



رابطه بین سلامت معنوی و جهت‌گیری مذهبی با وسواس مرگ در سالمندان: نقش میانجی قدرت تحمل ابهام

✉ دکتر مرگان حیاتی

دانشگاه پیام‌نور، تهران

روح‌الله یادگاری

دانشگاه زنجان

دکتر مجید یوسفی افرشته

دانشگاه زنجان

در همه جوامع به ویژه جامعه ایران سالمندان از گروه‌های خاص و نیازمند توجه هستند. از جمله متغیرهایی که در گروه سالمندان حسب دوره سنی آنها مهم است تفکر وسواس‌گونه درباره مرگ است. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین سلامت معنوی و جهت‌گیری مذهبی با وسواس مرگ در سالمندان با میانجی‌گری قدرت تحمل ابهام است. این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی، و جامعه آماری آن شامل سالمندان شهر زنجان در سال ۱۳۹۶ بود که از این تعداد، ۲۵۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. با رعایت اصول اخلاقی و رازداری، ابتدا پرسش‌نامه مختصر وضعیت روانی و سپس پرسش‌نامه‌های سلامت معنوی پولوتزین و ایسون، قدرت تحمل ابهام مک‌لین، وسواس مرگ عبدالخالق و جهت‌گیری مذهبی آلپورت اجرا شد. سپس با روش‌های آمار توصیفی و استنباطی-تحلیل رگرسیون-یافته‌ها مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد وسواس مرگ با سلامت مذهبی رابطه منفی (۰/۴۱-)، با جهت‌گیری مذهبی درونی رابطه منفی (۰/۲۸-) و با جهت‌گیری مذهبی بیرونی رابطه مثبت (۰/۱۵) دارد. سلامت معنوی و جهت‌گیری مذهبی بیرونی در پیش‌بینی وسواس مرگ نقش تبیین‌کننده داشتند. در نهایت، نقش میانجی‌گری قدرت تحمل ابهام نیز تأیید گردید. نتایج این پژوهش می‌تواند در شناخت بهتر دوره سالمندی و چالش‌های این گروه کارآمد باشد و به طور مستقیم در مشاوره سالمندی یاری‌گر باشد.

دریافت: ۱۳۹۷/۰۲/۱۳

پذیرش: ۱۳۹۷/۰۶/۲۷

کلیدواژه‌ها: سلامت معنوی، جهت‌گیری مذهبی، وسواس مرگ، قدرت تحمل ابهام

نحوه ارجاع‌دهی به مقاله:

یادگاری، ر. ا.، حیاتی، م.، و یوسفی، م. (۱۳۹۷). رابطه بین سلامت معنوی و جهت‌گیری مذهبی با وسواس مرگ در سالمندان: نقش میانجی قدرت تحمل ابهام. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۴(۱)، ۵۰-۳۹.

روح‌الله یادگاری، دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه زنجان، ایران؛ مرگان حیاتی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران؛ مجید یوسفی افرشته، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه زنجان، ایران. ✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به مرگان حیاتی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران باشد. پست الکترونیکی: mozhgan.hayati@yahoo.com

روانی و البته اجتماعی است (کوترادیوا، ۲۰۱۶) و این وضعیت به مرگ‌اندیشی دامن می‌زند. اینکه اضطراب سالمندان بیشتر از نوع وحشت‌زدگی است (کانوتو و همکاران، ۲۰۱۷) چه بسا ارتباطی میان وحشت از مرگ و وسواس مرگ ترسیم کند. در کنار تغییرات زیستی بسیار، همچون تفاوت در ترشح کورتیزول (هاریس، کوکس، برت، دیری و مک‌لالیچ، ۲۰۱۷) باید تحولات معنوی آنها را هم مدنظر داشت؛ آنچنانکه فولر ویژگی اصلی ایمان عطفی

امروزه سالمندی از چالش‌های جوامع مختلف و از جمله جامعه ایران است. ورود به مرحله‌ی سالمندی، مستلزم آمادگی است که باید انتظارات و ترجیحات خاصی با آن همراه باشند تا به انطباق و سازش دست یابند (اپوی، ۲۰۱۸). از دیدگاه پدیدارشناسی، پیری را باید از دیدگاه پیران‌سنجید، چه بسا آنچه که از نظر ما نقص و ناتوانی است از منظر فرد سالمند، مطلوبیت و کارایی خاصی داشته باشد (پاردو، روسو و سنچز، ۲۰۱۷). سالمندی یک مسأله

شامل ویژگی‌های شخصی، اجتماعی و محیطی است که در سازگاری ما با خود، خدا، طبیعت و دیگران تأثیرگذار است (حسینی، علیجان‌پورآقاملکی، مهرابی، زیرکی‌دانا و دادخواه، ۱۳۹۳). سلامت معنوی در دو حوزه کاربرد بسیاری دارد که ابتدا در پیش‌گیری از اختلالات روانی (عباسیان، عباسی، گوشکی و معاریان، ۱۳۸۹) و سپس در درمان اختلالات می‌تواند یاری‌گر درمانگران باشد. در کنار تأیید مستمر این فرضیه که بسیاری از مشکلات روحی با گذر زمان به خودی خود بهبود می‌یابند، می‌توان اضافه کرد که سلامت معنوی به این جریان بهبود، سرعت و شتاب بیشتری می‌بخشد (طاهری‌خرامه، ۲۰۱۶).

جهت‌گیری مذهبی اگر وسیله‌ی یکپارچگی شخصیت ما شود و تعهدی همه‌جانبه به بار آورد و ابزاری برای دستیابی به معنا گردد، چه بسا وسواس مرگ را به «عشق به تقدیر» تغییر دهد. آلپورت رویکردی مذهبی را که با امور تجربی و فراتجربی بیامیزد و انگیزش هوشمندانه را در رفتار ما موجب شود و وحدتی را برای وجودمان به ارمغان آورد، جهت‌گیری مذهبی درونی می‌نامید (بدری‌گرگری و فرید، ۱۳۹۱). آن تصور کلیشه‌ای که جهت‌گیری مذهبی با عبوسی چهره و برخی صفات نامطلوب شخصیتی همچون تعصب همراه است یک قید منطقی دارد: آنجا که جهت‌گیری ما درونی و دارای تعهد کلی به سوی باورهای دینی است، از قضا با شادی و شادکامی مواجه هستیم (ملفت، مزیدی و ساداتی، ۲۰۱۰). امروزه اهمیت مذهب در درمان و امور بالینی اگرچه هنوز محوریت ندارد اما بسیار مورد توجه، و به عنوان پدیده‌ای شگفت‌انگیز محل پژوهش است (منشایی و امینی، ۲۰۱۳). معنویت سبک خاصی از دین باطنی است که با مذهب خاصی گره نخورده است ولی در مذهب، عمل به آداب و سنن یک دین خاص، برجسته است. بنابراین معنویت با جهت‌گیری مذهبی درونی همخوان‌تر است. پرسش اصلی آلپورت این بود که آیا برخی باورهای مذهبی خاص، به لحاظ درمانگری و پیش‌گیری نسبت به عوامل دیگر کارآمدترند؟ پژوهش‌های بعدی کسانی همچون شافر و گورساج نشان داد که در برخی چهارچوب‌های مذهبی، حتی روش‌های «حل مسئله» نیز بهبود می‌یابد (به نقل از جان‌بزرگی، ۱۳۸۶). همه ما محتاج مذهبیم و برخی از ما محتاج‌تر! شاید آن هم بخاطر آگاهی و تجربه‌ی بیشتر باشد، و چه کسی را شایسته‌تر از سالمندان می‌توان در اینجا نام برد؟

متناظر با سالمندی را در جستجوی خیر همگانی بودن و ایستادگی کردن در برابر بی‌عدالتی می‌دانست (برک، ۱۳۹۴/۲۰۰۷). ارتباط سالمندی و مرگ‌اندیشی بدیهی است ولی داستان سالمندی و وسواس مرگ چگونه است.

