

The relationship between religious orientation and death anxiety with mental health among the elderly

Yaghobi A*¹, Zoghipaidar MR², Nabizadeh S³

Abstract

Introduction and purpose: Diseases, physical and psychological problems are important issues in the field of aging that occur during this period. Diseases and health problems and facing the end of life and experience death anxiety cause of threatening the mental health of the elderly. Therefore, the purpose of this study was to predict the mental health of the elderly based on religious orientation and death anxiety in 2017.

Materials and Methods: The research method was a survey and correlation type. The population consisted of all elderly in Hamedan. The sample size was estimated 146 people using Gpower software that 150 people were selected for study by available sampling method. For data collection, Allport and Ross's religious orientation scale, Templar death anxiety scale and general health questionnaire were used. Research data were analyzed using the Pearson correlation coefficient and multiple regression methods by SPSS 22 statistical software.

Findings: Findings in Pearson correlation showed that there was a significant and negative relationship between death anxiety and mental health ($r = -0.40$, $p < 0.01$) and positive relationship between religious orientation and mental health among the elderly ($r = 0.31$, $p < 0.01$). Regression results showed that predictor variables predict 28% of mental health variance. The intrinsic religious orientation with a beta coefficient of 0.27 predicts mental health positively and death anxiety with a beta coefficient of -0.41 predicts mental health negatively. The extrinsic religious orientation variable does not play a significant role in predicting mental health.

Conclusion: According to the findings of this study, the variables of intrinsic religious orientation and death anxiety can affect the mental health of the elderly. Therefore, considering the role of these variables in predicting mental health, the research results can provide valuable information to families and institutions associated with the elderly to improve the mental health of them.

Keywords: *Religious Orientation, Mental Health, Death Anxiety*

Received: 2017/10/08

Accepted: 2017/12/6

Copyright © 2018 Quarterly Journal of Geriatric Nursing. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

1 - Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Economic and Social Sciences, Hamedan-Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran. (**Corresponding Author**): E-mail: yaghobi41@yahoo.com

2 - Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Economic and Social Sciences, Hamedan-Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran

3 - PhD student of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Economic and Social Sciences, Hamedan-Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran

ارتباط جهت گیری مذهبی و اضطراب مرگ با سلامت روان سالمندان

ابوالقاسم یعقوبی^{۱*}، محمدرضا ذوقی پایدار^۲، صدف نوبی زاده^۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶ / ۷ / ۱۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶ / ۹ / ۱۵

چکیده

مقدمه و هدف: از جمله مسائل مهم در حوزه سالمندی، بیماری‌ها و مشکلات جسمی و روان‌شناختی است که در این دوره زمانی اتفاق می‌افتد. بیماری‌ها و مشکلات جسمی از یک سو و روبرو شدن با انتهای زندگی و تجربه اضطراب مرگ از سوی دیگر باعث تهدید سلامت روان‌شناختی آنها می‌شود. از این رو این پژوهش با هدف پیش‌بینی سلامت روان سالمندان بر اساس جهت‌گیری مذهبی و اضطراب مرگ در سال ۱۳۹۶ انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش این پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل سالمندان شهر همدان بود. حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار Gpower ۱۴۶ نفر برآورد گردید که به منظور افزایش دقت و همچنین احتمال کاهش نمونه‌ها ۱۵۰ نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس جهت مطالعه انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه شامل مقیاس‌های جهت‌گیری مذهبی آلپورت و راس، اضطراب مرگ تمپلر و سلامت عمومی (GHQ) بود. داده‌ها با استفاده از روش همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه و با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌ها در بخش همبستگی پیرسون نشان داد که بین اضطراب مرگ و سلامت روان رابطه منفی و معنادار ($r = -0/40$) وجود دارد. نتایج رگرسیون همزمان نشان داد که متغیرهای پیش‌بین ۲۸ درصد واریانس سلامت‌روان را پیش‌بینی می‌کنند. جهت‌گیری مذهبی درونی با ضریب بتای $0/27$ به صورت مثبت سلامت‌روان را پیش‌بینی می‌کند و اضطراب مرگ با ضریب بتای $-0/41$ به صورت منفی سلامت‌روان را پیش‌بینی می‌نماید و متغیر جهت‌گیری مذهبی بیرونی نقش معناداری در پیش‌بینی سلامت روان ندارد.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این پژوهش متغیرهای جهت‌گیری مذهبی درونی و اضطراب مرگ می‌توانند بر سلامت‌روان سالمندان اثر بگذارند. بنابراین با توجه به نقش متغیرهای مذکور در پیش‌بینی سلامت‌روان، نتایج پژوهش می‌تواند اطلاعات ارزشمندی در اختیار خانواده‌ها و موسساتی که با سالمندان ارتباط دارند به منظور بهبود سلامت‌روان سالمندان قرار دهد.

کلیدواژه‌ها: جهت‌گیری مذهبی، سلامت روان، اضطراب مرگ

۱- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران
(نویسنده مسؤول): yaghobi41@yahoo.com

۲- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

۳- دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

مقدمه

سالمندی یکی از مراحل حساس زندگی و مهمترین پدیده مردم‌شناختی اواخر قرن بیستم و شروع قرن بیست و یکم می‌باشد که رسیدگی به مسائل جسمانی و روانی آن اهمیت خاصی یافته است (۱). گسترش مراقبت‌های بهداشتی اولیه، بهبود شرایط اقتصادی و اجتماعی و پیدایش فناوری‌های جدید سلامت، موجب افزایش جمعیت افراد ۶۰ سال به بالا شده است که این افراد طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سالمند نامیده می‌شوند (۲). امروزه دو سوم کل سالمندان، در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند و ایران نیز با پشت سر گذاشتن تغییر ساختار جمعیتی، طبق سرشماری سال ۱۳۸۵ با داشتن بیش از ۷ درصد سالمند بالای ۶۰ سال، به کشوری رو به سالخورده‌گی تبدیل گشته است (۳).

افزایش تعداد سالمندان باعث شده تا پژوهشگران به حوزه سلامت سالمندان توجه بیشتری داشته باشند زیرا رشد فزاینده و شتابان جمعیت سالخورده در سال‌های اخیر و تأثیر عمیقی که این پدیده بر شرایط اقتصادی-اجتماعی دارد، زمینه نگرش‌های چندجانبه‌ای همچون نگرش پزشکی، جامعه‌شناختی و روان‌شناختی را فراهم کرده است. از جمله مسائل مهم در حوزه سالمندی، بیماری‌ها و مشکلات جسمی و روان‌شناختی است که در این دوره زمانی اتفاق می‌افتد. بنابراین روند رو به رشد جمعیت سالمندان می‌تواند موجب افزایش مشکلات جسمی و روان‌شناختی در جامعه باشد (۴). استرس‌های روان‌شناختی یک وضعیت روانی خاص و ناراحت کننده هستند که در پاسخ به عوامل استرس‌زا و یا تقاضاهایی که منجر به آسیب موقتی یا دائمی می‌شوند، توسط فرد تجربه می‌گردند (۵).

