و با

کل داشتند. دامنه این همبستگی بین ۰/۲۷ تا ۰/۶۱ متغیر بود. در پژوهش حاضر برای محاسبه پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن ۰/۸۸ به دست آمد.

### روش اجرا

پس از ارتباط‌گیری و جلب رضایت شرکت‌کنندگان در منازل، مساجد، پارک‌ها، کانون بازنشستگان، بازار و کوچه و محله، ابتدا هدف پژوهش برای آنها بیان شد و با ارائه راهنمایی لازم پرسش‌نامه‌ها در اختیار آنها قرار گرفت و از خواسته شد که به‌دقت سؤالات را بخوانند و پاسخ مورد نظر را متناسب با ویژگی‌های خود انتخاب کنند و تا حد امکان سؤالی را بی‌جواب نگذارند. اطلاعات به صورت فردی جمع‌آوری شد. برای پاسخگویی شرکت‌کنندگان به پرسش‌نامه‌ها به سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش این اطمینان داده شد که اطلاعات دریافت شده از آنان به صورت محرمانه خواهد ماند و کسانی که مایل نیستند به این سؤالات پاسخ دهند می‌توانند در هر مرحله از پاسخگویی همکاری خود را ادامه ندهند. در نهایت ۱۰۰ نفر از شرکت‌کنندگان به پرسش‌نامه‌های پژوهش به صورت قلم-کاغذی پاسخ دادند و به‌منظور رعایت کدهای اخلاقی، رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش اخذ شد. در پایان، داده‌های جمع‌آوری شده، با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام‌به‌گام با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

### یافته‌ها

تجزیه و تحلیل اطلاعات پژوهش شامل اطلاعات توصیفی و آزمون فرضیه‌های پژوهش است. در قسمت اول اطلاعات توصیفی از جمله میانگین و انحراف معیار شرکت‌کننده‌ها به تفکیک متغیرها و در قسمت استنباطی از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام به گام استفاده شده است.

#### جدول ۱

اطلاعات توصیفی برای متغیرهای پژوهش

متغیرها	کم ترین	بیش ترین	میانگین	انحراف معیار	کجی
سلامت معنوی	۴۳	۸۹	۷۰/۲۰	۱۰/۹۹	-۰/۴۰
بهبودی ذهنی	۱۶	۷۰	۴۰/۴۲	۱۷/۶۲	-۱/۶۵
کیفیت زندگی	۲۵	۳۶	۳۰/۵۴	۲/۱۵	۰/۰۸
اضطراب مرگ	۰	۱۷	۷/۲۱	۴/۶۶	-۱/۴۱

پرسش‌نامه را کنتودیموپولوس، پاپا، نیکاس و تونتاس، (۲۰۰۷) از طریق روایی سازه مورد بررسی قرار دادند که روایی مطلوبی را گزارش کردند. منتظری، گشتاسبی و وحدانی‌نیا (۱۳۸۴) نیز روایی و پایایی این پرسش‌نامه را در ایران مورد بررسی قرار دادند و برای بررسی پایایی از روش بازآزمایی استفاده نمودند. پایایی ۱۲ سوال مؤلفه جسمانی و روانی به ترتیب برابر ۰/۷۳ و ۰/۷۲ گزارش گردید. آنها برای بررسی روایی این پرسش‌نامه از روش همگرا استفاده نمودند. در پژوهش حاضر برای محاسبه پایایی این پرسش‌نامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن برابر با ۰/۹۰ به دست آمد.