در سال‌های اخیر مفهوم وسواس مرگ نه فقط به مثابه پدیده‌ای به نسبت رایج در میان سالمندان، بلکه به عنوان سازه‌ی روان‌شناختی در کانون توجه است. وسواس مرگ شامل اشتغالات ذهنی، تکانه‌ها و عقایدی نشخوارگونه نسبت به مرگ می‌باشد (عبدالخالق، ۱۹۹۸). وضعیت زناشویی، نوع دینداری و مسأله بی‌ثباتی سیاسی و بسیاری از پدیده‌های به ظاهر بی‌ربط، در ایجاد وسواس مرگ مؤثر هستند (شاکیل و یوسف، ۲۰۱۵). بیشترین وحشت و هراس انسان از مرگ است و به ناچار در جستجوی تسکین آن به هر ریسمانی چنگ می‌زند (اروود، کوکس و اکاس، ۲۰۱۷). یکی از این ریسمان‌ها، طبق نظر آلپورت، جهت‌گیری مذهبی^۱ درونی است که با وسواس مرگ^۲ رابطه‌ای منفی دارد (عیسی‌زادگان، ۲۰۱۲). از عبارات رولو می‌توان برداشت کرد که علت وسواس مرگ، لزوماً شناختی نیست بلکه ناشی از کم‌جراتی انسان در مواجهه با حقیقت و پذیرش آن است. ژرف‌ترین سرچشمه‌ی فلسفه، آگاهی از این است که ما چاره‌ای جز مردن و خطا کردن نداریم (یاسپرس، ۱۳۸۳/۱۹۳۶) و زمانی که حتمیت مرگ و خطا در کنار هم قرار بگیرند، آیا در افرادی که از سلامت معنوی^۳ چندانی برخوردار نیستند، احتمال اضطراب و وسواس، قریب به یقین نخواهد بود؟!

سلامت معنوی یعنی توانایی انسان برای فراتر رفتن از خود و امور پیش پا افتاده (بهروزی، آریان‌منش، فداییان و بهروزی، ۲۰۱۴) و معنادار کردن زندگی و یافتن هدفی ارزشمند (میچلسون و همکاران، ۲۰۱۶) و مقوله‌ای است که با سبک زندگی و نحوه‌ی معیشت انسان‌ها مرتبط است. سلامت معنوی که با مجهز کردن ما به آرامش ذهنی، ما را به نوعی تعالی روحی می‌رساند عامل مهمی در بهبود کیفیت زندگی انسانی است (آندو و همکاران، ۲۰۱۰) و در جستجو کردن هنر، تفکر و ارتباط در زندگی به ما جهت می‌بخشد و به طبع از افسردگی و ناامیدی می‌کاهد (شولتز، مگدوبوک، مشیا و بارسلا، ۲۰۱۷). ابعاد سلامت معنوی

¹ religious orientation

² death obsession

³ spiritual well-being

آیا می‌توان منکر این شد که تجربه‌ی گذر زمان و پستی و بلندی‌های روزگار که سالمندان صاحب آن هستند به آنان این درس را آموخته است که ابهامات این جهان بر وضوح و روشنایی‌های آن غالب است. البته ابهام لزوماً معادل پیش‌بینی‌ناپذیری نیست (برن، هانت و چانگ، ۲۰۱۵). در مسأله‌ای همچون مرگ و از دنیا رفتن ابهامی نیست اما هیچ‌کس هم قادر به پیش‌بینی زمان آن نیست. شاید تحمل ابهام^۱ خود را بیشتر در نوع «تصمیم‌گیری» ما نشان دهد (زو^۲ و تراسی، ۲۰۱۴) بنابراین سالخورده‌ای که مدیریت و کنترل تحمل ابهام‌اش بالا است در نوع مواجهه‌اش با مرگ، تصمیم معقولانه‌ای خواهد گرفت. اینکه در تحمل ابهام به تمایل افراد در نوع تفسیر موقعیت‌های مبهم که منبعی برای خطر و ناراحتی هستند اشاره شده است (آقاجانی، نریمانی و آریاپوران، ۱۳۹۰) اینگونه نیست که لزوماً ما را به توقف و بازداری بیشتری سوق دهد (لی، هانگ و کریستینسون، ۲۰۱۷). وضعیت فراشناختی ما در تحمل ابهام بسیار دخیل است (سلمانی و حسنی، ۱۳۹۴) و البته نباید نادیده گرفت که همین فراشناخت در وسواس نیز دخیل است.

هرک (۱۹۸۷) از جمله پژوهشگرانی است که میان جهت‌گیری مذهبی درونی و تحمل - صرف‌نظر از ابهام و غیرابهام - رابطه‌ی مثبتی یافته است. پژوهش‌های رزمارین و ماهونی (۲۰۰۹) همین متغیر - جهت‌گیری مذهبی درونی - را دارای ارتباطی منفی با وسواس مرگ دانستند، البته رابطه مثبتی نیز میان جهت‌گیری مذهبی بیرونی با وسواس مرگ وجود داشت. در همین راستا مقابله‌ی مذهبی منفی در برابر آنچه سلامت وجودی ما را تهدید می‌کند و سبک دل بستگی نایمن به خدا، بیشترین سهم را در تبیین وسواس مرگ دارد (محمدزاده، ۱۳۹۴). از سوی دیگر وسواس مرگ در نسبت با قدرت تحمل ابهام، رابطه‌ی منفی معنی‌داری از خود نشان داد (لامان، ایشیدا و هاجکاک، ۲۰۱۱). دو متغیر مرگ و مذهب در حالات متفاوت‌شان در پژوهش دادفر و لاستر (۲۰۱۷) همبستگی داشتند. همانگونه که نشخوار فکری در باب مرگ، با رویکرد مذهبی اصیل سازگار نیست، تأیید شده که سلامت معنوی در ایجاد قدرت تحمل ابهام، مشارکت بالایی دارد (مک‌نالتی، لیونه و ویلسون، ۲۰۰۴) و نوعی رابطه‌ی علی و معلولی میان آنها وجود دارد. همچنین سلامت روانی رابطه‌ای منفی با جهت‌گیری