مشکلات مربوط به سلامت سالمندان را می‌توان به دو عامل استرس‌زای عمده که شاید تا حد زیادی منحصر به سن و گذشت عمر هستند مرتبط دانست؛ الف- عوامل زیستی؛ تغییرات عصبی-زیستی در افراد باعث اختلال در خواب، تغییر در هورمون‌ها و فشار خون می‌شود که در بروز بیماری‌های جسمی و مشکلات روان‌شناختی مانند افسردگی و اضطراب نقش مهمی دارد. ب- عوامل روان‌شناختی؛ مسائلی مانند کمبود حمایت اجتماعی، نگرش

افراد به زندگی، تغییر مکان، مشکلات اقتصادی، تعارضات خانوادگی، از دست دادن همسر یا دیگر عزیزان می‌توانند در افزایش مشکلات روان‌شناختی سالمندان نقش داشته باشند (۶).

پژوهش‌های مختلف (۷، ۸، ۹) مشکلات روان‌شناختی در حوزه سالمندان را مورد بررسی قرار داده و نشان دادند که اختلالات خلقی و اضطرابی در سالمندان شیوع قابل توجهی دارند. در واقع با شروع فرایند پیری علاوه بر وجود مشکلات جسمی و بیماری‌ها، روبرو شدن با پدیده مرگ و اضطراب ناشی از آن نیز در ایجاد اختلالات روان‌شناختی در این دوره نقش مهمی دارد. طبق نظر تامر و الیسون (۲۰۰۸) اضطراب مرگ یک واکنش عاطفی منفی توأم با پیش‌بینی حالتی است که فرد عدم وجود را تجربه می‌کند. این پژوهش‌گران بر این باورند که اضطراب مرگ به طور مستقیم با نگرش به مرگ و احساس تاسف نسبت به گذشته و آینده مرتبط است و به طور غیرمستقیم با فرایندهای مقابله‌ای، باورهای فرد درباره خود و جهان و میزانی از آگاهی نسبت به مرگ احتمالی رابطه دارد (۱۰).

از دیدگاه وو، تانگ و کوک (۲۰۰۲) اضطراب مرگ را می‌توان به عنوان سازه‌ای چندبعدی در نظر گرفت که انواع مختلفی از واکنش‌های روان‌شناختی منفی نسبت به مرگ را در بر می‌گیرد. اضطراب مرگ زیربنای خیلی از مشکلات روان‌شناختی محسوب می‌شود و به عنوان ترس آگاهانه از مرگ شناخته شده و شامل نگرانی درباره نابودی بدن بعد از مرگ، ترس از دست دادن زمان، ترس از رنج کشیدن، ترس از ناشناختگی و تنها بودن می‌شود (۱۱). مرگ واقعی اجتناب‌ناپذیر است و هر فردی ممکن است نسبت به آن واکنشی منحصر به فرد داشته باشد و به علت ماهیت ابهام‌آمیز و عدم تکرار و تجربه‌پذیری برای بسیاری به صورت تهدیدآمیز جلوه می‌کند از سویی دیگر نگرانی نسبت به مرگ در بین همه فرهنگ‌ها متداول است و اقوام و ادیان مختلف به روش‌های گوناگون با آن برخورد می‌کنند (۱۲). اضطراب و دلهره واکنش‌های معمول نسبت به مرگ هستند که در واقع ترس و نگرانی از دنیایی ناشناخته را نشان می‌دهد، بنابراین ترس درباره مرگ در حالت عادی اختلال و مشکل محسوب نمی‌شود، از جایی که مرگ می‌تواند در برخی افراد باعث احساساتی مانند ترس از

آنها نشان داد که حمایت اجتماعی با اضطراب مرگ رابطه معناداری دارد (۲۴).

یکی دیگر از متغیرهایی که با سلامت روان سالمندان مرتبط است نگرش و اعتقادات مذهبی است. ارتباط بین اعتقادات مذهبی و سلامت روان در بین روان‌شناسان و جامعه‌شناسان در سال‌های اخیر توجه زیادی را به خود معطوف کرده و هنوز پژوهش درباره ماهیت اثرات مذهبی بر سلامت روان ادامه دارد. هرچند اکثر پژوهش‌ها به ارتباط مثبت مذهب و سلامت روان اشاره دارند اما اینکه اعتقادات مذهبی چگونه بر سلامت روان تاثیر دارند هنوز مورد بررسی است (۲۷، ۲۶، ۲۵). ادبیات پژوهشی درباره تاثیر ایمان به خدا، مذهب و آداب و رسوم دینی در سلامت روانی افراد، بهداشت روانی جامعه و ایجاد آرامش، به نتایج مثبت و قابل توجهی دست یافته و اکثر این تحقیقات بر این موضوع اتفاق نظر دارند که در محیط‌های مذهبی و جوامعی که ایمان مذهبی آنها بیشتر است، میزان مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب و افسردگی نسبت به جوامع غیرمذهبی کمتر است (۲۸). مذهب به عنوان یک نیروی روان‌شناختی مهم می‌تواند بر کل زندگی افراد تاثیر بسزایی داشته باشد (۲۹). شاید مذهب عمیق‌ترین منبعی است که تمام موجودیت انسان در آن پرورش یافته و تمام موارد از جمله وحدت انسان با خداوند به آن وابسته است. به طور کلی تحقیقات بیانگر آن است که ارتباط مثبت بین مذهب و سلامت روان وجود دارد اما در برخی از تحقیقات ارتباطی مبهم بین جنبه‌های مختلف دینداری و سلامت روان‌شناختی گزارش شده است (۳۰). در فراتحلیلی که در زمینه مطالعات مذهبی و سلامت روانی انجام شده است، مشخص شد که در ۴۷ درصد مطالعات رابطه‌ای مثبت بین مذهب و سلامت روانی وجود دارد، ۲۳ درصد رابطه منفی و در ۳۰ درصد آنها رابطه معنی داری دیده نشد (۳۱).

مطالعات دقیق‌تر در زمینه تاثیر مذهب بر سلامت روانی و اینکه چرا برخی مطالعات بیانگر تاثیر منفی مذهب بر سلامت روانی یا جسمانی است، پژوهشگران را بر آن داشت تا تاثیر انواع مذهب را مورد مطالعه قرار دهند. یکی از پژوهش‌ران برجسته در این زمینه آلپورت (۱۹۶۸) است که مذهب را به عنوان فلسفه وحدت بخش زندگی توصیف می‌کند و آن را یکی از عوامل مهم برای سلامت