### پرسش‌نامه اضطراب مرگ

پرسش‌نامه اضطراب مرگ تمپلر در سال ۱۹۷۰ توسط تمپلر طراحی شد. این پرسش‌نامه برای اندازه‌گیری اضطراب مربوط به مرگ بوده که بیشترین کاربرد را در نوع خود داشته است. این پرسش‌نامه متشکل از ۱۵ سؤال صحیح و غلط است. برای نمره‌گذاری این پرسش‌نامه از دو گزینه بلی (یک) یا خیر (صفر) استفاده می‌شود. بالاترین نمره‌ای که فرد در این پرسش‌نامه می‌تواند کسب نماید، ۱۵ و پایین‌ترین نمره صفر می‌باشد. افرادی که نمره بالایی را در این پرسش‌نامه اخذ می‌نمایند دچار سطح بالایی از اضطراب مرگ هستند (رجبی و بحرانی، ۱۳۸۰). بررسی‌های به عمل آمده پیرامون روایی پرسش‌نامه اضطراب مرگ نشان می‌دهد که این پرسش‌نامه از روایی قابل قبولی برخوردار است. تمپلر (۱۹۷۰)، ضریب بازآزمایی این پرسش‌نامه را ۰/۸۳ به دست آورده است و روایی آن را در حد مطلوب گزارش نمود. کونتی، واینر و پلاچینک (۱۹۸۲)، روایی پرسش‌نامه اضطراب مرگ را ۰/۷۶ و همبستگی هر سؤال با نمره کل را از ۰/۳۰ تا ۰/۷۴ با میانگین ۰/۵۱ برای افراد سالخورده و ۰/۴۴ برای گروه دانشجویان گزارش کرده‌اند. در پژوهش رجبی و بحرانی (۱۳۸۰) ضریب پایایی تنصیف پرسش‌نامه اضطراب مرگ بعد از اعمال فرمول تصحیح شده اسپیرمن براون<sup>۱</sup> معادل ۰/۶۲ محاسبه شد. همچنین همسانی درونی این پرسش‌نامه نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد مقدار این ضریب برای کل پرسش‌نامه معادل ۰/۷۳ به دست آمد. علاوه بر این، همبستگی سؤالات پرسش‌نامه با یکدیگر و با نمره کل نیز محاسبه شد که به جز سؤال ۱۵، بقیه سؤالات همبستگی معناداری با نمره

<sup>1</sup> Spearman Brown

نرمال فاصله چندانی ندارند و می توان از آزمون های آماری استنباطی استفاده کرد. در قسمت آمار استنباطی و برای آزمون فرضیه ها از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام استفاده شد.

جدول ۱ اطلاعات توصیفی شامل کمترین و بیشترین مقدار، میانگین، انحراف معیار و کجی را برای سلامت معنوی، بهزیستی ذهنی، کیفیت زندگی و اضطراب مرگ نشان می دهد. از ستون آخر مشخص است که مقدار کجی برای متغیرها بین ۲- و ۲+ قرار دارد و بنابراین از توزیع

## جدول ۲

همبستگی سلامت معنوی، بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی با اضطراب مرگ				
متغیرها	۱	۲	۳	۴
۱. اضطراب مرگ	-			
۲. سلامت معنوی	*** ۰/۶۰۵-	-		
۳. بهزیستی ذهنی	*** ۰/۷۷۱-	*** ۰/۶۰۳	-	
۴. کیفیت زندگی	*** ۰/۳۶۵-	** ۰/۲۹۱	*** ۰/۳۴۳	-

\*\* p<۰/۰۱ \*\*\* p<۰/۰۰۱

معنوی و کیفیت زندگی به ترتیب با ضرایب ۰/۶۰- و ۰/۳۶- همبستگی منفی معنی داری با اضطراب مرگ دارند.

