

## مدل ساختاری روابط بین معنویت با سلامت روان و اضطراب مرگ: نقش میانجی‌گری منبع کنترل و حمایت اجتماعی

✉ دکتر شیدا سوداگر  
دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

سمیرا حبیب‌اللهی  
دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

دکتر ناصر صبحی قراملکی  
دانشگاه علامه طباطبائی

دکتر شکوه‌السادات بنی‌جمال  
دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران

پذیرش: ۱۳۹۷/۰۱/۲۰

دریافت: ۱۳۹۶/۱۰/۲۶

با توجه به افزایش جمعیت سالمندان ایرانی، بررسی تعیین‌کننده‌های سلامت روان و اضطراب مرگ آنها ضرورت می‌یابد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی مدل ساختاری روابط بین معنویت با سلامت روان و اضطراب مرگ: نقش میانجی‌گری منبع کنترل و حمایت اجتماعی انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر، زنان و مردان سالمند شهر تهران بودند که ۳۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به پرسش‌نامه‌های معنویت پاریسیان و دونینگ، سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر، اضطراب مرگ تمپلر، منبع کنترل لوینسون و حمایت اجتماعی واکس، فیلیپس و هلی پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از مدلیابی معادلات ساختاری در نرم‌افزارهای SPSS و AMOS تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد معنویت، منبع کنترل و حمایت اجتماعی، سلامت روان و اضطراب مرگ را پیش‌بینی می‌کنند. تمام ضرایب مسیر به غیر از ضریب رگرسیون بین منبع کنترل درونی بر اضطراب مرگ از نظر آماری معنادار بوده و معنویت علاوه بر تأثیر مستقیم، از طریق متغیرهای میانجی بر سلامت روان و اضطراب مرگ سالمندان تأثیر داشت. حمایت اجتماعی تأثیر مستقیم بر سلامت روان و اضطراب مرگ داشت اما تأثیر منبع کنترل درونی بر اضطراب مرگ تأیید نشد. متغیرهای پیش‌بینی‌کننده بر ۴۱ درصد از واریانس سلامت عمومی و ۱۹ درصد از واریانس اضطراب مرگ اثر غیر مستقیم داشتند. منبع کنترل درونی و حمایت اجتماعی به صورت نسبی رابطه بین معنویت با سلامت روان و اضطراب مرگ را میانجی‌گری می‌کنند. مدل با داده‌های مشاهده شده برازش مطلوب داشت. رشد و تقویت منبع کنترل درونی، حمایت اجتماعی و معنویت از جمله روش‌های مناسب برای پیشگیری و کاهش آسیب‌پذیری نسبت به مشکلات سلامت روان در سالمندان است. بهتر است این متغیرها برای کاهش اضطراب مرگ در سالمندان و نیز بهبود بهزیستی روان‌شناختی آنها مورد توجه قرار گیرند.

کلیدواژه‌ها: معنویت، منبع کنترل، حمایت اجتماعی، سلامت روان، اضطراب مرگ، سالمندان

مربوط به سلامت روان هستند و اختلال در سلامت روان آنها بیشتر به صورت اضطراب و افسردگی خود را نمایان می‌سازد (هاگستروم، امبوسا و وادنستن، ۲۰۰۸). به دلایل متعددی سالمندان از نظر سلامت روانی بسیار آسیب‌پذیر بوده و حدود ۱۵ تا ۲۵ درصد افراد مسن مشکلات روانی بسیاری دارند. یکی از اختلالات رایج در سالمندان افسردگی است (هیوارد، تیلور، اسموکی، استیفنز و پین، ۲۰۱۳). «بار بیماری» عبارت است از مجموع سال‌های از دست رفته عمر که فرد در اثر مرگ زودرس و یا نوعی ناتوانی که شخص را از داشتن یک زندگی سالم محروم

افراد سالمند به علت بالا بودن سن و ناتوانی‌هایی که در ابعاد جسمانی و روانی پیدا می‌کنند بیشتر مستعد مشکلات

---

سمیرا حبیب‌اللهی، دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران؛ شیدا سوداگر، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران؛ شکوه‌السادات بنی‌جمال، گروه روان‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران؛ ناصر صبحی قراملکی، دانشکده تربیت بدنی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.  
✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به شیدا سوداگر، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران باشد. این مقاله مستخرج از پایان‌نامه دوره دکتری خانم سمیرا حبیب‌اللهی می‌باشد.  
پست الکترونیکی: samira\_habibollahi@yahoo.com

می‌کند. بر اساس پیش‌بینی سازمان بهداشت جهانی در مورد «بار بیماری» در بین بیماری‌های مختلف، افسردگی تا سال ۲۰۲۰ رتبه اول یا دوم را خواهد داشت. همچنین اختلالات اضطرابی شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی دوران پیری هستند و این ارتباط ناشی از نقص اجتماعی و عملکردی بیمار در سن پیری، مشکلات خواب و کاهش کیفیت زندگی است (پاچانا و لیدلا، ۲۰۱۴). در مطالعه‌ای ۱۷/۲ درصد سالمندان به اضطراب مبتلا بودند که این میزان بیش از شیوع افسردگی است (کرمیزوگلو، دوگان، کوگو و اکیوز، ۲۰۰۹). به نظر می‌رسد کاهش سلامت روان بعد از ۷۰ سالگی ناشی از عوامل اضطراب‌زای درون‌زا مانند بیماری‌ها و نگرانی‌های مرتبط با سلامت جسمانی و در نهایت ناشی از ترس از مرگ باشد (ارزیابی ملی رفاه-بهداشت انگلستان، ۲۰۱۳؛ وسترهوف و کیز، ۲۰۱۰).

هنگامی که مرگ همراه با درد، مجازات، فقدان درگیر شدن در فعالیت‌های دنیوی، عواقب ناشی از تخلفات مذهبی و جدا شدن از عزیزان مشاهده شود، به احتمال زیاد موجب افزایش اضطراب مرگ<sup>۱</sup> می‌شود (عبدل‌خالق، ۲۰۰۲). ترس تجزیه و از هم پاشیدگی بدن بعد از مرگ نیز یکی دیگر از دلایل اضطراب مرگ است (سهیل و اکرم، ۲۰۰۲). اضطراب مرگ با افسردگی، اضطراب منتشر و افکار خودکشی همراه است که همه این موارد منجر به کاهش عملکرد (ایمانی‌فر، بستانی، دودمان و رئیسی، ۱۳۹۰) و بهزیستی روان‌شناختی (سرجتانیس و همکاران، ۲۰۱۰) می‌شود. بر اساس نظریه مدیریت وحشت<sup>۲</sup> که چارچوب نظری خوبی برای اضطراب مرگ فراهم می‌کند، فرهنگ و منابعی نظیر حرمت نفس و نظام باورهای افراد، بر اضطراب مرگ تأثیر می‌گذارند (سیسرلی، ۲۰۰۲). این نظریه با در نظر گرفتن مفهوم فرهنگ‌پذیری انسان، بر این باور است که انسان‌ها با سرمایه‌گذاری در نظامی از ارزش‌های مورد قبول فرهنگی (مانند معنویت که تبیین معناداری از هستی، غایت و سرنوشت انسان ارائه می‌کند) از خود در برابر اضطراب مرگ دفاع می‌کنند (آرنت<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۲، به نقل از محمدی، قربانی و عبداللهی، ۱۳۸۹). طبق این نظریه، پیوند افراد با معیارها و ارزش‌های فرهنگی، موجب کاهش اضطراب مرگ می‌شود. در حقیقت یادآورنده‌های مرگ موجب افزایش نیاز به ایمان و ارزش‌های کاهنده

مفهوم معنویت<sup>۵</sup> است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد، همزمان با افزایش سن سالمندان، معنویت از قوی‌ترین پیش‌بینی کننده‌های سلامت، شادکامی و رضایت از زندگی است (کانیگ، ۲۰۱۲). افرادی که باورهای معنوی دارند، از سلامت جسمی و روانی بهتری برخوردارند (مک‌نایلی و برنز، ۲۰۱۷؛ شارما و همکاران، ۲۰۱۷؛ رنتالا، لایو و چن، ۲۰۱۷؛ ساندرسون، ۲۰۱۲). پژوهشگرانی مانند ویلس<sup>۶</sup> (به نقل از مؤمنی و شهبازی‌راد، ۱۳۹۱)، سه ویژگی معنویت یعنی امید، فعال بودن و ارتباط با خود، دنیا و دیگران را تضمین کننده سلامت جسم و روان در افراد می‌دانند. معنویت در نحوه برخورد افراد با سختی‌ها تأثیر داشته و با معناآفرینی، علاوه بر اینکه برای افراد احساس هدفمندی و خودکارآمدی به وجود می‌آورد، با ایجاد فضای ذهنی مثبت می‌تواند موجب افزایش سلامت روان و کاهش اضطراب مرگ در سالمندان شود.