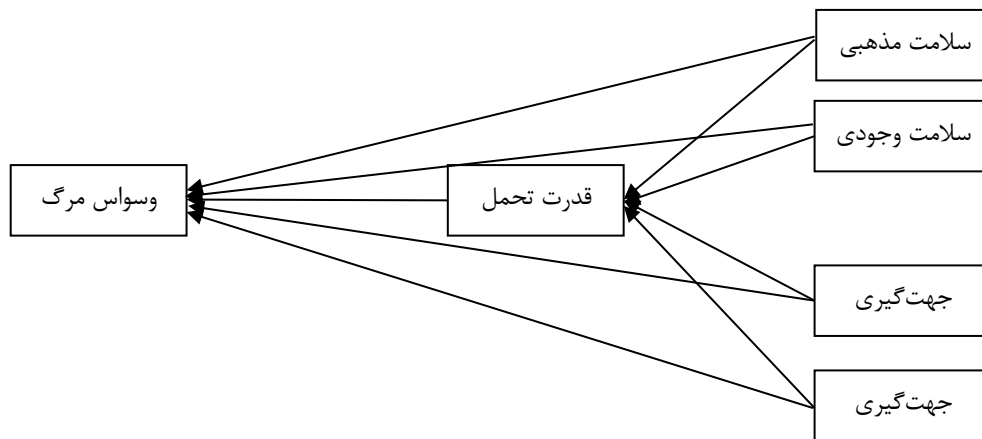
مذهبی بیرونی دارد (مرتضوی و صیدی، ۱۳۹۰) و بهزیستی روان‌شناختی رابطه‌ی مثبتی با جهت‌گیری مذهبی درونی و بخشش دارد (صدری دمیرچی، محمدی، فیاضی و افسر، ۱۳۹۶). از سوی دیگر آنجا که شرکت‌کنندگان از قدرت تحمل ابهام کمتری بهره‌مند بودند در جستجوی نشانه‌های بیشتری برای اطمینان‌گیری از سلامتی‌شان هستند (روزن، کناپر و سامت، ۲۰۰۷) و این نگرانی هم جنبه جسمی دارد و هم روانی که در ارتباط با بحث پژوهش حاضر است و می‌تواند تحمل ابهام را کمتر و کمتر بکند و بزرگ‌ترین نگرانی‌ها که در مرگ‌اندیشی متجلی است، آستانه‌ی تحمل ما را به حداقل خواهد رساند. پژوهش خضری، بحرینی، روانی‌پور و میرزایی (۱۳۹۴) در پژوهش خود رابطه بین سلامت معنوی با افسردگی و اضطراب مرگ در بیماران سرطانی شهر بوشهر را منفی گزارش کردند. طوری که هر چه سلامت معنوی بالاتر باشد افسردگی و اضطراب مرگ پایین‌تر است. محمدی زاده، عسکری‌زاده و باقری (۱۳۹۵) رابطه سلامت معنوی با اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس را مطالعه و مثبت گزارش کردند. نتایج پژوهش شریف‌نیا و همکاران (۱۳۹۶) هم از رابطه سلامت معنوی با اضطراب مرگ حکایت دارد.

نوآوری مطالعه حاضر سنجش متغیرهایی است که زنجیره‌ای نامرئی همه آنها را به یکدیگر متصل می‌کند. سلامت معنوی و جهت‌گیری مذهبی، همچون دوقلوهای ناهمسان هستند که در این مطالعه وظیفه‌شان پیش‌بینی پدیده‌ای فراگیر است: وسواس مرگ که از قضا وظیفه‌ی اصلی این دو متغیر صرف نظر از استدلال‌های این مقاله، بازیابی و بازآفرینی معنا در «مرگ» است. از دیدگاه پدیدارشناسی، بیشترین محل تلاقی مذهب و مرگ در سالمندان است. حال این سالخوردگانی که بار زندگی را تحمل کرده‌اند در سنجشی دوباره، مقدار تحمل ابهام‌شان بررسی می‌شود تا مشخص شود وسواس که قله ظهورش در نشخوار فکری است آیا توانسته از لابلای سلامت معنوی آنها عبور کند؟ و در ارتباط با جهت‌گیری مذهبی و پذیرش مرگ و مسائل حل‌نشده و حل‌ناشدنی زندگی، چه وضعیتی برای سالمندان متصور است؟ فرضیه‌های پژوهش عبارتند از اینکه (۱) بین سلامت معنوی و وسواس مرگ رابطه وجود دارد، (۲) بین جهت‌گیری مذهبی و وسواس مرگ رابطه وجود دارد، (۳) بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی و وسواس مرگ رابطه وجود دارد و (۴) قدرت تحمل ابهام

¹ tolerance of ambiguity

² Xu

بین سلامت معنوی و جهت‌گیری مذهبی با وسواس مرگ نقش میانجی دارد.



شکل ۱. مدل مفهومی روابط بین متغیرهای پژوهش

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل سالمندان ساکن شهر زنجان (و غیرساکن سرای سالمندان) می‌شد. با فرمول نمونه‌گیری کوکران و پس از اجرای آزمایشی برای به دست آوردن برآوردی از واریانس جامعه ۲۲۰ نفر تعیین شد. با توجه به احتمال ناقص پر شدن برخی پرسش‌نامه‌ها ۲۵۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شد. لازم به ذکر است به دلیل این امر که ابزار تشخیصی مبتنی بر پرسش‌نامه می‌تواند تحت تأثیر اختلال توجه، اختلال حواس و نقص ارتباطی سالمندان باشد بنابراین لازم است وجود یا عدم وجود اختلال‌های شناختی سالمندان بررسی شود تا از اعتبار پاسخ شرکت‌کنندگان اطمینان نسبی حاصل شود. بدین منظور از پرسش‌نامه مختصر وضعیت روانی^۱ که روش عملی برای درجه‌بندی شناختی است استفاده شد؛ بنابراین ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت از (۱) نمره بالای ۲۲ در آزمون وضعیت روانی، (۲) سن بالاتر از ۶۰ سال، (۳) سواد خواندن و نوشتن، و (۴) درآمد ماهیانه (حقوق یا مستمری) حداقل برای گذراندن امور زندگی بودند و ملاک‌های خروج نیز شامل عدم تکمیل یکی از پرسش‌نامه‌ها یا عدم پاسخ بیش از ۲۰ درصد سؤال‌های هر یک از پرسش‌نامه‌ها بود. از مجموع ۲۵۰ نفر شرکت‌کننده در پژوهش ۱۸۳ نفر (معادل ۷۳ درصد) مرد و ۶۷ نفر (معادل ۲۷ درصد) زن بودند. در سطح تحصیلات ۳۱ نفر (معادل ۱۲ درصد) در سطح خواندن و نوشتن، ۵۰ نفر (معادل ۲۰ درصد) سیکل و زیر

دیپلم، ۶۸ نفر (معادل ۲۷ درصد) دیپلم، ۷۵ نفر (معادل ۳۰ درصد) فوق دیپلم و ۲۶ نفر (معادل ۱۱ درصد) دارای سطح تحصیلی کارشناسی بودند.