طبق جدول ۲ بهزیستی ذهنی با مقدار ۰/۷۷- قوی ترین همبستگی را با اضطراب مرگ دارد. سلامت

## جدول ۳

خلاصه تحلیل رگرسیون گام به گام پیش بینی اضطراب مرگ از طریق سلامت معنوی، بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی

گام	متغیر	F	R	R <sup>2</sup>	$\beta$	B
۱	بهزیستی ذهنی	۱۴۳/۹۷	۰/۷۷	۰/۵۹	-۰/۷۷	-۰/۲۰
۲	بهزیستی ذهنی	۸۱/۱۲	۰/۷۹	۰/۶۲	-۰/۶۳	-۰/۱۶
	سلامت معنوی				-۰/۲۲	-۰/۰۹

است و تأثیر معنی داری برای آن به دست آمده است (۰/۲۲-). در نتیجه این یافته ها می توان گفت هر سه فرضیه پژوهش تأیید می شود.

## بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه سلامت معنوی، بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی با اضطراب مرگ در سالمندان بود. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین سلامت معنوی و اضطراب مرگ همبستگی منفی و معنی داری وجود دارد. بنابراین، فرضیه اول پژوهش تأیید گردید. این یافته پژوهش با یافته های جین و پارویت (۲۰۰۶)، سهیل و اکرم (۲۰۰۲)، معتمدی و همکاران (۱۳۹۴)، فورتتر و نایمیر (۱۹۹۹)، دالمان و دابس (۲۰۱۰) و نادری و روشنی (۱۳۹۰) هماهنگ و همسو

جدول ۳ خلاصه تحلیل رگرسیون گام به گام پیش بینی اضطراب مرگ از طریق سلامت معنوی، بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی را نشان می دهد. در این جدول مقادیر R، F و R<sup>2</sup> برای معنی داری مدل های رگرسیونی به همراه مقادیر B و  $\beta$  برای هر یک از متغیرهای حاضر در مدل ارائه شده است. طبق این جدول مقدار F در گام اول ۱۴۳/۹۷ و در گام دوم ۸۱/۱۲ به دست آمده است که هر دو معنی دار هستند. در واقع مدل کلی رگرسیون در هر دو گام معنی دار است. همچنین ضریب تبیین در گام اول ۰/۵۹ و در گام دوم ۰/۶۲ حاصل شده است. همچنین از جدول مشخص است که در اولین گام بهزیستی ذهنی بر اساس بیشترین همبستگی با اضطراب مرگ وارد معادله شده است و ضریب معنی دار و منفی (۰/۷۷-) دارد. در دومین گام سلامت معنوی نیز به متغیر اول اضافه شده



رصد افراد بزرگسال از اضطراب و نگرانی در مورد مرگ رنج می‌برند (کوئینگ، ۱۹۹۴). از این رو، می‌توان گفت افرادی که مراحل مختلف زندگی را با رضایتمندی پشت سر گذاشته‌اند، به واقع، احساس ذهنی بهزیستی و رضایتمندی را تجربه می‌کنند، حقیقت مرگ را می‌پذیرند زیرا همان‌طور که ساده‌ترین و بیمارگونه‌ترین شیوه برخورد با هر واقعه ناگواری همچون واقعیت مرگ، انکار و نادیده گرفتن آن است، کوشش برای شناخت این واقعیت دردناک و پذیرش نهایی آن نشانه اوج بلوغ عاطفی فرد محسوب می‌شود. در مقابل افرادی که سازگاری خوبی با زندگی نداشته‌اند، آن‌هایی که روابط پر از تعارض و ناامیدی‌های زیادی در زندگی داشته‌اند نمی‌توانند مفهوم و ارزشی به مرگ بدهند و معمولاً در مورد مرگ، آشفته‌تر هستند. کسانی که زندگی خود را به بطالت می‌گذرانند بیشتر از سایرین اضطراب از مرگ دارند. کسانی که به زندگی عشق می‌ورزند در مقایسه با آنان که به‌طور سطحی زندگی می‌کنند، از مرگ کمتر می‌ترسند. کسانی که زندگی عاری از معنا دارند، نمی‌توانند مفهوم و ارزشی به مرگ بدهند بیشتر از مرگ می‌هراسند (نادری و اسماعیلی، ۱۳۸۷).