ناتوانی، جدایی، از دست دادن کنترل و بی‌معنایی شود به همین دلیل می‌تواند منجر به مشکلات روانشناختی و عدم رضایت از زندگی شود (۱۳). البته اضطراب مرگ منحصر به دوران سالمندی نیست و جوانترها نیز ممکن است آن را تجربه کنند پیشینه ادبیات در این مورد متفاوت است نتایج برخی پژوهش‌ها (۱۶، ۱۵، ۱۴) نشان می‌دهد افراد سالمند اضطراب مرگ کمتری تجربه می‌کنند و نتایج برخی پژوهش‌ها (۱۹، ۱۸، ۱۷) نشان می‌دهد سالمندان اضطراب مرگ و مشکلات روان‌شناختی بیشتری تجربه می‌کنند. در مجموع افزایش سن باعث تجربه‌هایی مانند انزوای اجتماعی، تحلیل رفتن توان جسمی و از دست دادن عزیزان می‌شود و این آگاهی را به فرد می‌دهد که پدیده مرگ به سراغ او نیز خواهد آمد، از این رو می‌توان گفت زمانی که سالمندان با دو موضوع برجسته یعنی، از دست دادن عزیزان و تحلیل توانایی جسمی روبرو می‌شوند، به فناپذیری خود بیشتر فکر کرده و ممکن است که اضطراب مرگ را تجربه کنند (۲۰). پژوهش‌های انجام شده درباره اضطراب مرگ نشان از ارتباط این متغیر با سلامت روان‌شناختی دارد. در پژوهشی ارتباط راهبردهای مقابله‌ای و اضطراب مرگ با بهزیستی روانی و زوال عقل در سالمندان مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که اضطراب مرگ با بهزیستی روانی ارتباط منفی دارد و نوع راهبردهای مقابله‌ای که سالمندان به کار می‌برند با بهزیستی و زوال عقل ارتباط دارد (۲۱). در پژوهشی مشخص شد اضطراب مرگ در سالمندان با مشکلات اقتصادی، کناره‌گیری اجتماعی و بازنشستگی ارتباط دارد و مجموعه این متغیرها نقش اساسی در پیش‌بینی سلامت روان‌شناختی سالمندان ایفا می‌کنند (۲۲). میسلر و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند که سالمندان در معرض مشکلات جسمی و روانی بیشتری قرار دارند و بیماری‌ها و مشکلات جسمی از یک سو و روبرو شدن با انتهای زندگی و تجربه اضطراب مرگ از سوی دیگر باعث تهدید سلامت روان‌شناختی آنها می‌شود (۱۸). در پژوهشی داخلی مشخص شد که سن و معنایی در زندگی با اضطراب مرگ سالمندان ارتباط دارد و با افزایش معنایی و سن، اضطراب مرگ در سالمندان کاهش می‌یابد (۲۳). امینی و رضوی (۱۳۹۴) رابطه حمایت اجتماعی با امید و اضطراب مرگ در سالمندان را بررسی کرده و نتایج پژوهش

اعتقادات مذهبی می‌توانند آثار مثبت و یا منفی بر سلامت روان داشته باشند و این موضوع بنا بر نظر آلپورت می‌تواند به نوع جهت‌گیری مذهبی فرد مربوط باشد. بنابراین با توجه به افزایش روز افزون جمعیت سالمندان در کشور و با توجه به پیامدهای متفاوت اضطراب مرگ و جهت‌گیری مذهبی بر سلامت روان سالمندان، انجام پژوهش‌ها و شناسایی متغیرهای مرتبط در راستای حفظ سلامت روان در دوران سالمندی حائز اهمیت است.

یالوم (۲۰۰۸) به عنوان یکی از روان‌درمانگران برجسته هستی‌نگر، اضطراب مرگ را مهمترین مسئله و دغدغه مطرح شده در جلسه‌های روان‌درمانگری خود عنوان کرده است. بر این اساس مسأله مرگ منبع اولیه اضطراب و بسیاری از اختلال‌های روان‌شناختی دیگر است و شناخت ویژگی‌ها و آثار آن از جایگاه مهمی در روند شناخت ویژگی‌های روانی و بهبود سلامت روان برخوردار است. با وجود اهمیت بالای اضطراب مرگ به ویژه در دوران سالمندی، این مسأله می‌تواند به عنوان یکی از عامل‌های مهم در سلامت روان سالمندان نقش داشته باشد (۳۳). مذهب نیز تأثیر عمیقی بر زندگی انسان دارد. از جمله تأثیرات مذهب که محققان بر آن تأکید دارند اثر مثبت آن بر سلامت روان است. در بحث سلامت روان عمل بر روی اطلاعات، روشن نمودن ارزش‌ها و عقاید و به کار گرفتن ظرفیت تصمیم‌سازی و همچنین تمرکز بر احساس رضایت فردی و اطمینان به باورهای معنوی و نیروی درونی خود مورد تأکید قرار می‌گیرد. از آنجا که در اعتقادات و باورهای مذهبی نیز بر نیروی درونی و معنویت تأکید شده و اعمال مذهبی نیز در راستای افزایش ظرفیت و نیروی معنویت انجام می‌شود، بنابراین مذهب می‌تواند بر سلامت روان تأثیر داشته باشد (۳۴). در کل می‌توان عنوان کرد که متغیرهای اضطراب مرگ و جهت‌گیری مذهبی می‌توانند به عنوان عامل‌های مهمی در سلامت روان سالمندان نقش داشته باشند. پژوهش‌های زیادی بر اهمیت مذهب بر سلامت روان تأکید دارند که به برخی از آنها اشاره می‌شود. نتایج پژوهش اوراج و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد که نگرش‌های مذهبی در سالمندان باعث ایجاد دیدگاهی معنادار و مثبت به زندگی بعد از مرگ شده و بدین ترتیب سالمندانی که دیدگاه مذهبی قوی‌تری دارند که باعث می‌شود سلامت روان بالاتری داشته و مشکلات روان‌شناختی کمتری تجربه کنند. نتایج مطالعات (۳۶، ۳۵، ۲۷) نشان داد که نگرش‌ها و اعتقادات مذهبی

روان دانسته است. وی معتقد است نظام مذهبی، بهترین زمینه را برای یک شخصیت سالم آماده می‌کند. اما به این نکته نیز اشاره دارد که این طور نیست که تمام افرادی که ادعای مذهبی بودن دارند دارای سلامت روان هستند. از دیدگاه آلپورت این جهت‌گیری به دو صورت درونی و بیرونی می‌باشد. جهت‌گیری مذهبی درونی، فراگیر، دارای اصولی سازمان یافته و درونی شده است؛ که خود غایت و هدف است نه وسیله‌ای برای رسیدن به هدف. فردی که جهت‌گیری مذهبی درونی دارد با مذهب زندگی می‌کند و مذهب با شخصیتش یکی می‌شود. اما فردی که جهت‌گیری مذهبی بیرونی دارد، مذهب با زندگی‌اش تعلق نکرده است، برای او مذهب وسیله‌ای است که برای ارضاء نیازهای فردی از قبیل مقام و امنیت مورد استفاده قرار می‌گیرد (۳۲). آلپورت (۱۹۶۸) بر اهمیت رابطه بین مذهب درونی و سلامت روانی تأکید ورزیده و اعتقاد دارد که جهت‌گیری مذهبی درونی برخلاف جهت‌گیری مذهبی بیرونی در تأمین سلامت روانی نقش مهمی دارد (۳۲).

