

رابطه جهت‌گیری مذهبی و اضطراب مرگ در سالمندان: نقش میانجی ادراک پیری و سلامت معنوی

حسنعلی ویسکرمی
دانشگاه لرستان

مهدی برزگر بفرویی
دانشگاه لرستان

✉ لیلا یوسف‌وند
دانشگاه لرستان

دریافت: ۱۳۹۷/۰۲/۰۲

پذیرش: ۱۳۹۷/۰۵/۳۰

اضطراب و نگرانی در مورد مرگ می‌تواند تأثیرات منفی بر زندگی افراد به خصوص سالمندان داشته باشد. بنابراین توجه خاص و پیشگیری از اختلال اضطراب مرگ در سالمندان یک امر ضروری است. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی و اضطراب مرگ در سالمندان با نقش میانجی ادراک پیری و سلامت معنوی انجام گرفت. این پژوهش یک مطالعه توصیفی همبستگی از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل کلیه سالمندان بالای ۵۸ سال شهرستان خرم‌آباد در سال ۱۳۹۷ بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس ۲۰۲ نفر از آنها (۱۱۱ نفر مرد و ۹۱ نفر زن) به عنوان نمونه انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های جهت‌گیری مذهبی آلپورت و روس، ادراک پیری بارکر و همکاران، سلامت معنوی بولوتزین و الیسون و اضطراب مرگ تمپلر استفاده شد. مدل‌یابی معادلات ساختاری به عنوان روش آماری برای تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار AMOOS نسخه ۲۴ و SPSS نسخه ۲۲ به کار برده شد که حاکی از معناداری روابط بین متغیرهای پژوهش بود. همچنین نتایج مدل‌یابی معادلات ساختاری نشان داد که ادراک پیری و سلامت معنوی در رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و اضطراب مرگ از نقش میانجی برخوردار است. بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان گفت که جهت‌گیری مذهبی از طریق ادراک مثبت از پیری و سلامت معنوی عامل مهمی در کاهش اضطراب مرگ در سالمندان است. بنابراین شایسته است که متخصصان سلامت روان و افرادی که در حوزه سالمندان به فعالیت می‌پردازند فعالیت‌هایی را برای تقویت و تعمیق جهت‌گیری مذهبی سالمندان انجام دهند.

کلیدواژه‌ها: جهت‌گیری مذهبی، ادراک پیری، سلامت معنوی، اضطراب مرگ

سالمندی دوران حساسی از زندگی انسان است و توجه به مسائل و نیازهای این دوره یک ضرورت اجتماعی محسوب می‌شود. بر این اساس با در نظر گرفتن نیازهای خاص این

دوران، توجه به رفتارهای ارتقادهنده در سالمندان مسأله بسیار مهمی است (جهان‌گیری، ۱۳۹۶).

یکی از واقعیت‌های انکارناپذیر در سالمندی، نزدیک شدن به واقعیت مرگ است. تجربه مقداری اضطراب مرگ، طبیعی است، اما اگر این اضطراب بسیار شدید باشد سازگاری کارآمد را تضعیف می‌کند (لانگوس و همکاران، ۲۰۱۳). اضطراب مرگ نوعی اضطراب است که انسان‌ها تجربه می‌کنند و بر سلامتی وجودی و به‌ویژه کارکرد سلامت روانی افراد تأثیر می‌گذارد (هالتراف، ۲۰۱۰). اضطراب مرگ مجموعه نگرش‌هایی به مرگ از قبیل

حسنعلی ویسکرمی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، ایران؛ مهدی برزگر بفرویی، دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، ایران؛ لیلا یوسف‌وند، دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به لیلا یوسف‌وند، دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، ایران باشد.

پست الکترونیکی: yousefvand69@gmail.com

آداب و رسوم دینی بر سلامت روانی افراد و بهداشت روانی جامعه و ایجاد آرامش دست یافته‌اند. به‌طور تقریبی تمام این پژوهش‌ها (علی‌اکبری دهکردی و همکاران، ۱۳۹۰؛ فریبرز و شاهسونی، ۱۳۹۴؛ جهان‌گیری، ۱۳۹۶؛ دیزاتر، ۲۰۰۹؛ یاهیون، ۲۰۱۰) بر این موضوع اتفاق نظر دارند که در محیط‌های مذهبی و جوامعی که ایمان مذهبی در آنها بیشتر است، میزان اضطراب مرگ، به‌ویژه ترس از مرگ، به‌طور محسوسی کمتر از محیط‌ها و جوامع غیرمذهبی است، زیرا افراد مذهبی زندگی را معنادارتر می‌یابند و امید به زندگی در آنان بیشتر است (مهری‌نژاد، رمضان‌ساعت‌چی و پایدار، ۱۳۹۵). از جمله عواملی که می‌تواند رابطه جهت‌گیری مذهبی با اضطراب مرگ را میانجی‌گری نماید، ادراک پیری^۳ است (عباسی، ادلوی و حجتی، ۱۳۹۶). پژوهش‌های انجام شده در زمینه ادراک پیری، بیشتر از چشم‌انداز حیطة‌های مختلف علمی و مبتنی بر دیدگاه افراد کارشناس در این زمینه بوده است و تنها پژوهش‌های محدودی به بررسی این مفهوم از دیدگاه افراد سالمند پرداخته است (صادق مقدم و همکاران، ۱۳۹۴). ادراک پیری معیاری برای رضایت هر فرد از پیری خویش و بازتابی از تطابق فرد با تغییرات مرتبط با پیری است (فریتاس، کوپروز و سوسا، ۲۰۰۰). با پیر شدن، درک و تجارب افراد از پیری‌شان افزایش می‌یابد. این درک به درک افراد از بدن خود، ظرفیت روانی و روابط اجتماعی آنها مربوط می‌شود (عباسی، ادلوی و حجتی، ۱۳۹۶). بنابراین ادراک پیری می‌تواند سلامت روان سالمندان را تحت تأثیر قرار دهد (شاو و لانگمن، ۲۰۱۷؛ براون، برایانت، براون، بی و وجود، ۲۰۱۵). از طرف دیگر، نتایج برخی پژوهش‌ها بیانگر آن است که بدون سلامت معنوی^۴، دیگر ابعاد زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی نمی‌تواند عملکرد درستی داشته باشد و یا به حداکثر ظرفیت خود برسد و همچنین دستیابی به بالاترین سطح کیفیت زندگی قابل دستیابی نخواهد بود (راسلن، ۱۹۹۵). به عبارت دیگر، اختلال در سلامت معنوی می‌تواند سبب آشفتگی‌های روانی، بی‌ثباتی هیجانی، استرس، اضطراب و از دست دادن معنی زندگی و اضطراب مرگ در افراد سالمند شود (کرد و سامانی، ۱۳۹۶).