ابزار

پرسش‌نامه مختصر وضعیت روانی. این پرسش‌نامه که توسط فولستین، فولستین و مک هوگ (۱۹۷۵) ساخته شد از متداول‌ترین ابزار غربالگری اختلالات شناختی است و حوزه‌های شناختی که در آن مورد ارزیابی قرار می‌گیرند عبارتند از جهت‌یابی (۱۰ سؤال)، ثبت کلمات (۳ سؤال)، توجه و محاسبه (۵ سؤال)، حافظه نزدیک (۳ سؤال) عملکردهای مختلف زبانی (۳ سؤال) و تفکر دیداری-فضایی (۶ سؤال). این پرسش‌نامه دارای ۳۰ سؤال و کل امتیاز حاصل از آن، ۳۰ نمره است که نمره کمتر از ۲۳ به احتمال وجود اختلال شناختی (اختلال شناختی شدید = صفر-۱۷، اختلال شناختی خفیف یا متوسط = ۱۸-۲۳، نرمال = ۲۴-۳۰) اشاره می‌کند. اعتبار این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۱ حاصل شد.

پرسش‌نامه سلامت معنوی. پرسش‌نامه سلامت معنوی توسط پولوتزین و ایسون (۱۹۸۲) طراحی شد. این پرسش‌نامه ۲۰ گویه‌ای است که پاسخ‌های آن بر طبق مقیاس لیکرت ۴ گزینه‌ای (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) است. نمره سلامت معنوی بین ۱۲۰-۲۰ است. نمره کل به صورت زیر دسته‌بندی می‌شود: سلامت معنوی در حد پایین (۲۰-۴۰)، سلامت معنوی در حد متوسط (۴۱-۹۹) و سلامت معنوی در حد بالا (۱۰۰-۱۲۰). این

^۱ mini-mental state examination

بیرونی است و ۹ جمله‌اش با جهت‌گیری مذهبی درونی مرتبط است. شرکت‌کننده‌ها به هر یک از سؤالات روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای (از عدم توافق کامل) تا (توافق کامل) پاسخ می‌دهند. این پرسش‌نامه در نمونه‌های ایرانی و با آلفای کرونباخ ۰/۷۱ گزارش شده است و پایایی بازآزمایی آن ۷۴٪ گزارش شد. این پرسش‌نامه محدودیت زمانی ندارد و به صورت گروهی اجرا می‌شود (یاسمی‌نژاد، گل‌محمدیان و فعلی، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر اعتبار این ابزار به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۸ به دست آمد.

روش اجرا

پس از آماده‌سازی پرسش‌نامه‌ها به شرکت‌کنندگان پژوهش در موقعیت‌های مختلف اجتماعی و مکان‌های عمومی از جمله پارک‌ها و مساجد مراجعه شد و پس از ارتباط‌گیری با شرکت‌کنندگان و ارائه راهنمایی لازم، از آنها خواسته شد به مجموعه پرسش‌نامه‌های پژوهش به صورت مداد-کاغذی پاسخ دهند. به شرکت‌کنندگان درباره حفظ حریم و مشخصات آنها اطمینان داده شد. پژوهش به صورت بی‌نام انجام شد تا گمنامی شرکت‌کنندگان تضمین شود. همچنین جهت بهبود مطالعه سالمندان پرسش‌نامه خوانا و درشت تهیه شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش توصیفی از شاخص‌های میانگین، انحراف استاندارد، مقادیر بیشینه و کمینه و در استنباطی ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون چندگانه همزمان برای پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی سالمندان و برای تجزیه و تحلیل از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد.

یافته‌ها

در بخش یافته‌ها ابتدا اطلاعات توصیفی متغیرها از جمله میانگین و انحراف معیار در جدول ۲ گزارش شده است. در قسمت استنباطی پس از گزارش ضرایب همبستگی در جدول ۳ برای آزمون نقش میانجی سرسختی روان‌شناختی در رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت معنوی از روش و مراحل پیشنهادی بارون و کنی (۱۹۸۶) به روش رگرسیون استفاده شد. مراحل اجرای این روش به این ترتیب است که در مرحله اول، رگرسیون وسواس مرگ روی جهت‌گیری مذهبی و سلامت معنوی بررسی شد. در مرحله دوم، رگرسیون سرسختی روان‌شناختی بر روی جهت‌گیری مذهبی و سلامت معنوی بررسی شد و در مرحله سوم، رگرسیون وسواس مرگ بر جهت‌گیری مذهبی، سلامت معنوی و سرسختی روان‌شناختی محاسبه

پرسش‌نامه در مطالعات گوناگون در داخل و خارج از ایران استفاده شده و پایایی و روایی آن نیز تأیید شده است؛ برای مثل پولوتزین و الیسون (۱۹۸۲) آن را معتبر دانسته و ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۹۳ گزارش کردند. در مطالعات اله‌بخشیان، جعفرپور علوی، پرویزی و حقانی (۱۳۸۹) و رضایی، سید فاطمی و حسینی (۱۳۸۷) روایی این پرسش‌نامه پس از ترجمه به فارسی از طریق روایی محتوایی تأیید شده؛ همچنین پایایی این پرسش‌نامه در این دو پژوهش از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شده است. در بررسی دهشیری، سهرابی، جعفری و نجفی (۱۳۸۷) ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۰ و با روش بازآزمایی ۰/۸۵ گزارش شد. در پژوهش حاضر برای محاسبه پایایی این پرسش‌نامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن برابر ۰/۷ به دست آمد.

پرسش‌نامه تحمل ابهام. مقیاس پرسش‌نامه قدرت تحمل ابهام توسط مک‌لین (۱۹۹۳) ساخته شد و دارای ۲۲ ماده است. شرکت‌کننده به هر یک از سؤالات روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای (از کاملاً موافق) تا (کاملاً مخالف) پاسخ می‌دهد و اعتبار و پایایی بالای ۰/۶ گزارش شده است (به نقل از آقاجانی و همکاران، ۱۳۹۰). نمرات بالا بیانگر قدرت تحمل ابهام پایین است. برای نمونه‌های ایرانی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش شده است (نریمانی، ملک‌شاهی‌فر و محمودی، ۱۳۸۸). در پژوهش حاضر اعتبار این ابزار به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

پرسش‌نامه وسواس مرگ. مقیاس وسواس مرگ عبدالخالق (۱۹۹۸) شامل ۱۵ گویه است و شرکت‌کننده به هر یک از سؤالات روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای از هرگز تا خیلی زیاد پاسخ می‌دهد و طیف نمرات بین ۷۵-۱۵ است و دارای سه زیرمقیاس می‌باشد که عبارت از نشخوار فکری درباره‌ی مرگ، چیرگی و غلبه‌ی مرگ، و باورهای تکراری درباره‌ی مرگ هستند. اعتبار و روایی این ابزار در نمونه‌های ایرانی مشابه همان است که توسط سازنده اصلی عبدالخالق (کشور مصر) صورت گرفته است و از آلفای کرونباخ ۰/۹ برخوردار است (عیسی‌زادگان، ۲۰۱۲). در پژوهش حاضر اعتبار این ابزار به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمد.