یافته دیگر این پژوهش رابطه منفی و معنی‌داری را بین کیفیت زندگی و اضطراب مرگ سالمندان نشان می‌دهد. بنابراین، فرضیه سوم پژوهش نیز تأیید گردید. این یافته با یافته‌های کریمی‌وکیل (۱۳۹۱)، قانعی قشلاق (۱۳۹۶) و کاکابرابی و معاذی‌نژاد (۱۳۹۵) هماهنگ است. مطالعات، عوامل زیادی را بر کیفیت زندگی سالمندان مؤثر دانسته‌اند. در مطالعه براگلاند و ناروم (۲۰۰۷) این عوامل شامل عملکردهای اجتماعی، وضعیت سلامتی مطلوب، برخورداری از مسکن شخصی بیان شده‌اند. کوک و تسانگ (۲۰۱۲) نیز در مطالعه خود تحت عنوان سالمندی با داشتن زندگی خوب دریافتند که در افراد مسن افزایش کیفیت زندگی با داشتن سلامت خوب و امکانات مالی کافی ایجاد می‌گردد. مطالعه کاولرو، مورینواییل و برتوسی (۲۰۰۷) شرایط محیطی و اجتماعی را عوامل مؤثر در رضایتمندی سالمندان و کیفیت مطلوب زندگی بیان کرده است و تنهایی را یکی از عوامل مؤثر در کاهش آن می‌داند. اینوایی و پدرازیان (۲۰۰۷) وضعیت اقتصادی-اجتماعی نامطلوب و عدم وجود حمایت‌های لازم را دلایل کاهش کیفیت زندگی سالمندان ذکر کرده است. سالمندانی که

است. در تبیین این یافته می‌توان گفت افرادی که از سلامت معنوی بالاتری برخوردارند و ایمانی راسخ به نیرو یا موجودی عالی دارند و با آگاهی از این موضوع که زندگی در آینده نزدیک به پایان می‌رسد فعالانه معنی عالی‌تری را در آن می‌جویند و اضطراب مرگ کمتری را تجربه می‌کنند (نادری و روشنی، ۱۳۹۰). افراد سالمندی که از سلامت معنوی برخوردارند، این توانایی را دارند که به مشکلات، فشارهای روانی، فقدان‌های روانی، ناتوانایی‌های جسمی و آسیب‌پذیری روان‌شناختی و مهم‌تر از همه فقدان‌های طبیعی نظیر مرگ همسر و افراد نزدیک که در چرخه زندگی رخ می‌دهند، معنی بدهند و از طریق مقابله با این مشکلات از بار روانی آن بکاهند (لو، ۲۰۱۵). وقتی سلامت معنوی به طور جدی به خطر بیفتد فرد ممکن است دچار اختلالات روحی مثل احساس تهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی شود (استنفک، مک‌دونالد و حس، ۲۰۰۵). ادراک ناقص انسان از مذهب و خدا و آموزه‌های نادرست سبب می‌گردد که او مرگ را به منزله ورود به دنیایی پر از درد و رنج تصور کرده و به این دلیل از مرگ هراس داشته باشد (نادری و روشنی، ۱۳۹۰). بنابراین، افراد سالمندی که از سلامت معنوی بیشتری برخوردارند، می‌توانند به تمام مشکلات و فقدان‌هایی معنا دهند که در زندگی‌شان ایجاد می‌شود و از این طریق از فشارهای روانی آن بکاهند و آرامش را ایجاد کنند.