ترس، نگرانی، ناراحتی و سایر واکنش‌های هیجانی منفی توأم با اضطراب را شامل می‌شود که کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و این مسأله در بین سالمندان به دلیل تحلیل قوای جسمی و ذهنی، نمود بیشتری دارد (خاکی و همکاران، ۱۳۹۶). به موازات افزایش جمعیت سالمندان، پرداختن به مشکلات و متغیرهای مرتبط و مؤثر بر سلامت جسمانی و روانی آنها، از جمله دین و جهت‌گیری مذهبی اهمیت ویژه پیدا کرده است، چرا که مشکلات مهم روانی همچون افسردگی، اضطراب و زوال عقل در این سنین شایع می‌باشد (وینینگهام و پیک، ۲۰۰۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهد همزمان با افزایش سن سالمندان، معنویت از قوی‌ترین پیش‌بینی کننده‌های سلامت، شادکامی و رضایت از زندگی است (کانیگ^۱، ۲۰۱۲، به نقل از، حبیب‌الهی، سوداگر، بنی‌جمال و صبحی قراملکی، ۱۳۹۷). نتایج پژوهش لیندنتال^۲ و همکاران (۱۹۷۰)، به نقل از علی‌اکبری دهکردی، اورکی و برقی ایرانی، ۱۳۹۰) نشان می‌دهد افرادی که به اعتقادات مذهبی پایبند هستند اضطراب و ناراحتی‌های روانی بسیار کمتری را نسبت به آنان که به این اعتقادات پایبند نیستند تجربه می‌کنند. پژوهش دیزاتر (۲۰۰۹) روی ۴۷۱ فرد بلژیکی نیز نشان داد که جهت‌گیری مذهبی درونی با باور به زندگی پس از مرگ ارتباط دارد و افرادی که گرایش به جهت‌گیری مذهبی بیرونی دارند از اضطراب مرگ بالاتری برخوردارند. منظور از جهت‌گیری مذهبی، گرایش به انجام اعمال و تفکرات مذهبی است که دارای دو بعد جهت‌گیری درونی و بیرونی می‌باشد. در حالی که جهت‌گیری مذهبی درونی، فراگیر و دارای اصول سازمان‌یافته و درونی شده است، جهت‌گیری بیرونی، امری خارجی و ابزاری است که برای ارضای نیازهای شخصی از قبیل مقام و امنیت مورد استفاده قرار می‌گیرد (میری، صالحی‌نیا، طیوری، بهلگردی و تقی‌زاده، ۱۳۹۳). اگرچه لستر و عبدالخالق (۲۰۰۳) و عبدالخالق و لستر (۲۰۰۹) در مطالعه خود با عنوان بررسی رابطه مذهب و اضطراب مرگ در سالمندان، نتیجه‌ای مبنی بر نقش جهت‌گیری مذهبی بر کاهش اضطراب مرگ به دست نیابورده‌اند، که این ناهم‌سویی را می‌توان به تفاوت فرهنگی نسبت داد، اما افراد و گروه‌هایی در سراسر جهان درباره تأثیر ایمان به خدا و مذهب و محیط‌های مذهبی و

³ ageing self

⁴ mental health

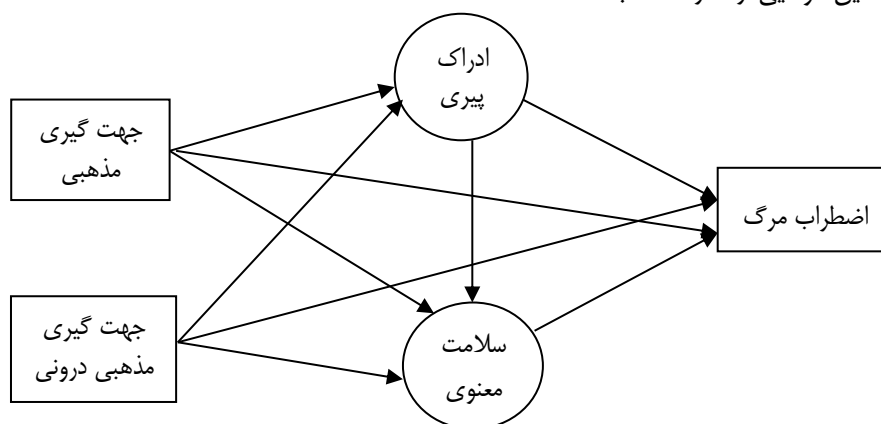
¹ Koenig

² Lindenthal

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.

بنابراین می‌توان گفت، اضطراب مرگ، یک اضطراب واقعی و یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌ها در سلامت روانی افراد است که در سالمندان بیشتر مشاهده می‌شود. از آنجا که لازم است با فراهم کردن بستر حمایتی در جامعه و شناسایی مشکلات و موانعی که در زندگی سالمندان وجود دارد، در جهت رفع مشکلات، ارتقای روحیه و افزایش امیدواری و کاهش حالات افسردگی و اضطراب سالمندان تلاش شود، انجام این پژوهش ضروری به نظر می‌رسد. بر این اساس، با توجه به مطالب ذکر شده، هدف از انجام این پژوهش بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی و اضطراب مرگ در سالمندان با نقش میانجی ادراک پیری و سلامت معنوی بود. شکل ۱ مدل مفومی پژوهش را نشان می‌دهد. بر این اساس فرضیه‌های پژوهش عبارت از این بود که (۱) بین جهت‌گیری مذهبی و اضطراب مرگ رابطه معنادار وجود دارد، (۲) ادراک پیری در رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و اضطراب مرگ نقش میانجی‌گری دارد و (۳) سلامت معنوی در رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و اضطراب مرگ نقش میانجی‌گری دارد.

مفهوم سلامت معنوی متشکل از سازه‌ای چندبعدی است که یک بعد عمودی و یک بعد افقی را شامل می‌شود. بعد عمودی آن به ارتباط با خدا و بعد افقی آن به احساس هدف‌مندی و رضایت‌مندی در زندگی بدون در نظر گرفتن مذهبی خاص اشاره دارد (محمدی‌زاده، عسکری‌زاده و باقری، ۱۳۹۵). از دیدگاه جامعه‌شناختی، افراد به دستگاه قدرت‌مند و بزرگ‌تری نیاز دارند تا از انکار مرگ حمایت کنند. برای مثال مذهب می‌تواند نقشی عمده در این زمینه داشته باشد، زیرا سیستمی از فعالیت‌های سنتی را تدراک می‌بیند تا این ایده را که مرگ پایان زندگی نیست فراهم کند. داشتن جهت‌گیری مذهبی باعث می‌شود افراد مرگ را به عنوان یک فرایند طبیعی از زندگی بدانند (سالاری‌پور، مکتبی و عالی‌پوربیرگانی، ۱۳۹۶). هنگام بروز بحران‌ها، معنویت منبع قدرت‌مندی است که مانعی جدی در مقابله با فشارهای روانی و اضطراب مرگ محسوب می‌شود. افرادی که سلامت معنوی آنها تقویت شود، به‌طور مؤثر می‌توانند با بحران‌های زندگی خود سازگار شوند. محمدی‌زاده و همکاران (۱۳۹۵) و شریف‌نیا و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعات خود که به بررسی نقش سلامت معنوی در اضطراب مرگ پرداختند، متوجه شدند که سلامت معنوی عامل مهمی در کاهش اضطراب مرگ می‌باشد، به‌گونه‌ای که حتی با تعدیل عوامل فردی، این مطالعه خود نشان دادند که افراد سالمندی که از سلامت معنوی برخوردارند، این توانایی را دارند که به مشکلات،