پرسش‌نامه جهت‌گیری مذهبی. این مقیاس دارای ۲۰ گویه است که جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی را می‌سنجد. ۱۲ عبارت آن مرتبط با جهت‌گیری مذهبی

شد. در جدول ۱ اطلاعات توصیفی برای متغیرهای پژوهش گزارش شده است. این اطلاعات شامل

جدول ۱

اطلاعات توصیفی برای متغیرهای پژوهش

متغیر	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار
سلامت معنوی				
سلامت مذهبی	۱۷	۶۰	۴۶/۲۱	۸/۰۴
سلامت وجودی	۱۸	۵۸	۴۲/۱۵	۹/۶۳
جهت‌گیری مذهبی				
درونی	۹	۳۵	۲۹/۰۵	۵/۹۴
بیرونی	۱۳	۴۳	۲۵/۴۵	۵/۱۲
قدرت تحمل ابهام	۱۲	۷۸	۵۱/۷۸	۹/۱۹
وسواس مرگ	۲۵	۵۰	۳۵/۶۸	۶/۷۱

جدول ۲

همبستگی وسواس مرگ، جهت‌گیری مذهبی، سلامت معنوی و قدرت تحمل ابهام

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
۱. سلامت مذهبی	-				
۲. سلامت وجودی	۰/۶۵**	-			
۳. جهت‌گیری مذهبی درونی	۰/۳۹**	۰/۴۲**	-		
۴. جهت‌گیری مذهبی بیرونی	-۰/۰۹	-۰/۱۴*	۰/۰۸	-	
۵. قدرت تحمل ابهام	۰/۳۵**	۰/۲۹**	۰/۱۵*	-۰/۱۸*	-
۶. وسواس مرگ	-۰/۴۱**	-۰/۳۷**	-۰/۲۸**	۰/۱۵*	-۰/۲۴**

** $P < 0.01$, * $P < 0.05$

درباره اثر میانجی‌گری یک متغیر بین دو متغیر باید چهار شرط وجود داشته باشد. (۱) ارتباط معنی‌دار بین متغیر مستقل با متغیر وابسته، (۲) ارتباط معنی‌دار بین متغیر میانجی‌گر با متغیر وابسته، وقتی که متغیر مستقل و میانجی‌گر به طور همزمان برای پیش‌بینی متغیر وابسته در معادله رگرسیون وارد شده باشند و (۳) اگر متغیر واسطه‌گر به طور کامل رابطه بین متغیر مستقل با متغیر وابسته را تبیین کند، ارتباط بین متغیر مستقل با متغیر وابسته به صفر تقلیل می‌یابد و اگر نقش واسطه‌ای جزئی داشته باشد مقدار ضریب آن کاهش می‌یابد. نتایج در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۲ نتایج ضرایب همبستگی پیرسون را برای رابطه بین دو به دو متغیرها ارائه می‌دهد. دو بعد سلامت معنوی (سلامت مذهبی و وجودی) و دو سبک جهت‌گیری مذهبی (درونی و بیرونی) دارای رابطه معنی‌داری با عمل به باورهای دینی هستند. بیشترین رابطه را سلامت مذهبی با ضریب -0.41 با وسواس مرگ دارد. تنها ضریب همبستگی مثبت در جدول بالا به رابطه بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی با وسواس مرگ با 0.15 مربوط است. به منظور بررسی نقش میانجی‌گری قدرت تحمل ابهام در رابطه بین ابعاد سلامت معنوی و جهت‌گیری مذهبی با وسواس مرگ از روش و مراحل پیشنهادی بارون و کنی (۱۹۸۶) به روش رگرسیون استفاده شد. برای نتیجه‌گیری

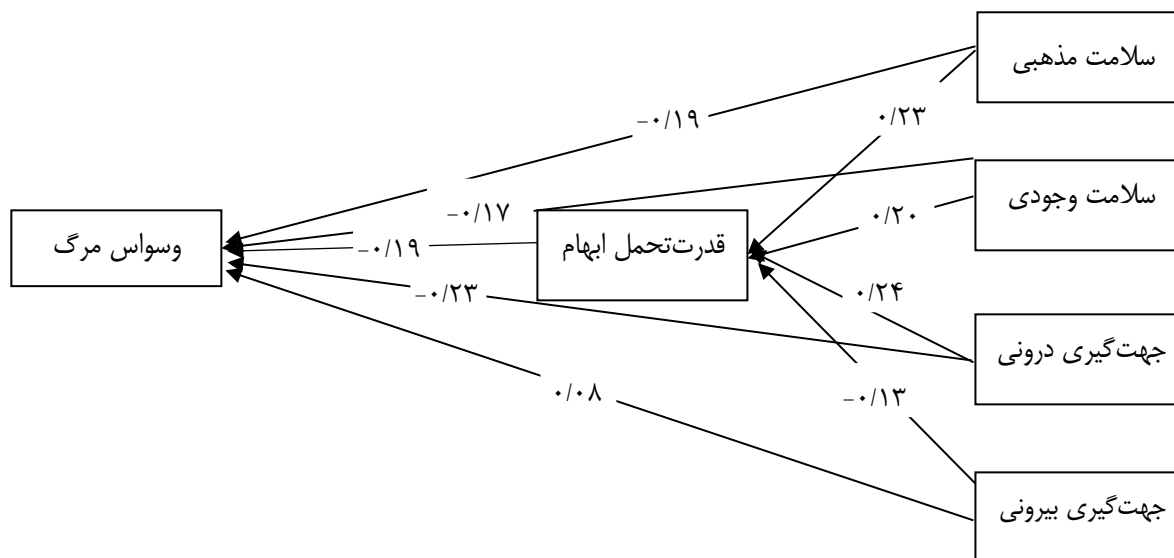
جدول ۳

مرحله	متغیرهای پیش‌بین	متغیرملاک	F	R	R ²	B	t
اول	سلامت مذهبی	وسواس مرگ	۳۴/۲۵**	۰/۴۵	۰/۲۰	۰/۲۸**	۵/۳۰
	سلامت وجودی					۰/۲۱**	۳/۷۲
	جهت‌گیری مذهبی درونی					۰/۲۷**	۵/۲۴
دوم	جهت‌گیری مذهبی بیرونی	قدرت تحمل ابهام	۲۳/۹۳**	۰/۳۷	۰/۱۴	۰/۱۶*	۳/۰۲
	سلامت مذهبی					۰/۲۳**	۲/۷۷
	سلامت وجودی					۰/۲۰**	۳/۷۰
سوم	جهت‌گیری مذهبی بیرونی	وسواس مرگ	۳۳/۲۳**	۰/۶۰	۰/۳۶	۰/۲۴**	۴/۳۹
	سلامت مذهبی					۰/۱۹**	۳/۳۵
	سلامت وجودی					۰/۱۷**	۳/۱۰
	جهت‌گیری مذهبی بیرونی					۰/۰۸	۱/۷۸
	قدرت تحمل ابهام					۰/۱۹**	۳/۶۲

**P<۰/۰۱، *P<۰/۰۵

معنی‌دار بود. در مرحله سوم و در جهت ارزیابی شرط سوم، ضرایب رگرسیون وسواس مرگ بر روی دو بعد سلامت معنوی، یعنی سلامت مذهبی ($\beta = -0.19$) و سلامت وجودی ($\beta = -0.17$) و جهت‌گیری مذهبی درونی ($\beta = -0.23$) و قدرت تحمل ابهام ($\beta = -0.19$) ضرایب استاندارد معنی‌دار بود. برای نتیجه‌گیری درباره اثر میانجی‌قدرت تحمل ابهام بین سلامت معنوی و جهت‌گیری مذهبی با وسواس مرگ برقراری شرط چهارم ضروری است. ضرایب سلامت معنوی و جهت‌گیری مذهبی در مرحله سوم نسبت به مرحله اول کاهش چشم‌گیری را نشان می‌دهد.

