

## اثربخشی معنویت درمانی اسلامی بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ سالمندان

دکتر کریم سواری  
دانشگاه پیام نور مرکز تهران

دکتر زهرا دشت بزرگی ✉  
دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز

دکتر سحر صفرزاده  
دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز

پذیرش: ۱۳۹۶/۰۳/۱۰

دریافت: ۱۳۹۵/۱۲/۲۱

معنویت به عنوان زیربنای باورها، یک جنبه‌ی مهم از زندگی سالمندان است و نقش اساسی در تأمین و ارتقای سلامت روانی و کیفیت زندگی آنها دارد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی معنویت درمانی اسلامی بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ در سالمندان انجام گرفت. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه‌ی زنان سالمند شهر اهواز بود. از بین زنان سالمند شهر اهواز به صورت در دسترس تعداد ۳۰ نفر که نمره‌ی برابر یا بالاتر از نقطه‌ی برش در پرسش‌نامه‌های احساس تنهایی دهشیری و همکاران و اضطراب مرگ کالت لستر کسب کرده بودند، انتخاب شدند و به طور تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین گردیدند. سپس برنامه آموزش معنویت مبتنی بر آموزه‌های اسلامی طی ۱۲ جلسه‌ی ۳۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا گردید و طی این مدت گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان برنامه‌ی آموزشی، پرسش‌نامه‌ها مجدداً برای هر دو گروه در قالب پس‌آزمون اجرا گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری کوواریانس چند متغیری مورد تحلیل و بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان دادند که آموزش معنویت مبتنی بر آموزه‌های اسلامی موجب کاهش احساس تنهایی و اضطراب مرگ در گروه آزمایش شده است. در نتیجه ایجاد زمینه‌های لازم جهت شرکت در فعالیت‌های مذهبی برای سالمندان ضروری به نظر می‌رسد که این مورد می‌تواند در بهبود وضعیت روان‌شناختی سالمندان مؤثر عمل کند.

کلیدواژه‌ها: معنویت درمانی اسلامی، احساس تنهایی، اضطراب مرگ، زنان سالمند

دارد که افراد معنی و هدف زندگی خود را جستجو و بیان می‌کنند و در آن اتصال با خود، دیگران، طبیعت و روحانیت یا تقدس را تجربه می‌کنند (پوچالسکی، ویتلو، هال و رلر، ۲۰۱۴). بر این اساس با توجه به رشد روزافزون افراد سالمند و شیوع مشکلات عاطفی و روانی در بین آنان و کمبود خدمات ویژه‌ی سالمندی، لزوم توجه به معنویت و ایمان سالمندان برای مقابله با شرایط پیری را ضروری می‌سازد. از عوارض روان‌شناختی سالمندان احساس تنهایی و اضطراب مرگ می‌باشد.

معنویت به عنوان زیربنای باورها، یک جنبه مهم از زندگی سالمندان است و نقش اساسی در تأمین و ارتقای سلامت روانی و کیفیت زندگی آنها دارد. معنویت اشاره به شیوه‌ای

زهرا دشت بزرگی، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. کریم سواری، دانشیار گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. سحر صفرزاده، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.  
✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به دکتر زهرا دشت بزرگی، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران باشد.

پست الکترونیکی: zahradb2000@yahoo.com

ایمان تفردی/متفکرانه فراتر رود (اسپیلکا، هود، هونسبرگر و گرساچ، ۲۰۱۰/۱۳۹۰). معنویت به باورها و اعمالی نسبت داده می‌شود که در ابعاد متعالی (و نه جسمانی) زندگی وجود دارد و انسان را در ارتباط خصوصی و صمیمی با خداوند قرار داده و دامنه‌ای از فضیلت‌ها را در او شکل می‌دهد (سلیگمن، ۱۹۹۲، به نقل از خالقی پور، مسجدی، و احمدی، ۱۳۹۵). طبق نظر اریکسون، سالمندان با مسأله‌ی روانی-اجتماعی کمال در برابر نومییدی مواجه می‌شوند. آنان تلاش می‌کنند تا به زندگی خود معنی و مفهوم ببخشند و از این طریق با مرگ که پدیده‌ای اجتناب‌ناپذیر است کنار بیایند (کیان پورقهفرخی، حقیقی، شکرکن و نجاریان، ۱۳۸۱). گاه فرد سالمند با تمرکز بر خود و مرور زندگی گذشته، دچار احساسات دردناک شده و کشمکش درونی را تجربه می‌نماید، جهت حل این تعارض درونی، نیازمند رشد خرد و معنویت است تا بتواند بحران درونی این دوران را به روش مثبت حل کند. سالمندانی که تحت شرایط محیطی پرتنش و غیر قابل پذیرش، راه ارتباطی میان خود و خداوند را نمی‌یابند احساس خلا و بی‌کفایتی کرده، نمی‌توانند منشأ اثر باشند. در بین شیوه‌های مقابله‌ای سالمندان، معنویت احتمالاً می‌تواند نقش مهم و مرکزی را ایفا کند و می‌تواند دارای ارزش مثبت در پرکردن فضای خالی زندگی، حمایت از سالمندان، مواجهه با استرس، سازگاری مناسب با موقعیت و معنادگی زندگی و مرگ باشد (کرین، ۲۰۱۰).