یافته دیگر پژوهش نشان داد رابطه منفی و معنی‌داری بین بهزیستی ذهنی و اضطراب مرگ سالمندان وجود دارد. بنابراین، فرضیه دوم پژوهش مبنی بر رابطه بهزیستی ذهنی و اضطراب مرگ تأیید شد. این یافته با یافته‌های پیمان (۱۳۹۳) و نجاتی (۱۳۸۸) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، ترس و اضطراب از مرگ یکی از عوامل ناراحت‌کننده انسان در طول زندگی‌اش می‌باشد. این سؤال ذهن بسیاری از روان‌شناسان را به خود مشغول داشته است که چگونه می‌توان ترس و نگرانی از مرگ را از ذهن انسان زدود تا بتواند راحت و با آرامش زندگی کند. هر چند روانشناسان و دانشمندان علوم اجتماعی سعی کرده‌اند پاسخ‌های متفاوتی به این پرسش بدهند ولی به‌نظر می‌آید این تبیین‌ها قانع‌کننده نیستند؛ چرا که با همه این تلاش‌ها، ترس و اضطراب از مرگ، به‌عنوان یکی از شایع‌ترین اضطراب‌ها در جوامع امروز است و بنا بر آمارها ۵۰ تا ۷۵

پوراکیبری، ف.، خواجوندخوشلی، ا.، و اسدی، ج. (۱۳۹۳). رابطه سرسختی روان‌شناختی و کیفیت زندگی با اضطراب مرگ در پرستاران. *مجله توسعه پژوهش در پرستاری و مامایی*، ۲(۲)، ۵۳-۵۰.

پیمان، ع. (۱۳۹۳). *بررسی رابطه بین سلامت عمومی، نگرش مذهبی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با اضطراب مرگ در سالمندان شهر تهران* (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه علامه طباطبائی، تهران.

پیوسته‌گر، م.، دستجردی، ا.، و دهشیری، غ. ر. (۱۳۸۹). رابطه خلاقیت و بهزیستی ذهنی در دانشجویان. *مجله علوم رفتاری*، ۴(۳)، ۲۱۳-۲۰۷.

تاجور، م. (۱۳۸۲). *بهداشت سالمندان و مروری بر جنبه‌های مختلف زندگی آنان*. تهران: انتشارات نسل فردا.

جغتایی، م. ت.، و نجاتی، و. (۱۳۸۵). بررسی وضعیت سلامت سالمندان در شهرستان کاشان. *نشریه سالمند*، ۱(۱)، ۳۰-۱۰.

حسن‌زهی، ا. (۱۳۹۱). *پیش‌بینی اضطراب مرگ بر اساس ویژگی‌های دموگرافیک و مؤلفه‌های معنویت در سالمندان* (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه شیراز.

خضری، ل.، بحرینی، م.، روانی‌پور، م.، و میرزایی، ک. (۱۳۹۴). ارتباط سلامت معنوی با افسردگی و اضطراب مرگ در بیماران سرطانی شهر بوشهر در سال ۱۳۹۳. *فصلنامه پرستاری گروه‌های آسیب‌پذیر*، ۲(۲)، ۲۸-۱۵.

خلیلی، ف.، سام، ش.، و آسایش، ج. (۱۳۹۲). وضعیت سلامت معنوی در سالمندان شهر اصفهان. *فصلنامه سالمند*، ۸(۱)، ۲۳-۱۶.

درویش‌پور کاخکی، ع.، و عابدسعیدی، ژ. (۱۳۹۲). بررسی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی وابسته به سلامت سالمندان شهر تهران. *نشریه علمی پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی*، ۲۳(۸۲)، ۸۱۶-۸.

دهشیری، غ. ر.، سهرابی‌اسمرود، ف.، جعفری، ع.، و نجفی، م. (۱۳۸۷). بررسی خصوصیات روان‌سنجی مقیاس بهزیستی معنوی در میان دانشجویان. *نشریه مطالعات روان‌شناختی*، ۴(۳)، ۱۴۴-۱۲۹.

رجبی، غ. ر. (۱۳۹۱). روایی و اعتبار نسخه مقیاس بهزیستی ذهنی در بیماران سرطانی. *فصلنامه روان‌شناسی سلامت*، ۴(۴)، ۴۱-۳۰.