شکل ۱. مدل کلی روابط مفروض در بین متغیرهای پژوهش

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

۱۳۹۷ بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۲۰۲ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. از بین شرکت‌کنندگان این پژوهش ۱۱۱ نفر (معادل ۵۵ درصد)

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی همبستگی از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری مورد پژوهش شامل کلیه سالمندان شهرستان خرم‌آباد در سال

موافقم» تا «کاملاً مخالفم» تنظیم شده است. بارکر و همکاران (۲۰۰۷) با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی ۸ عامل را برای این پرسش‌نامه استخراج کرده‌اند. بخش نخست پرسش‌نامه که دیدگاه‌های مربوط به بالا رفتن سن یا پیری را مورد ارزیابی قرار می‌دهد، از ۷ عامل «خط زمانی حاد/مزم»، «خط زمانی چرخشی»، «نمایش احساسات»، «کنترل مثبت»، «کنترل منفی»، «نتایج مثبت» و «نتایج منفی» تشکیل شده است. عامل هشتم شامل بخش دوم پرسش‌نامه است که در این مقاله لحاظ نشده است. کراسیان موجهباری، عسگری و جمهری (۱۳۹۶) در پژوهش خود روایی محتوایی و سازه این پرسش‌نامه را مطلوب گزارش کرده‌اند. همچنین در پژوهش آنها ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ برای عامل‌های خط زمانی حاد/مزم، خط زمانی چرخشی، نمایش احساسات، کنترل مثبت، کنترل منفی، نتایج مثبت و نتایج منفی به ترتیب ۰/۶۶، ۰/۶۸، ۰/۶۹، ۰/۷۲، ۰/۷۴، ۰/۷۶ و ۰/۷۸ بدست آمده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای عامل‌های خط زمانی حاد/مزم، خط زمانی چرخشی، نمایش احساسات، کنترل مثبت، کنترل منفی، نتایج مثبت و نتایج منفی به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۸، ۰/۷۶، ۰/۸۵، ۰/۷۲، ۰/۷۰ و ۰/۷۶ بدست آمد.

مقیاس سلامت معنوی^۳. این مقیاس توسط پولوتزین و ایسون (۱۹۸۲) طراحی شده و به دو بخش سلامت مذهبی و وجودی تقسیم شده است که هر کدام ۱۰ عبارت دارد و ۱۰ الی ۶۰ نمره می‌گیرد. عبارات فرد، سلامت مذهبی و عبارات زوج، سلامت وجودی را ارزیابی می‌کنند. نمره کل سلامت معنوی، جمع این دو زیر گروه می‌باشد که دامنه آن بین ۲۰ الی ۱۲۰ است. عبارات با فعل مثبت، پاسخ‌های «کاملاً مخالفم» (نمره ۶) و «کاملاً موافقم» (نمره ۱۰) می‌گیرند. نمرات بالاتر نشان‌دهنده سلامت معنوی بیشتر است. پایایی این پرسش‌نامه در مطالعه بلوچی، بزرگ‌منش، امیرفخرایی و شفاعت (۱۳۹۶) با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه شد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۸ و برای بعد سلامت مذهبی ۰/۷۷ و بعد وجودی ۰/۶۸ به دست آمد.

مقیاس اضطراب مرگ. مقیاس اضطراب مرگ (تمپلر، ۱۹۷۰) شامل ۱۵ ماده بوده که نگرش شرکت‌کنندگان را به مرگ می‌سنجد و پرکاربردترین مقیاس برای سنجش

مرد و ۹۱ نفر (معادل ۴۵ درصد) زن بودند که دامنه سنی آنها بین ۶۰ تا ۷۹ سال و میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان به ترتیب ۶۷/۶ و ۹۰/۹ بود. تحصیلات ۴۷ نفر ابتدایی (۲۳/۲)، ۵۳ نفر راهنمایی (۲۶/۳)، ۴۵ نفر متوسطه (۲۲/۳) و ۵۷ نفر تحصیلات دانشگاهی (۲۸/۲) داشتند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت از (۱) سکونت در شهر خرم‌آباد، (۲) سن بالای ۶۰ سال، (۳) داشتن حداقل سواد و (۴) نداشتن مشکلاتی نظیر ناتوانی حاد و آلزایمر بودند. ملاک خروج مطالعه نیز شامل عدم تمایل به ادامه همکاری با پژوهشگران بود.

ابزار

مقیاس جهت‌گیری مذهبی^۱. جهت سنجش جهت‌گیری مذهبی دانشجویان از پرسشنامه استاندارد آلپورت و روس (۱۹۶۷) استفاده شد. این پرسش‌نامه مشتمل بر ۲۱ پرسش چهارگزینه‌ای است که میزان جهت‌گیری مذهبی افراد را می‌سنجد. در این مقیاس گویه‌های ۱ تا ۱۲ جهت‌گیری مذهبی بیرونی را می‌سنجد و از «کاملاً مخالف» تا «کاملاً موافق» می‌باشد و در ۹ ماده بعدی (شماره‌های ۲۱-۱۳) که جهت‌گیری درونی را اندازه می‌گیرند، پاسخ برعکس است. شفیع، شهابی‌زاده و پورشافی (۱۳۹۱) پایایی این مقیاس را با روش آلفای کرونباخ برای جهت‌گیری مذهبی بیرونی ۰/۷۱ و جهت‌گیری مذهبی درونی ۰/۶۲ گزارش کردند. همچنین در پژوهش حاضر برای بررسی روایی این پرسش‌نامه از تحلیل مؤلفه‌های اصلی با چرخش ابلیمین استفاده کردند و ساختار ساده دو عاملی که به ترتیب ۱۴/۰۲ و ۲۸/۰۶ از واریانس جهت‌گیری مذهبی را بیان کردند. در پژوهش حاضر نیز پایایی مقیاس مذکور، با روش آلفای کرونباخ برای جهت‌گیری مذهبی بیرونی و درونی به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۷۹ بدست آمد.

مقیاس ادراک از پیری (فرم کوتاه)^۲. یک ابزار خودگزارش‌دهی است که توسط بارکر، هانلون، مگگی، هیکوکونروی (۲۰۰۷) ساخته شده است و ارزیابی فرد از چگونگی فرایند پیر شدن را می‌سنجد. این پرسش‌نامه یک ابزار ۴۹ سؤالی می‌باشد که بخش نخست آن ۳۲ سؤال و بخش دوم متشکل از ۱۷ سؤال (تجربیات مربوط به تغییرات سلامتی است که در پژوهش حاضر استفاده نشد) است. جواب‌ها در قالب لیکرت پنج درجه‌ای از «کاملاً

^۱ religious orientation scale

^۲ aging scale

^۳ spiritual well-being scale

این مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش نموده‌اند. در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۲ بدست آمد.