الگوی معنویت درمانی اسلامی افزون بر ایجاد انسجام و یکپارچگی در ابعاد زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی بر بعد معنوی مراجع نیز تأکید دارد. امتیاز منحصر به فرد معنویت اسلامی، ریشه داشتن در آیات قرآن و کلمات معصومین (ع) است. معنویت اسلامی به معنای نادیده گرفتن خواسته‌های بشری یا سرکوب آنها نیست، بلکه آنها را بر اساس هدف خلقت و فطرت انسانی، اعتدال و جهت می‌بخشد. معنویت اسلامی هرگز به خلسه و آرامش تخیلی که به معنای فرار از حقیقت و روی گردانی از واقعیت است بسنده نمی‌کند، بلکه تعمیق دیدگاه و رشد معرفتی انسان‌ها را دنبال می‌نماید. معنویت اسلامی بدون انکار واقعیت درد و رنج، با ارتقای بینش افراد و باز کردن پنجره‌های جدید بر افق ذهن افراد و تبیین حکمت اجزای مختلف زندگی، تحمل دردها و رنج‌های زندگی را که

تنهایی<sup>۱</sup> پدیده‌ای است که ممکن است در هر مرحله‌ای از زندگی رخ دهد، اما یک مشکل جدی برای برخی از سالمندان می‌باشد. احساس تنهایی، عدم توانایی در برقراری و حفظ روابط رضایت‌بخش با دیگران می‌باشد که احتمالاً باعث تجربه حس محرومیت می‌گردد (هنریچ و گلون، ۲۰۰۶). احساس تنهایی هنگامی رخ می‌دهد که تعاملات مهم و معنادار اجتماعی از نظر کمی یا کیفی دچار نقصان گردد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تنهایی با مشکلات مرتبط با سلامتی در ارتباط است (کایسا، سیرپا و ایرما، ۲۰۱۶؛ تاب، کریستنسون، میدلوی، هولست و جاکوبسون، ۲۰۱۳). صاحب‌نظران معتقدند هر کوششی که منجر به رفع احساس تنهایی سالمندان شود، باعث بهبود عزت نفس و کاهش مشکلات روانی آنان می‌شود. همچنین درمان موفقیت‌آمیز احساس تنهایی ممکن است خطر عوارض جدی مانند افسردگی را کاهش دهد (شالینی و شالینی، ۲۰۱۴).

از دیگر مشکلات روان‌شناختی شایع دوران سالمندی اضطراب مرگ<sup>۲</sup> است. اضطراب مرگ مشتمل بر افکار، ترس‌ها و هیجانات مرتبط با پایان زندگی می‌باشد (واگلا، ۲۰۱۵). اضطراب مرگ به عنوان یک ترس غیرعادی همراه با احساساتی درباره وحشت از مرگ یا دلهره هنگام اندیشیدن به فرایند مردن و موضوعاتی که پس از مرگ اتفاق می‌افتد تعریف می‌شود (رایس، ۲۰۰۹). نتایج برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند که اضطراب مرگ در افراد میانسال و سالخورده بیشتر دیده می‌شود (کارتولان و کارارماک، ۲۰۱۶). عوامل معنوی بر کاهش اضطراب مرگ تأثیر می‌گذارند که از جمله این عوامل عبارت از دینداری، نگرش مذهبی، دلبستگی به خدا، رضایت از زندگی و مذهب می‌باشند. این عوامل نقش اساسی در کیفیت و وضعیت زندگی سالمندی ایفا می‌کند (پوچالسکی و همکاران، ۲۰۱۴). برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند که اضطراب مرگ با جهت‌گیری معنوی در افراد سالخورده رابطه دارد (کارتولان و کارارماک، ۲۰۱۶؛ جکسون، دوئل، کاپون و پرینگل، ۲۰۱۶).

در رشد طبیعی سالمند، ایمان و معنویت موجد غنای ارتباط عمیق‌تر با غایتی می‌شود که نمادها و مناسک عبادی واسطه آن هستند؛ باعث می‌شود شخص از مرزهای

<sup>1</sup> loneliness

<sup>2</sup> death anxiety

وجودی موجب کاهش احساس تنهایی و اضطراب مرگ در سالمندان ساکن سرای سالمندان شده است. زنجیران، کیانی، زارع و شایقیان (۱۳۹۴)، در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که معنادرمانی گروهی بر کاهش احساس تنهایی زنان سالمند مؤثر است. نتایج پژوهش کاکابرابی و معاذی‌نژاد (۱۳۹۵) نیز نشان داد که آموزه‌های مذهبی در کاهش شدت افسردگی و کاهش نگرش‌های ناکارآمد مؤثر بود.

با توجه به سوابق پژوهشی و ملاحظات فرهنگی جامعه ایرانی که پیوند عمیق با مذهب و معنویت دارد، این پژوهش قصد دارد آثار و نتایج معنویت را در زندگی روحی، روانی و اجتماعی سالمندان مورد بررسی قرار دهد. بنابراین با توجه به اهمیت معنویت و آموزه‌های دینی با اهداف گوناگون پیشگیری و ارتقای سطح سلامت روانی سالمندان، و با توجه به این که تاکنون پژوهشی با این متغیرها بر روی سالمندان انجام نشده است، این مطالعه به دنبال بررسی اثربخشی آموزه‌های معنوی مبتنی بر دین مبین اسلام بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ در زنان سالمند شهر اهواز می‌باشد. این پژوهش می‌تواند گامی در جهت کاربردی نمودن آموزه‌های غنی دین مبین اسلام و نیز تحقق بومی‌سازی مداخلات روان‌درمانی متناسب با فرهنگ جامعه باشد.

## روش

### طرح پژوهش و شرکت کنندگان

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه سالمندان زن شهر اهواز در سال ۱۳۹۵ بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. به این صورت که پس از انتخاب یک محله از شهر اهواز به صورت در دسترس و حضور در پارک و مسجد محله، از سالمندان زن حاضر در آن اماکن که حاضر به شرکت در پژوهش بودند، تعداد ۳۰ سالمند زن دارای معیارهای ورود، انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند و مورد آزمون قرار گرفتند. معیارهای ورود به درمان، سن بالاتر از ۶۰ سال، سلامت روانی، عدم شرکت همزمان در برنامه‌ی درمانی دیگر، و کسب نمره‌ی بالاتر از یا برابر با نقطه‌ی برش پرسشنامه‌های احساس تنهایی و اضطراب مرگ بود.

