

## نقش متمایزکننده معنویت و حمایت اجتماعی در سلامت روان و اضطراب مرگ سالمندان

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۶/۱۰ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۳/۰۴

سمیرا حبیب‌اللهی<sup>۱</sup>

شکوه السادات بنی‌جمالی<sup>\*۲</sup>

شیدا سوداگر<sup>۳</sup>

ناصر صبحی قراملکی<sup>۴</sup>

### چکیده

**مقدمه:** رابطه معنویت و حمایت اجتماعی با سلامت روان و اضطراب مرگ سالمندان به مطالعه بیشتری نیاز دارد. از این‌رو، هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه بین معنویت و حمایت اجتماعی با سلامت روان و اضطراب مرگ در سالمندان بود.

**روش:** روش این پژوهش همبستگی بود و ۳۵۰ سالمند ساکن شهر تهران، پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. ابزارهای مورد استفاده عبارت بودند از: پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ)، مقیاس اضطراب مرگ تمپلر، پرسشنامه معنویت پارسیان و دونینگ و پرسشنامه حمایت اجتماعی فیلیپس. داده‌های به‌دست آمده با استفاده از تحلیل همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** رابطه بین سلامت روان و اضطراب مرگ با معنویت و حمایت اجتماعی معنادار بود. معنویت قادر به پیش‌بینی معنادار سلامت روان ( $\beta = 0/406, P < 0/001$ ) و اضطراب مرگ ( $\beta = -0/233, P < 0/001$ ) بود. همچنین حمایت اجتماعی توانست سلامت روان ( $\beta = -0/349, P < 0/001$ ) و اضطراب مرگ ( $\beta = 0/286, P < 0/001$ ) را پیش‌بینی کند.

**نتیجه‌گیری:** این یافته‌ها اهمیت معنویت و حمایت اجتماعی را به‌عنوان عوامل پیشگیری‌کننده مربوط به مشکلات سلامت روان و اضطراب مرگ سالمندان آشکار می‌سازد. **واژه‌های کلیدی:** معنویت، حمایت اجتماعی، سلامت روان، اضطراب مرگ، سالمندی.

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات، علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

\* نویسنده مسئول: [drbanijamali@alzahra.ac.ir](mailto:drbanijamali@alzahra.ac.ir)

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۴. دانشگاه تربیت بدنی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

## The distinctive role of spirituality and social support in mental health and death anxiety in the elderly

Samira Habibollahi<sup>1</sup>  
Shokoh sadat Bani jamali<sup>2\*</sup>  
Sheyda Sodagar<sup>3</sup>  
Naser Sobhi gharamaleki<sup>4</sup>

### ABSTRACT

**Introduction:** The relationship between spirituality and social support with mental health and death anxiety in the elderly needs further study. Therefore, the purpose of this study was to determine the relationship between spirituality and social support with mental health and death anxiety in the elderly.

**Methods:** In this study which was carried out with a correlation method, 350 elders living in Tehran completed questionnaires. Goldberg General Health Questionnaire (GHQ), Templar Death Anxiety Scale, Parsian and Doning Spirituality Questionnaire, and Philip Social Support Questionnaire were used as measuring tools. Data were analyzed using Pearson correlational analysis and multiple regression analysis.

**Finding:** The relationship between mental health and death anxiety with spirituality and social support was significant. Spirituality was able to significantly predict mental health ( $\beta = -0/406, P < 0/0001$ ) and death anxiety ( $\beta = -0/233, P < 0/0001$ ). Also, social support could predict mental health ( $\beta = -0/349, P < 0/0001$ ) and death anxiety ( $\beta = -0/286, P < 0/0001$ )

**Conclusion:** These findings reveal the importance of spirituality and social support as preventative factors related to mental health problems and the anxiety of elderly death.

**Keywords:** spirituality, social support, mental health, Death anxiety and elderly.

---

1 . Ph.D student of Health Psychology, Islamic Azad University, Branch of Karaj, Karaj, Iran

2 . Associate Professor, Tehran Science and Research , Branch of Tehran, Tehran, Iran