طبق جدول ۳، در مرحله اول مشخص شد که هر چهار متغیر سلامت مذهبی ($\beta = -0.28$)، سلامت وجودی ($\beta = -0.21$)، جهت‌گیری مذهبی درونی ($\beta = -0.27$) و جهت‌گیری مذهبی بیرونی ($\beta = 0.16$) نقش معنی‌داری در پیش‌بینی وسواس مرگ دارند. در مرحله دوم و به منظور تأمین شرط دوم اثر دو بعد سلامت معنوی و جهت‌گیری مذهبی بر قدرت تحمل ابهام بررسی شد. در رگرسیون قدرت تحمل ابهام، سلامت مذهبی ($\beta = 0.23$)، سلامت وجودی ($\beta = 0.20$)، جهت‌گیری مذهبی درونی ($\beta = 0.24$) و جهت‌گیری مذهبی بیرونی ($\beta = 0.13$) ضرایب استاندارد



شکل ۲. مدل نهایی روابط بین وسواس مرگ بر روی جهت‌گیری مذهبی و سلامت معنوی با میانجی‌گری قدرت تحمل ابهام

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه‌ی بین سلامت معنوی و جهت‌گیری مذهبی با وسواس مرگ در سالمندان با میانجی‌گری قدرت تحمل ابهام بود. برای این منظور به ۲۵۰ نفر از سالمندان مراجعه شد. نتایج با استفاده از رویکرد بارون و کنی (۱۹۸۶) نقش میانجی قدرت تحمل ابهام را بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت معنوی تأیید کرد. همچنین نتایج پژوهش نقش مؤلفه‌های سلامت معنوی (سلامت مذهبی و سلامت وجودی) و جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی را هم بر قدرت تحمل ابهام و هم بر وسواس مرگ تأیید کردند. بین سلامت معنوی و وسواس مرگ رابطه وجود دارد، بین جهت‌گیری مذهبی و وسواس مرگ رابطه وجود دارد، بین جهت‌گیری مذهبی و وسواس مرگ رابطه وجود دارد و قدرت تحمل ابهام بین سلامت معنوی و جهت‌گیری مذهبی با وسواس مرگ نقش میانجی دارد.

از یافته‌های این پژوهش رابطه منفی ابعاد سلامت معنوی (سلامت مذهبی و سلامت وجودی) با وسواس مرگ بود. این یافته منجر به تأیید فرضیه اول شد. این یافته با نتایج پژوهش خضری و همکاران (۱۳۹۴)، محمدی‌زاده، عسکری‌زاده و قاسمی (۱۳۹۵)، شریف‌نیا و همکاران (۱۳۹۶) که سلامت معنوی را با اضطراب مرگ همبسته گزارش کرده بودند همسو است. در تبیین این یافته همان‌طور که آندو و همکاران (۲۰۱۰) بیان داشته‌اند سلامت معنوی با تجهیز انسان به آرامش ذهنی، نوعی تعالی روحی ایجاد می‌کند که این عامل مهمی در بهبود کیفیت زندگی انسانی است. همچنین طبق گفته شولتز و همکاران (۲۰۱۷) سلامت روانی به انسان در جستجو کردن هنر، تفکر و ارتباط در زندگی جهت می‌دهد و پیامد این کاهش افسردگی و ناامیدی است. سلامت معنوی با اثرگذاری بر ویژگی‌ها و ادراک‌های شخصی، سازگاری فرد با خود، خدا، طبیعت و دیگران تأثیرگذار است (حسینی و همکاران، ۱۳۹۳) و نتیجه این سازگاری کاهش وسواس در سالمندان است. از طرفی پدیده مرگ و ویژگی‌های مختلف منتج از آن با معنویت آمیخته است. سلامت معنوی سازه‌ای است که به طور مستقیم از معنویت برخاسته است و بنابراین با غنی‌سازی معنوی زندگی سالمندان منجر به کاهش وسواس مرگ می‌شود.

یافته دیگر این پژوهش ارتباط جهت‌گیری مذهبی با وسواس مرگ است که منجر به تأیید فرضیه دوم پژوهش شد. طبق نتایج پژوهش، جهت‌گیری مذهبی درونی با وسواس مرگ رابطه‌ی معنی‌دار منفی دارد، اما در جهت‌گیری مذهبی بیرونی چنین رابطه‌ی معنی‌داری مشاهده نشد. این یافته با پژوهش‌های رزمارین و ماهونی (۲۰۰۹) و عیسی‌زادگان (۲۰۱۲) هماهنگی داشت. اگر چه برخی پژوهشگران در درستی مطلق این داده‌ها مردد هستند (ضیاءپور، دوستی و عباسی، ۲۰۱۴)، اما نباید یافته‌های فراتحلیلی را دست کم گرفت که میان مرگ و متعلقات روان‌شناختی آن با مذهب با تمام حالات متفاوت‌اش همبستگی‌هایی را یافته‌اند (دادفر و لستر، ۲۰۱۷). پژوهش درباره‌ی نسبت مرگ و مذهب، میان بیماران بسیار است (صالحی، زهابی، زهابی و محمودی، ۲۰۱۷) اما یافته‌های این پژوهش با و برای افراد سالم است. در تبیین این یافته‌ها باید گفت ابتدایی‌ترین پرسش‌های مذهبی، سوالاتی درباب مرگ و تنهایی که نمود اصلی آن هم در مرگ است بوده، و هر چه دین‌ورزی ما از مصلحت‌اندیشی و معیشت‌اندیشی دورتر باشد و سرچشمه‌اش درونی‌تر گردد، جای وسواس را ایمان و پذیرش (هردینگ، فالنلی، ویور و کوستا، ۲۰۰۵) خواهد گرفت و همانگونه که یافته‌ها این پژوهش نشان داد از وسواس مرگ خواهد کاست.

در پژوهش حاضر بین قدرت تحمل ابهام و وسواس مرگ نیز رابطه منفی معنی‌داری گزارش شد. این یافته‌ها با پژوهش‌های مرتبطی همچون لامان و همکاران (۲۰۱۱) موافق و همسو است، چون اگر مرگ و جهان بعد از آن، و افکار تکراری مربوط به وعده‌ها و وعیدها -پاداش‌ها و تنبیه‌های- پس از آن که بیشترین تأخیر را نسبت به زمان حال دارد، ملاحظه کنیم، بیشترین عدم تحمل را از خود نشان خواهیم داد. یافته این پژوهش از جنبه‌های دیگری هم مورد تأیید قرار گرفته، آنجا که عدم تحمل ابهام، وجه مشترک و هسته‌ی مرکزی اضطراب‌ها و وسواس‌ها است (عاقلی، حسن‌زاده و قاسمانی، ۲۰۱۳) چه رسد به مرگ و وسواس آن که ناشی از مبهم‌ترین حادثه این جهان یعنی «فنا» است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که اگر نشخوار، قلب وسواس باشد و فرایندی شناختی به حساب آید (اندرسون، ۲۰۱۳) عدم تحمل ابهام، که در جستجوی

منابع

آقاجانی، س.، نریمانی، م.، و آریاپوران، س. (۱۳۹۰). مقایسه‌ی کمال‌گرایی و تحمل ابهام در دانش‌آموزان دختر تیزهوش و عادی. *فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی*، ۱۱(۱)، ۸۳-۹۰.