موضوع اضطراب مرگ می‌تواند از منابع مهم اختلال‌های روان‌شناختی باشد، لذا بررسی آن در حوزه سلامت روان از اهمیت خاصی برخوردار است (۱۱). با وجود اهمیت بالای اضطراب مرگ به ویژه در دوران سالمندی، این مسأله در ایران پژوهش‌های اندکی را به خود اختصاص داده است. شاید تفکر درباره مرگ در بین سالمندان موضوع رایجی باشد اما مسأله مهم این است که واکنش سالمندان در برابر این وضعیت چگونه است. پدیده مرگ نباید به منزله پایان همه چیز تلقی شود، هر چند برخی از سالمندان چنین می‌اندیشند و این نگرش زمینه‌ساز بروز اضطراب خواهد بود. سالمندان در برابر اضطراب مرگ و افسردگی مصونیت پایینی دارند و محققان حوزه سلامت دریافته‌اند که پدیده مرگ می‌تواند زمینه بروز اختلال‌های روان‌شناختی مانند افسردگی و اضطراب را فراهم کند (۱۷). از سویی پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مذهب می‌تواند آثار مثبتی بر سلامت روان افراد داشته باشد و علیرغم آنکه تاکنون در خصوص پیامدهای روان‌شناختی مذهب، پژوهش‌های زیادی منتشر شده است، هنوز تبیین ساختارهای روان‌شناختی مذهب و نیز چگونگی اثرگذاری آن بر سلامت روان مورد بحث بوده و ضروری است این بخش از روان‌شناسی مذهب بیش از گذشته مورد توجه محققین قرار گیرد. به نظر می‌رسد

سال، توانایی تکلم، بینایی و شنوایی جهت برقراری ارتباط با پژوهشگر و رضایت برای شرکت در مطالعه بود. افرادی که از این ملاکها برخوردار نبودند از مطالعه خارج می‌شدند.

ابزارهای پژوهش

اطلاعات دموگرافیک شامل سن، میزان تحصیلات و وضعیت تاهل بود.

۱. **مقیاس سلامت عمومی (GHQ)**: این مقیاس ۲۸ سؤالی توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) ساخته شده و به منظور کشف و شناسایی اختلالات روانی و ارزیابی سلامت روانی به کار می‌رود که شامل چهار خرده مقیاس علائم جسمانی، وضعیت اضطراب، وضعیت کارکرد اجتماعی و افسردگی می‌باشد که هر قسمت حاوی ۴ سؤال چهار گزینه‌ای در طیف لیکرت بوده و به عنوان یک ابزار برای غربالگری معرفی شده است. به هر سؤال بر مبنای مقیاس چهارگزینه‌ای، عددی بین صفر تا سه داده می‌شود و در مجموع کل نمره هر فرد، بین صفر تا ۸۴ متغیر می‌باشد. در این مقیاس بر اساس مطالعات قبلی، جهت تعیین وضعیت افرادی که دارای مشکل و اختلالات روانی می‌باشند، از نقطه برش ۲۳ استفاده می‌شود، لذا افرادی که نمره سلامت روانی آنها ۲۳ و کمتر است، از نظر سلامت روانی سالم و افرادی که نمره آنها ۲۴ و بالاتر باشد، دارای اختلال روانی، در نظر گرفته می‌شوند. در ایران پایایی این پرسش‌نامه، با روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۱ بدست آمده است (۳۹). در مطالعه حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ معادل ۰/۷۸ به دست آمد.

۲. **مقیاس جهت‌گیری مذهبی (ROS)**: این ابزار توسط آلپورت و راس (۱۹۶۷) ساخته شده و شامل ۲۱ جمله است و جهت‌گیری افراد را نسبت به مذهب ارزیابی می‌کند. این مقیاس در طیف چهارگزینه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم ۱ تا کامل موافقم ۵ نمره‌گذاری می‌شود. در این مقیاس عبارات ۱ تا ۱۲ جهت‌گیری مذهبی بیرونی و عبارات ۱۳ تا ۲۱ جهت‌گیری مذهبی درونی را می‌سنجند. نمره هر مقیاس با جمع کردن نمره گویه‌های سازنده

بر سلامت روان و بهزیستی سالمندان اثر مثبت دارد. نتایج مطالعه نقی‌پور (۱۳۹۴) نیز نشان داد که جهت‌گیری مذهبی درونی با سلامت روان و کیفیت زندگی سالمندان ارتباط مثبت دارد (۳۷). آنچه نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد این است که نگرش مذهبی و اضطراب مرگ می‌تواند سلامت روان سالمندان را تحت تاثیر قرار دهند و با توجه به این که پدیده سالمندی در جامعه رو به افزایش است، لذا نداشتن برنامه مناسب برای پیشگیری از مشکلات روان‌شناختی سالمندان، مشکلات زیادی برای جامعه ایجاد خواهد کرد. بنابراین برای برنامه‌ریزی بهتر به منظور ارتقای سلامت و کاهش شیوع اختلالات روان‌شناختی در سالمندان، شناسایی وضعیت و عوامل مؤثر بر سلامت آنان ضروری به نظر می‌رسد. با مرور پیشینه پژوهش می‌توان دریافت که تحقیقات در زمینه ارتباط جهت‌گیری مذهبی و اضطراب مرگ با سلامت روان‌شناختی سالمندان دارای ابهاماتی است از این رو جهت روشن‌تر کردن روابط بین این متغیرها و پیش‌بینی سلامت روانی سالمندان، مطالعه حاضر در پی پیش‌بینی سلامت روان سالمندان بر اساس جهت‌گیری مذهبی و اضطراب مرگ است.

مواد و روش‌ها

روش این پژوهش، پیمایشی و از نوع همبستگی بود که در آن نقش جهت‌گیری مذهبی و اضطراب مرگ در سلامت روان سالمندان مورد بررسی قرار گرفت. جامعه آماری پژوهش شامل زنان و مردان سالمند شصت سال به بالای شهر همدان بود که با توجه به محدودیت پژوهشگر به شیوه در دسترس از بین سالمندان با مراجعه به مراکز کلیدی (مانند پارکها و مراکز تفریحی) شهر همدان نمونه مورد نظر انتخاب شد. حجم نمونه در این پژوهش بر اساس تعداد متغیرها از طریق نرم‌افزار Gpower (۳۸)، با اندازه اثر متوسط ۰/۱۰، ضریب آلفای ۰/۰۵ و توان آزمون ۰/۹۰ عدد ۱۴۶ به دست آمد. برای جلوگیری از ریزش آزمودنی‌ها ۱۶۰ نفر انتخاب شدند که پس از جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌های ناقص کنار گذاشته شد و در نهایت نمونه به ۱۵۰ نفر تقلیل یافت. ملاکهای ورود به مطالعه عبارت از داشتن سن بیشتر از شصت

۰/۷۳ بدست آمد (۴۲). در این پژوهش پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ معادل ۰/۷۵ به دست آمد.