نگرش‌های معنوی می‌تواند تعیین‌کننده روش برخورد افراد با مرگ، دیدگاه و درک آنها از مرگ باشد. بهزیستی معنوی برای کسانی که مرگشان قریب‌الوقوع است می‌تواند امید را به ارمغان بیاورد. در همین راستا مطالعه‌ای که بر روی سالمندان دارای بیماری‌های مزمن انجام شد، مشخص کرد سالمندانی که دینداری و معنویت بیشتری

۴ Morgan  
۵ spirituality  
۶ Wills

۱ death anxiety  
۲ terror management theory  
۳ Arndt

داشته و معنا و هدف زندگی را یافته‌اند، به طور معنی‌داری ترس کمتری از مرگ، آمادگی بیشتری برای رهایی و همچنین پذیرش مرگ بیشتری دارند. معنویت با افزایش باور به زندگی پس از مرگ، سطوح رضایت از زندگی و احساس هدف در زندگی را افزایش داده و اضطراب مرگ در سالمندان را کاهش می‌دهد (دالمن و دابز، ۲۰۱۰). در فراتحلیلی که کیم و پارک (۲۰۱۶) در خصوص عوامل مرتبط با اضطراب مرگ در سالمندان انجام دادند، عوامل روان‌شناختی پیش‌بینی‌کننده اضطراب مرگ در سالمندان عبارت از یکپارچگی خود، معنویت، بهزیستی معنوی، بهزیستی روان‌شناختی، تعالی خود، دستیابی به اهداف زندگی، معنای زندگی، کیفیت زندگی، رضایت از زندگی، شادکامی، عزت نفس، افسردگی، احساس فقدان، دیدگاه‌ها در مورد زندگی پس از مرگ و آمادگی برای مرگ بودند. با این وجود، نتایج رابطه بین معنویت و اضطراب مرگ ناهمسان است. در پژوهش وینک (۲۰۰۶) رابطه‌ای بین معنویت و اضطراب مرگ مشاهده نشد و بر اساس نتایج پژوهش او تنها مذهب به عنوان سپری در برابر ترس از مرگ سالمندان عمل می‌کند.

در زمینه سازوکارهای میانجی رابطه بین معنویت با سلامت‌روان و اضطراب مرگ نظرات متعددی وجود دارد. یکی از عوامل میانجی، منبع کنترل<sup>۱</sup> است که در بعد معنویت مذهبی هم مطرح شده است (کیم‌گه، ۱۹۹۳؛ اندیک، ۱۳۹۳؛ صالحی، سلیمانی‌زاده، باقری‌یزدی و عباس‌زاده، ۱۳۸۶). در پژوهش اندیک (۱۳۹۳) بین تیپ شخصیتی، و مقیاس‌های منبع‌کنترل (شامل منبع کنترل‌درونی، افراد قدرتمند، شانس) و جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی با سلامت‌روان رابطه معناداری وجود داشت. صالحی و همکاران (۱۳۸۶) نشان دادند عملکرد مذهبی/معنوی بر سلامت روانی و منبع کنترل درونی تأثیر مثبت و مستقیم داشت، در عین حال رابطه بین عملکرد مذهبی/معنوی و علائم مرضی معنی‌دار و معکوس بود. نسبت دادن رویدادهای منفی به عوامل بیرونی و رویدادهای مثبت به عوامل درونی، در مقایسه با سایر سبک‌های اسناد با سلامت‌روان بالاتر در ارتباط است. به همین ترتیب، مکان کنترل درونی که به موجب آن فرد بر این اعتقاد است که توانایی کنترل و دستکاری رویدادهای زندگی خود را دارد - در مقایسه با مکان کنترل بیرونی -

با سلامت‌روان ارتباط قوی‌تری دارد (خشنود، شایان، بابایی امیری و عاشوری، ۱۳۹۴). نگرش‌های معنوی ممکن است امکان تدوین و تفسیر مجدد رویدادهایی را که کنترل‌ناپذیر به نظر می‌رسند، برای فرد فراهم کنند، در این صورت چنین رویکردی، رویدادها را برای فرد، کم استرس‌تر، کنترل‌پذیرتر و معنادارتر می‌نماید (گلایی و احمدزاده، ۱۳۹۴). با وجود بررسی‌ها مختلف در رابطه بین منبع کنترل و سلامت‌روان، که رابطه معناداری بین منبع کنترل درونی و سلامت‌روان را نشان داده‌اند (آرتز و همکاران، ۲۰۱۵). در پژوهش خسروی و آقاجانی (۱۳۸۲) بین سلامت‌روان و منبع کنترل ارتباط مثبت و معناداری مشاهده نشد. مطالعاتی که همزمان منبع کنترل و سلامت روانی افراد را مورد ارزیابی قرار داده‌اند بیشتر از نوع همبستگی هستند و در نتیجه چگونگی ارتباط این دو متغیر را مشخص نمی‌کنند. همچنین رابطه بین منبع کنترل با اضطراب مرگ در سالمندان همچنان نامشخص است. برخی از پژوهش‌ها (جستربسکی و سلاسکی، ۲۰۱۱) به رابطه مثبت منبع کنترل درونی با اضطراب مرگ اشاره کرده‌اند، درحالی‌که یافته‌های پژوهش‌های دیگر نشان داده است منبع کنترل بیرونی با اضطراب مرگ رابطه مثبت دارد (سیسرلی، ۲۰۰۲). به علاوه، منبع کنترل، در یک مدل مفهومی معنویت و سلامت‌روان در سالمندان، دارای شواهد پژوهشی اندکی است که نیاز به انجام پژوهش‌های بیشتر در این زمینه را مشخص می‌سازد.

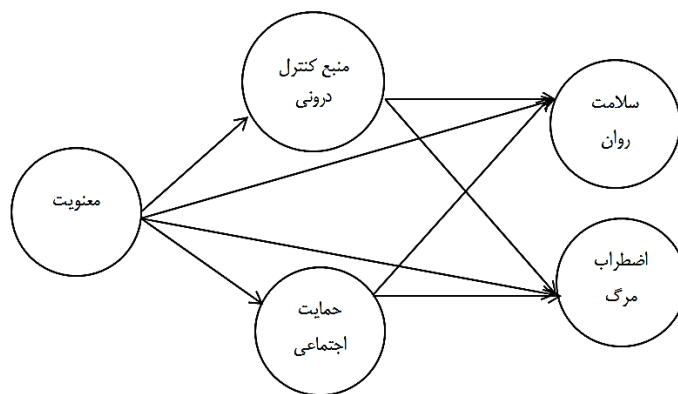
حمایت اجتماعی<sup>۲</sup> به نوبه خود با میزان پایین‌تری از افسردگی، اضطراب، تنهایی و مسائل دیگر سلامت‌روان مرتبط است. حمایت‌های اجتماعی کلی، حمایت‌های معنوی و رفتارهای بهداشتی بر خطر بیماری‌های مزمن تأثیر می‌گذارند (دبنام، هولت، کلارک، راث و سوئوارد، ۲۰۱۲). حمایت عاطفی دیگران یک وسیله درمانی عمده است که در همه شیوه‌های مشاوره و روان‌درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. مزایای حمایت اجتماعی برای سلامت روانی مشخص است؛ افراد دارای حمایت اجتماعی بیشتر، کمتر احتمال دارد دچار بیماری‌های روانی شوند (ودرگراث، لاروکا، چاپلین و اسکاگین، ۲۰۱۷؛ برومل و کاگنی، ۲۰۱۴؛ کیشومتو و همکاران، ۲۰۱۶). افراد افسرده در مقایسه با افراد غیر افسرده، سطح کمتری از دوستان، روابط صمیمانه و روابط خانوادگی حمایت‌کننده را گزارش می‌کنند.