بخشی از واقعیت‌اند برای فرد تسهیل می‌کند (خالقی‌پور، مسجدی و احمدی، ۱۳۹۵). اسلام بر پدیده‌ی مرگ به عنوان نقطه‌ی عطفی در چرخه‌ی زندگی تمرکز نموده و قرآن، سیره و احادیث معصومین (ع) حقایق زیادی درباره‌ی مرگ و زندگی به مسلمانان ارائه می‌دهند (شریفی، احمدی و فاتحی‌زاده، ۱۳۹۱). پژوهش‌های متعددی از رابطه‌ی بین معنویت و شاخص‌های سلامت روان و همچنین تأثیر برنامه‌های مداخله‌ای مبتنی بر معنویت و مذهب بر ابعاد مختلف سلامت روانی و هیجانی حمایت نموده‌اند. برای مثال نتایج پژوهش تالیافرو، رینزو، پیگ، میلر و داد (۲۰۰۹)، نشان داد که افراد با روحیه‌ی معنوی بالا به ندرت دچار ناامیدی و احساس ضعف می‌شوند.

نتایج پژوهش اژدری فرد و همکاران (۱۳۸۹)، که با هدف بررسی اثربخشی آموزش عرفان و معنویت بر سلامت روان انجام شده بود نشان داد که این روش باعث افزایش سلامت روان و بهبود عملکرد جسمانی و عملکرد اجتماعی و کاهش اضطراب و افسردگی در افراد شده است. نتایج پژوهش قربانعلی‌پور و اسماعیلی (۱۳۹۱) که با هدف بررسی اثربخشی معنادرمانی بر اضطراب مرگ در سالمندان انجام شده بود، نشان داد که اضطراب مرگ گروه آزمایشی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به طور معناداری پایین‌تر از گروه کنترل می‌باشد. نتایج پژوهش پیمان فر و دهکردی و محمدی (۱۳۹۲) که با هدف مقایسه احساس تنهایی و اضطراب مرگ در افراد سالمند با درجات نگرش مذهبی انجام شد، نشان داد سالمندان دارای نگرش مذهبی بالاتر، میزان احساس تنهایی و اضطراب مرگ کمتری را تجربه می‌نمایند. پژوهش محمدی (۱۳۹۲) نشان داد که معنویت درمانی به عنوان یک مداخله توانبخشی می‌تواند سبب بهبود زنان سالمند مبتلا به افسردگی شود. نتایج پژوهش اسدالهی و همکاران (۱۳۹۳) با هدف بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر علائم جسمی و روان‌شناختی بیماران جسمی در افراد سالمند، نشان داد که معنویت درمانی می‌تواند به عنوان یک رویکرد درمانی مؤثر جهت کاهش فراوانی علائم روان‌شناختی و جسمی در بیماران سالمند مورد استفاده قرار گیرد. از طرف دیگر پژوهش پوچالسکی و همکاران، (۲۰۱۴) نشان داد که با افزایش ابعاد معنوی در افراد سالمند، فرایند التیام و بهبود مشکلات جسمی و روان‌شناختی در این افراد افزایش می‌یابد. نتایج پژوهش صدری دمیرچی و رضانی (۱۳۹۵) نشان دادند که درمان

فرعی بین ۸ تا ۴۰ امتیاز و در کل بین ۳۲ تا ۱۶۰ امتیاز است. نقطه‌ی برش پرسشنامه ۸۰ می‌باشد (لستر، ۱۹۹۰). در ایران نیز برای اولین بار طی پژوهشی، نادری و اسماعیلی (۱۳۸۸) از این پرسشنامه استفاده کردند و آلفای کرونباخ ۰/۸۹ را گزارش دادند.

### شرح جلسات درمانی (با بازنگری گالاتر و

سیگل، ۲۰۰۹). در این پژوهش جلسات معنویت درمانی اسلامی در طی ۱۲ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای به مدت یک ماه و نیم هفته‌ای دو جلسه در مسجد محله یک ساعت قبل از اذان مغرب برگزار شد و جلسات بر اساس بسته‌ی آموزشی-درمانی معنویت درمانی اسلامی با بازنگری گالاتر و سیگل (۲۰۰۹) آموزش داده شدند که خلاصه‌ای از پروتکل درمانی در جدول ۱ ارائه گردیده است.

### روش اجرا

پس از تعیین محله و انتخاب نمونه از پارک و مسجد محله و هماهنگی‌های لازم با مسجد محله (جهت اجرای مداخله در مسجد)، ابتدا پرسشنامه‌های احساس تنهایی و اضطراب مرگ توسط کلیه‌ی سالمندان تکمیل گردید (سالمندانی که قادر به خواندن و نوشتن نبودند به کمک آزمون‌گر و به صورت انفرادی مورد آزمون قرار گرفتند) و از بین سالمندانی که نمره‌ی برابر یا بالاتر از نقطه‌ی برش در پرسشنامه‌های احساس تنهایی (۹۰) و اضطراب مرگ (۷۵) کسب کرده بودند ۳۰ نفر به طور تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین گردیدند. سپس گروه آزمایش ۱۲ جلسه‌ی نیم ساعته تحت مداخله معنویت‌درمانی قرار گرفتند. در حالی که افراد گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. در پایان مداخله هر دو گروه به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. به منظور رعایت اصول اخلاقی به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنها به صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد بود و آنان اختیار کامل دارند در پژوهش شرکت نکنند یا در هر مرحله که بخواهند از ادامه‌ی پژوهش انصراف دهند. پروتکل درمان توسط کارشناس ارشد روان‌شناسی که در زمینه‌ی معنویت‌درمانی دوره‌های آموزشی را گذارنده بود اجرا شد. اطلاعات حاصل از پرسشنامه‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۲۲ و روش آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