یافته‌ها

میانگین، انحراف معیار، ضرایب همبستگی و کجی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

اضطراب مرگ است. شرکت‌کنندگان پاسخ‌های خود را به «کاملاً غلط» رتبه‌بندی می‌کنند. نمره‌های این مقیاس بین ۱۵ تا ۷۵ متغیر هستند که نمره بالا بیانگر اضطراب مرگ شدیدتر است. تمپلر (۱۹۷۰) روایی این مقیاس را از طریق همبسته کردن آن با مقیاس اضطراب آشکار (۰/۲۷) و مقیاس افسردگی (۰/۴) گزارش نموده است. قدم‌پور، رادمهر و یوسفوند (۱۳۹۶) در پژوهش خود ضریب پایایی

جدول ۱

ماتریس ضرایب همبستگی، میانگین، انحراف معیار و کجی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱. جهت‌گیری درونی												
۲. جهت‌گیری بیرونی	۰/۲۸*											
۳. نتایج منفی	۰/۲۲*	۰/۱۸*										
۴. نتایج مثبت	۰/۱۵**	۰/۰۹	۰/۰۴*									
۵. خط زمانی حاد	۰/۲۱	۰/۲۸*	۰/۲۳*	۰/۳۶*								
۶. خط زمانی چرخشی	۰/۲۲*	۰/۱۶*	۰/۴۱*	۰/۳۸*	۰/۱۷*							
۷. نمایش احساسات	۰/۱۵*	۰/۳۶*	۰/۳۷*	۰/۲۶*	۰/۱۸*	۰/۵۰*						
۸. کنترل مثبت	۰/۳۳*	۰/۳۲*	۰/۳۹*	۰/۵۳*	۰/۲۰**	۰/۴۱*	۰/۲۷*					
۹. کنترل منفی	۰/۱۷**	۰/۰۸	۰/۵۵*	۰/۳۰*	۰/۱۸*	۰/۳۶*	۰/۵۵*	۰/۲۳*				
۱۰. سلامت مذهبی	۰/۵۱*	۰/۲۶*	۰/۲۰*	۰/۱۹*	۰/۱۹*	۰/۱۷*	۰/۱۷*	۰/۲۱*	۰/۱۵*			
۱۱. سلامت وجودی	۰/۲۷*	۰/۳۸*	۰/۳۱*	۰/۲۳*	۰/۱۲	۰/۰۷	۰/۲۱*	۰/۲۲*	۰/۱۰	۰/۷۸		
۱۲. اضطراب مرگ	۰/۱۸*	۰/۲۵*	۰/۲۸*	۰/۱۴**	۰/۳۰*	۰/۲۴*	۰/۰۸	۰/۲۱*	۰/۴۳*	۰/۲۵*	۰/۱۶**	
میانگین	۲۵/۱۴	۳۹	۱۶/۵۳	۱۶/۵۵	۱۹/۲۷	۲۰/۱۵	۲۳/۲۷	۱۸/۸	۲۲/۸۰	۴۳/۹۴	۳۹/۴۶	۸/۳۴
انحراف معیار	۵/۷۲	۶/۱	۳/۷۸	۲/۲۶	۳/۸۶	۲/۳۷	۴/۲۹	۳/۹۵	۳/۱۲	۴/۵	۵/۳۶	۳/۸۶
کجی	-۰/۱۹	-۰/۴۸	۰/۷۲	-۰/۹۸	۰/۷۴	۰/۵۸	-۰/۱۲	۰/۹۵	۰/۰۹۲	۰/۴۱	-۰/۵۸	-۰/۱۶۶

جدول ۲

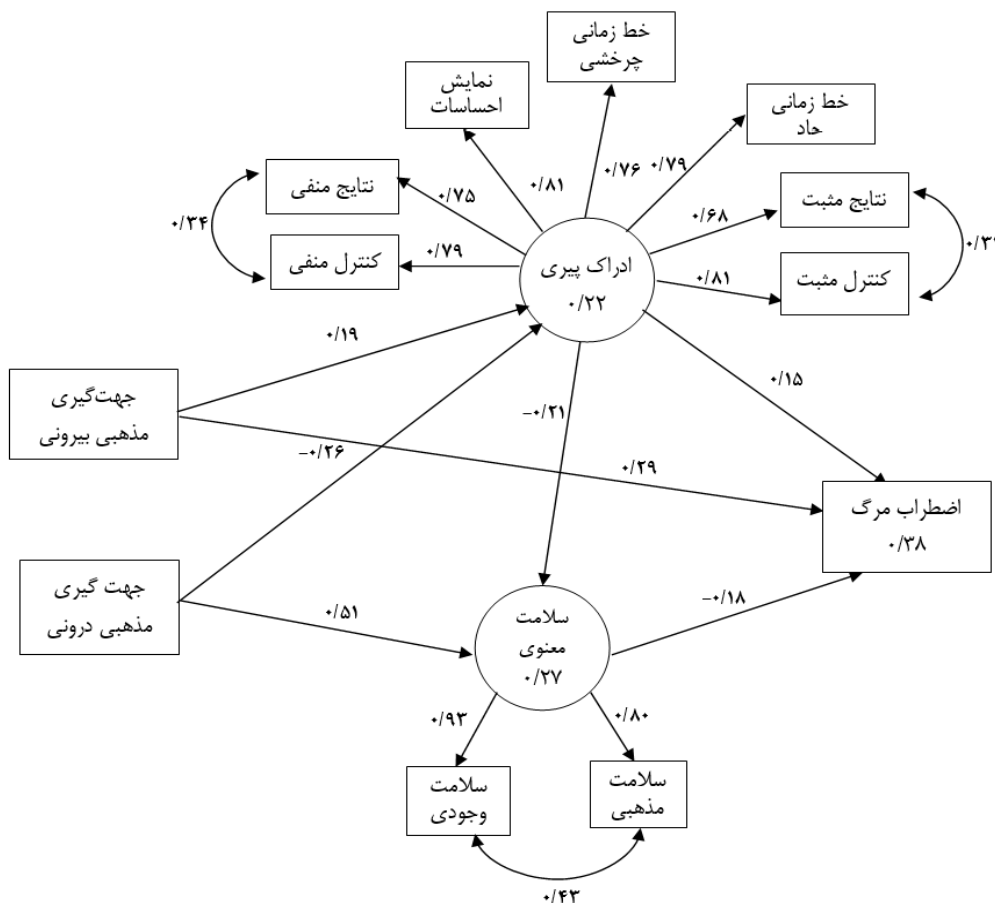
ماتریس همبستگی، میانگین، انحراف معیار و کجی نمره کل ادراک پیری، سلامت معنوی با اضطراب مرگ

متغیر	۱	۲	۳
۱. نمره کل ادراک پیری			
۲. نمره کل سلامت معنوی	۰/۲۸*		
۳. اضطراب مرگ	۰/۳۱*	۰/۲۱*	
میانگین	۵۶/۱۴	۸۳/۱۴	۸/۳۴
انحراف معیار	۸/۱۱	۱۰/۱۵	۳/۸۱
کجی	-۰/۵۱	-۱/۰۳	-۰/۵۴

*p<۰/۰۵

با استفاده از نرم‌افزار AMOS نسخه ۲۴ مورد استفاده قرار گرفت. برازندگی مدل پیشنهادی بر اساس ترکیبی از نسخه‌های برازندگی جهت تعیین کفایت برازش مدل پیشنهادی با داده‌ها مورد استفاده قرار گرفتند. ضرایب رگرسیون در شکل ۲ و شاخص‌های برازندگی مدل در جدول ۳ آمده است.