<sup>2</sup> social support

<sup>1</sup> locus of control

اخلاقی تأثیر می‌گذارد. جوامع ایمانی می‌توانند بویژه در زمان استرس، بحران یا سوگ، انواع حمایت اجتماعی را برای افراد فراهم کنند. برخی از اعمال معنوی/مذهبی به طور ذاتی گروهی بوده و موجب اتحاد افراد برای نیل به یک هدف مشترک می‌شوند. نتایج مطالعات کیفی نیز حاکی از آن بوده است که جوامع مذهبی، منبع معنادار و چندسطحی حمایت‌های اجتماعی و دنیوی برای افراد و خانواده‌هایی هستند که با انواع چالش‌ها در زندگی مواجه می‌شوند (مارکس، ۲۰۰۵).

با این وجود نتایج ذکر شده در رابطه حمایت اجتماعی و منبع کنترل با سلامت، از پژوهش‌های همبستگی بدست آمده و این مورد از جمله محدودیت‌های نتیجه‌گیری در مورد رابطه بین این متغیرها می‌باشد. همچنین نقش میانجی حمایت اجتماعی در رابطه بین معنویت با متغیرهای سلامت روان و اضطراب مرگ مورد توجه قرار نگرفته است. با توجه به ناهمسانی نتایج پژوهش‌ها در رابطه بین معنویت با اضطراب مرگ و منبع کنترل درونی با سلامت روان پژوهش حاضر با هدف پاسخگویی به این سوال انجام شد که آیا مدل ساختاری روابط بین معنویت با سلامت روان و اضطراب مرگ با میانجی‌گری منبع کنترل و حمایت اجتماعی از برآزش مطلوب برخوردار است؟



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

## روش

### طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، زنان و مردان سالمند شهر تهران بودند که از خانه‌های سالمندان و سالمندان ساکن منزل شهر تهران انتخاب شدند. از این جامعه، نمونه آماری با حجم ۳۵۰ به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. در سال‌های

اخیر، روش نسبت شرکت‌کننده به پارامترهای برآورد شده به وسعت در بین پژوهشگران مدلیابی معادلات ساختاری<sup>۱</sup> مورد استفاده قرار گرفته است. بر اساس این روش نسبت ۵:۱ شرکت‌کننده‌ها به پارامترهای برآورد شده، حجم نمونه

<sup>۱</sup> Structural Equation Model: SEM

را به طور جداگانه در اختیار قرار می‌دهد. پارسیان و دونینگ (۲۰۰۹)، ضریب آلفای کلی پرسش‌نامه را ۰/۹۴ و ضریب آلفای زیر مقیاس‌ها را بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۱ بدست آوردند که بیانگر همسانی درونی کلی پرسش‌نامه است. همچنین تحلیل عاملی مؤلفان، بیانگر اعتبار سازه‌ی مناسب این پرسش‌نامه بوده است. امینایی، اصغری ابراهیم‌آباد، آزادی و سلطانی‌شال (۱۳۹۴) با تحلیل عاملی تأییدی، ۴ عامل (خودآگاهی، اهمیت اعتقادات معنوی، فعالیت معنوی و نیاز معنوی) استخراج کرده و پایایی این آزمون را برای عوامل خودآگاهی، اهمیت اعتقادات معنوی، فعالیت معنوی و نیاز معنوی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۹۰، ۰/۷۷ و ۰/۸۲ و برای کل آزمون، ۰/۹۰ محاسبه کردند. در پژوهش حاضر، پایایی این آزمون برای عوامل خودآگاهی، اهمیت اعتقادات معنوی، فعالیت معنوی و نیاز معنوی به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۷۶، ۰/۸۱ و برای کل آزمون، ۰/۸۸ به دست آمد.

**پرسش‌نامه سلامت عمومی گلدبرگ<sup>۲</sup>.** آزمونی است با ماهیت چندگانه و خود-اجرا<sup>۳</sup> که به منظور بررسی اختلالات غیر روان‌گسسته که در وضعیت‌های مختلف جامعه یافت می‌شود طراحی شده است. پرسش‌نامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی توسط گلدبرگ و ویلیامز (۲۰۰۰) ارائه شده و دارای ۴ مقیاس فرعی است و هر مقیاس ۷ پرسش دارد. مقیاس‌های مذکور عبارت از علائم جسمانی<sup>۴</sup>، علائم اضطرابی و اختلال خواب<sup>۵</sup>، کارکرد اجتماعی<sup>۶</sup> و علائم افسردگی<sup>۷</sup> بودند. ملکوتی و همکاران (۱۳۸۵) روایی و پایایی این پرسش‌نامه را در بین سالمندان ایرانی مورد بررسی قرار داده و ضرایب پایایی مطلوبی از آلفای کرونباخ ۰/۹۴، تنصیف ۰/۸۶ و آزمون-بازآزمون ۰/۶۰ بدست آوردند. در مطالعه حاضر پیش از تحلیل پرسش‌های پژوهش، برای اطمینان از شاخص‌های روانسنجی پرسش‌نامه، اعتبار و روایی سازه آن مورد بررسی قرار گرفت. استفاده از روش آلفای کرونباخ برای بررسی اعتبار عامل‌های پرسش‌نامه سلامت عمومی، ضرایب آلفا برای هر یک از مقیاس‌های علائم جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی را به

کوچک، نسبت ۱۰:۱ حجم نمونه مناسب و نسبت ۲۰:۱ حجم نمونه مطلوب را به وجود می‌آورد (شوماخر و لوماکس، ۲۰۰۴). با توجه به تعداد پارامترهای قابل برآورد در پژوهش حاضر، ۲۵۰ نمونه در نظر گرفته شد ولی به دلیل احتمال ریزش، در نهایت ۳۵۰ نمونه انتخاب شد. معیارهای ورود شامل توانایی خواندن و عدم وجود ناتوانی ذهنی شامل دمانس، آلزایمر و عقب‌ماندگی ذهنی بود. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت از مشکلاتی که پاسخ‌دهندگان قادر به همکاری نباشند، مشکل در خواندن به دلیل شرایط خاص و عدم تمایل به همکاری کامل بودند. ملاک‌های ورود با استفاده از مصاحبه با سالمند کنترل شد. به منظور حفظ اخلاق پژوهشی، تمامی شرکت‌کنندگان پس از آن‌که رضایت خود را مبنی بر شرکت در پژوهش اعلام کردند، اهمیت پژوهش به همراه تمامی توضیحات تکمیلی به آنها داده شد و به آنها گفته شد هر زمانی که بخواهند می‌توانند از شرکت در پژوهش صرف نظر کنند. همچنین به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات گردآوری شده، محرمانه تلقی شده و نتایج برای هر شخص محفوظ خواهد ماند و پرسش‌نامه‌ها دارای کد و بدون نام هستند. به علاوه در تجزیه، تحلیل و ارائه داده‌ها اصل امانت‌داری و صداقت رعایت گردیده است. در نهایت، پژوهش حاضر با مشارکت ۳۵۰ نفر (۱۶۸ زن: ۴۸ درصد و ۱۸۲ مرد: ۵۲ درصد) انجام شد. ۱۳/۷ درصد شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۳۵/۴ درصد دیپلم، ۱۵/۷ درصد کاردانی، ۲۷/۴ درصد کارشناسی و ۷/۷ درصد کارشناسی ارشد بودند. ۳۶ درصد شرکت‌کنندگان در دامنه سنی ۶۵-۷۰ سال، ۵۴/۳ درصد در دامنه سنی ۷۱-۸۰ و ۹/۷ درصد در دامنه سنی ۸۱ به بالا قرار داشتند.

## ابزار

**پرسش‌نامه معنویت پارسیان و دونینگ<sup>۱</sup>.** این پرسش‌نامه که به منظور سنجش اهمیت معنویت در زندگی افراد و ارزیابی ابعاد مختلف آن ساخته شده است، یک ابزار خودگزارشی ۲۹ سؤالی است و هر سؤال به صورت یک طیف لیکرتی از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. ابزار هم نمره کلی و هم نمره‌های خرده مقیاس‌های خودآگاهی (۱۰ سؤال)، اهمیت اعتقادات معنوی در زندگی (۴ سؤال)، فعالیت‌های معنوی (۶ سؤال) و نیازهای معنوی (۹ سؤال)

<sup>2</sup> general health questionnaire (GHQ)

<sup>3</sup> self-administered

<sup>4</sup> somatic symptoms

<sup>5</sup> anxiety and sleep disorder

<sup>6</sup> social Function

<sup>7</sup> depression symptoms

<sup>1</sup> spirituality questionnaire Parsian and Duning

ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۶، ۰/۸۷، ۰/۹۱ و ضریب آلفای کل ابزار را ۰/۹۰ نشان داد.