رجبی، غ. ر.، و بحرانی، م. (۱۳۸۰). تحلیل عاملی سؤال‌های مقیاس اضطراب مرگ. *مجله روان‌شناسی*، ۵(۴)، ۳۴۴-۳۳۱.

کیفیت زندگی بالایی دارند معمولاً اضطراب مرگ کمتری را تجربه می‌کنند و می‌توان انتظار داشت با افزایش بهبود کیفیت زندگی سالمندان تنش‌های روانی به‌خصوص اضطراب مرگ آنان تسکین یابد (هاراوود، وایت و بنشاف، ۲۰۰۸). در نهایت باید اشاره نمود که این پژوهش از چند محدودیت برخوردار است. اولین محدودیت اینکه انجام این پژوهش صرفاً محدود به سالمندان شهر خرم‌آباد شد. دومین محدودیت اینکه تنها به بررسی چند متغیر مرتبط با متغیر ملاک یعنی اضطراب مرگ پرداخته شد و محدودیت آخر اینکه انجام این پژوهش به‌صورت همبستگی است که در تبیین روابط علی و معلولی جانب احتیاط را باید رعایت کرد. بنابراین، با توجه به محدودیت‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود جهت تعمیم‌پذیری بیشتر، این پژوهش را در سایر مناطق مختلف شهری ایران نیز انجام دهند. از طرفی هم نقش سایر متغیرهای روان‌شناختی از جمله افسردگی، سایر اضطراب‌ها، عزت نفس، اعتمادبه‌نفس، مهارت‌های مقابله‌ای و غیره و تأثیر آن بر متغیر ملاک مورد بررسی قرار گیرد. آموزش رویکرد معنادرمانی به سالمندان در مراکز بهزیستی و سرای سالمندان نیز می‌تواند به بهبود توانایی سازگاری آنان با اضطراب مرگ و در نتیجه افزایش سطح سلامت روانی آنان منجر گردد. به‌علاوه با استفاده از آموزش‌هایی چون مشاوره‌درمانی، تقویت امید و توجه به نیازهای روانی سالمندان می‌توان اضطراب مرگ را در آنان کاهش داد. قابل ذکر است با توجه به این که نمونه‌های بررسی شده در این پژوهش افراد سالمند بالای ۶۰ سال بودند و افراد گروه‌های سنی مختلف بررسی نشده‌اند، شایسته است که در پژوهشی افراد گروه‌های سنی مختلف از لحاظ سلامت معنوی، بهزیستی ذهنی، کیفیت زندگی و اضطراب مرگ بررسی شوند.

### سپاس‌گزاری

از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش که با صبر و تحمل با پژوهشگران همکاری نمودند، کمال تشکر را داریم.

### منابع

اله‌بخشیان، م.، جعفری‌پورعلوی، م.، پرویزی، س.، و حقانی، ح. (۱۳۸۹). ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در مبتلایان به مولتیپل اسکروزیس. *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان (طبیب شرق)*، ۱۲(۳)، ۳۳-۲۹.