\* corresponding Author: drbanijamali@alzahra.ac.ir

3 . Assistant Professor, Islamic Azad University, Branch of Karaj, Karaj, Iran

4 . Associate Professor, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran

## مقدمه

مطالعات و برآوردهای آماری نشان می‌دهند در قرن حاضر، جمعیت افراد سالمند (افراد بالای ۶۵ سال) بطور قابل ملاحظه‌ای در دنیا در حال افزایش است. طبق پیش‌بینی‌های انجام شده، جمعیت سالمندان در سال ۱۴۰۴ شمسی به بیش از ۱/۲ میلیارد نفر خواهد رسید. پیش‌بینی می‌شود که جمعیت این دسته از گروه‌های سنی تا سال ۱۴۲۹ شمسی در سراسر دنیا سه برابر آن در سال ۱۳۷۹ شمسی شده و به حدود ۲ میلیارد نفر برسد (بتولی و سی‌سختی، ۱۳۹۵). همچنین پیش‌بینی می‌شود تا سال ۱۴۳۴ شمسی (۲۰۵۵ میلادی) جمعیت سالمندان ایران به ۲۸ میلیون نفر برسد (امینی، اینگمن<sup>۱</sup> و صحاف، ۲۰۱۳). حفظ سلامت روان افراد سالمند اهمیت فراوان دارد. در واقع افسردگی و اضطراب سالمندان با هزینه‌های مراقبت بهداشتی بالاتری مرتبط است (وازیلیادیز<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). سلامت روان پایین می‌تواند ناتوانی را در سالمندان شتاب بخشد.

اختلالات روانشناختی در سالمندان، می‌تواند به دلیل عوامل گوناگونی چون محرومیت از فعالیت‌های اجتماعی، پایین بودن کیفیت زندگی، اختلالات شناختی، ناتوانی و افزایش خطر بیماری‌های جسمانی، رایج باشد (اسکوگ<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱). تقریباً ۱۰ درصد از سالمندان در مطالعات مختلف مبتلا به افسردگی بوده‌اند (بارو<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). احساس اضطراب، نیز از شایع‌ترین اختلالات در سالمندان است. گزارش شده است ۱۷/۲ درصد از سالمندان مبتلا به اضطراب بوده‌اند که این میزان از شیوع افسردگی در میان آن‌ها بیشتر است (کرمیزوگلو<sup>۵</sup>، ۲۰۰۹). در مطالعه ارزیابی ملی رفاه - بهداشت<sup>۶</sup> سال ۲۰۱۳ در انگلستان گزارش شد که میزان اضطراب و افسردگی در افراد بالاتر از ۷۰ سال با افزایش سن افزایش می‌یابد. گرچه سلامت روانی در سنین حدود ۵۰ سالگی به کمترین سطح خود می‌رسد اما مجدداً سطح سلامت روان ارتقاء می‌یابد. در سنین حدود ۷۰ سالگی، افراد از بالاترین سطح سلامت روان برخوردار بودند ولی بعد از این سن، اضطراب و افسردگی دوباره افزایش می‌یابد. بنظر می‌رسد کاهش سلامت روان تا ۵۰ سالگی به علت عوامل اضطراب‌زای برونی نظیر وضعیت اقتصادی، شغلی و وضعیت فرزندان باشد اما بعد از ۷۰ سالگی عوامل اضطراب‌زا بیشتر درون‌زا و شامل بیماری‌ها و نگرانی‌های مرتبط با سلامت جسمانی و در نهایت ناشی از ترس از مرگ باشد (ارزیابی ملی رفاه - بهداشت، ۲۰۱۳؛ وسترهوف و کیز<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰).

اضطراب مرگ<sup>۸</sup>، چالش عمومی سلامتی در میان افراد سالمند است (سرچنتانیس<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). اضطراب مرگ، شامل پیش‌بینی مرگ خود و ترس از فرایند مرگ خویش و افراد مهم

1. Ingman
2. Vasiladis
3. Skoog
4. Barua
5. Kirmiziloglu
6. Measuring National Well-being - Health
7. Westerhof & Keyes
8. death anxiety
9. Sergentanis

زندگی است و به‌عنوان یک ترس غیرعادی و بزرگ از مرگ، همراه با احساس وحشت از آن یا دلهره هنگام فکر کردن به فرایند مردن و یا چیزهایی که پس از مرگ رخ می‌دهد، تعریف می‌شود (سینگ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). هالتر و هالتر<sup>۲</sup> (۱۹۸۷)، به نقل از فرر، والکر و استین<sup>۳</sup>، (۲۰۰۷) هشت بعد برای آن در نظر گرفته‌اند: ۱- هراس از فرایند مردن، ۲- هراس از مرگ زود هنگام، ۳- هراس از مرگ افراد مورد علاقه، ۴- هراس بیمارگونه از مرگ، ۵- هراس از تباهی، ۶- هراس از بدن پس از مرگ، ۷- هراس از ناشناخته بودن مرگ و ۸- هراس از مرده. مواجهه با مرگ اجتناب‌ناپذیر و اضطراب همراه با آن در ایجاد آشفته‌نگی‌های روانی این دوره نقش مهمی دارند. از آنجایی که مرگ برای انسان‌های زنده هرگز تجربه نشده و هیچکس آن را به وضوح لمس نکرده است، افراد در مورد آن دچار اضطراب می‌شوند ولی هر کس بنا بر عوامل معینی، درجات مختلفی از اضطراب مرگ را تجربه می‌کند (نادری و شکوهی، ۲۰۰۹). مرگ به‌عنوان بزرگترین مشکل و حادثه زندگی، مفهومی پیچیده دارد که با نشانگان درد و رنج جسمی و روانی فراوان همراه است. اضطراب مرگ بویژه ممکن است، هنگامی که مرگ همراه با درد، مجازات، فقدان درگیرشدن در فعالیت‌های دنیوی، عواقب ناشی از تخلفات مذهبی و جدا شدن از عزیزان مشاهده شود، افزایش یابد (عبد خالق<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲). ترس تجزیه و از هم پاشیدگی بدن بعد از مرگ نیز یکی دیگر از دلایل اضطراب مرگ است (سهیل و اکرم، ۲۰۰۲).