**مقیاس اضطراب مرگ تمپلر.** پرسش‌نامه‌ای با پانزده پرسش بلی و خیر است که پاسخ بلی، نشانه وجود اضطراب در فرد می‌باشد. دامنه نمره‌های این مقیاس، از صفر تا ۱۵ بوده و نمره زیاد (نمره بالاتر از متوسط: ۸ نمره) معرف درجه بالایی از اضطراب مرگ است. بررسی‌های به عمل آمده درباره اعتبار مقیاس اضطراب مرگ تمپلر (۱۹۷۰؛ به نقل از توکلی و احمدزاده، ۲۰۱۱) نشان می‌دهد که این مقیاس از اعتبار قابل قبولی بهره‌مند است. تمپلر ضریب بازآزمایی مقیاس را ۰/۸۳ به دست آورده است. توکلی و احمدزاده (۲۰۱۱) در پژوهشی بر روی گروهی از دانشجویان، اعتبار مقیاس را با استفاده از روش آزمون-بازآزمون ۰/۸۷ به دست آوردند. در پژوهش حاضر به منظور بررسی تحلیل عاملی مقیاس اضطراب مرگ، علاوه بر تحلیل عاملی تأییدی، از تحلیل عاملی اکتشافی برای شناسایی عامل‌های مقیاس استفاده شد. نتایج نشان داد که از بین ۴ عامل استخراج شده دو عامل دارای سؤالات کافی و با قابلیت نام‌گذاری می‌باشند که به عنوان عامل ترس از مردن و عامل وابستگی عاطفی نام‌گذاری شدند. علاوه بر این، ضریب اعتبار تصنیف مقیاس اضطراب مرگ، ۰/۶۲ و ضریب آلفای کرونباخ (همسان درونی) برای کل پرسش‌نامه معادل ۰/۷۳ بدست آمد. در پژوهش حاضر، اعتبار پرسش‌نامه ۰/۸۶ بدست آمد.

ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۶، ۰/۸۷، ۰/۹۱ و ضریب آلفای کل ابزار را ۰/۹۰ نشان داد.

**مقیاس اضطراب مرگ تمپلر.** پرسش‌نامه‌ای با پانزده پرسش بلی و خیر است که پاسخ بلی، نشانه وجود اضطراب در فرد می‌باشد. دامنه نمره‌های این مقیاس، از صفر تا ۱۵ بوده و نمره زیاد (نمره بالاتر از متوسط: ۸ نمره) معرف درجه بالایی از اضطراب مرگ است. بررسی‌های به عمل آمده درباره اعتبار مقیاس اضطراب مرگ تمپلر (۱۹۷۰؛ به نقل از توکلی و احمدزاده، ۲۰۱۱) نشان می‌دهد که این مقیاس از اعتبار قابل قبولی بهره‌مند است. تمپلر ضریب بازآزمایی مقیاس را ۰/۸۳ به دست آورده است. توکلی و احمدزاده (۲۰۱۱) در پژوهشی بر روی گروهی از دانشجویان، اعتبار مقیاس را با استفاده از روش آزمون-بازآزمون ۰/۸۷ به دست آوردند. در پژوهش حاضر به منظور بررسی تحلیل عاملی مقیاس اضطراب مرگ، علاوه بر تحلیل عاملی تأییدی، از تحلیل عاملی اکتشافی برای شناسایی عامل‌های مقیاس استفاده شد. نتایج نشان داد که از بین ۴ عامل استخراج شده دو عامل دارای سؤالات کافی و با قابلیت نام‌گذاری می‌باشند که به عنوان عامل ترس از مردن و عامل وابستگی عاطفی نام‌گذاری شدند. علاوه بر این، ضریب اعتبار تصنیف مقیاس اضطراب مرگ، ۰/۶۲ و ضریب آلفای کرونباخ (همسان درونی) برای کل پرسش‌نامه معادل ۰/۷۳ بدست آمد. در پژوهش حاضر، اعتبار پرسش‌نامه ۰/۸۶ بدست آمد.

### روش اجرا

با مراجعه به خانه‌های سالمندان، سالمندان ساکن منزل شهر تهران که به مراکز خانه سلامت شهرداری تهران مراجعه کرده بودند، پس از ارائه هدف پژوهش، برای تعیین ملاک‌های ورود با سالمندان مصاحبه شد. پس از کسب ملاک‌های ورود، از آنها رضایت آگاهانه اخذ گردید و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات‌شان به صورت محرمانه حفظ خواهد شد. سپس پرسش‌نامه‌ها بین افرادی که دارای ملاک‌های ورود بوده و تمایل به مشارکت در پژوهش داشتند توزیع شد. همه پرسش‌نامه‌ها در یک جلسه اجرا شد. زمان تکمیل پرسش‌نامه‌ها، به سرعت خواندن سالمندان بستگی داشت. در نهایت، پس از گردآوری داده‌ها و ورود آنها در نرم‌افزار، تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار AMOS و SPSS انجام شد.

### یافته‌ها

در جدول ۱، میانگین، انحراف معیار و همبستگی بین متغیرهای پژوهش در گروه نمونه به نمایش درآمده است.

ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۶، ۰/۸۷، ۰/۹۱ و ضریب آلفای کل ابزار را ۰/۹۰ نشان داد.

**مقیاس اضطراب مرگ تمپلر.** پرسش‌نامه‌ای با پانزده پرسش بلی و خیر است که پاسخ بلی، نشانه وجود اضطراب در فرد می‌باشد. دامنه نمره‌های این مقیاس، از صفر تا ۱۵ بوده و نمره زیاد (نمره بالاتر از متوسط: ۸ نمره) معرف درجه بالایی از اضطراب مرگ است. بررسی‌های به عمل آمده درباره اعتبار مقیاس اضطراب مرگ تمپلر (۱۹۷۰؛ به نقل از توکلی و احمدزاده، ۲۰۱۱) نشان می‌دهد که این مقیاس از اعتبار قابل قبولی بهره‌مند است. تمپلر ضریب بازآزمایی مقیاس را ۰/۸۳ به دست آورده است. توکلی و احمدزاده (۲۰۱۱) در پژوهشی بر روی گروهی از دانشجویان، اعتبار مقیاس را با استفاده از روش آزمون-بازآزمون ۰/۸۷ به دست آوردند. در پژوهش حاضر به منظور بررسی تحلیل عاملی مقیاس اضطراب مرگ، علاوه بر تحلیل عاملی تأییدی، از تحلیل عاملی اکتشافی برای شناسایی عامل‌های مقیاس استفاده شد. نتایج نشان داد که از بین ۴ عامل استخراج شده دو عامل دارای سؤالات کافی و با قابلیت نام‌گذاری می‌باشند که به عنوان عامل ترس از مردن و عامل وابستگی عاطفی نام‌گذاری شدند. علاوه بر این، ضریب اعتبار تصنیف مقیاس اضطراب مرگ، ۰/۶۲ و ضریب آلفای کرونباخ (همسان درونی) برای کل پرسش‌نامه معادل ۰/۷۳ بدست آمد. در پژوهش حاضر، اعتبار پرسش‌نامه ۰/۸۶ بدست آمد.