فرایند اجرای پژوهش و روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای انجام پژوهش حاضر به مکانهای کلیدی شهر همدان (مانند پارک‌ها، مراکز عمومی و...) مراجعه و رضایت سالمندان در دسترس جهت انجام پژوهش جلب شد. با ارائه توضیحاتی مقدماتی درباره اهداف پژوهش و اطمینان‌دهی از محرمانه بودن اطلاعات، مقیاس‌ها و نحوه تکمیل آنها در اختیار سالمندانی که به عنوان نمونه مطالعه انتخاب شده بودند قرار گرفت. شرکت‌کنندگان ابتدا به سؤالات مربوط به ویژگیهای جمعیت‌شناختی خود شامل سن، جنس، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل و سپس به سؤالات پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. بعد از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها و کنار گذاشتن نسخه‌های ناقص، داده‌ها از طریق تحلیل رگرسیون چندگانه و در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این پژوهش تعداد ۱۵۰ نفر از سالمندان بالای ۶۰ سال شهر همدان مورد پژوهش قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان به ترتیب ۶۵/۱۴ و ۴/۰۹ بود. جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه مورد پژوهش را نشان می‌دهد.

آن مقیاس به دست می‌آید. هرچه نمره آزمودنی در یک مقیاس بیشتر باشد، به میزان بیشتری دارای آن ویژگی است. طبق تحقیق آلپورت همبستگی بین ماده‌های جهت‌گیری مذهبی درونی با ماده های جهت‌گیری بیرونی ۰/۲۱- بود. اعتبار این مقیاس توسط جان‌بزرگی (۱۳۸۶) با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴، و توسط مختاری و همکاران (۱۳۸۰)، ۰/۷۱ گزارش شده است (۴۰). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ مقیاس برای جهت‌گیری درونی ۰/۸۱ و برای جهت‌گیری مذهبی بیرونی ۰/۷۶ به دست آمد.

۳. **مقیاس اضطراب مرگ (DAS):** این مقیاس در سال ۱۹۷۰ توسط تمپلر ساخته شد و شامل ۱۵ ماده است که نگرش آزمودنی‌ها را به مرگ می‌سنجد. آزمودنی‌ها پاسخ‌های خود را به هر سؤال با گزینه‌های بلی یا خیر مشخص می‌کنند. پاسخ بلی نشان دهنده وجود اضطراب در فرد است. به این ترتیب نمره‌های این مقیاس بین صفر تا ۱۵ متغیر است که نمره بالا معرف اضطراب زیاد افراد در مورد مرگ است (۴۱). بررسی‌های به عمل آمده در مورد روایی و پایایی مقیاس اضطراب مرگ نشان می‌دهد که این مقیاس از اعتبار قابل قبولی برخوردار است. این مقیاس توسط رجبی و بحرانی (۱۳۸۰) به فارسی برگردانده شده است. کلی و کورویو (۱۹۹۵) در پژوهشی، اعتبار بازآزمایی مقیاس را ۰/۸۵ و ضریب همسانی درونی آن را ۰/۷۳ گزارش کرده اند. ضریب اعتبار تنصیف مقیاس اضطراب مرگ بعد از اعمال فرمول تصحیح شده اسپیرمن براون معادل ۰/۶۲ بدست آمد و ضریب آلفای کرونباخ (همسانی درونی) برای کل پرسشنامه معادل

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک سالمندان نمونه مورد پژوهش

متغیر	شاخص	فراوانی	درصد
سن	۶۰-۶۴	۵۳	۳۵/۳
	۶۵-۶۹	۴۶	۳۰/۷
	۷۰-۷۴	۴۱	۲۷/۳
جنسیت	۷۵ و بالاتر	۱۰	۶/۷
	زن	۶۴	۴۲/۵
تحصیلات	مرد	۸۶	۵۷/۵
	ابتدایی	۵۵	۳۶/۷
	راهنمایی	۴۲	۲۸
	دبیرستان	۳۵	۲۳/۳
	دانشگاهی	۱۸	۱۲

وضعیت تاهل	متاهل	۱۰۷	۷۱/۳
مجرد	مجرد	۴۳	۲۸/۷
برای بررسی همگنی واریانس از آزمون لون استفاده شد که نتایج این آزمون برابری واریانس‌ها را تایید کرد. سپس برای بررسی رابطه خطی بین متغیرهای پیش‌بین (جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی و اضطراب مرگ) با متغیر ملاک (سلامت‌روان) از آزمون	ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج نشان داد بین جهت‌گیری مذهبی درونی و اضطراب مرگ با سلامت روان رابطه معناداری وجود داشت (جدول ۲).		

جدول ۲. ماتریس همبستگی و میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴
۱. سلامت‌روان	۱۵۰	۴۵/۹۲	۱۷/۳۶	۱			
۲. جهت‌گیری مذهبی درونی	۱۵۰	۲۸/۹۲۰	۸/۲۱	۰/۳۱۳**	۱		
۳. جهت‌گیری مذهبی بیرونی	۱۵۰	۳۶/۵۴۵	۱۳/۹۷	-۰/۱۸۳	-۰/۱۹۹	۱	
۴. اضطراب مرگ	۱۵۰	۶/۹۶۱	۳/۶۲	-۰/۴۰۸**	-۰/۱۱۳	۰/۰۹۳	۱

** $p < 0.01$ * $p < 0.05$

همبستگی بین خطاها دارد ($D.W = 1/85$)، دامنه بین ۱/۵ تا ۲/۵ قابل قبول است). برای بررسی همخطی چندگانه بین متغیرهای پیش‌بین از عامل تورم واریانس (VIF) و تحمل (Tolerance) استفاده شد که نتایج نشان داد عدم همخطی بین متغیرها برقرار است ($VIF = 1/16$ و $Tolerance = 1/83$)، دامنه VIF کمتر از ۱۰ و تحمل بالاتر از ۰/۱ قابل قبول است). نتایج تحلیل رگرسیون همزمان را در جداول ۳ و ۴ مشاهده می‌کنید.

در ادامه برای پیش‌بینی سلامت‌روان سالمندان بر اساس متغیرهای پیش‌بین از آزمون رگرسیون چندگانه استفاده شد. قبل از اجرای رگرسیون پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. نرمال بودن توزیع متغیر وابسته با آزمون کلموگرف-اسمیرنف مورد بررسی قرار گرفت و نتیجه آن نشان داد که توزیع نرمال است ($P > 0.05$). رابطه خطی بین متغیرهای مستقل و وابسته با نمودار پراکنش مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد بین متغیرها رابطه خطی برقرار است. برای بررسی استقلال خطاها از آزمون دوربین-واتسون استفاده شد که نتایج نشان از عدم

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان برای پیش‌بینی سلامت‌روان سالمندان

مدل ۱	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	R	R^2
رگرسیون	۱۳۱۹۶/۶۵	۳	۴۳۹۸/۸۸	۱۹/۱۸	$p < 0.001$	۰/۵۳	۰/۲۸
باقی مانده	۳۳۴۶۰/۳۰	۱۴۶	۲۲۹/۱۸				
کل	۴۶۶۵۶/۹۶	۱۴۹					