به طور خلاصه، رابطه متقابلی بین فرایند سالمندی، تغییرات جسمانی، اضطراب مرگ و سلامت روان در افراد مشاهده می‌شود که تحت‌تأثیر عوامل مختلفی قرار می‌گیرد. از جمله عوامل تأثیرگذار بر سلامت روان و اضطراب مرگ سالمندان، مفهوم معنویت است. از جمله تعاریف ارائه شده در این زمینه، می‌توان به تعریف معنویت به‌عنوان جستجوی معنا و هدف زندگی و تجربه ذهنی مقدسات اشاره کرد (مایر، سالوی و کاروس<sup>۵</sup>، ۲۰۰۹). پژوهش‌ها نشان می‌دهد، همزمان با افزایش سن سالمندان، معنویت از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت، شادمانی و رضایت از زندگی است (کانیگ، کینگ و کارسون<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲؛ کانینگ، ۲۰۱۲؛ لاورتسکی<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰). فردی که باورهای معنوی دارند، از سلامت جسمی و روانی بهتری برخوردارند (کانینگ، مک کالوگ و لارسن، ۲۰۰۱؛ به نقل از ساندerson<sup>۸</sup>، ۲۰۱۲). تعداد معناداری از افراد از معنویت و مذهب برای مقابله با سختی‌ها و مصیبت‌ها استفاده می‌کنند (پارگامنت، کانینگ و پرز<sup>۹</sup>، ۲۰۰۰). مثلاً وقتی در زندگی با چالش‌هایی مانند ابتلا به بیماری‌های مزمن تضعیف‌کننده مواجه می‌شوند، معنویت به تسکین و آرامش آن‌ها

1. Singh
2. Hoelter & Hoelter
3. Furer, Walker & Stein
4. Abdel-Khalek
5. Mayer, Salovey & Caruso
6. King & Carson
7. Lavretsky
8. Sanderson
9. Pargament, Koenig, Perez

کمک می‌کند (کامینگز<sup>۱</sup> و پارگامنت، ۲۰۱۰). پژوهشگرانی مانند ویلس<sup>۲</sup> (به نقل از مومنی و شهپازی راد، ۲۰۱۲)، سه ویژگی معنویت، یعنی امید، فعال بودن و ارتباط با خود، دنیا و دیگران را تضمین کننده سلامت جسم و روان در افراد می‌داند. معنویت در نحوه برخورد افراد با سختی‌ها تأثیر داشته و با معناآفرینی، علاوه بر اینکه برای افراد احساس هدفمندی و خودکارآمدی بوجود می‌آورد، با ایجاد فضای ذهنی مثبت می‌تواند موجب افزایش سلامت روان و کاهش اضطراب مرگ در سالمندان شود. نولدن، شیوماک، برنز و هارکرو<sup>۳</sup> (۲۰۱۶) نشان دادند، کیفیت خواب بهتر و باورهای معنوی بالاتر با سطوح پایین‌تر پریشانی‌های روانشناختی رابطه دارد. نتایج بررسی شارما<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد، بین معنویت/ مذهب بالا با کاهش خطر اختلال استرس پس از حادثه، اختلال افسردگی عمده و اختلال سوء مصرف الکل رابطه وجود دارد. معنویت/ مذهب متوسط با کاهش خطر افسردگی عمده و ایده‌پردازی برای خودکشی همراه بود. سطوح بالاتر معنویت/ مذهب با افزایش قدردانی، هدفمندی در زندگی و رشد پس از آسیب پیوند معنادار دارد. این نتایج همسو با یافته‌های رنتالا، لایو و چن<sup>۵</sup> (۲۰۱۷) می‌باشد که رابطه بین معنویت و افسردگی را در ۱۲۰ بیمار هندو و مسلمان مبتلا به اختلال افسردگی مورد مطالعه قرار دادند و دریافتند که افسردگی خفیف با معنویت بالاتر رابطه دارد و بیمارانی که افسردگی خفیف‌تری داشتند، در مقایسه با کسانی که افسردگی متوسط یا شدید داشتند، نمره بالاتری در مقیاس معنویت کسب کرده بودند. توجه به معنویت طبیعتاً موجب افزایش مسئولیت‌پذیری شخص در زمینه دست‌ای اصول و باورهای مندرج شده در دین می‌شود که اثرات جسمانی نیز دارند. بسیاری از مذاهب مستقیماً رفتارهای سالم، همچون پرهیز از سیگار کشیدن، مصرف دارو و الکل و رفتارهای جنسی پرخطر را تشویق می‌کنند (گورسچ<sup>۶</sup>، ۱۹۹۵، دانیهو و بنسن<sup>۷</sup>، ۱۹۹۵؛ به نقل از ساندرسون، ۲۰۱۲).