**پرسش‌نامه منبع کنترل لوینسون.** این پرسش‌نامه که توسط لوینسون (۱۹۷۳) ارائه شده، دارای سه مقیاس I، P و C است. مقیاس I که تحت عنوان مقیاس درونی از آن نام برده می‌شود، مربوط به توانایی فرد در کنترل امور زندگی است. مقیاس P تحت عنوان مقیاس افراد قدرتمند، به این معناست که فرد تا چه حد معتقد است که آنچه در زندگی رخ می‌دهد نتیجه دیدگاه و اعمال افراد قدرتمند است، یا در نتیجه توانمندی خود فرد است. مقیاس C تحت عنوان عامل شانس، میزان اعتقاد فرد به شانس و تصادف در زندگی را می‌سنجد. این پرسش‌نامه دارای ۲۴ سؤال است و کسب نمره بالا در مقیاس‌های سه‌گانه، نشانگر جهت‌گیری بیرونی منبع کنترل است. سؤالات مربوط به مقیاس درونی در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار گرفته است. آلفای کرونباخ پرسش‌نامه ۰/۸۶ گزارش شده است. همچنین پایایی مقیاس I، P و C و نمره کل به روش

## جدول ۱

## شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کالموگروف - اسمیرنف	سطح معناداری
<b>حمایت اجتماعی</b>	۱۵/۲۵	۵/۶۹	۰/۰۹	۰/۰۸
حمایت خانواده	۵/۴۱	۲/۴۶	۰/۰۴	۰/۱۱
حمایت دوستان	۵/۲۶	۱/۹۱	۰/۰۶	۰/۰۹
حمایت دیگران	۵/۱۴	۲/۲۲	۰/۰۷	۰/۰۶
<b>اضطراب مرگ</b>	۶/۰۴	۳/۵۹	۰/۰۸	۰/۰۷
ترس از مردن	۲/۳۸	۱/۹۸	۰/۱۱	۰/۰۶
وابستگی	۲/۲۲	۱/۵۰	۰/۰۳	۰/۱۲
<b>منبع کنترل درونی</b>	۳۷/۷۶	۶/۷۰	۰/۱۰	۰/۰۷
<b>سلامت عمومی</b>	۲۲/۴۳	۱۰/۳۶	۰/۰۷	۰/۰۶
سلامتی جسمانی	۵/۲۷	۳/۲۴	۰/۰۶	۰/۰۸
اختلال خواب	۶/۰۸	۳/۹۳	۰/۱۰	۰/۰۹
کارکرد اجتماعی	۸/۰۷	۳/۲۷	۰/۰۲	۰/۰۶
افسردگی	۲/۹۹	۳/۰۱	۰/۱۳	۰/۰۶
<b>معنویت</b>	۹۰/۳۷	۱۱/۲۴	۰/۰۹	۰/۱۰
خودآگاهی	۳۲/۰۶	۴/۵۵	۰/۰۹	۰/۰۸
اعتقادات معنوی	۱۲/۱۵	۳/۳۳	۰/۱۱	۰/۰۷
فعالیت معنوی	۱۷/۴۶	۴/۴۵	۰/۰۷	۰/۱۰
نیازهای معنوی	۲۸/۷۸	۵/۵۶	۰/۰۳	۰/۱۲

جدول ۱ نتایج شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد، شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد متغیرها نشانگر پراکندگی مناسب داده‌ها و شاخص‌های چولگی و کشیدگی حاکی از طبیعی بودن توزیع متغیرهای پژوهش هستند. با توجه به جدول ۱ آماره Z کالموگروف-اسمیرنف برای تمامی متغیرها در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نیست. همچنین برای بررسی توزیع نرمال چند متغیره از شاخص مردیا استفاده شد که مقدار

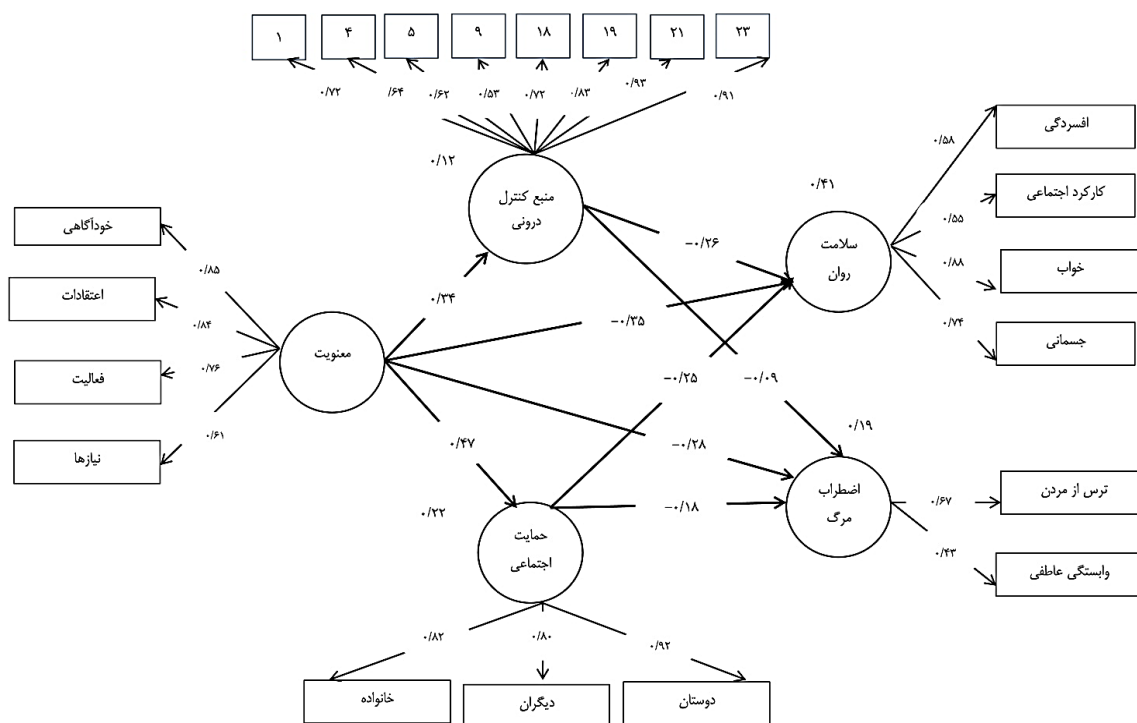
۰/۸۹ با سطح بحرانی ۱/۷۸ به دست آمد، و از آنجایی که این مقدار کمتر از ۲/۵۸ می‌باشد، نرمال بودن چندمتغیری تأیید شد (قاسمی، ۱۳۹۲). با توجه به این یافته می‌توان گفت که توزیع متغیرها نرمال بوده و می‌توان از آزمون‌های پارامتریک برای بررسی برازش مدل پژوهش استفاده نمود. در جدول ۲ ماتریس همبستگی متغیرهای مدل نظری تحقیق گزارش شده است.

## جدول ۲

## ماتریس همبستگی متغیرهای پنهان مدل نظری پژوهش

شماره متغیر	۱	۲	۳	۴	۵
۱ حمایت اجتماعی	۱				
۲ اضطراب مرگ	-۰/۳۳**	۱			
۳ کنترل درونی	۰/۴**	-۰/۱۷**	۱		
۴ سلامت عمومی	-۰/۴۵**	۰/۴۶**	-۰/۳۸**	۱	
۵ معنویت	۰/۴۲**	-۰/۲۳**	۰/۳۶**	-۰/۴۱**	۱

\*\*P<۰/۰۵ \*P<۰/۰۱



شکل ۲. مدل ساختاری آزمون شده روابط بین معنویت با سلامت روان و اضطراب مرگ: نقش میانجی منبع کنترل درونی و حمایت اجتماعی

جدول ۳

شاخص‌های برازندگی مدل ساختاری

HOELTER	CFI	AGFI	GFI	RMSEA	df	$\chi^2/df$	شاخص‌های برازندگی
۸۹الف	۰/۸۸	۰/۹۰	۰/۹۳	۰/۰۲	۱۸۱	۲/۶۱	مدل

الف حجم نمونه باید بزرگتر از این مقدار باشد. حد مطلوب مجذور (df/2c) کوچکتر از ۳ و شاخص‌های CFI, GFI, AGFI بزرگتر از ۰/۹۰ است. همچنین حد مطلوب RMSEA کوچکتر از ۰/۰۸ می‌باشد.

جامعه و نمونه این پژوهش است. بررسی اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرها بر اساس روش بیشینه احتمال و روش بوت‌استراب در جدول ۴ گزارش شده است.