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

بدری‌گرگی، ر.، و فرید، ا. (۱۳۹۱). رابطه‌ی بین جهت‌گیری مذهبی درونی و رفتارهای سلامت جسمی، روانی و معنوی و نقش واسطه‌ای ارزیابی چالش برانگیز بودن. *مجله راهبرد فرهنگ*، ۱(۲۰)، ۸۲-۶۷.

برک، ل. (۱۳۹۴). *روان‌شناسی رشد (از لقاح تا کودکی)* (ترجمه ی. سیدمحمدی). تهران: نشر ارسباران. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۷)

جان‌بزرگی، م. (۱۳۸۶). جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان. *مجله پژوهشی دانشکده پزشکی شهید بهشتی*، ۳۱(۴)، ۳۵۵-۳۵۰.

حسینی، ر.، علیجان‌پورآقاملکی، م.، مهرابی، ط.، زیرکی‌دانا، ا.، و دادخواه، ع. (۱۳۹۳). ارتباط بعد وجودی سلامت معنوی با کیفیت زندگی در زنان نابارور. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۶(۳)، ۶۰-۵۳.

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

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

رضایی، م.، سیدفاطمی، ن.، و حسینی، ف. (۱۳۸۷). سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)*، ۱۳(۳)، ۲۱-۱۶.

سلمانی، ب.، و حسینی، ج. (۱۳۹۵). نقش عدم تحمل ابهام و باورهای فراشناختی مثبت در اختلال‌های وسواس فکری-عملی و افسردگی اساسی. *مجله علمی علوم پزشکی رازی*، ۲۳(۱۴۲)، ۷۲-۶۴.

شریف‌نیا، ح.، سلیمانی، م.، عبادی، ع.، تقی‌پور، ب.، زراعتگر، ل.، و شهیدی، س. (۱۳۹۶). ارتباط بین هوش معنوی و سلامت معنوی با اضطراب مرگ در جانبازان ایرانی. *مجله طب نظامی*، ۱۹(۴)، ۳۴۳-۳۳۶.

شناختی سراسر است و با مسیری مشخص است، همیشه با وسواس -چه رسد به وسواس مرگ- همسایه خواهد شد. رابطه معنی‌دار قدرت تحمل ابهام با پیش‌آیندهای سلامت معنوی و جهت‌گیری مذهبی و پس‌آیند وسواس مرگ نقش میانجی آن را در مدل پژوهش تأیید کرد که باعث تأیید فرضیه سوم پژوهش شد. درباره نقش میانجی قدرت تحمل ابهام بین سلامت معنوی و وسواس مرگ می‌توان گفت که اگر مفهوم «مرکز کنترل درونی» لوینسون (هوساک، ۱۹۹۰) را مدنظر قرار دهیم، عبور از سلامت معنوی به کاهش وسواس مرگ، چندان سخت نخواهد بود. البته نباید اهمیت سلامت معنوی را در تخفیف مشکلات ناشی از عدم یقین (مکنالتی و همکاران، ۲۰۰۴) نادیده گرفت که باعث کاهش وسواس مرگ خواهد شد. اما درباره نقش میانجی قدرت تحمل ابهام بین جهت‌گیری مذهبی و وسواس مرگ می‌توان گفت که جهت‌گیری مذهبی درونی با تحمل ارتباط مثبتی دارد (هرک، ۱۹۸۷) و اگر در فهم معنای جهت‌گیری مذهبی به پیامدهای انسانی باورها نه آنچه می‌گویند یا در ذهن‌شان نهفته است اهمیت بیشتری بدهیم (سافارا و باتیا، ۲۰۰۸) پذیرش افکار و رفتارهای مبهم دیگران، راحت‌تر خواهد بود. در نهایت نباید تعجب کرد که انسان مذهبی که عاشق قوانین جهان است، چون آفریده‌ی خدا است به واسطه‌ی تحمل ابهام که خدای او هم در تمام کتب مقدسه فرموده که بسیاری از حقایق و حکمت‌ها به راحتی برای انسان‌های عادی آشکار نمی‌شود از وسواس مرگ که به نوعی دلمشغولی به ساخته‌ها و آفریده‌های ذهنی و شخصی است رها خواهد شد.

مهمترین محدودیت این پژوهش روش نمونه‌گیری آن بود. بر حسب موضوع پژوهش امکان استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی نبود و به ناچار از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. همچنین محدود شدن نمونه پژوهش به سالمندان بالای ۶۵ سال امکان مقایسه مدل پژوهش را در گروه‌های سنی مختلف را از بین می‌برد. به پژوهشگران علاقمند به پژوهش در این حوزه پیشنهاد می‌شود موضوع حاضر را در نمونه‌های مختلف مطالعه کنند تا تعمیم‌پذیری مدل حاضر بررسی شود. همچنین به دست‌اندرکاران و برنامه‌ریزان حوزه سالمندی توصیه می‌شود جهت مشاوره و درمان مؤثر پدیده مهم وسواس مرگ در سالمندان می‌توانند در سلامت معنوی و جهت‌گیری مذهبی مداخله کنند.