بنا به نظر بالداجینو و دراپر (۲۰۰۱)؛ به نقل از اسکارنچی، گریفین، جورجیو و فیتزپاتریک<sup>۸</sup>، (۲۰۰۹)، اعمال معنوی می‌تواند خودبهبودی را افزایش دهد. در مکانیسم سایکونوروفیزیولوژیک نیز احساس رضامندی ناشی از ثمرات معنوی از طریق تأثیر بر مکانیسم‌های شناخته شده مغزی و به وسیله نوروپپتیدهای پیام‌رسان<sup>۹</sup> روی سیستم‌ها و اندام‌های بدن مانند قلب و عروق، ایمنی و... تأثیر تقویت کننده دارد که نتیجه این تأثیرات پیشگیری از بیماری، افزایش تحمل بیماری، بهبود سریع‌تر بیماری است که در تحقیقات مختلف این مسأله نشان داده شده است (دوبرا، ۲۰۰۴؛ به نقل از عباسیان و همکاران، ۱۳۸۹). همچنین تعهد مذهبی ممکن است، باعث شود؛ افراد به مکانیزم‌های

1. Cummings
2. Wills
3. Knowlden, Shewmake, Burns & Harcrow
4. Vanshdeep Sharma
5. Rentala, Lau & Chan
6. Gorsuch
7. Donahue & Benson
8. Scarinci, Griffin, Grogoriu, & Fitzpatrick
9. Neurotransmitter

انطباقی مقابله متکی باشند. بسیاری از افراد از مذهب به عنوان راهی برای مقابله با رویدادهای بالقوه استرس‌زا، از جمله مشکلات طبی، حوادث و مشکلات با عزیزان استفاده می‌کنند (پارگامنت، ۱۹۹۷، به نقل از ساندرسون، ۲۰۱۲). پیمان، معتمدی، تاران و حسین‌ثابت (۱۳۹۴) نشان دادند، بین نگرش مذهبی و اضطراب مرگ رابطه معکوس و معنی‌داری وجود دارد. بدین صورت که با افزایش اعتقادات و نگرش مذهبی، اضطراب مرگ سالمندان کاهش می‌یابد. با این وجود، همچنان رابطه بین معنویت و مذهب با سلامت روان، نیازمند بررسی‌های بیشتر است، چرا که نتایج پژوهش‌ها در زمینه رابطه معنویت با سلامت روان و مذهب با سلامت روان، ناهمسان‌اند. با در نظر داشتن نتایج ناهمسان، نلسون<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۹) نقش معنویت را در رابطه بین مذهب و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان پروستات بررسی کردند. رابطه منفی اندکی بین افسردگی و مذهب درونی<sup>۲</sup> وجود داشت، اما بین معنویت و افسردگی، رابطه منفی نیرومندی مشاهده شد.