افراد دارای شرایط فوق و مایل به همکاری با کسب رضایتنامه کتبی وارد پژوهش شدند. ملاک‌های خروج، عدم تمایل به ادامه‌ی درمان و عدم مشارکت و همکاری در فرایند اجرای درمان و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمان بود. در پژوهش حاضر ویژگی‌های نمونه مورد مطالعه به این صورت بود که جنسیت کلیه‌ی سالمندان زن بود، تحصیلات آنها ۶ نفر بیسواد، ۲۰ نفر در حد خواندن و نوشتن و ۴ نفر اتمام دوره ابتدایی بود. توزیع سنی آنها به این صورت بود که ۱۱ نفر ۶۵-۶۰ سال، ۱۳ نفر ۷۰-۶۶ سال، ۶ نفر ۷۵-۷۱ سال، ۱ نفر ۸۰-۷۶ سال بودند. هیچ یک از شرکت‌کنندگان ساکن سرای سالمندان نبودند و کلیه آنها غیر شاغل بودند.

### ابزار

**مقیاس احساس تنهایی<sup>۱</sup>.** این پرسشنامه توسط دهشیری، برجلی، شیخی و حبیبی (۱۳۷۸) ساخته شد و دارای ۳۸ سؤال است. نمره‌گذاری با استفاده از مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (طیف صفر تا ۴) صورت می‌گیرد. ضریب پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش شده است. همچنین روایی همگرا و واگرایی مقیاس از طریق محاسبه همبستگی آن با نمرات مقیاس احساس تنهایی و مقیاس شادکامی آکسفورد و ۰/۶۸ به ترتیب ۰/۶۰ و ۰/۷۱ گزارش شده است. روایی سازه مقیاس نیز از طریق تحلیل عاملی تأیید شده است (دهشیری و همکاران، ۱۳۸۷). نقطه‌ی برش پرسشنامه ۹۰ می‌باشد که نمرات بالاتر از ۹۰ نشان دهنده‌ی وجود احساس تنهایی در افراد است. قابل ذکر است که پایایی مقیاس در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

**پرسشنامه‌ی ترس از مرگ.** این مقیاس توسط لستر در سال ۱۹۶۹ طراحی شد. مقیاس اضطراب مرگ کالت لستر، یک ابزار خودسنجی برای اندازه‌گیری میزان ترس و اضطراب مربوط به مرگ است. این مقیاس، حاوی ۳۲ گویه در ۴ مقیاس فرعی است. این ۴ مقیاس عبارت از مرگ خود، مردن خود، مرگ دیگران و مردن دیگران است. هر مقیاس فرعی ۸ گویه دارد که بر مبنای معیار درجه بندی لیکرت از یک بی اهمیت تا پنج خیلی زیاد نمره‌گذاری شده است. دامنه‌ی نمره‌ها برای هر مقیاس

<sup>۱</sup> Loneliness Scale (LS)

## جدول ۱

شرح مختصر جلسات معنویت‌درمانی اسلامی (با بازنگری گالاتر و سیگل، ۲۰۰۹)