طبق جدول ۱ و ۲ شاخص مربوط به چولگی هیچکدام از عامل‌ها، از مرز ± 2 عبور نکرده و توزیع داده‌ها برای هر یک از متغیرهای پژوهش نرمال است. همچنین ضرایب همبستگی بین متغیرهای جهت‌گیری مذهبی، ادراک پیری و سلامت معنوی با اضطراب مرگ معنادار است. به منظور ارزیابی مدل پیشنهادی، روش مدلیابی معادلات ساختاری



شکل ۲. نمودار مسیر اصلاح شده جهت‌گیری مذهبی و اضطراب مرگ با واسطه ادراک پیری و سلامت معنوی

جدول ۳

شاخص‌های نیکویی برازش برای مدل مفروض

شاخص	PCLOSE	RMSEA	HOLTER	NFI	CFI	GFI	X ² /df	df	X ²
مقدار بدست آمده	۰/۲۳۴	۰/۰۶	۲۰۴	۰/۹۴	۰/۹۳	۰/۹۱	۱/۹۳	۴۶	۸۹/۱۴
مقدار قابل قبول	غیر معنادار	کمتر از ۰/۰۸	بیشتر از ۲۰۰	۱ تا ۰/۹	۱ تا ۰/۹	۱ تا ۰/۹	کمتر از ۳		

کمتر از ۳ به دست آمد که حاکی از یک وضعیت قابل قبول برای مدل است. در صورتی که شاخص‌های CFI، GFI، AGFI، NFI بزرگتر از ۰/۹۰ باشد بر برازش مناسب و مطلوب مدل دلالت دارند، همچنین مقدار ۲۰۰ را به عنوان حداقل قابل قبول برای شاخص هولتر پیشنهاد

این شاخص‌ها را نمی‌توان به تنهایی دلیل برازندگی دانست، بلکه آنها را باید در کنار یکدیگر تفسیر کرد. اگر مجذور کای از لحاظ آماری معنادار نباشد و نسبت مجذور کای به درجات آزادی کمتر از ۳ باشد بر برازندگی مناسب الگو دلالت می‌کند. در پژوهش حاضر این مقدار

می‌توان این فرضیه صفر را که RMSEA بزرگتر از صفر نیست آزمود. چنانچه PCLOSE بزرگتر از ۰/۰۵ باشد می‌توان نتیجه گرفت که مدل از برازش مناسبی برخوردار است (قاسمی، ۱۳۹۲). با توجه به مقادیر بدست آمده و حدود مجاز این مقادیر می‌توان گفت که در مجموع مدل تحلیل عاملی در جهت تبیین و برازش از وضعیت مناسب برخوردار است. جدول ۴ اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل بین جهت‌گیری مذهبی، ادراک پیری، سلامت معنوی و اضطراب مرگ را نشان می‌دهد.

داده‌اند (قاسمی، ۱۳۹۲). همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود این شاخص‌ها همگی بزرگتر از ۰/۹ می‌باشند. همچنین شاخص RMSEA و احتمال نزدیکی برازندگی نشان می‌دهند که الگوی اصلی از برازش مناسبی برخوردار است. زمانی که مقدار این آماره کمتر از ۰/۰۵ باشد نشان می‌دهد که مدل از برازش خوبی برخوردار است. در صورتی که مقدار آن بین ۰/۰۵ تا ۰/۰۸ باشد برازش قابل قبول، اگر بین ۰/۰۸ تا ۰/۱ باشد برازش متوسط و اگر بزرگتر از ۰/۱ باشد برازش ضعیف است. برای آزمون RMSEA مشخصه‌ای به نام PCLOSE وجود دارد که از طریق آن

جدول ۴

نتایج بوتاسترپ جهت مسیر رابطه جهت‌گیری مذهبی با اضطراب مرگ با واسطه سلامت معنوی و ادراک از پیری

متغیر	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل
جهت‌گیری مذهبی بیرونی ← اضطراب مرگ	۰/۲۹*	۰/۰۵**	۰/۳۴*
جهت‌گیری مذهبی درونی ← اضطراب مرگ	-	-۰/۰۹*	-۰/۰۹
ادراک پیری ← اضطراب مرگ	۰/۲۱*	۰/۰۴**	-۰/۲۶*
سلامت معنوی ← اضطراب مرگ	-۰/۱۸**	-	-۰/۱۸*
جهت‌گیری مذهبی بیرونی ← سلامت معنوی	-	-۰/۰۴**	-۰/۰۴
جهت‌گیری مذهبی درونی ← سلامت معنوی	۰/۵۱*	۰/۰۶**	۰/۵۶*
ادراک پیری ← سلامت معنوی	-۰/۲۱*	-	-۰/۲۱**
جهت‌گیری مذهبی درونی ← ادراک پیری	-۰/۲۶*	-	-۰/۲۶*
جهت‌گیری مذهبی بیرونی ← ادراک پیری	۰/۱۹**	-	۰/۱۹**

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

جهت‌گیری مذهبی بیرونی و سلامت معنوی ($\beta = -0.04$)، ($p < 0.05$) و بین جهت‌گیری مذهبی درونی و سلامت معنوی ($\beta = 0.06$)، ($p < 0.05$) معنادار است. این نتایج حاکی از آن است که جهت‌گیری مذهبی به واسطه سلامت معنوی و ادراک پیری بر اضطراب مرگ تأثیر معنادار دارد. همچنین با توجه به خروجی ایموس در شکل ۲ اعداد داخل مستطیل و دایره نشان‌دهنده واریانس تبیین شده است، به این صورت که جهت‌گیری مذهبی در مجموع ۲۲ درصد از واریانس ادراک پیری، جهت‌گیری مذهبی و ادراک پیری ۲۷ درصد از واریانس سلامت معنوی و سه متغیر جهت‌گیری مذهبی، ادراک پیری و سلامت معنوی در مجموع ۳۸ درصد از واریانس اضطراب مرگ را تبیین می‌کنند.

بر اساس نتایج جدول ۴ اثر مستقیم جهت‌گیری مذهبی بیرونی ($\beta = 0.29$)، ادراک پیری ($\beta = 0.21$)، ($p < 0.01$) و سلامت معنوی ($\beta = -0.18$)، ($p < 0.05$) بر اضطراب مرگ معنادار است. اثر مستقیم جهت‌گیری مذهبی درونی ($\beta = 0.51$) و ادراک پیری ($\beta = 0.21$)، ($p < 0.01$) بر سلامت معنوی معنادار است. همچنین اثر مستقیم جهت‌گیری مذهبی بیرونی ($\beta = -0.26$)، ($p < 0.01$) و جهت‌گیری مذهبی درونی بر ادراک پیری ($\beta = 0.19$)، ($p < 0.05$) معنادار است. همچنین ضرایب مسیر غیرمستقیم بین جهت‌گیری مذهبی درونی و اضطراب مرگ ($\beta = 0.05$)، ($p < 0.05$)، بین جهت‌گیری مذهبی درونی و اضطراب مرگ ($\beta = -0.09$)، ($p < 0.05$)، بین ادراک پیری و اضطراب مرگ ($\beta = 0.04$)، ($p < 0.05$)، بین