بر اساس نتایج جدول ۳ مدل آزمون شده برازش مناسبی با داده‌های گردآوری شده دارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت مدل نظری آزمون شده مدلی روا و معتبر در

جدول ۴

برآورد ضرایب اثرات مستقیم، غیر مستقیم و کل

اثرات کل		اثرات غیر مستقیم		اثرات مستقیم		فرضیه‌ها
t	ضریب مسیر	t	ضریب سیر	t	ضریب مسیر	
				۵/۴**	۰/۳۴	معنویت <-- کنترل درونی
-۶/۷۱**	-۰/۵۵	۲/۱۹**	-۰/۲۱	-۴/۷۴**	-۰/۳۵	معنویت <-- سلامت عمومی
				۷/۲۶**	۰/۴۷	معنویت <-- حمایت اجتماعی
-۴/۰۳**	-۰/۴۰	۱/۹۹*	-۰/۱۲	-۲/۹۰**	-۰/۲۸	معنویت <-- اضطراب مرگ
				-۴/۴۱**	-۰/۲۸	منبع کنترل درونی <-- سلامت عمومی
				-۱/۱۷	-۰/۰۹	منبع کنترل درونی <-- اضطراب مرگ
				-۴/۰۹**	-۰/۲۵	حمایت اجتماعی <-- سلامت عمومی
				-۲/۰۷**	-۰/۱۸	حمایت اجتماعی <-- اضطراب مرگ



مدل پژوهش حاضر، با پژوهش پارک (۲۰۰۷) که معتقد است ابعاد سیستم معنایی معنوی/ مذهبی، از طریق میانجی‌هایی مانند معنای زندگی، حمایت اجتماعی، منبع کنترل سلامت و غیره بر سلامت افراد تأثیر می‌گذارد، همخوانی دارد. همچنین مدل آزمون شده پژوهش حاضر، با مدل مفهومی مارکس (۲۰۰۵) که ارتباط سه بعد تجربه مذهبی (اعمال مذهبی، باورهای معنوی و جامعه ایمانی) را با ابعاد سه‌گانه سلامت (ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی) نشان می‌دهد همسو است.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که معنویت بر سلامت روان اثر مستقیم معنی‌داری دارد، یعنی با افزایش نمرات معنویت میزان نمرات سلامت عمومی بهبود پیدا می‌کند (با در نظر گرفتن این نکته که نمرات بالا در پرسش‌نامه سلامت عمومی نشان دهنده حالت مرضی می‌باشد). این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های متعددی است که سودمندی تمایلات معنوی/مذهبی برای سلامت عمومی و روانی سالمندان را مورد تأیید قرار داده‌اند. بر اساس این پژوهش‌ها، باورهای معنوی بالاتر با سطوح پایین‌تر پریشانی‌های روان‌شناختی در ارتباط است (مکنایلی و برنز، ۲۰۱۷؛ شارما و همکاران، ۲۰۱۷؛ رنتالا، لایو و چن، ۲۰۱۷؛ مارکس، ۲۰۰۵). با مرور پژوهش‌های انجام شده در این زمینه می‌توان مکانیسم‌های اثرگذاری معنویت بر سلامت روانی را به دو دسته فردی و اجتماعی دسته‌بندی کرد. بر این اساس مکانیسم‌های فردی اثرگذاری معنویت بر سلامت روانی شامل مواردی همچون افزایش احساس قدردانی، هدفمندی در زندگی و رشد پس از آسیب، که باعث کاهش تأثیر رویدادهای منفی در زندگی می‌شود هستند (مکنایلی و برنز، ۲۰۱۷). ایجاد نگرش مثبت به دنیا، معنا بخشیدن به زندگی فرد (کانیگ، ۲۰۱۲)؛ تأثیر بر سبک زندگی (پارک، ۲۰۰۷)؛ چگونگی حل تعارض‌های ارزشی، پاسخگویی به سوالات اساسی انسان درباره هدف زندگی، معنای فعالیت‌ها، جایگاه فرد در جهان، غلبه و معنادگی به رنج‌ها و تعارض‌های اساسی زندگی (برمر، آبروگر و شوستروم، ۱۹۹۳، به نقل از گلابی و احمدزاده، ۱۳۹۴) که منجر به افزایش وحدت‌یافتگی سازمان روان‌شناختی، معنوی و خودنظم‌دهی وی می‌شود (گلابی و احمدزاده، ۱۳۹۴)؛ سازگاری بیشتر با حوادث ناگوار زندگی، ایجاد امید و انگیزه در زندگی، افزایش احساس کنترل به

معنویت با ضریب (۰/۳۴) بر روی منبع کنترل درونی و با ضریب (۰/۴۷) بر روی حمایت اجتماعی اثر مثبت دارد، معنویت همچنین با ضریب (۰/۳۵-) بر روی سلامت عمومی و با ضریب (۰/۲۸-) بر روی اضطراب مرگ اثر مستقیم منفی دارد، با توجه به مدل آزمون شده حمایت اجتماعی با ضریب (۰/۲۵-) بر روی سلامت عمومی اثر منفی و همچنین با ضریب (۰/۱۸-) بر روی اضطراب مرگ اثر مستقیم منفی دارد، رابطه مستقیم بین منبع کنترل درونی با سلامت عمومی (۰/۲۸-) معنادار بوده ولی تأثیر آن بر با اضطراب مرگ معنی‌دار نبود، این روابط در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشند. با توجه به جدول ۴، اثر معنویت بر روی سلامت عمومی با ضریب ۰/۲۱- و در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد و اثر معنویت بر روی اضطراب مرگ نیز با ضریب ۰/۱۲- در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشد. همچنین نتایج نشان داد معنویت ۱۲ درصد بر واریانس منبع کنترل درونی و ۲۲ درصد بر واریانس حمایت اجتماعی اثر دارد، همچنین معنویت، حمایت اجتماعی و کنترل درونی نیز می‌توانند ۴۱ درصد از واریانس سلامت عمومی و ۱۹ درصد از واریانس اضطراب مرگ را تبیین کنند.

### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش به منظور تعیین برآزش مدل ساختاری روابط بین معنویت با سلامت روان و اضطراب مرگ و تعیین نقش میانجی منبع کنترل و حمایت اجتماعی انجام شد. محاسبه و تحلیل شاخص‌های برازندگی مدل پژوهش نشان داد که مدل تدوین شده با داده‌های گردآوری شده به خوبی برآزش دارد. این یافته همسو با نتایج پژوهش‌هایی است که در تبیین سلامت روانی و اضطراب مرگ، نقش معنویت، منبع کنترل و حمایت اجتماعی را برجسته ساخته‌اند (دبنام و همکاران، ۲۰۱۲؛ دالمن و دابز، ۲۰۱۰؛ پارک، ۲۰۰۷؛ خشنود و همکاران، ۱۳۹۴؛ هولت، وانگ، کلارک، ویلیامز و اسکولز، ۲۰۱۳؛ مهری‌نژاد، رمضان ساعتچی و پایدار، ۱۳۹۵).

برآزش رضایت بخش مدل با داده‌های مشاهده شده را می‌توان اینگونه تبیین نمود. بر اساس پژوهش‌های انجام شده و با پذیرش فرض تأثیرگذاری فعالیت‌ها و مناسک معنوی، عوامل دیگری نیز مانند منبع کنترل و حمایت اجتماعی می‌توانند این تأثیرات را تبیین کنند. بعلاوه برآزش

بیماری‌های لاعلاج و غیره) مواجه می‌شوند اضطراب مرگ در آنها افزایش می‌یابد. سالمندان دارای معنویت بالاتر، با ارزیابی‌های مثبت‌تر از اشخاص و دیدگاه‌های مدافع این ارزش‌ها و تقویت ارزش‌های محافظت‌کننده، و پیوستن به شبکه‌های معنوی اضطراب مرگ خود را کاهش می‌دهند. همچنین ایمان به یک جهان‌بینی و حرمت خود برآمده از آن، صیانت و حفاظت در برابر اضطراب را برای سالمندان به همراه دارد. طبق نظریه اریکسون (۱۹۷۰)، به نقل از براون و لويس، (۲۰۰۳)، در میانسالی و پیری، یافتن معنای زندگی برای فرد برجسته می‌شود، معنویت/مذهب به دلیل ارائه امید به جاودانگی نمادین و جاودانگی افکار، سالمندان را در برابر اضطراب مرگ محافظت می‌کند. همچنین معنویت در سالمندان، باعث حفظ یکپارچگی هویت، بهزیستی روان‌شناختی، معنایابی در زندگی، افزایش شادکامی، رضایت از زندگی و غیره می‌شود. این موضوع به نوبه خود رضایت از زندگی را در سالمندان افزایش داده و به پذیرش مرگ و زندگی پس از مرگ کمک می‌کند. یافته‌های مدل حاضر با پژوهش دالمن و دابز (۲۰۱۰) نیز همسویی دارد که نشان دادند دینداری و معنویت بالاتر، با ترس کمتر از مرگ و پذیرش مرگ رابطه دارد.