جدول ۴. ضرایب مدل رگرسیون برای پیش‌بینی سلامت‌روان سالمندان

سطح معناداری	t	ضرایب استاندارد نشده		مدل
		Beta	خطای استاندارد B	
p < ۰/۰۰۱	۶/۸۰	-	۶/۵۰	مقدار ثابت
p < ۰/۰۰۱	۳/۸۰	۰/۲۷	۰/۱۴	جهت‌گیری مذهبی درونی
p > ۰/۰۵	-۰/۴۶	-۰/۰۳	۰/۰۹	جهت‌گیری مذهبی بیرونی
p < ۰/۰۰۱	-۵/۸۲	-۰/۴۱	۰/۳۲	اضطراب مرگ

با توجه به نتایج جدول شماره ۳ و مقادیر بدست آمده ($F=19/18$ ، $P<0/001$) می‌توان گفت مدل معنادار است بدین معنا که جهت‌گیری مذهبی و اضطراب مرگ قادر هستند میزان سلامت‌روان در سالمندان را تا ۲۸ درصد پیش‌بینی کنند. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که از بین متغیرها اضطراب مرگ با ضریب بتای $-0/41$ توانسته بیشترین نقش را در پیش‌بینی واریانس سلامت‌روان داشته باشد. جهت‌گیری مذهبی درونی با ضریب بتای $0/27$ به عنوان متغیر بعدی توانسته در پیش‌بینی سلامت‌روان نقش داشته باشد. جهت‌گیری مذهبی بیرونی در پیش‌بینی واریانس سلامت‌روان نقش معناداری نداشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی سلامت‌روان سالمندان بر اساس اضطراب مرگ و جهت‌گیری مذهبی انجام گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که ارتباط متغیرهای اضطراب مرگ و جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان معنادار است و این متغیرها تا ۲۸ درصد واریانس سلامت‌روان را پیش‌بینی می‌کنند. درباره ارتباط اضطراب مرگ و جهت‌گیری مذهبی نتایج این پژوهش با یافته‌های (۲۲، ۲۱، ۱۹، ۱۸) همخوان است. در تبیین این یافته بر اساس نظر میسلر و همکاران (۲۰۱۲) می‌توان گفت اضطراب مرگ از مشکلات شایع دوره سالمندی است، زیرا این دوره افراد از کمبودها و ناتوانیهای بیشتری رنج می‌برند. به عبارتی دیگر،

سالمندان به علت نقصان فعالیت و تحرک، از دست دادن دوستان و نزدیکان، کاهش استقلال مادی و جسمانی و ابتلا به بیماریهای مزمن، در معرض افسردگی و اضطراب بیشتری قرار دارند. به طور کلی اضطراب مرگ با دید انسان نسبت به مرگ و نابودی بعد از آن ارتباط مستقیم دارد زیرا ترس و اضطراب انسان از دنیای ناشناخته بعد از مرگ، روبرو شدن با پدیده مرگ را با مشکل مواجه می‌کند و باعث تجربه اضطراب زیادی می‌شود. این وضعیت نامطلوب از یک سو باعث می‌شود که فرد تنش و استرس زیادی را تجربه کند، و از سوی دیگر کاهش توانایی فیزیکی و بیماری‌ها نیز فشار مضاعفی بر سالمندان وارد کرده و این چرخه معیوب عامل به خطر انداختن سلامت‌روان سالمندان است، فرایندی که تا حدود زیادی همبستگی اضطراب مرگ و سلامت‌روان را تبیین می‌کند. از سویی مرگ موضوعی است که هر فردی به درجات مختلف با آن درگیری ذهنی دارد و نسبت به آن دچار تردید و ابهام است در واقع اضطراب، محصول طبیعی چنین ابهامی نسبت به مرگ خواهد بود، زیرا اضطراب یک واکنش طبیعی به خطر یا تهدیدی مبهم محسوب می‌شود. بزرگترین تهدیدی که یک فرد در زندگی خود تجربه می‌کند، تهدید زندگی یا به عبارتی روبرو شدن با مرگ است. لذا درگیری ذهنی زیاد نسبت به مرگ، اضطراب و تنش زیادی برای فرد به همراه دارد و این موضوع باعث فرسایش روانی و جسمی و در نهایت به خطر افتادن سلامت روان فرد می‌شود. از سویی نتایج این پژوهش در زمینه ارتباط اضطراب مرگ با

سو برای افراد معنایی ابزاری دارد و از سوی دیگر نوعی معنا و معنایی است که خود انگیزه اصلی زندگی است و ارزش درونی دارد و به دیگر محرک ها نیازی ندارد. با توجه به این تقسیم بندی، فرض آلپورت این بود که جهت گیری مذهب بیرونی کمتر از جهت گیری درونی جنبه درمان گرانه و پیشگیرانه دارد. مذهب درونی به شکل ابزاری نیست بلکه یک تعهد همه جانبه است. اما در جهت گیری مذهبی بیرونی، مذهب امری خارجی و ابزاری برای ارضای نیازهای فردی از قبیل مقام و امنیت مورد استفاده قرار می گیرد. بنابراین آلپورت معتقد بود که تنها مذهب با جهت گیری درونی است که سلامت روانی را تضمین می کند (۳۸).

نتایج پژوهش حاضر در زمینه ارتباط جهت گیری مذهبی و سلامت روان با یافته های (۴۵ و ۴۴) ناهمخوان است. شاید از دلایل ناهمخوانی یافته های پژوهشی در زمینه سلامت روان و مذهب، می تواند عدم تفکیک دو گروه افراد مذهبی درونی و بیرونی از یکدیگر باشد. بر اساس نظر آلپورت (۱۹۶۸) مذهب تأثیر مثبت بر سلامت روان افراد واجد جهت گیری مذهبی درونی دارد. در حالی که افراد دارای جهت گیری مذهبی بیرونی نه تنها سودی نمی برند بلکه نتایج منفی نیز دامن گیر آنها خواهد شد.

در کل افرادی که باورهای مذهبی درونی دارند قادرند حوادث و رخدادهای فشارزای زندگی را به عنوان فرصت هایی برای رشد مثبت خود ببینند و این ارزیابی تأثیر مثبتی بر رفتارهای مرتبط با سلامت دارد. همچنین افرادی که دارای جهت گیری مذهبی درونی هستند از گرایشها و باورهای مذهبی خود، به عنوان تعدیل کننده استرس استفاده می کنند و این باور مذهبی روی ارزیابی اولیه آنها از حوادث و رخدادهای زندگی تأثیر می گذارد. به عبارت دیگر حوادث منفی زندگی را دارای درجه تهدیدکنندگی کمتری ارزیابی نموده و به توانایی مقابله خود با حوادث خوش بینانه نگاه می کنند. علاوه بر آن می توان گفت که افراد دارای گرایش های درونی مذهبی، معنا و نگرش خاصی در حوادث منفی کسب می کنند که موجب استفاده از راهبرد های مقابله سازگارانه می شود که در مواجهه با اضطراب و تنش به کار می برند و این شیوه موجب بهبود سلامت روان می شود (۳۱).