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی و اضطراب مرگ در سالمندان با نقش میانجی‌گری ادراک پیری و سلامت معنوی بود. نتایج مربوط به شاخص‌های برازندگی مدل نشان داد که مدل پیشنهادی اصلاح شده با داده‌ها برازش به نسبت خوبی دارد و می‌تواند ۳۸ درصد از واریانس اضطراب مرگ را تبیین کند. برازش رضایت بخش مدل با داده‌های مشاهده شده را می‌توان این‌گونه تبیین نمود. بر اساس پژوهش‌های انجام شده و با پذیرش فرض تأثیرگذاری جهت‌گیری مذهبی بر اضطراب مرگ، عوامل دیگری نیز مانند ادراک پیری و سلامت معنوی می‌توانند این تأثیرات را تبیین کنند. علاوه بر این، برازش مدل 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 (به نقل از حبیب‌الهی و همکاران، ۱۳۹۷).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که جهت‌گیری مذهبی بر اضطراب مرگ اثر مستقیم معنی‌داری دارد. این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های علی‌اکبری دهکردی و همکاران (۱۳۹۰)، فریبرزی و شاهسونی (۱۳۹۴)، جهانگیری (۱۳۹۶)، دیزاتر و همکاران (۲۰۰۹) و یاهیون (۲۰۱۰) است که مفید بودن جهت‌گیری مذهبی برای اضطراب مرگ و سلامت روان سالمندان را مورد تأیید قرار داده‌اند. میری و همکاران (۱۳۹۳) نیز در مطالعه خود نشان دادند که بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان در سالمندان رابطه معنی‌داری وجود دارد و با افزایش جهت‌گیری مذهبی و درونی‌تر شدن آن، سلامت روانی سالمندان بهبود می‌یابد. این یافته پژوهش همچنین با یافته‌های لستر و عبدالخالق (۲۰۰۳) و عبدالخالق و لستر (۲۰۰۹) ناهمسو می‌باشد. در تبیین این یافته با یافته‌های همسو می‌توان گفت که تجربه افراد دارای جهت‌گیری مذهب درونی و بیرونی از رویدادهای زندگی متفاوت است. افراد دارای مذهب درونی سعی دارند رویدادها را به شکل مثبت‌تر و به شکل تقدیرهای الهی در نظر بگیرند و به تبع آن معتقدند که مرگ پایان زندگی نیست بلکه انتقال از یک جهان به جهان والا‌تر است. جهت‌گیری مذهبی اغلب راهی برای پاسخ دادن به سؤالات بالقوه ناشی از اضطراب در مورد معنای زندگی، اهمیت فرد در جهان و آنچه بعد از

مرگ اتفاق می‌افتد ارائه می‌دهد (یعقوبی، حسنی و محمودی، ۱۳۹۶). مذهب به عنوان یک عامل محافظتی و حمایت‌گر در برابر رویدادهای استرس‌زا و پیامدهای روانی و جسمانی ناشی از آن عمل می‌کند. در واقع می‌توان گفت داشتن آرامش روحی در زندگی، نداشتن ترس، حزن و اضطراب همیشه بهره‌افزایی است که به خداوند ایمان دارند و به رهنمودهای او عمل می‌کنند؛ چون تکیه‌گاهی با توانایی تأمین بهداشت روان خود را در اختیار دارند. در واقع مذهب به افراد مذهبی نوعی احساس کنترل و کارآمدی می‌بخشد که ریشه‌ی خدایی دارد و می‌تواند کاهش یافتگی کنترل شخصی را جبران کند. مذهب سبب امیدواری، جبران منفی‌گرایی و افزایش خوشبختی در افراد می‌شود. در واقع مذهب، به زندگی و مرگ آدم‌ها معنا می‌بخشد؛ در نتیجه سبب آرامش فکری و قلبی افراد می‌شود (صالحی و مسلمان، ۱۳۹۴). در تبیین یافته‌های ناهمسو با این یافته می‌توان این عدم توافق در نتیجه را به عوامل و تفاوت‌های فرهنگی نسبت داد، چرا که در پژوهش‌های مختلف نشان داده شده است 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 (حسن‌زهی، ۱۳۹۱).

نتایج این پژوهش نشان داد ادراک پیری رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و اضطراب مرگ را میانجی‌گری می‌کند، یعنی ادراک پیری به صورت غیرمستقیم بر اضطراب مرگ تأثیر دارد. این یافته با یافته‌های صادق‌مقدم و همکاران (۱۳۹۴) و یعقوب‌زاده و همکاران (۱۳۹۶) که نشان دادند ادراک پیری می‌تواند شاخصی برای پیش‌بینی وضعیت سلامتی فرد در آینده، تعیین رضایت‌مندی او از پیری خود و میزان تطابقش با تغییرات زندگی در این مرحله باشد، هماهنگ است. عباسی و همکاران (۱۳۹۶) نیز نشان دادند ادراک مثبت از پیری می‌تواند موجب بهبود سلامت روانی در سالمندان شود. در تبیین این یافته پژوهشی می‌توان گفت اگر فرد سالمندی از پیری خود رضایت داشته باشد و نگرش مثبتی به این مرحله از زندگی‌اش داشته باشد مشخص است که از وضعیت روانی بهتر و اضطراب مرگ کمتری در مقایسه با کسانی که نسبت به این مرحله از زندگی خود دید منفی دارند برخوردار باشد (وورم و بنیامین، ۲۰۱۴). چرا که ادراک از

می‌کند. چرا که اعتقاد به خدا به انسان قدرت می‌دهد و انسان یاد می‌گیرد که در مقابل مشکلات تنها نیست و خدا یار و یاورش می‌باشد بنابراین نگرش و ادراک مثبت نسبت به زندگی و دوره سالمندی پیدا می‌کند. بنابراین امید به داشتن منبعی آرامش‌بخش، درک مثبت‌تری از پیری به وجود می‌آورد. در واقع جهت‌گیری مذهبی و معنویت به وسیله فراهم کردن چارچوبی برای علت وقایع منفی و ارائه چشم‌اندازی امیدوارانه از زندگی، می‌تواند سازگاری افراد با شرایط پرفشار را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین پایبندی مذهبی در برابر تنش روانی عمل نموده و پیامدهای منفی اضطراب و تنش را کاهش و موجب افزایش سلامت روانی می‌شود (شریفی و فاتحی‌زاده، ۱۳۹۱). از طرفی، اگر مذهب به صورت درونی تعبیر شود، سلامت معنوی بالاتری درک می‌شود. افراد دارای جهت‌گیری درونی بر خلاف افرادی که جهت‌گیری بیرونی دارند، مذهب را به مثابه هدف در نظر می‌گیرند و یک نظام درونی ارزشی قوی دارند. در واقع فرد مذهبی به یک مبدأ متعالی اعتقاد دارد. چنین فردی با اتکا به قدرت الهی و اعتماد به خدای حاضر و قادر، احتمال وقوع رخدادهای خوشایند را برای خود بیشتر می‌داند و رخدادهای ناخوشایند را با توکل به نیروی ایمان خود به راحتی پشت سر می‌گذارد. این امر موجب می‌شود از سلامت معنوی بیشتری برخوردار باشد. در مجموع می‌توان گفت، مذهب می‌تواند چارچوب معتبر و پایداری برای سلامت روانی سالمندان فراهم کند. بنابراین چنانچه شرایطی فراهم شود که فرد بتواند مذهب را در چارچوب ساختار شناختی و عاطفی خود درونی کند و از سطح باور به سطح ایمان مذهبی انتقال یابد، چنین مذهبی می‌تواند وحدت‌یافتگی فرد را تضمین کرده و با کاهش اضطراب و تنش روانی وی، سلامت روانی او را فراهم کند. روشن است که انجام هر پژوهشی به‌ویژه در حوزه علوم انسانی که مخاطبان آن افرادی با ویژگی‌های منحصر به فرد هستند با محدودیت و موانعی همراه است. پژوهش حاضر نیز از این محدودیت‌ها و موانع در امان نبوده است. پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی می‌باشد که در یک دوره زمانی خاص شرکت‌کنندگان را مورد بررسی قرار داده است که این امر نتیجه‌گیری کلی را دشوار می‌سازد. بنابراین، با توجه به نتایج پژوهش حاضر و توجه به این که جهت‌گیری مذهبی هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم از طریق ادراک پیری و سلامت معنوی