- Bergland, A., & Narum, I. (2007). Quality of life demands comprehension and further exploration. *Journal of Aging and Health, 19*(1), 39-61.
- Bury, M., & Elston, M. A. (2004). Key concepts in medical sociology. *Care, 34*(3), 220-233.
- Cavallero, P., Morino-Abbele, F., & Bertocci, B. (2007). The social relations of the elderly. *Archives of gerontology and geriatrics, 44*(1), 97-100.
- Chokkanathan, S. (2009). Resources, stressors and psychological distress among older adults in Chennai, India. *Social Science & Medicine, 68*(2), 243-250.
- Conte, H. R., Weiner, M. B., & Plutchik, R. (1982). Measuring death anxiety: conceptual, psychometric, and factor – analytic aspects. *Journal of personality and social psychology, 43*(4), 775-785.
- Daaleman, T.P., & Dobbs, D. (2010). Religiosity, spirituality and death attitudes in chronically III older adults. *Research Aging, 32*(2), 224- 243.
- Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: a general overview. *South African Journal of Psychology, 39*(4), 391-406.
- Emek-Savas, D. D., Guntekin, B., Yener G. G., & Basar, E. (2015). Decrease of delta oscillatory responses is associated with increased age in healthy elderly. *International Journal Psychology, 103*, 103-109.
- Fortner, B. V., & Neimeyer, R. A. (1999). Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death Study, 23*(5), 387- 411.
- Furer, P., Walker, J. R., & Stein, M. B. (2007). *Series in anxiety and related disorders. Treating health anxiety and fear of death: A practitioner's guide*. New York: Springer Science.
- Goldzweig, G., Baider, L., Andritsch, E., & Rottenberg, Y. (2016). Hope and social support in elderly patients with cancer and their partners: an actor-partner interdependence model. *Future Oncology, 12*(24), 2801-2809.
- Graham, J. E., Christian, L. M., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2006). Stress, age, and immune function: toward a lifespan
- رجبی، غ. ر.، و هاشمی شیخ‌شانی، س. ا. (۱۳۹۰). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی تصویری در بین کارکنان سازمان آب و برق خوزستان. *مجله علوم رفتاری، ۵*(۴)، ۳۶۴-۳۵۷.
- رضایی، م، سیدفاطمی، ن.، و حسینی، ف. (۱۳۸۷). سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی. *فصلنامه حیات، ۱۴*(۳-۴)، ۳۹-۳۳.
- عسگری، پ.، و شرف‌الدین، ه. (۱۳۸۷). رابطه اضطراب اجتماعی، امیدواری و حمایت اجتماعی با احساس ذهنی بهزیستی در دانشجویان تحصیلات تکمیلی واحد علوم و تحقیقات خوزستان. *نشریه یافته‌های نو در روان‌شناسی (روان‌شناسی اجتماعی)، ۳*(۹)، ۳۶-۲۵.
- قانع‌قشلاق، ر. (۱۳۹۶). بررسی رابطه اضطراب مرگ و افسردگی با کیفیت زندگی سالمندان شهر سقز در سال ۱۳۹۵ (گزارش طرح پژوهشی). کردستان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی.
- کاکابرایی، ک.، و معاذی‌نژاد، م. (۱۳۹۵). رابطه سن و معنایابی در زندگی با اضطراب مرگ در زنان و مردان سالمند بازنشسته. *فصلنامه روان‌شناسی پیری، ۲*(۱)، ۴۷-۳۷.
- کریمی وکیل، ع. ر. (۱۳۹۱). رابطه کیفیت زندگی و جهت‌گیری مذهبی با اضطراب مرگ (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه علامه طباطبائی، تهران.
- معمدی، ع. ا.، پژوهی‌نیا، ش.، و فاطمی‌اردستانی، س. م. ح. (۱۳۹۴). تأثیر بهزیستی معنوی و تاب‌آوری در پیش‌بینی اضطراب مرگ در میان سالمندان در شهر تهران. *نشریه علوم اعصاب شفای خاتم، ۳*(۲)، ۲۶-۱۹.
- منتظری، ع.، گشتاسبی، آ.، و وحدانی‌نیا، م. س. (۱۳۸۴). ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی پرسش‌نامه SF-36. *نشریه پایش، ۵*(۱)، ۵۶-۴۹.
- نادری، ف.، و اسماعیلی، ا. (۱۳۸۷). رابطه اضطراب مرگ و اندیشه‌پردازی خودکشی با احساس ذهنی بهزیستی در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز. *نشریه یافته‌های نو در روان‌شناسی، ۲*(۸)، ۴۶-۳۵.
- نادری، ف.، و روشنی، خ. (۱۳۹۰). رابطه هوش معنوی و هوش اجتماعی با اضطراب مرگ زنان سالمند. *نشریه زن و فرهنگ، ۲*(۶)، ۶۷-۵۵.
- نجاتی، و. (۱۳۸۸). بررسی وضعیت سلامت سالمندان استان قم در سال ۱۳۸۶. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ۱۳*(۱)، ۷۲-۶۷.