سلامت روان با یافته (۴۳) ناهمخوان است. از دلایل ناهمخوانی یافته ها می تواند این موضوع باشد که در سبب شناسی اضطراب مرگ باید عوامل مختلفی از جمله، جنسیت، علل محیطی، خانوادگی، بیولوژیک و اجتماعی را در نظر گرفت و اینکه صرفاً افراد مضطرب، اضطراب مرگ بالاتری را گزارش نمی کنند و ممکن است که افراد تحت تأثیر جنسیت، پایگاه اقتصادی و ویژگی های فردی اضطراب کمتری را گزارش کنند. مثلاً زنان از نظر جسمی، عاطفی و بعضی از ویژگی های فردی با مردان متفاوت هستند. این تفاوت در زمینه های دیگر شناختی، اجتماعی و روانی حرکتی نیز دیده می شود و این تفاوت ها می تواند باعث نتایج متفاوت شود.

در زمینه ارتباط جهت گیری مذهبی و سلامت روان نتایج این پژوهش با یافته های (۳۷، ۳۶، ۳۱، ۲۷) همخوان است. در تبیین این یافته بر اساس نظر روف و همکاران (۲۰۱۳) و مک فارلند (۲۰۱۰) می توان گفت یکی از عوامل مهمی که بر سلامت روان سالمندان تأثیر گذار است نگرش مذهبی می باشد که ارتباط آن با مشکلات روان شناختی سالمندان مورد تأیید قرار گرفته است. این عامل نقش اساسی در کیفیت و وضعیت سلامت سالمندان ایفا می کند. از نگرش مذهبی می توان به عنوان یک راه کار برای کاهش مشکلات روان شناختی از جمله اضطراب و افسردگی در افراد سالمند بهره جست. دیدگاه مذهبی به زندگی فرد معنا و جهت می دهد و او را برای رویارویی با مشکلات زندگی یاری می رساند. از مذهب می توان به عنوان یک تکیه گاه و نیروی بالقوه استفاده کرد که باعث هدفمند شدن و معنادار شدن فرایند سالمندی می شود. داشتن دیدگاه مذهبی در میان سالمندان سبب تقویت توانایی مقابله در برابر هرگونه استرس، اضطراب و ناراحتی های روانی دیگری می شود و بالا رفتن این توانایی موجب خوش بینی فرد سالمند به زندگی شده و در نهایت تأثیرات مثبت بر سلامت روان آنها می گذارد. بنابراین مذهب نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان سالمندان دارد. از جمله نتایج پژوهش حاضر معنادار نبودن جهت گیری مذهبی بیرونی با سلامت روان بود که برای تبیین این یافته می توان به دیدگاه آلپورت در این مورد اشاره کرد. از نظر آلپورت (۱۹۶۸) مذهب طیفی است که از یک

برنامه‌هایی در جهت کاهش اضطراب مرگ و افزایش نگرش مذهبی و نقش آن در سلامت روان در سالمندان در نظر بگیرند. از یافته‌های این پژوهش می‌توان به این نکته پی برد که جهت‌گیری مذهبی درونی و اضطراب مرگ در سلامت روان سالمندان نقش داشته و توان پیش‌بینی آن را دارند. در واقع سالمندانی که از جهت‌گیری مذهبی درونی بیشتر برخوردارند سلامت روان بالاتری نسبت به سایرین دارند و از سویی سالمندانی که اضطراب مرگ بیشتری را تجربه می‌کنند سلامت روان پایین‌تری دارند.

تشکر و قدردانی

از همه سالمندانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری دادند کمال تشکر را داریم.

تضاد منافع

پژوهش حاضر هیچ‌گونه تضاد منافی برای نویسندگان نداشته است.

از جمله محدودیت‌های روش‌شناختی پژوهش حاضر می‌توان به نمونه و ابزار پژوهش اشاره کرد. نمونه آماری پژوهش شامل سالمندان یک ناحیه جغرافیایی کوچک و با مذهب یکسان است. لذا در تعمیم یافته این پژوهش به این نکته باید توجه شود. از طرف دیگر در این پژوهش از ابزار خودسنجی استفاده شده که محدودیت‌های استفاده از پرسش‌نامه را باید در نظر داشت. محدودیت دیگر بومی نبودن ابزارها به ویژه در حوزه مذهب است. لذا توصیه می‌شود در تحقیقات آینده از ابزارهای منطبق با فرهنگ بومی و مذهبی داخلی استفاده شود و نتایج آن با نتایج حاصل از ابزارهای مشابه خارجی مقایسه شود. برای بررسی و شناخت بیشتر در حوزه سلامت روان سالمندان، متغیرهایی مانند احساس تنهایی، حمایت اجتماعی و روش‌های مقابله با استرس را می‌توان با اضطراب مرگ و سلامت روان سالمندان در قالب تحلیل مسیر بررسی کرد تا اطلاعات دقیق‌تری به دست آورد. با توجه به اینکه یافته‌های این پژوهش نقش جهت‌گیری مذهبی درونی و اضطراب مرگ در سلامت روان سالمندان را مورد تایید قرار داد، پیشنهاد می‌شود افراد و سازمان‌هایی که با سالمندان در ارتباط هستند

References

1. Asadi Noghabi A, Alhani F & Payravi H. The concept of health in elderly people: a review study. *Iranian Journal of Nursing* 2012; 25(78): 62-71. [Persian]
2. Tersmette W, Van Bodegom D, Van Heemst D, Stott D, Westendorp R. Gerontology and Geriatrics in Dutch medical education. *Neth J Med* 2013; 71 (6): 331-7.
3. Ghorbanalipour M, & Ismaili, A. Determining the Effectiveness of Therapeutic meaning on Death Anxiety in the Elderly. *Quarterly Consultation and Psychotherapy* 2012; 9, 53-68. [Persian]
4. Yousefi Afrasht M, & Sharifi Kasra. The relationship between depression, perceived stress and social support with the quality of life of the elderly with Alzheimer's disease. *Journal of Aging Psychology* 2015; 1 (2): 1-10. [Persian]
5. Ridner SH. Psychological distress: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 45, 536-545.
6. United States Department of Health and Human Services, Administration on Aging (2011). A profile of Older American: http://www.aoa.gov/Aging_Statistics/Profile/2011/docs/2011profile.pdf.
7. Scogin F.R. Anxiety in old age. In Nordhus IH, Vandenbos GR, Berg S & Fromholt P. (Eds.), *Clinical Geropsychology*, (pp. 205-209). Washington, DC: American Psychological Association 2007.