جلسه	محتوا
اول	معرفه، گفتگو درباره سالمندی و پیامدهای جسمی و روحی آن، مفهوم معنویت و دین و تأثیر آن در زندگی، خدا راه‌های رسیدن به خدا و تأثیر آن در زندگی، بیان داستان‌های مقدس در قرآن توسط شرکت‌کنندگان، نقش عبادت و باورهای دینی در آرامش، تجربه شرکت‌کنندگان از آرامش بعد از انجام عبادات و نماز
دوم	خودآگاهی و ارتباط با خود و گوش دادن به ندای درونی، بررسی نیازها و اهداف، شناخت نسبت به خود، دیگران و توانایی‌های خود، تمرین پرداختن به افکار مثبت و دوری از افکار منفی، بررسی موفقیت‌ها، گفتگو درباره‌ی اینکه دانش و نیروی معنوی دیگری برای حل مشکل وجود دارد، سپردن کامل خود به نیروی مافوق.
سوم	ایجاد بینش در حل تعارض‌های درونی و افزایش سازگاری با محیط، روبرو ساختن فرد با عوامل ناهشیار مؤثر بر رفتارها و جستجوی مکانیزم‌های افراطی بیمارگونه، بررسی روابط گذشته و پذیرش نقش آن در رفتارهای کنونی مراجع و تأثیر آن بر خلقیات.
چهارم	معنادگی به حوادث زندگی با توجه به ارزش‌ها، اهداف و اعتقادات، گفتگو راجع به احساس گناه، توبه، بخشش خود، بخشش دیگران، خودداری از بکارگیری روش انتقام‌جویانه نسبت به دیگران، سؤال راجع به تجارب و بیان خاطرات راجع به احساس خود بعد از توبه، آرام‌تنی، توصیف عظمت و رحمانیت خداوند و بیان نعمت‌های وی، تأثیر بخشش هموعان، توصیف نمونه‌ای از بخششی که شرکت‌کنندگان داشته‌اند و بیان احساس پس از آن و اقرار به خطاهای خود، فهرست کردن خطاها و کسانی که آنها را رنجانده‌اند، توانایی جبران آن و طلب مغفرت.
پنجم	تأکید بر پذیرش مسئولیت شخصی در مبارزه با موانع و بررسی صفات فردی و درونی، شفقت با خود، بهبود بخشیدن به روابط بین‌فردی و آموزش شیوه‌های مقابله با تنش‌های اجتماعی، ارتقا خشنودی از تعامل مثبت با محیط و دستیابی به تقویت درونی، گفتگو راجع به روش‌های خشنود کردن دیگران و رسیدن به تعالی معنوی.
ششم	نوع دوستی، انجام کارهای معنوی به صورت گروهی، برگزاری نماز جماعت، تمرکز بر داشته‌ها، شکرگزاری و اثرات آن و تنها ماندن از گروه به همراه خاطرات جهت تصور کردن افراد به جای هم، آموزش لبخند و مهربانی
هفتم	ایجاد روشنگری و بصیرت برای کشف داشته‌ها و موهبت‌های درونی و بیرونی خداوندی که در اختیار داریم و تفکر خردورزانه راجع به آنها و رسیدن به خشنودی و تأثیر آن بر ارتقای خودباوری، خودانکایی و عزت نفس.
هشتم	یادگیری روش‌های حمایت از دیگران، همدلی کردن، دوست داشتن دیگران، مراقبت از دیگران، هر روز یک کار مثبت کردن برای دیگران، خوشحال کردن دیگران جهت کمک به رشد شادمانی، خودمراقبتی جسمانی، روانی، اجتماعی جهت رسیدن به خود معنوی و کشف مؤلفه‌های آن و زنده نگه داشتن آن.
نهم	ذکر و احساس حضور که باعث هدفمندی ذهن شده و افکار اتوماتیک را که موجب احساس بیمارگونه و اعمال نسنجیده است مهار کرده، موجب تقویت عقل، خرد، هشیاری شده، تأثیر ذکر و تذکر، دعا و مناجات، در سلامت روانی، چگونه دعا کردن و برای چه افرادی دعا کردن، محتوای دعا و یادگیری نحوه‌ی نیایش و بیان رنج‌های عمقی خود با خداوند با توجه مثبت به حکمت‌های خداوندی.
دهم	تأکید بر واقعیت، نیاز به وجود معنا و رشد در زندگی برای به حداکثر رساندن انگیزه تغییر از طریق برقراری رابطه همدلی و مبتنی بر اعتماد متقابل مراجع برای کسب اهداف متعالی، رشد دهنده و معنابخش و پذیرش حکمت‌های خداوندی در مسائلی که قابل تغییر نیست با تمرینات عملی و ترسیم الگوی بهبودی.
یازدهم	خودمهارگری معنوی، با تسلط دادن قوای عقلانی بر سایر قوا و یاری‌خواهی از خداوند و چگونگی قرار دادن تمامی ابعاد وجودی انسان در کنترل همه جانبه عقل و شرع.
دوازدهم	صحبت درباره مرگ، علت ترس از مرگ، معاد و زندگی پس از مرگ، شکرگزاری، ایمان، توکل به خدا، تمرین و گفتگو در رابطه با نحوه شکرگذاری و توکل و ترسیم مراحل آن، ترسیم تصویر بهترین منظره بدون نگاه به ساعت، ترسیم تصویری زیبا، عدم توجه به زمان.

## یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای احساس تنهایی و اضطراب مرگ در گروه آزمایش و کنترل در

مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری آورده شده است.

جدول ۲

میانگین و انحراف معیار نمرات احساس تنهایی و اضطراب مرگ دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
احساس تنهایی	۱۱۳/۱۰ (۸/۲۳)	۱۰۲/۹۰ (۶/۷۶)	۱۱۱/۴۰ (۷/۷۵)	۱۱۲/۶۰ (۷/۲۹)
اضطراب مرگ	۹۸/۹۱ (۷/۹۷)	۸۷/۶۳ (۵/۵۲)	۹۹/۸۹ (۷/۵۱)	۹۹/۸۲ (۵/۱۶)

n=۱۵

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین پیش‌آزمون نمره احساس تنهایی گروه آزمایش ۱۱۳/۱۰ و گروه کنترل ۱۱۱/۴۰ و در پس‌آزمون میانگین نمره گروه آزمایش و گروه کنترل به ترتیب ۱۰۲/۹۰ و ۱۱۲/۶۰ می‌باشد. میانگین پیش‌آزمون نمره کل اضطراب مرگ گروه آزمایش ۹۸/۹۱ و گروه کنترل ۹۹/۸۹ و در پس‌آزمون میانگین نمره گروه آزمایش و گروه کنترل به ترتیب ۸۷/۶۳ و ۹۹/۸۲ می‌باشد. همان‌طور که مشاهده می‌شود تفاوت گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل قابل ملاحظه است.

برای تحلیل داده‌ها و به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون و پس‌آزمون از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. یکی از مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری، بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس استفاده گردید [برای پیش‌آزمون (Box's M=۱۷/۵۸ F=۰/۸۱ P=۰/۶۹ > ۰/۰۵) و برای پس‌آزمون (Box's M=۲۱/۱۵ F=۰/۹۳ P=۰/۷۹ > ۰/۰۵) محاسبه شد]. میزان معناداری آزمون باکس از ۰/۰۵ بیشتر است لذا نتیجه گرفته شد که در ماتریس‌های واریانس-کوواریانس، همگنی رد نشد.

برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد هیچ یک از

متغیرهای مورد بررسی از لحاظ آماری معنی‌دار نبود [احساس تنهایی  $P=۰/۴۱ > ۰/۰۵$  و  $F(۱,۲۸)=۰/۰۱$  و اضطراب مرگ  $P=۰/۲۹ > ۰/۰۵$  و  $F(۱,۲۸)=۲/۳۰$ ] بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز رد نشد.

مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس چند متغیری، همگونی ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل پیش‌آزمون احساس تنهایی و متغیر مستقل (روش درمان) در مرحله پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش‌آزمون‌ها با متغیر مستقل معنادار نبوده و حاکی از همگونی ضرایب رگرسیون می‌باشد [پس‌آزمون Wilkes lambda=۰/۵۸ و  $F=۱/۰۹$   $P=۰/۵۷ > ۰/۰۵$  همان‌طور که مشاهده می‌شود آماره‌های چند متغیری مربوطه یعنی لامبدا و ویلکس معنی‌دار نمی‌باشند ( $P > ۰/۰۵$ ). بنابراین مفروضه همگنی ضرایب رگرسیون برقرار می‌باشد و نیز آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل پیش‌آزمون اضطراب مرگ و متغیر مستقل (روش درمان) در مرحله پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت نتایج همگنی نشان داد که  $F$  محاسبه شده ( $F=۱/۱۵$ )،  $p=۰/۴۷ > ۰/۰۵$ ) برای تعامل گروه و پیش‌آزمون در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نمی‌باشد، بنابراین داده‌ها از فرضیه‌ی همگنی شیب‌های رگرسیون پشتیبانی می‌کنند و این فرضیه پذیرفته می‌شود.

## جدول ۳

تحلیل کوواریانس تک متغیری میانگین نمره‌های پس‌آزمون احساس‌تنهایی و اضطراب مرگ در دو گروه						
متغیر	میانگین مجزورات	درجه‌آزادی	نسبت F	سطح معناداری	مجدورات	توان آماری
احساس‌تنهایی	۱۴۹۳۵/۵۸	۱	۵۳/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱
اضطراب مرگ	۲۵۸۹۱/۹۳	۱	۳۸/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۸۱	۱

احساس‌تنهایی در زنان گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب کاهش احساس‌تنهایی زنان گروه آزمایش شد.

در تبیین نتیجه پژوهش می‌توان گفت، معنویت نوعی مراقبه و تعالی وجود، ایجاد می‌کند و موجب خودشکوفایی می‌شود. آموزش معنویت موجب می‌شود تحمل پریشانی و تاب‌آوری بیشتر شود، تجربه‌های معنوی و مهارت‌های مقابله‌ای مثبت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت افزایش یافته، هیجان مثبت تقویت شده بر خلق تأثیر مثبت بگذارد (کایسا و همکاران، ۲۰۱۶). نتایج پژوهش کالیفوردا (۲۰۰۲) نشان داد که مذهب و معنویت در کمک به پیشگیری، تسریع بهبودی و پرورش شکیبایی و آرامش، در مواجهه با بیماری‌های روانپزشکی از جمله افسردگی مؤثر بوده است. نتایج پژوهش راجاگوپال، مکنزی، بیلی و لاوزو (۲۰۰۲) نشان داد که مداخله بر پایه‌ی معنویت و عبادت کردن باعث کاهش اضطراب و افسردگی در سالمندان شده و استفاده از اینگونه مداخله‌ها ممکن است بهزیستی روان‌شناختی را در میان سالمندان ارتقا بخشد.

سالمندانی که خودمراقبتی معنوی دریافت می‌کنند علاوه بر اینکه سلامت روانی آنها بهبود می‌یابد با مشکلات نیز سریعتر سازگار شده، در آنها منابع روانی و عاطفی همچون امیدواری، معنا و هدف، توانمندی، پذیرش، تحمل رنج و سازگاری با استرس افزایش یافته و احساس‌تنهایی کمتری می‌نمایند. سالمندانی که تحت تأثیر معنویت قرار می‌گیرند با تقویت و فعالسازی خرد و باورهای معنوی سبک زندگی‌شان رنگ و بوی معنوی و مذهبی می‌گیرد. بنابراین تقویت معنویت و تجربه باورهای معنوی قوی عاملی محافظتی در پیشگیری و کاهش احساس‌تنهایی در سالمندان است. در این پژوهش با بررسی راه‌های شناخت و رسیدن به خدا و تأثیر آن در زندگی، تأکید بر ارتباط نزدیک‌تر با خدا و سپردن کامل خود به نیروی مافوق، باعث شد که در سالمندان وجود خدا در زندگی آنها پر

برای تعیین توزیع جامعه (نرمال بودن داده‌ها) از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد، در آزمون انجام شده سطح  $p > 0/05$  بود که نشان‌دهنده‌ی نرمال بودن توزیع جامعه است. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری، استفاده از این آزمون مجاز خواهد بود.

به منظور پی بردن به این تفاوت تحلیل کوواریانس صورت گرفت. با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۸۱ درصد از کل واریانس‌های گروه نیمه‌آزمایشی و گواه ناشی از اثر متغیر مستقل است. همچنین توان آماری آزمون برابر با ۱ است، که دلالت بر کفایت حجم نمونه می‌باشد. بنابراین نتایج نشان می‌دهند که در یکی از حیطه‌ها بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد اما برای تشخیص اینکه در کدام حیطه‌ها تفاوت معنادار است، از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا استفاده شد که نتایج در جدول ۳ آمده است.

با توجه به مندرجات جدول ۳ مقدار F برای احساس‌تنهایی کل ۵۳/۸۱ به دست آمد که در سطح  $(P < 0/001)$  و برای اضطراب مرگ ۳۸/۲۳ که در سطح  $(P < 0/001)$  معنادار است و با توجه به اندازه اثر محاسبه شده ۷۹ درصد تغییر در احساس‌تنهایی کل و نیز ۸۱ درصد تغییر اضطراب مرگ ناشی از تأثیر متغیر مستقل (معنویت درمانی اسلامی) بوده است.

## بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس سؤال مطرح شده، این پژوهش به دنبال آن بود تا مشخص نماید آیا آموزش معنویت درمانی مبتنی بر اسلام بر اضطراب مرگ و احساس‌تنهایی زنان سالمند اثربخش است؟ طبق یافته‌های حاصل از این پژوهش مشخص شد که با کنترل پیش‌آزمون بین زنان گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ احساس‌تنهایی  $(F=53/81$  و  $p < 0/001)$  تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، آموزش معنویت درمانی مبتنی بر اسلام با توجه به میانگین

به زمان و چگونگی مرگ خود زندگی هدفمندتری داشته باشند.

از جمله محدودیتهای پژوهش تفاوت‌های فردی و ذاتی در میزان تأثیر درمان و همچنین شرایط روحی و روانی واحدهای پژوهش در هنگام تکمیل پرسش‌نامه که در نمره پس‌آزمون آنها ممکن است تأثیر بگذارد که خارج از کنترل پژوهشگر بود و همچنین محدود بودن زمان مداخله و عدم مقایسه با درمان‌های دیگر می‌باشد. در نهایت با توجه به این که معنویت یکی از ظرفیتهای وجودی انسان است و یک عامل پیشگیری کننده جهت کاهش مشکلات سالمندان به شمار می‌رود؛ لذا پیشنهاد می‌شود با برنامه‌ریزی‌های مناسب، به تقویت باورهای مذهبی سالمندان پرداخت و زمینه‌های لازم جهت شرکت در فعالیتهای مذهبی را برای سالمندان فراهم نمود که این موارد می‌تواند در بهبود وضعیت روان‌شناختی سالمندان بسیار مؤثر عمل کند پیشنهاد می‌شود پژوهشگران و درمانگران راهبردهای معنویت درمانی را به عنوان روش محافظتی در مداخله‌های پیشگیرانه و درمانی در خانه‌های سالمندان نیز مورد توجه قرار دهند.

#### سپاس‌گزاری

در پایان از کلیه‌ی سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر سپاس‌گزاری می‌شود.

#### منابع

- اژدری‌فرد، پ.، قاضی، ق.، و نورانی‌پور، ر. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر آموزش عرفان و معنویت بر سلامت روان دانش‌آموزان. *فصلنامه اندیشه‌های تازه در علوم تربیتی*، ۵(۲)، ۱۰۶-۱۲۷.
- اسپیلکا، ب.، هود، ر.، هونسبرگر، ب.، و گرساچ، ر. (۱۳۹۰). *روانشناسی دین: بر اساس رویکرد تجربی* (ترجمه م. دهقانی). تهران: رشد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۰)
- اسدالهی، ف.، نشاط‌دوست، ح.، کلاتتری، م.، مهرابی، ح.، افشار، ح.، و دقاق‌زاده، ح. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر علایم جسمی بیماران زن مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۲(۲)، ۳۱۷-۳۲۷.
- پیمان‌فر، ا.، اکبری‌دهکردی، ع.، و محمدی، ت. (۱۳۹۲). مقایسه احساس تنهایی و اضطراب مرگ در افراد سالمند با درجات نگرش مذهبی. *روان‌شناسی و دین*، ۵(۴)، ۴۱-۵۲.

رنگ‌تر احساس شود و در آنها نوعی احساس امنیت بوجود آورد و با تکیه بر نیروی خدا کمتر احساس تنهایی نمایند. همچنین در این پژوهش، معنویت درمانی بر اساس دین اسلام با آموزش و تأکید بر روش‌های حمایت از دیگران، همدلی کردن، دوست داشتن دیگران، خودمراقبتی جسمانی، روانی، اجتماعی جهت رسیدن به خود معنوی و تأکید بر نوع دوستی، انجام کارهای معنوی به صورت گروهی، برگزاری نماز جماعت، شکرگزاری موجب کاهش احساس تنهایی در زنان سالمند شد.

همچنین از نتایج دیگر این پژوهش این بود که با کنترل پیش‌آزمون بین زنان سالمند گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ اضطراب مرگ ( $p < 0/001$  و  $F = 38/23$ ) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، آموزش معنویت درمانی مبتنی بر اسلام با توجه به میانگین اضطراب مرگ در زنان گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب کاهش اضطراب مرگ زنان گروه آزمایش شد.

مرگ موضوعی است که هر فردی به درجات مختلف با آن درگیری ذهنی خواهد داشت. افرادی که عقاید مشخصی راجع به مرگ دارند، به ویژه عقاید مذهبی و بر اساس این عقاید، مرگ را تجربه‌ای عادی و آغاز زندگی بهتری می‌دانند و در مقابل افرادی که هیچ جهت‌گیری یا عقیده‌ی خاصی در مورد زندگی پس از مرگ ندارند، دچار اشتغال و تعارض ذهنی در مورد مسأله‌ی مرگ خواهند شد. در واقع بزرگترین تهدیدی که یک فرد در زندگی خود تجربه می‌کند، تهدید زندگی خود یا به عبارتی از دست دادن زندگی خویش است (قربانعلی پور و اسماعیلی، ۱۳۹۱). بنابراین هنگامی که مرگ، ختم مطلق زندگی قلمداد می‌شود، اضطراب زیادی را تجربه می‌نماید. در این پژوهش سعی شد در جریان مداخله، این موضوع در مرکز توجه قرار بگیرد و هر یک از اعضای تحت مداخله نسبت به ابعاد مختلف تعارض ذهنی خود در مورد مرگ، بینش دقیقی پیدا کنند. آموزش نگرش‌های اسلامی با تأکید بر واقعیت زندگی، بقای روح و زندگی ابدی، مرگ را در چشم‌انداز مناسبی برای آنها قرار داد و به آنها کمک شد که مرگ را پایان زندگی در نظر نگیرند. همچنین با صحبت درباره مرگ، علت ترس از مرگ، معاد و زندگی پس از مرگ، شکرگزاری، ایمان، توکل به خدا، و با تمرکز نکردن