نگرش‌های معنوی، همچنین روش برخورد افراد با مرگ، دیدگاه و درک آن‌ها از مرگ را تعیین می‌کند. بهزیستی معنوی برای کسانی که مرگ‌شان قریب الوقوع است، می‌تواند امید را به ارمان بیاورد (هادزیک<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱). مطالعه‌ای که بر روی سالمندان دارای بیماری‌های مزمن انجام شد، مشخص کرد؛ سالمندانی که دینداری و معنویت بیشتری داشته و معنا و هدف زندگی را یافته‌اند، به طور معنی‌داری ترس کمتری از مرگ، آمادگی بیشتری برای رهایی و همچنین پذیرش مرگ بیشتری دارند (دالمن و دابز<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰). با این وجود، نتایج رابطه بین معنویت و اضطراب مرگ ناهمسان است. در پژوهش وینک<sup>۵</sup> (۲۰۰۶)، رابطه‌ای بین معنویت و اضطراب مرگ، مشاهده نشد و بر اساس نتایج پژوهش او تنها مذهب به عنوان سپری در برابر ترس از مرگ سالمندان عمل می‌کند. عدم وجود رابطه بین معنویت و ترس از مرگ، انعکاسی از تأکید افراد معنوی بر جستجوی شخصی، آفرینندگی و استفاده مثبت از خاطره پردازی<sup>۶</sup> (مرور زندگی) است. این یافته با یافته‌های پژوهشگران دیگر مانند راسموسن و جانسون<sup>۷</sup> (۱۹۹۴)، کجیاب، قاسمیان نژادجهرمی و احمدی‌فروشان (۱۳۹۴) و سرتیپ‌زاده (۱۳۹۳) ناهمسان است. تاثیر گروه‌درمانی معنوی و وجودی بر میزان افسردگی، اضطراب مرگ و باور به ادامه حیات پس از مرگ با تکیه بر گزارش‌های افراد تجربه کننده مرگ در دانشجویان در پژوهش کجیاب و همکاران (۱۳۹۴) بررسی شد. از میان دانشجویان کارشناسی دانشگاه اصفهان در سال ۱۳۹۲، ۱۶ نفر با نمرات افسردگی بالا، اضطراب مرگ بالا و باور پایین به جهان آخرت، انتخاب شده و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش در ۶ جلسه گروه‌درمانی وجودی و معنوی شرکت کردند در حالی که گروه گواه تنها جلسات گروهی را با مکالمات عادی دریافت کردند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که در اضطراب مرگ

1. Nelson

2. intrinsic religiosity

3. Hadzic

4. Daaleman &amp; Dobbs

5. Wink

6. reminiscence

7. Rasmussen &amp; Johnson

بین نمره‌های پس‌آزمون این دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود داشت و نمره اضطراب مرگ گروه آزمایش نسبت به گروه گواه کمتر بود. پژوهشگران، نتیجه‌گیری کرده‌اند؛ تلفیق روان‌درمانی وجودی و معنوی همراه با شرح تجربه‌های نزدیک به مرگ بر کاهش اضطراب مرگ تأثیر معنی‌داری دارد. در حالی که دیدگاه‌های زیست‌شناختی و روانشناختی، دلیل بیماری‌های روانی را عامل استرس‌زای فیزیولوژیکی یا تجربیات دوران کودکی تلقی می‌کنند، رویکردهای جامعه‌شناختی، ساختارهای اجتماعی نابرابر، نقش‌های اجتماعی و عدم وجود منابع حمایت اجتماعی و سرمایه اجتماعی را عامل اصلی این بیماری‌ها معرفی می‌کنند. پژوهش‌های زیادی در سراسر جهان بر این رویکرد تأکید کرده و نشان می‌دهند که دسترسی به منابع حمایت و سرمایه اجتماعی در پیشگیری از بیماری‌های روانی مؤثر هستند (ودرگراث، لاروکا، چاپلین و اسکاگین<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷؛ میلنر، کرنجاک، باترورث و لامنتج<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶؛ برومل و کاگنی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴؛ هانگ<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۷؛ لیو، گو و زو<sup>۵</sup>، ۲۰۱۶؛ کیشومتو<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۶؛ هارفام، گرنت و رودریگوئز<sup>۷</sup>، ۲۰۰۴). از آنجایی که بسیاری از سالمندان در سراسر دنیا، تنها زندگی می‌کنند، لیو و همکاران (۲۰۱۶) تأثیر تنهایی را بر افسردگی مورد بررسی قرار دادند و سپس تأثیر میانجیگر حمایت اجتماعی را در سالمندان آزمون کردند. نتایج روشن ساخت که تنهایی و حمایت اجتماعی به طور معناداری با افسردگی رابطه دارد. مدلیابی روابط ساختاری متغیرها نشان داد که حمایت اجتماعی تا اندازه‌ای رابطه بین تنهایی و افسردگی را میانجیگری می‌کند. مدل نهایی، مسیر معناداری از تنهایی به افسردگی را از طریق حمایت اجتماعی مشخص کرد. این مدل شواهدی جهت کاهش افسردگی در سالمندان را به متخصصان معرفی می‌کند. گلدویگ، بیدر، اندریش و راتنبرگ<sup>۸</sup> (۲۰۱۶) در افراد بسیار پیر (۸۶ ساله و بالاتر) مبتلا به سرطان و همسران‌شان، تأثیر امید و حمایت اجتماعی را بر افسردگی و پریشانی بررسی کردند. در میان شرکت‌کنندگان، حمایت اجتماعی ادراک شده رابطه مثبتی با سطح امید و رابطه منفی با افسردگی داشت. کیشومتو و همکاران (۲۰۱۶) به بررسی عوامل مؤثر بر اختلالات خواب سالمندان پرداختند. به این منظور، ۳۷۳۲ سالمند ۶۵ ساله و بالاتر، مورد بررسی قرار گرفتند. هر چه میزان حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی همسر و خانواده بالاتر بود، میزان اختلال خواب در سالمندان کاهش پیدا می‌کرد.