- approach. *Journal of behavioral medicine*, 29(4), 389-400.
- Harrawood, L. K., White, L. J., & Benshoff, J. J. (2009). Death anxiety in a national sample of United States funeral directors and its relationship with death exposure, age, and sex. *Journal of Death and Dying*, 58(2), 129-146.
- Hawks, S. R., Hull, M. L., Thalman, R. L., & Richins, P. M. (1995). Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 9(5), 371-378.
- Hoelterhoff, M. (2010). *Resilience against death anxiety in relationship to post-traumatic stress disorder and psychiatric co-morbidity*. Research with Plymouth University.
- Inouye, K., & Pedrazzani, E. S. (2007). Instruction, social economic status and evaluation of some dimensions of octogenarians' quality of life. *Revista latino-Americana de enfermagem*, 15, 742-747.
- Jain, M., & Purohit, P. (2006). Spiritual intelligence: A contemporary concern with regard to living status of the senior citizens. *Journal of the Indian Academy of Applied psychology*, 32(3), 227-233.
- Koenig, H. G. (1994). *Aging and God*. New York: Haworth press.
- Kontodimopoulos, N., Papa, E., Niakas, D., & Tountas Y. (2007). Validity of SF-12 summary scores in a Greek general population. *Health Quall Life Outcomes*, 5(55), 1-12.
- Kwok, J. Y. C., & Tsang, K. K. M. (2012). Getting old with a good life: research on the everyday life patterns of active older people. *Ageing International*, 37(3), 300-317.
- Lou, V. W. Q. (2015). *Conceptualizing Spiritual well-Being: A Qualitative Inquiry*. *Spiritual Well-Being of Chinese Older Adults*, 13-25. DOI: 10.1007/978-3-662-46303-1
- Luszczynska, A., Cao, D. S., Mallach, N., Pietron, K., Mazurkiewicz, M., & Schwarzer, R. (2010). Intentions, planning and self-efficacy predict physical activity in Chinese and Polish adolescents: Two moderated mediation analyses. *International Journal of Clinical Health & Psychology*, 10(2), 265-278.
- Ocampo, J. M. (2010). Self-rated health: Importance of use in elderly adults. *Colombia Medical*, 41(3), 275-289.
- Organization, W. H. (2014). *Definition of an older or elderly person, health statistics and health information systems*.
- Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). Loneliness of life. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.). *Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy* (pp. 224-237). New York: Wiley Inter science.
- Roger, J. S., Michele, Y. W, Sue, R., Gail, J., & Josephine, M. C. (2016). Knowing, planning for and fearing death: Do adults with intellectual disability and disability staff differ? *Journal of Research in Developmental Disabilities*, 49(12), 47-59.
- Stefanek, M., McDonald, P. G., & Hess, S. A. (2005). Religion, spirituality and cancer: current status and methodological challenges. *Psycho-Oncology*, 14(6), 450-463.
- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *Journal of General Psychology*, 82, 165-177.
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S. u., & Stewart-Brown, S. (2007). The warwick-edinburgh mental well-being scale (WEMWBS): Development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(63). Doi: 10.1186/1477-7525-5-63
- Waldrop, A. E, Hanson, R. F, Resnick, H. S, Kilpatrick, D. G, Naugle, A. E., & Saunders, B. E. (2007). Risk factors for suicidal behavior among a national sample of adolescents: implications for prevention. *Journal Trauma Stress*, 20(5), 869-879.
- Ware, J. E., Kosinski, M. Y. & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey. Construction of scales and preliminary tests of reliability and Validity. *Medical Care*, 34, 220-233.