- Crain, W. C. (2010). *Theories of development: Concepts and applications* 6 edition. Publisher: *Routledge*.
- Galanter, M., & Siegel, C. (2009). *Training manual for spirituality discussion groups for mental health with focus on cultural competency center*. Center for Spirituality and Healthcare.
- Henrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26(4), 695-718.
- Jackson, D., Doyle, C., Capon, H., & Pringle, E. (2016). Spirituality, spiritual need, and spiritual care in aged care: What the literature says, *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 9(4), 34-55. doi: 10.1080/15528030.2016.1193097.
- Kaisa, E., Sirpa, H., & Irma, N. (2016). Is Loneliness Associated with Malnutrition in Older People? *International Journal of Gerontology*, 10(1), 43-45.
- Kurtulan, M., & Kararmak, Ö. (2016). Examination of the Relationship among Death Anxiety, Spirituality, Religious Orientation and Existential Anxiety. *Spiritual psychology and conseling*, 1(2)176-217.
- Lester, D. (1990). The Collet-Lester Fear of Death Scale: The original version and revision. *Death Studies*, 14(3), 451-468.
- Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 642-656. doi:10.1089/jpm.2014.9427.
- Rice, J. (2009). *The relationship between humor and death anxiety*. Missouri Western State University.
- Rajagopal, D., Mackenzie, E., Bailey, C., & Lavizzo-Mourey, R. (2002). The effectiveness of a spiritually-based intervention to alleviate subsyndromal anxiety and minor depression among older adults. *Journal of Religion and Health*, 41(2), 153-166.
- Shaline, Y., & Shalini, A. (2014). Loneliness and Spiritual Well - Being among Elderly Having Psychological Disorders. *International Journal of Science and Research*, 3(6), 2289-2290.
- خالقی‌پور، م.، مسجدی، م.، ش.، و احمدی، ز. (۱۳۹۵). اثر بخشی معنویت درمانی اسلامی بر سبک زندگی و ملوکول های سفید خون محیطی سالمندان افسرده. *فصلنامه علمی-پژوهشی پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۱۰(۳)، ۸۷-۶۹.
- دهشیری، غ.، برجلی، م.، شیخی، م.، و حبیبی، م. (۱۳۸۷). ساخت و اعتباریابی مقیاس احساس تنهایی در بین دانشجویان. *مجله روانشناسی*، ۴۷(۱)، ۲۸۰-۲۹۶.
- زنجیران، ش.، کیانی، ل.، زارع، م.، و شایقیان، ز. (۱۳۹۴). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر احساس تنهایی زنان سالمند مقیم سرای سالمندان. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۶۱(۳)، ۶۷-۶۰.
- شریفی، م.، احمدی، ا.، و فاتحی‌زاده، م. (۱۳۹۱). تأثیر سوگ-درمانی شناختی-رفتاری با رویکرد اسلامی بر سلامت عمومی خانواده‌های داغ‌دیده. *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ۱۲(۱)، ۱۱۳-۱۳۴.
- صدری دمیرچی، ا.، و رمضانی، ش. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان وجودی بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ در سالمندان. *مجله روانشناسی پیری*، ۱(۲)، ۱-۱۲.
- قربانعلی، م.، و اسماعیلی، ع. (۱۳۹۱). تعیین اثربخشی معنادرمانی بر اضطراب مرگ در سالمندان. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۹(۳)، ۶۸-۵۳.
- کاکابرابی، ک.، و معاذی‌نژاد، م. (۱۳۹۵). رابطه سن و معنایابی در زندگی با اضطراب مرگ در زنان و مردان سالمند. *مجله روانشناسی پیری*، ۲(۱)، ۳۷-۴۷.
- کیانپور قهفرخی، ف.، حقیقی، ج.، شکرکن، ح.، و نجاریان، ب. (۱۳۸۱). رابطه هفت مرحله‌ی اول نظریه‌ی رشد روانی-اجتماعی اریکسون با مرحله هشتم آن-کمال در برابر نومییدی-در سالمندان استان خوزستان. *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی*، ۳(۹/۹)، ۱۷-۵۲.
- محمدی، ش. (۱۳۹۲). اثر معنویت درمانی بر افسردگی زنان سالمند ساکن آسایشگاه سالمندان. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۳(۱۲)، ۴۱-۶۳.
- نادری، ف.، و اسماعیلی، ا. (۱۳۸۸). رابطه‌ی اضطراب مرگ و اندیشه‌پردازی خودکشی با احساس ذهنی بهزیستی در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز. *یافته‌های نو در روان‌شناسی*، ۹(۱۸)، ۳۵-۴۶.
- Culliford, L. (2002). Spiritual care and psychiatric treatment: an introduction. *Advanced Psychiatric Treatment*, 8(4), 249-258.

- Taliaferro, L. A., Rienzo, B. A., Pigg, R. M., Miller, M. D., & Dodd, V. J. (2009). Spiritual well-being and suicidal ideation among college students. *Journal of American College Health, 58*(1), 83-90.
- Taube, E., Kristensson, J., Midlöv, P., Holst, G., & Jakobsson, U. (2013). Loneliness among Older People: Results from the Swedish National Study on Aging and Care – Blekinge. *The Open Geriatric Medicine Journal, 6*(3), 1-10.
- Vaghela, K. J. (2015). Effect of Psychological well-being, Death Anxiety and Depression On curable & Incurable Disease Patients. *The International Journal of Indian Psychology, 2*(4), 84-89.