ادامز<sup>۹</sup> و همکاران (۲۰۱۶) تأثیر حمایت اجتماعی را بر نشانه‌های افسردگی و رضایت از زندگی افراد سالمند بررسی کردند. ۲۳۷ سالمند ۷۰ سال به بالا در پژوهش شرکت کردند. نتایج نشان داد،

1. Wedgeworth, LaRocca, Chaplin & Scogin
2. Milner, Krnjacki, Butterworth & LaMontagne
3. Bromell & Cagney
4. Hung
5. Liu, Gou & Zuo
6. Kishimoto
7. Harpham, Grant, & Rodriguez
8. Goldzweig, Baider, Andritsch & Rottenberg
9. Adams

حمایت اجتماعی با نشانه‌های افسردگی همبستگی منفی و با رضایت از زندگی همبستگی مثبت دارد. ریفل، یوهو و سیمز<sup>۱</sup> (۱۹۸۹) به بررسی رابطه بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، حمایت اجتماعی ادراک شده و رفتارهای خودگزارشی سلامت افراد ۵۵ سال به بالا، پرداختند. نتایج نشان داد، رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت (خودشکوفایی و مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت) به طور معناداری با حمایت اجتماعی ادراک شده و رفتارهای خودگزارشی مرتبط با سلامت رابطه دارند. در ایران نیز، با توجه به جمعیت رو به رشد سالمندان کشور، پژوهشگران به بررسی رابطه بین سلامت روان و حمایت اجتماعی در سالمندان علاقه نشان داده‌اند. عاشوری (۱۳۹۵) با مطالعه ۲۵۰ زن سالمند نشان داد، متغیرهای سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی و سخت‌رویی روانشناختی توانایی پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان سالمند را دارند. عرب زاده (۱۳۹۵) در یک فراتحلیل، عوامل مؤثر در سلامت روان سالمندان را مورد بررسی قرار داد و با بهره‌گیری از روش ترکیب اندازه اثر به روش اشمیت و هانتز نشان داد که رابطه بین سلامت روان و متغیرهای سرمایه اجتماعی، فعالیت‌های جسمانی (ورزشی/ تفریحی)، تأهل، عدم سکونت در سرای سالمندی، بهزیستی، جنسیت، وضعیت اقتصادی، تحصیلات و شیوه‌های مختلف درمانی با سلامت روان سالمندان حمایت لازم را دریافت کردند. این پژوهش، بار دیگر، بر رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان تأکید می‌کند. نبوی و همکاران (۱۳۹۳) رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روان در سالمندان را بررسی کرده و نشان دادند، سلامت روان رابطه مثبت و معناداری با حمایت اجتماعی کل و سه خرده مقیاس دیگر آن یعنی حمایت کارکردی، عاطفی و مادی دارد. نتایج پژوهش قنبری‌هاشم‌آبادی، مجردکاهانی، قنبری‌هاشم‌آبادی (۱۳۹۱) نیز حاکی از آن بود که سالمندان فاقد حمایت‌های روانی - اجتماعی (آن‌هایی که در مراکز نگهداری سالمندان زندگی می‌کنند) نسبت به سالمندان دارای حمایت‌های روانی - اجتماعی (آن‌هایی که به همراه خانواده خود زندگی می‌کنند) از علائم آسیب شناسی روانی بیشتری رنج می‌برند. با این وجود مشخص نیست، آیا حمایت اجتماعی همیشه برای سلامت سالمندان مفید است؟ مثلاً ولف، لیندبرگر، بروس و اشمیدک<sup>۲</sup> (۲۰۱۶) نشان دادند، حمایت عاطفی با شکایت‌های سلامتی کمتری در سالمندان رابطه داشت اما حمایت اطلاعاتی با شکایت‌های بیشتر مرتبط بود.