پیری را به عنوان معیاری برای رضایت هر فرد از پیری خودش و بازتابی از تطابق فرد با تغییرات مرتبط با پیری می‌دانیم (فریتاس، کوپروز و سوسا، ۲۰۱۰) و احساس و ادراک فرد از پیری به عنوان عاملی مؤثر در تجربه سالمندی موفق در نظر گرفته می‌شود (یعقوب‌زاده و همکاران، ۱۳۹۶). بنابراین شناخت مفهوم و عوامل مؤثر بر ادراک پیری در سالمندان به عنوان پیش‌بینی‌کننده مناسب وضعیت سلامت روانی، عامل تعیین‌کننده میزان رضایت‌مندی در دوران سالمندی و تطابق با تغییرات مرتبط با پیری به شمار می‌آید.

نتایج این پژوهش همچنین نشان می‌دهد که سلامت معنوی نیز رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و اضطراب مرگ را میانجی‌گری می‌کند. به عبارت دیگر، یافته‌ها حاکی از آن است که سلامت معنوی به صورت غیرمستقیم اضطراب مرگ را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این یافته پژوهش با یافته‌های محمدی‌زاده و همکاران (۱۳۹۵) و شریف‌نیا و همکاران (۱۳۹۶) همخوانی دارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که سلامت معنوی یکی از مفاهیم اساسی پیرامون چگونگی رویارویی با مشکلات و تنش ناشی از سالمندی محسوب گردیده و به عنوان یکی از ابعاد سلامت، منجر به یکپارچگی سایر ابعاد آن می‌شود. زمانیکه سلامت معنوی افراد پایین باشد، این احتمال وجود دارد که فرد دچار اختلالات روحی مانند اضطراب شود. سالمندانی که سلامت معنوی آنها تقویت می‌شود، به‌طور مؤثری می‌توانند با سالمندی خود سازگار شوند (محمدی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۵). در واقع، در موقعیت‌های تنش‌زا، معنویت منبع مهم سازگاری بشمار می‌آید که با رضایت‌مندی فرد از زندگی خود، سازگاری بهتر و کاهش اضطراب مرگ در ارتباط می‌باشد. به عبارت دیگر، وقتی سلامت معنوی به طور جدی به خطر بیفتد فرد ممکن است دچار اختلالات روحی مثل احساس تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی شود؛ ادراک ناقص انسان از مذهب و خدا و آموزه‌های نادرست موجب می‌شود 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).

به‌طور کلی در مورد تبیین رابطه غیرمستقیم جهت‌گیری مذهبی با اضطراب مرگ از طریق ادراک پیری و سلامت معنوی می‌توان گفت، مذهب با جهت‌گیری درونی ادراک مثبت از پیری در سالمندان را تضمین

سلامت معنوی با اضطراب مرگ در جانبازان ایرانی. *مجله طب نظامی*، ۱۹(۴)، ۳۴۳-۳۳۶.

شریفی، م و فاتحی‌زاده، م. (۱۳۹۱). رابطه مقابله مذهبی با افسردگی و فرسودگی مراقبتی در مراقبین خانوادگی. *مراقبت‌های نوین*، ۹(۴)، ۳۳۵-۳۲.

شفیعی، ن، شهبابی‌زاده، ف و پورشافی، ه. (۱۳۹۱). جهت‌گیری مذهبی و مرکز کنترل بیرونی، ارائه الگوی شادکامی در دانش‌آموزان، *روان‌شناسی و دین*، ۴، ۱۰۵-۱۱۹.

صادق‌مقدم، ل، فروغان، م، محمدی‌شاهیلاقی، ف، احمدی، ف، ا، فرهادی، ا، نظری، ش و صادقی، ن. خ. (۱۳۹۴). ادراک پیری در سالمندان: یک مطالعه مروری، *نشریه سالمند*، ۱۰(۴)، ۲۰۹-۲۰۲.

صالحی، ا و مسلمان، م. (۱۳۹۴). رابطه نگرش‌های مذهبی با افسردگی، اضطراب و استرس در دانشجویان دانشگاه گیلان. *مجله دین و سلامت*، ۳(۱)، ۶۴-۵۷.

عباسی، م، اداوی، ح و حجتی، م. (۱۳۹۶). رابطه باورهای مذهبی و سلامت روانی از طریق واسطه‌گری هدفمندی در زندگی و ادراک پیری در معلمان بازنشسته. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۲(۳)، ۲۰۴-۱۹۵.

علی اکبری‌دهکردی، م، اورکی، م و برقی‌ایرانی، ز. (۱۳۹۰). بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی با اضطراب مرگ و از خودبیگانگی در سالمندان استان تهران. *پژوهش‌های روان‌شناختی اجتماعی*، ۱(۲)، ۱۵۹-۱۴۰.

فریبرزی، ا و شاهسونی، ا. (۱۳۹۴). همراه. بررسی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و رضایت از زندگی با اضطراب مرگ در سالمندان شهر مشهد سال ۹۴. *اولین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی و علوم تربیتی*، شیراز: مؤسسه عالی علوم و فناوری حکیم عرفی. - [html.439_ICPE01-ICPE01-
Paper/com.civilica.www://https](http://html.439_ICPE01-ICPE01.Paper/com.civilica.www://https)

قدم‌پور، ع. ا، رادمهر، پ و یوسفوند، ل. (۱۳۹۶). تأثیر در مان شناختی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش میزان اضطراب مرگ زنان مبتلا به بیماری کرونر. *مجله علوم پزشکی دانشگاه شهرکرد*، ۱۹(۱۶)، ۳۸-۴۷.

قدم‌پور، ع. ا و مشرفی، ش. (۱۳۹۶). رابطه سلامت معنوی، بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی با اضطراب مرگ در سالمندان. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۳(۲)، ۹۷-۱۰۶.