در پژوهش حاضر مشخص شد بین منبع کنترل درونی با اضطراب مرگ، رابطه منفی وجود دارد، به این معنا که به نظر می‌رسد هرچه افراد معنوی، منبع کنترل درونی بالاتری داشته باشند، کمتر اضطراب مرگ را تجربه می‌کنند. به نظر می‌رسد معنویت، نوعی نگرش در زمینه درک وقایع، از منظر تقدیر یا یک نیروی طبیعی به فرد می‌دهد (منبع کنترل بیرونی) و از سوی دیگر با ایجاد احساس کنترل بر زندگی خود (منبع کنترل درونی) موجب این اعتقاد در افراد می‌شود که می‌توان از طریق اتکا به خداوند موقعیت‌های غیرقابل کنترل را تحت کنترل در آورد و در نتیجه با ایجاد احساس یکپارچگی و هدفمندی در زندگی افراد، زمینه‌ساز همکاری و مشارکت آنها برای دستیابی به اهداف مشترک می‌شود. مشارکت در گروه‌های معنوی یا مذهبی سبب تعلق افراد به شبکه‌ای از اشخاص هم‌عقیده می‌گردد که می‌توانند در مواقع مورد نیاز به یکدیگر کمک کنند. نقش میانجی حمایت اجتماعی در رابطه معنویت و اضطراب مرگ نیز از طریق نظریه مدیریت وحشت، قابل تبیین به نظر می‌رسد. بر اساس

واسطه دعاکردن (کانیگ، ۲۰۱۲)؛ اتکا به مکانیسم‌های انطباقی مقابله با رویدادهای استرس‌زا و استفاده از معنویت به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای (ساندرسون، ۲۰۱۲؛ مارکس، ۲۰۰۵)؛ کاهش اضطراب‌های مرتبط با موقعیت‌های ناگوار که نتیجه‌ی باور به کنترل شدن موقعیت به وسیله خداوند یا نیروی برتر می‌باشد. این مسأله موجب می‌شود افراد معنوی باور داشته باشند که می‌توان از طریق اتکا به خداوند، موقعیت‌های غیرقابل کنترل را تحت کنترل در آورد (گلایی و احمدزاده، ۱۳۹۴)؛ افزایش مسئولیت‌پذیری فردی در زمینه اصول و باورهای معنوی و دینی اثرات جسمانی نیز دارند (مارکس، ۲۰۰۵). به این ترتیب به نظر می‌رسد منبع کنترل در رابطه معنویت و سلامت روانی به این صورت نقش میانجی ایفا می‌کند: افرادی با معنویت بالاتر، باور دارند نیروهای برتر یا خداوند، به آنها قدرت و اختیار می‌دهد تا بر شرایط و اوضاع پیرامون خود از جمله سلامت خود، تأثیر بگذارند، در چنین شرایطی آنها خود را مسئول می‌دانند و با بکارگیری راهبردهای مقابله‌ای فعال، سلامت جسمی و روانی خود را ارتقا می‌دهند.

از مهم‌ترین عوامل و مکانیسم‌های اجتماعی تأثیرگذاری معنویت می‌توان به شبکه‌ها و حمایت‌های اجتماعی اشاره نمود. حمایت معنوی، نهادهای معنوی و شبکه‌های معنوی، از مهم‌ترین عوامل پیشگیری از بیماری محسوب می‌شوند (دبنام و همکاران، ۲۰۱۲؛ مارکس، ۲۰۰۵). می‌توان مکانیسم‌هایی که از طریق آن، حمایت اجتماعی رابطه بین معنویت و سلامت روان سالمندان را تحت تأثیر قرار می‌دهد بدین صورت خلاصه کرد که حمایت‌های معنوی موجب افزایش احساس کنترل سالمندان می‌شوند و کاربرد مکانیسم‌های مقابله‌ای سازگار را تقویت می‌کنند؛ حمایت‌های اجتماعی/معنوی از افراد در برابر انزوای اجتماعی حمایت می‌کنند، موجب بهبود و تقویت خانواده و شبکه‌های اجتماعی می‌شوند، حس تعلق و عزت نفس سالمندان را افزایش می‌دهند و از طریق آموزه‌های معنوی، بر سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت تأثیر می‌گذارند.

به علاوه، مدل آزمون شده پژوهش حاضر با تأیید رابطه معنویت با اضطراب مرگ، به طور ضمنی نظریه مدیریت وحشت را نیز تأیید می‌کند. زمانی که افراد و به ویژه سالمندان با یادآورنده‌های مرگ (مانند مرگ نزدیکان،

ایمانی‌فر، ح.، بستانی، ق.، دودمان، ف.، و رئیسی، ر. (۱۳۹۰). مواجهه با مرگ از دیدگاه قرآن و روان‌شناسی. پژوهش‌های میان‌رشته‌ای قرآن کریم، ۲(۴)، ۲۷-۱۷.

خسروی، ز.، و آقاجانی، م (۱۳۸۲). بررسی رابطه بین سلامت‌روان، منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای دانش‌آموزان دختر سال اول مقطع متوسطه شهر تهران. مطالعات اجتماعی-روان‌شناختی زنان (مطالعات زنان)، ۱(۱)، ۵۴-۱۹.

خشنود، ق.، شایان، ن.، بابایی امیری، ن.، و عاشوری، ج. (۱۳۹۴). رابطه جهت‌گیری مذهبی، شادکامی، منبع کنترل و راهبردهای مقابله‌ای با سلامت معنوی دانشجویان پرستاری. مجله توسعه پژوهش در پرستاری و مامایی، ۱۲(۳)، ۱۸-۹.

صالحی، ل.، سلیمانی‌زاده، ل.، باقری یزدی، ع.، و عباس‌زاده، ع. (۱۳۸۶). رابطه بین اعتقادهای مذهبی و منبع کنترل با سلامت‌روان در دانشجویان. مجله دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ۱(۴۲)، ۵۵-۵۰.

سگری، پ.، نادری، ف.، و شرف‌الدین، ه. (۱۳۸۹). رابطه اضطراب اجتماعی و حمایت اجتماعی با احساس ذهنی بهزیستی در دانشجویان زن. فصلنامه زن و فرهنگ، ۱(۲)، ۴۸-۴۸.

قاسمی، و. (۱۳۹۲). مدل‌سازی معادله ساختاری در پژوهش‌های اجتماعی با کاربرد Amos Graphics. تهران: نشر جامعه‌شناسان.

گلایی، ف.، و احمدزاده، ح. (۱۳۹۴). تحلیل جامعه‌شناختی تأثیر باورهای مذهبی بر سلامت عمومی و روان‌شناختی جوانان. بازیابی شده از <http://pmbo.ir>

محمدی، م.، قربانی، ن.، و عبد‌الهی، ع. (۱۳۸۹). برجستگی مرگ و حرمت خود: یک مطالعه آزمایشی. روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)، ۷(۲۵)، ۶۴-۵۷.

ملکوتی، ک.، میراب‌زاده، آ.، فتح‌الهی، پ.، صلواتی، م.، کهالی، ش.، و افخم‌ابراهیمی، ع. (۱۳۸۵). بررسی اعتبار، روایی، تحلیل عامل مقیاس سلامت عمومی (GHQ) فرم ۲۸ سوالی در سالمندان ایرانی. مجله سالمندی ایران، ۱(۱)، ۲۱-۱۱.

مهری‌نژاد، ا.، رمضان‌ساعتچی، ل.، و پایدار، س. (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و پایبندی به مذهب با اضطراب مرگ در سالمندان. مجله سالمندی ایران، ۱(۴)، ۴۹۴-۵۰۳.

نظریه مدیریت وحشت که با توجه به ویژگی اساسی فرهنگ‌پذیری انسان، بهترین راه دفاع در برابر وحشت مرگ و فنا را سرمایه‌گذاری در نظامی از ارزش‌ها (در درون فرهنگ مورد قبول خود) می‌داند (آرنت و همکاران، ۲۰۰۲، به نقل از محمدی و همکاران، ۱۳۸۹). افزایش ارتباطات اجتماعی/معنوی و به تبع آن افزایش حمایت‌های معنوی/اجتماعی چه از سوی افراد حاضر در جوامع معنوی و چه از سوی خانواده، با حفاظت در برابر اضطراب همراه است. این مسأله از طریق ارتقا و تقویت حرمت خود، باعث کاهش اضطراب و رفتارهای مرتبط با اضطراب در سالمندان می‌شود.