- Anderson, N. L. (2013). *Avoidance and intolerance of uncertainty: precipitants of rumination and depression* (Doctoral dissertation). Kent State University.
- Ando, M., Morita, T., Miyashita, M., Sanjo, M., Kira, H., & Shima, Y. (2010). Effects of bereavement life review on spiritual well-being and depression. *Journal of Pain and Symptom Management, 40*(3), 453-459.
- Apouey, B. H. (2018). Preparation for old age in France: The roles of preferences and expectations. *The Journal of the Economics of Ageing, 12*, 15-23
- Arrowood, R. B., Cox, C. R., & Ekas, N. V. (2017). Mortality salience increases death-thought accessibility and worldview defense among high Broad Autism Phenotype (BAP) individuals. *Personality and Individual Differences, 113*, 88-95.
- Baron, R. M., and Kenny, D. A. (1986), Moderator-Mediator Variables Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Consider actions. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*(6), 1173-1182.
- Behroozi, M., Manesh, M. A., Fadaiyan, B., & Behroozi, S. (2014). Investigation of relationship among creativity, spiritual intelligence, perfectionism and mental health of Bushehr artists. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 143*, 399-403.
- Byrne, S. P., Hunt, C. J., & Chang, B. P. (2015). Comparing the roles of ambiguity and unpredictability in intolerance of uncertainty. *Behavior Change, 32*(1), 26-34.
- Canuto, A., Weber, K., Baertschi, M., Andreas, S., Volkert, J., Dehoust, M. C., ... & Crawford, M. J. (2017). Anxiety Disorders in Old Age: Psychiatric Comorbidities, Quality of Life, and Prevalence According to Age, Gender, and Country. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 26*(2), 174-185.
- Dadfar, M., & Lester, D. (2017). Religiously, Spirituality and death anxiety. *Autism Journal of Psychiatry and Behavioral Science, 4*(1), 1-5.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental state a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research, 12*(3), 189-98.
- صدری دمیرچی، ا.، محمدی، ن.، فیاضی، م.، و افسر، ا. (۱۳۹۶). بررسی رابطه بهزیستی روان‌شناختی با جهت‌گیری مذهبی و بخشش در دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی. *مجله پژوهش در دین و سلامت، ۳*(۲)، ۳۰-۲۰.
- عباسیان، ل.، عباسی، م.، شمسی‌گوشکی، ا.، و معماریانی، ز. (۱۳۸۹). بررسی جایگاه علمی سلامت معنوی و نقش آن در پیش‌گیری از بیماری‌ها: یک مطالعه‌ی مقدماتی. *فصلنامه اخلاق پزشکی، ۴*(۱۴)، ۱۰۴-۸۳.
- محمدزاده، ع. (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین وسواس مرگ با روش‌های مقابله مذهبی، عمل به باورهای دینی و سبک‌های دل‌بستگی به خدا. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۲۱*(۳)، ۲۳۳-۲۳۶.
- محمدی‌زاده، ع.، عسکری‌زاده، ق.، و باقری، م. (۱۳۹۵). رابطه سلامت معنوی با اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس. *دین و سلامت، ۴*(۲)، ۲۸-۲۰.
- مرتضوی، خ.، و صیدی، ز. (۱۳۹۰). رابطه بین جهت‌گیری مذهبی با شادکامی و سلامت روان در دانشجویان. *فصلنامه نسیم تندرستی، ۵*(۳)، ۶۸-۶۵.
- می، ر. (۱۳۹۲). *انسان در جستجوی خویشتن* (ترجمه ث. سید مهدی) تهران: نشر دانژه. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۱۹۶۷)
- نیرمانی، م.، ملک‌شاهی‌فر، م.، و محمودی، ن. (۱۳۸۸). بررسی مهارت‌های مقابله‌ای و تحمل ابهام در دانش‌آموزان دختر گوشه‌گیر. *مجله‌ی پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۹*(۱)، ۶۲-۵۵.
- یاسپرس، ک. (۱۳۸۳). *نیچه، درآمدی بر فهم فلسفه‌ورزی او* (ترجمه س. جمادی)، تهران: نشر ققنوس. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۱۹۳۶)
- یاسمی‌نژاد، پ.، گل‌محمدیان، م.، و فعلی، ب. (۱۳۹۰). بررسی رابطه‌ی جهت‌گیری مذهبی و سرسختی روان‌شناختی در دانشجویان. *مجله‌ی پژوهش در مسائل تعلیم و تربیت اسلامی، ۱۹*(۱۲)، ۱۳۷-۱۱۹.
- Abdel-Khalek, A. M. (1998). The structure and measurement of death obsession. *Personality and Individual Differences, 24*(2), 159-165.
- Agheli, F., Hasanzadeh, R., & Ghasemian, D. (2013). Compare of intolerance of uncertainty among obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and healthy subjects. *Journal of Novel Applied Sciences, 2*(2), 896-899.

- Harding, S. R., Flannelly, K. J., Weaver, A. J., & Costa, K. G. (2005). The influence of religion on death anxiety and death acceptance. *Mental Health, Religion & Culture*, 8(4), 253-261.
- Harris, M. A., Cox, S. R., Brett, C. E., Deary, I. J., & MacLulich, A. M. (2017). Cognitive ability across the life course and cortisol levels in older age. *Neurobiology of Aging*, 59, 64-71.
- Herek, G. M. (1987). Religious orientation and prejudice: A comparison of racial and sexual attitudes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 13(1), 34-44.
- Hossack, R. C. (1990). *Ego identity status, locus of control, and tolerance of ambiguity in late adolescent youth in religious and secular academic settings* (doctoral dissertation). University of Manitoba, Winnipeg.
- Issazadegan, A. (2012). Religiosity orientations and personality traits with death obsession. *International Journal of Psychological Studies*, 4(1), 150.
- Kotradyova, K. (2016). The psychosocial aspects of the genesis of depression in old age and the possibilities of using group psychotherapy. *Kontakt*, 18, 194-202.
- Li, Q., Huang, Z., & Christianson, K. (2017). Ambiguity tolerance and advertising effectiveness. *Annals of Tourism Research*, 63, 216-222.
- Luhmann, C. C., Ishida, K., & Hajcak, G. (2011). Intolerance of uncertainty and decisions about delayed, probabilistic rewards. *Behavior Therapy*, 42(3), 378-386.
- Manshaee, G., & Amini, K. (2013). The relationship between spirituality with emphasis on religious orientation and psychosomatic disorders (asthma, migraine and blood pressure). *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 84, 1260-1264.
- McNulty, K., Livneh, H., & Wilson, L. M. (2004). Perceived uncertainty, spiritual well-being, and psychosocial adaptation in individuals with multiple sclerosis. *Rehabilitation Psychology*, 49(2), 91-110.
- Michaelson, V., Brooks, F., Jirásek, I., Inchley, J., Whitehead, R., King, N., ... & Pickett, W. (2016). Developmental patterns of adolescent spiritual health in six countries. *SSM-population health*, 2, 294-303.
- Moltafet, G., Mazidi, M., & Sadati, S. (2010). Personality traits, religious orientation and happiness. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 9, 63-69.
- Paloutzian R, Ellison C. (1982). Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In: Peplau D, Perlman D. *Loneliness: A Sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: John Wiley and Sons (p. 224-35).
- Pardo, M. Á. D. J., Russo, M. T., & Sánchez, M. V. R. (2017). A hermeneutic phenomenological explorations of living in old age. *Geriatric Nursing*, 39(1), 9-17.
- Rosen, N. O., Knäuper, B., & Sammut, J. (2007). Do individual differences in intolerance of uncertainty affect health monitoring? *Psychology and Health*, 22(4), 413-443.
- Rosmarin, D. H., Pargament, K. I., & Mahoney, A. (2009). The role of religiousness in anxiety, depression, and happiness in a Jewish community sample: A preliminary investigation. *Mental Health, Religion and Culture*, 12(2), 97-113.
- Safara, M., & Bhatia, M. S. (2008). Relationship of Religious Beliefs with Anxiety and Depression. *Delhi Psychiatry Journal*, 11(2), 177-9.
- Salehi, F., Zahabi, S., Zahabi, S., & Mahmoudi, S. (2017). The relationship between religious orientation and death anxiety in patients with breast cancer. *Health, Spirituality and Medical Ethics*, 4(1), 22-27.
- Schultz, M., Megeed-Book, T., Mashiach, T., & Bar-Sela, G. (2017). Distinguishing between spiritual distress, general distress, spiritual well-being, and spiritual pain among cancer patients during oncology treatment. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(1), 66-73.
- Shakil, Z., & Yousaf, T. (2015). Gender Differences in Death Obsession. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 185, 146-150.
- Taheri-Kharameh, Z. (2016). The relationship between spiritual well-being and stress coping strategies in hemodialysis patients. *Health, Spirituality and Medical Ethics*, 3(4), 24-28.
- Xu, H., & Tracey, T. J. (2014). The role of ambiguity tolerance in career decision

- making. *Journal of Vocational Behavior*, 85(1), 18-26.
- Ziapour, S. S., Dusti, Y., & AbbasiAsfajir, A. (2014). Correlation between religious orientation and death anxiety. *Journal of Psychology & Behavioral Studies*, 2(1), 20-29.