شواهد پژوهشی در سراسر دنیا نشان می‌دهند، افرادی که از اجتماع دورند و منزوی هستند، احساس خطر مرگ را بیشتر تجربه می‌کنند. یک مطالعه ۹ ساله در آلامدا در کالیفرنیا از ۱۹۶۵ تا ۱۹۷۴ توسط برکمن و سیمز<sup>۳</sup> (۱۹۷۹؛ به نقل از استیل، فرناندز-اسکوئر، اتکینسون و تیلور<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷)، رابطه بین خطر مرگ و فراوانی تماس‌های اجتماعی، شرکت در امور مذهبی و کلیسا و عضویت در انجمن‌های داوطلبانه غیررسمی را مشخص کرد. همانطور که قبلاً ذکر شد، بیماری‌ها و ناتوانی‌ها از

1. Riffle, Yoho & Sams
2. Wolff, Lindenberger, Brose & Schmiedek
3. Berkman and syme
4. Steel, Fernandez-Esquer, Atkinson & Taylor



عوامل تأثیرگذار بر اضطراب مرگ هستند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد در صورتی که افراد بیمار و ناتوان، حمایت و توجه اطرافیان را به‌ویژه از سمت خانواده و فرزندان دریافت کنند، میزان اضطراب مرگی که به دلیل نزدیک شدن به پایان زندگی ایجاد می‌شود، کاهش می‌یابد. چوپیک<sup>۱</sup> (۲۰۱۷) نشان داده است، حمایت‌های اجتماعی بیشتر، سطوح پایین‌تر اضطراب مرگ را در طول زمان (حتی پس از کنترل عوامل مرتبط با سلامتی و بیماری‌های مزمن) پیش‌بینی می‌کند. روابط نزدیک، به‌عنوان کارکردهای تنظیم هیجانی برای کاهش اضطراب مرگ عمل می‌کنند. نتایج فراتحلیل کیم و پارک<sup>۲</sup> (۲۰۱۶) در خصوص عوامل مرتبط با اضطراب مرگ در سالمندان کمره‌ای، نشان داد که متغیرهای مرتبط با عوامل خانوادگی، بویژه حمایت خانوادگی، مهمترین و رایج‌ترین عواملی بودند که با اضطراب مرگ سالمندان ارتباط داشتند. سایر متغیرهای گزارش شده، به چهار دسته تقسیم شدند: اجتماعی، جسمانی، روانشناختی و جمعیت‌شناختی. متغیر معنادار در گروه‌بندی اجتماعی، فعالیت‌های مذهبی بود، به همین ترتیب، ارتقاء سلامت و یکپارچگی خود، از مهمترین متغیرها در دسته‌بندی جسمانی و روانشناختی شناخته شدند. لوی<sup>۳</sup> (۱۹۸۵؛ به نقل از امینی و رضوی، ۱۳۹۴) نیز در ارزیابی روانپزشکی بیماران سالمند، مشاهده نمود، آن‌هایی که در منزل شخصی از حمایت اطرافیان برخوردار می‌باشند، اضطراب مرگ کمتری دارند. پژوهش گنجه (۱۳۹۴) نشان داد که همبستگی معناداری بین هوش معنوی، حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس تنهایی با نشانگان افسردگی، استرس و اضطراب مرگ جود دارد. همچنین مؤلفه‌های هوش معنوی، حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس تنهایی قادر به پیش‌بینی تغییرات افسردگی، استرس ادراک شده و اضطراب مرگ بودند.

همانطور که ذکر شد، نتایج پژوهش‌ها در رابطه بین معنویت و اضطراب مرگ، ناهمسانی نشان می‌دهند. در مورد تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت نیز ناهمخوانی‌هایی مشاهده شده است، بعلاوه تأثیر معنویت و حمایت اجتماعی بر اضطراب مرگ و سلامت روان سالمندان ایرانی به‌طور همزمان در یک معادله رگرسیونی مورد بررسی قرار نگرفته است، به همین دلیل هدف پژوهش حاضر بررسی نقش متمایزکننده معنویت و حمایت اجتماعی در سلامت روان و اضطراب مرگ سالمندان است. بر این اساس فرض شده است، معنویت و حمایت اجتماعی هر یک از متغیرهای سلامت روان و اضطراب مرگ را در سالمندان پیش‌بینی می‌کنند.