8. Byers AL, Yaffe K, Covinsk KE, Friedman MB, Bruce, ML. High occurrences of mood and anxiety disorders among older adults. *Archives of General Psychiatry* 2010; 67, 489-496.
9. Goulia P, Papadimitriou I, Machado MO, Mantas C, Pappa C, Tsianos E, Pavlidis N, Drosos AA, Carvalho AF, & Hyphantis T. Does psychological distress vary between younger and older adults in health and disease? *Journal of Psychosomatic Research* 2012; 72, 120-128.
10. Tomer A & Eliason G.T. Existentialism and death attitudes. In Tomer, A., Eliason, G.T., & Wong, P.T.P (Eds.), *Existentialism and Spiritual Issues in Death Attitudes*, 2008; 3, 7- 38.
11. Lehto RH & Stein KF. Death anxiety: An analysis of an evolving concept. *Research and Theory for Nursing Practice* 2009; 23(1): 23-41.
12. Huerta A & Yip M. A study of religious certainty and death anxiety, project proposal , 2006, WCP:262.
13. Iverach L, Menzies RG, Menzies RE. Death anxiety and its role in psychopathology: Reviewing the status of a transdiagnostic construct. *Clinical Psychology Review* 2014; 34 (7) 580-593.
14. Cicirelli VG. Personal meanings of death in older adults and young adults in relation to their fears of death. *Death Studies* 2001; 25, 663-683.
15. Thorson JA & Powell FC. Elements of death anxiety and meaning of death. *Journal of Clinical Psychology* 2006; 44, 691-701.
16. Russac RJ, Gatliff C, Reece M, & Spottswood D. Death anxiety across the adult years: An examination of age and gender effects. *Death Studies* 2007; 31(6): 549-561.
17. Fortner BV, Neimeyer RA & Rybarczyk B. Correlates of death anxiety in older adults: A comprehensive review. In Tomer, A. (Ed.), *Death Attitudes and the Older Adults: Theories, Concepts, and Applications* 2000, (pp. 95-108). Philadelphia, PA: Taylor & Francis.
18. Missler M, Stroebe M, Geurtsen L, Mastenbroek M, Chmoun S, & Van der Houwen K. Exploring death anxiety among elderly people: A literature review and empirical investigation. *Omega* 2012; 64(4): 357-379.
19. Roger JS, Michele YW, Sue R, Gail J, & Josephine MC. Knowing, planning for and fearing death: Do adults with intellectual disability and disability staff differ? *Journal of Research in Developmental Disabilities* 2016; 49(12): 47-59.
20. Williams BR, Baker PS, Allman RM. Nonspousal family loss among community dwelling older adults. *Omega* 2005; 51, 125-142.
21. McKenzie EL, Brown PM, Mack AS, & Chamberlain P. Old and ill': death anxiety and coping strategies influencing health professionals' well-being and dementia care. *Aging & Mental Health* 2016; 24, 121-129.
22. Osborne JW. An Existential Perspective on Death Anxiety, Retirement, and Related Research Problems. *Canadian Journal on Aging* 2016; 7, 1 – 10. doi:10.1017/S07149808160
23. Kakabariya K, & Moazynjad M. Relationship between age and meaning and death anxiety in elderly women and men. *Journal of Aging Psychology* 2016; 2 (1): 24-47.
24. Amini A & Razavi, V. The relationship of social support with hope and death anxiety among the elderly of Omid Cultural Center in Tehran. *Quarterly Journal of Educational Research* 2015; 9 (33): 17-21. [Persian]
25. Ardelt M & Koenig CS. The role of religion for hospice patients and relatively healthy older adults. *Research on Aging* 2006, 28, 184-215.
26. Ramirez S.P, Macêdo DS, Sales PMG, Figueiredo SM, Daher EF, Araújo SM, Pargament KI, Hyphantis TN & Carvalho AF. The relationship between religious coping, psychological

- distress and quality of life in hemodialysis patients. *Journal of Psychosomatic Research* 2012; 72 (2): 129-135.
27. Yoon DP & Lee EKO. The impact of religiousness, spirituality, and social support on psychological well-being among older adults in rural areas. *Journal of Gerontological Social Work* 2013; 48, 281-298.
28. Zenevicz L, Moriguchi V, Madureira SF. The religiosity in the process of living getting old. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2013; 47(2): 433-439.
29. Smith C & Snell P. *Souls in transition: the religious and spiritual lives of emerging adults*. New York, New York: 2009, Oxford University Press.
30. Bayani EA, Bayani E & Kochaki A. Relationship of Religious Orientation with Anxiety and Depression in Students. *Journal of Mental Health Principles* 2008; 10 (3): 209-214. (Persian)
31. Badri Gorgori R & Farid A. Relationship between internal religious orientation and physical, psychological and spiritual health behaviors and the role of mediators of challenging evaluation. *Culture Strategy Magazine* 2012; 20, 67-82. [Persian]
32. Khonainzadeh M, Ezhei J & Mazaheri MA. Comparison of attachment style of students with internal and external religious orientation. *Journal of Psychology* 2005; 9 (3): 225-247. [Persian]
33. Yalom DI. *Staring at the Sun: Overcoming the Terror of Death*. 2008; Francisco: Jossey-Bass.
34. Alves RR, Alves Hda N, Barboza RR, Souto Wde M. The Influence of Religiosity on Health. *Cien Saude Colet* 2010; 15(4):2105-11.
35. McFarland MJ. Religion and mental health among older adults: Do the effects of religious involvement vary by gender?. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 2010; 65 (5): 621-630.
36. Roff LL, Klemmack DL, Parker MP, Koenig HG, Crowther M, Baker PS, & Allman RM. Depression and religiosity in African American and white community-dwelling older adults. *Journal of Human Behavior in the Social Environment* 2013; 10, 175-189.
37. Naghipur P. The study of religious orientation, life expectancy and mental health with quality of life of elderly men and women in Ardebil. *International Conference on Economics and Humanities* 2015, Istanbul, Turkey. [Persian]
38. Cunningham JB, McCrum Gardner E. Power, effect and sample size using G Power. *Practical issues for researchers and members of research ethics committees. Evidence Based Midwifery*. 2007; 5 (4): 6-132.
39. Solati SK, Rabiey M & Shariati M. Relationship between religious orientation and mental health. *Journal of Qom University of Medical Sciences, Medicine and Religion* 2011; 2(3): 42-48. [Persian]
40. Ghaderi D. The Relationship Between Religious Orientation and happiness Between Elderly Men and Women in Tehran. *Iranian aging magazine* 2010; 5 (18): 64-71. [Persian]
41. Templer D I. The construction and validation of a Death Anxiety scale. *Journal of General Psychology* 1970; 82, 165-177.
42. Rajabi GHR, Bohrani M. Factor Analysis of Questions of Death Anxiety Scale. *Journal of Psychology* 2001; 20 (4): 342-344. [Persian]
43. Moudi S, Bijani A, Tayebi M, Habibi S. Relationship between Death Anxiety and Mental Health Status among Nurses in Hospitals Affiliated to Babol University of Medical Sciences. *J Babol Univ Med Sci*. 2017; 19 (1): 47-53.

44. Baiani AA, Goodarzi H, Ashoor M. The relationship between religious orientation with anxiety and depression in the students. *Journal of Mental Health*. 2008; (3): 214-209.
45. O'Connor PJ, Pronk NP, Tan A, Whitebird RP. Characteristics of Adults Who Use Prayer as an Alternative Therapy. *Am J Health Promot* 2005;19:369-375.