پژوهش حاضر از نوع مقطعی بوده است. بنابراین صورت‌بندی نتایج پژوهش حاضر بدون در نظر گرفتن تأثیر گذر زمان بر متغیرها و روابط آنها یکی از محدودیت‌های مهم پژوهش حاضر به شمار می‌رود. بنابراین تکرار یافته‌های پژوهش حاضر از طریق مطالعات طولی ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است. با توجه به این که داده‌های پژوهش حاضر از طریق خودگزارشی گردآوری شده ممکن است تحت تأثیر سوگیری مطلوبیت اجتماعی قرار گرفته و شرکت‌کنندگان در پژوهش، اعمال و رفتارهای واقعی خود را گزارش ندهند. رشد و تقویت منبع کنترل درونی از روش‌های مناسب برای پیشگیری و کاهش آسیب‌پذیری است. طبق پژوهش‌های پیشین، در شرایط محیطی نامساعد، منبع کنترل درونی در پیشگیری از آسیب‌های روان‌شناختی مؤثر است. همچنین با توجه به تأثیر حمایت اجتماعی به خانواده‌ها و متولیان سلامت‌روانی سالمندان توصیه می‌شود برای تقویت تأثیر معنویت بر سلامت روانی سالمندان، حمایت‌های اجتماعی را ارتقا دهند.

## منابع

امینایی، م.، اصغری ابراهیم آباد، م.، آزادی، م.، و سلطانی شال، ر. (۱۳۹۴). بررسی اعتبار و پایایی نسخه فارسی پرسش‌نامه معنویت پاریسیان و دونینگ. اصول بهداشت روانی، ۱۷(۳)، ۱۳۴-۱۲۹.

اندیک، ر. (۱۳۹۳). پیش‌بینی سلامت‌روان دانشجو معلمان بر اساس تیپ شخصیتی، منبع کنترل و جهت‌گیری مذهبی دانشگاه فرهنگیان یزد (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده)، دانشگاه یزد.

- Goldberg, D., & Williams, P. (2000). *General health questionnaire (GHQ)*. UK: Nfer-Nelson.
- Häggström, E., Mbusa, E., & Wadensten, B. (2008). Nurses' workplace distress and ethical dilemmas in Tanzanian health care. *Nursing Ethics, 15*(4), 478-491.
- Hayward, R. D., Taylor, W. D., Smoski, M. J., Steffens, D. C., & Payne, M. E. (2013). Association of five-factor model personality domains and facets with presence, onset, and treatment outcomes of major depression in older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 21*(1), 88-96.
- Holt, C. L., Wang, M. Q., Clark, E. M., Williams, B. R., & Schulz, E. (2013). Religious involvement and physical and emotional functioning among African Americans: The mediating role of religious support. *Psychology & Health, 28*(3), 267-283.
- Jastrzebski, J., & Slaski, S. (2011). Death anxiety, locus of control and big five personality traits in emerging adulthood in Poland. *Psychology and Education: An Interdisciplinary Journal, 48*(4), 1-15.
- Kim, S., & Park, K. S. (2016). A Meta-Analysis on variables related to death anxiety of elderly in Korea. *Korean Journal of Adult Nursing, 28*(2), 156-168.
- Kim-Goh, M. (1993). Conceptualization of mental illness among Korean-American clergymen and implications for mental health service delivery. *Community Mental Health Journal, 29*(5), 405-412.
- Kirmizioglu, Y., Doğan, O., Kuğu, N., & Akyüz, G. (2009). Prevalence of anxiety disorders among elderly people. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 24*(9), 1026-1033.
- Kishimoto, Y., Okamoto, N., Saeki, K., Tomioka, K., Obayashi, K., Komatsu, M., & Kurumatani, N. (2016). Bodily pain, social support, depression symptoms and stroke history are independently associated with sleep disturbance among the elderly: a cross-sectional analysis of the Fujiwarakyo study. *Environmental health and preventive medicine, 21*(5), 10-19.
- Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: The Research and clinical مومنی، خ.، و شهپازی راد، ا. (۱۳۹۱). رابطه معنویت، تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای با کیفیت زندگی دانشجویان. مجله علوم رفتاری، ۶(۲)، ۹۷-۱۰۳.
- Aarts, J. W., Deckx, L., Abbema, D. L., Tjan-Heijnen, V. C., Akker, M., & Buntinx, F. (2015). The relation between depression, coping and health locus of control: differences between older and younger patients, with and without cancer. *Psycho-Oncology, 24*(8), 950-957.
- Abdel-Khalek, A. M. (2002). Why do we fear death? The construction and validation of the reasons for death fear scale. *Death Studies, 26*(8), 669-680.
- Assari, S., & Moghani Lankarani, M. (2016). Race and gender differences in correlates of death anxiety among elderly in the United States. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences, 10*(2), e2024.
- Bromell, L., & Cagney, K. A. (2014). Companionship in the neighborhood context: Older adults' living arrangements and perceptions of social cohesion. *Research on Aging, 36*(2), 228-243.
- Brown, C., & Lowis, M. J. (2003). Psychosocial development in the elderly: An investigation into Erikson's ninth stage. *Journal of Aging Studies, 17*(4), 415-426.
- Cicirelli, V. G. (2002). Fear of death in older adults: Predictions from terror management theory. *Journal of Gerontology B Psychological Science and Social Science, 57*(4), 358-366.
- Daaleman, T. P., & Dobbs, D. (2010). Religiosity, spirituality, and death attitudes in chronically ill older adults. *Research on Aging, 32*(2), 224-243.
- Debnam, K. J., Holt C. L., Clark E. M., Roth D. L., Foushee H. R., Crowther M., & Southward P. L. (2012). Spiritual health locus of control and health behaviors in African Americans. *American Journal of Health Behavior, 36*, 360-372.
- Debnam, K., Holt, C. L., Clark, E. M., Roth, D. L., & Southward, P. (2012). Relationship between religious social support and general social support with health behaviors in a national sample of African Americans. *Journal of behavioral medicine, 35*(2), 179-189.

- implications. *International Scholarly Research Network*, 16, 1-33.
- Levenson, H. (1973). Reliability and Validity of the I, P, and C Scales-A Multidimensional View of Locus of Control.
- MacKinlay, E., & Burns, R. (2017). Spirituality promotes better health outcomes and lowers anxiety about aging: The Importance of spiritual dimensions for baby boomers as they enter older adulthood. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 29(4), 1-18.
- Marks, L. (2005). Religion and bio-psychosocial health: A Review and conceptual model. *Journal of Religion and Health*, 44(2), 173-186.
- Measuring National Well-being and Health. (2013). Office for National Statistics.
- Pachana, N. & Laidlaw, K. (2014). *Oxford Handbook of Geropsychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Park, C. L. (2007). Religiousness/spirituality and health: A meaning systems perspective. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(4), 319-328.
- Parsian, N., & Dunning, T. D. (2009). Developing and validating a questionnaire to measure spirituality: A psychometric process. *Global journal of health science*, 1(1), 2.
- Rentala, S., Lau, B. H. P., & Chan, C. L. (2017). Association between spirituality and depression among depressive disorder patients in India. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 19(4), 1-13.
- Sanderson, C. A. (2012). *Health psychology*. Wiley Global Education.
- Schumacker, R. E. & Lomax, R. G. (2004). *A Beginners guide to structural equation modeling*. Mahwah, New Jersey & London: Lawrence Erlbaum association publishers.
- Sergentanis, T. N., Papadodima, S. A., Evangelakos, C. I., Mytilinaios, D. G., Goutas, N. D., & Spiliopoulou, C. A. (2010). Students' physical and psychological reactions to forensic dissection: Are there risk factors? *Anatomical Sciences Education*, 3(6), 287-294.
- Sharma, V., Marin, D. B., Koenig, H. K., Feder, A., Iacoviello, B. M., Southwick, S. M., & Pietrzak, R. H. (2017). Religion, spirituality, and mental health of US military veterans: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Journal of Affective Disorders*, 217, 197-204.
- Suhail, K. & Akram, S. (2002). Correlates of death anxiety in Pakistan. *Death study*, 26(1), 39-50.
- Tavakoli, M. A., & Ahmadzadeh, B. (2011). Investigation of validity and reliability of Templer death anxiety scale. *Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 6(21), 72-80.
- Vaux, A., Phillips, J., Holly, L., Thomson, B., Williams, D., & Stewart, D. (1986). The social support appraisals (SS-A) scale: Studies of reliability and validity. *American Journal of Community Psychology*, 14(2), 195-218.
- Wedgeworth, M., LaRocca, M. A., Chaplin, W. F., & Scogin, F. (2017). The role of interpersonal sensitivity, social support, and quality of life in rural older adults. *Geriatric Nursing*, 38(1), 22-26.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. (2010). Mental illness and mental health: The Two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17(2), 110-119.
- Wink, P. (2006). Who is afraid of death? Religiousness, spirituality, and death anxiety in late adulthood. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 18(2-3), 93-110.