کراسیان موجمباری، آ، حقی‌عسگرآبادی، ف، جمهری، ف. (۱۳۹۶). تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه ادراک پیری. *فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری*، ۵(۲)، ۱۴۲-۱۵۰.

می‌تواند موجب کاهش اضطراب مرگ در سالمندان شود، بنابراین پیشنهاد می‌شود تقویت جهت‌گیری مذهبی، ادراک مثبت از پیری و سلامت معنوی در اولویت تدارک دیدن برنامه‌های مرتبط با سالمندان باشد.

سپاس‌گزاری

در انتها از کلیه سالمندان عزیزی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، سپاس‌گزاری می‌شود.

منابع

بلوچی، ه، بزرگ‌منش، م، امیر فخرایی، آ، شفاعت، ط. (۱۳۹۶). نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین سلامت معنوی و معنای زندگی با سلامت روان در بیماران مبتال به سرطان روده بزرگ. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۵(۴)، ۴۱۹-۴۱۱.

جهان‌گیری، م. م. (۱۳۹۶). پیش‌بینی اضطراب مرگ بر اساس جهت‌گیری مذهبی و احساس تنهایی در سالمندان شهر اراک. *نشریه سالمندشناسی*، ۱(۴)، ۶۶-۵۸.

حبیب‌الهی، س، سوداگر، ش، بنی‌جمال، ش. س و صبحی-قراملکی، ن. (۱۳۹۷). مدل ساختاری روابط بین معنویت با سلامت روان و اضطراب مرگ: نقش میانجی‌گری منبع کنترل و حمایت اجتماعی. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۳(۳)، ۱۷۹-۱۶۷.

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

خاکی، س، خصالی، ز، فرج‌زاده، م، دالوند، س، مسلمی، ب و قانع‌قشلاق، ر. (۱۳۹۶). ارتباط بین افسردگی و اضطراب مرگ با کیفیت زندگی سالمندان. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)*، ۲۲(۲)، ۱۶۱-۱۵۲.

کرد، ن و سامانی، س. (۱۳۹۶). پیش‌بینی اضطراب مرگ بر اساس بهزیستی معنوی و ابعاد دلبستگی به خدا در زنان سالمند. *سومین کنفرانس‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری*، آذرماه.

سالاری‌پور، س. م، مکتبی، غ. ح و عالی‌پوربیرگانی، س. (۱۳۹۶). رابطه هوش هیجانی و جهت‌گیری مذهبی با اضطراب مرگ در کارکنان مرد بازنشسته‌ی شرکت صنایع فولاد خوزستان شهر اهواز. *مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*، ۲(۱۵)، ۲۲-۹.

شریف‌نیا، ح، سلیمانی، م. ع، عبادی، ع، تقی‌پور، ب، زراعتگر، ل و شهیدی، س. (۱۳۹۶). ارتباط بین هوش معنوی و

- Freitas, M. C., Queiroz, T.A., & Sousa, J. A. (2000). The meaning of old age and the agene experience of in the elderly. *Revisal day Secular de Enter mages da USP*, 44(2), 407-412.
- Fretas, M. C., Queiroz, T. A., & Sousa, J. A. (2010). The meaning of old age and the aging experience of in the elderly. *Revisited Escola de Enfermagem da USP*, 44(2), 407- 412.
- Hoelterhoff, M. (2010). *Resilience against death anxiety in relationship to post-traumatic stress disorder and psychiatric co morbidity*. Plymouth: University of Plymouth.
- Langlois, F, Vu, T. T., Chasse, K., Dupuis, G., Kergoat, M. J., & Bherer, L. (2013). Benefits of physical exercise training on cognition and quality of life in frail older adults. *Journal Gerontology B Psychology Sciences Soc Sciences*, 68(3), 400- 404.
- Lester, D., & Abdel- Kalek, A. (2003). The Collette- Lester fear of death scale: A correction. *Death studies*, 27(1), 81-85.
- 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.
- Rossln, W. (1995). The spiritual dimension: its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *Inst Journal Nursing Studies*, 32, 457- 468.
- Shaw, R., &Langman, M. (2017). Perceptions of being old and the ageing process. *Ageing International*, 42(1), 115-135.
- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *Journal General Psychology*, 82, 165-177.
- Winningham, R., & Pike, N. (2007). A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults social support networks and decrease loneliness. *Ageing & Mental Health*, 11(6), 716-721.
- Wurm, S., &Benyamini, Y. (2014). Optimism buffers the detrimental effect of negative self- perceptions of ageing on physical and mental health. *Psychology & Health*, 29(7), 832- 848.
- Ya- Huiwen. (2010). Religious and death anxiety. *Journal of Human resource and adult learning*, 1(6), 31-37.
- محمدی‌زاده، ع.، عسکری‌زاده، ق و باقری، م. (۱۳۹۵). رابطه سلامت معنوی با اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس. *مجله دین و سلامت*، ۴(۲)، ۲۸-۲۰.
- مهری‌نژاد، س. ا.، رمضان‌ساعت‌چی، ل و پایدار، س. (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و پایبندی به مذهب با اضطراب مرگ در سالمندان. *نشریه سالمند*، ۱۱(۴)، ۵۰۳-۴۹۴.
- میری، م. ر.، صالحی‌نیا، ح.، طیوری، ا.، بهلگردی، م و تقی‌زاده، ع. ا. (۱۳۹۳). بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان در سالمندان. *فصلنامه تاریخ پزشکی*، ۶(۲۱)، ۱۰۲-۸۳.
- 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.
- یعقوبی، ح.، حسنی، ا و محمودی، ا. (۱۳۹۶). رابطه رویدادهای استرس‌زا با مشکلات روان‌شناختی سالمندان: نقش جهت‌گیری مذهبی. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۳(۳)، ۲۱۷-۲۰۷.
- یعقوب‌زاده، آ.، شریف‌نیا، ح.، حسینی‌گل‌افشانی، س. ز.، محمدی، ف.، اویسی، س و ترکمندی، ح. (۱۳۹۶). عوامل مرتبط با احساس پیری در سالمندان قزوین در سال ۱۳۹۴. *نشریه سالمندشناسی*، ۱(۴)، ۱۰-۱.
- Abdel- Kalek, A., & Lester, D. (2009). Religiosity and death anxiety: No Association in Kuwait. *Psychological Reports*, 104(3), 770- 772.
- Allport, G.W., & Ross, G.M. (1967). personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*. 5, 432-443.
- Barker, M, O'Hanlon, A, McGee, HM, Hickey, A, Conroy, R. M. (2007). Cross-sectional validation of the Aging Perceptions Questionnaire: A multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging. *BMC Geriat*, 7(1): 9-21.
- Brown, L., Bryant, C., Brown, V., Bei, B., & Judd. (2015). Self- compassion, attitudes to ageing and indicators of health and wellbeing among midlife women. *Ageing & Mental Health*, 20(10), 1035- 1034.
- Dezutter, J. (2009). *The role of religion in death attitudes*. *Death Studies*, 33: 73- 92.
- Ellison, C. W. (1983). Spiritual well- being: conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology*, 11(4), 330- 340.