## روش

در پژوهش حاضر، طرح زمینه‌یابی میان-مقطعی<sup>۴</sup> در تعیین رابطه بین معنویت و حمایت اجتماعی با سلامت روان و اضطراب مرگ به کار رفت. پژوهش حاضر از نوع همبستگی بود. جامعه آماری

1. Chopik  
2. Kim & Park  
3. Levy  
4. cross-sectional survey design

پژوهش حاضر، زنان و مردان سالمند شهر تهران بودند که از مجموعه خانه‌های سالمندان فرزندان منطقه ۲ تهران و سالمندان ساکن منزل در شهر تهران انتخاب شدند. از این جامعه، نمونه آماری با حجم ۳۵۰ نفر به روش در دسترس انتخاب شد. بدین ترتیب ۳۵۰ نفر از سالمندان، پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند. معیارهای ورود شامل توانایی خواندن و عدم ناتوانی ذهنی شامل دمانس، آلزایمر و عقب ماندگی ذهنی بود. از کلیه شرکت‌کنندگان در مطالعه برای شرکت در پژوهش رضایت آگاهانه اخذ گردید و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعاتشان به صورت محرمانه حفظ خواهد شد. سپس پرسشنامه‌ها به شرکت‌کنندگان ارائه و همه پرسشنامه‌ها در یک جلسه اجرا شد.

### ابزارهای پژوهش

**الف) پرسشنامه متغیرهای جمعیت‌شناختی:** ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه پرسشنامه متغیرهای جمعیت‌شناختی، شامل متغیرهای سن، جنسیت، وضعیت تأهل، درآمد، سطح تحصیلات و شغل بود.

**ب) پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ):** پرسشنامه سلامت عمومی<sup>۱</sup>، آزمونی است با ماهیت چندگانه و خود-اجرا<sup>۲</sup> که به منظور بررسی اختلالات غیر روان‌گسسته که در وضعیت‌های مختلف جامعه یافت می‌شود، طراحی شده است (گلدبرگ و ویلیامز<sup>۳</sup>، ۱۹۸۸؛ به نقل از تقوی، ۱۳۸۰). پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) ارائه شده و دارای ۴ مقیاس فرعی است و هر مقیاس ۷ پرسش دارد. مقیاس‌های مذکور عبارتند از: مقیاس علائم جسمانی<sup>۴</sup>، مقیاس علائم اضطرابی و اختلال خواب<sup>۵</sup>، مقیاس کارکرد اجتماعی<sup>۶</sup> و مقیاس علائم افسردگی<sup>۷</sup>. از ۲۸ عبارت پرسشنامه موارد ۱ الی ۷ مربوط به مقیاس علائم جسمانی است، موارد ۸ الی ۱۴ علائم اضطرابی و اختلال خواب را بررسی کرده، موارد ۱۵ الی ۲۱ مربوط به ارزیابی علائم کارکرد اجتماعی است و نهایتاً موارد ۲۲ الی ۲۸ علائم افسردگی را می‌سنجد. برای جمع‌بندی نمرات به الف نمره صفر، ب ۱، ج ۲ و د نمره ۳ تعلق می‌گیرد. در هر مقیاس از نمره ۶ به بالا و در مجموع از نمره ۲۲ به بالا بیانگر علائم مرضی است. در خصوص روایی پرسشنامه سلامت عمومی، تاکنون مطالعات فراوانی صورت گرفته است. تقوی (۱۳۸۰) به منظور بررسی روایی همزمان و وابسته به ملاک پرسشنامه سلامت عمومی، از اجرای همزمان آن با پرسشنامه بیمارستان میدلسکس<sup>۸</sup> استفاده کرد. پرسشنامه بیمارستان میدلسکس، اضطراب، هیستری، ترس، وسواس، افسردگی و دردهای جسمانی را می‌سنجد. نتایج نشان داد که ضریب همبستگی بین نمرات گروه

1. General Health Questionnaire
2. self-administered
3. Goldberg & Williams
4. Somatic symptoms
5. anxiety and sleep disorder
6. social Function
7. depression symptoms
8. Middlesex Hospital Questionnaire

مورد مطالعه در دو پرسشنامه برابر با ۰/۵۵ بود که در سطح ۰/۰۰۰۱ معنادار است. ضریب اعتبار پرسشنامه به روش بازآزمایی توسط رایسن و پرایس<sup>۱</sup> (۱۹۸۲)، ۰/۹۰ گزارش شده است. تقوی (۱۳۸۰) ضرایب اعتبار برای کل پرسشنامه را ۰/۷۲ و برای خرده‌آزمون‌های علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۶۸، ۰/۵۷ و ۰/۵۸ گزارش کرد. ملکوتی و همکاران (۱۳۸۵) نیز، روایی و پایایی این پرسشنامه را در بین سالمندان ایرانی مورد بررسی قرار داده و ضرایب پایایی مطلوبی از آلفای کرونباخ ۰/۹۴، تنصیف ۰/۸۶ و آزمون - بازآزمون ۰/۶۰ به‌دست آوردند. در مطالعه حاضر پیش از تحلیل پرسش‌های پژوهش، برای اطمینان از شاخص‌های روانسنجی پرسشنامه، اعتبار و روایی سازه آن مورد بررسی قرار گرفت. استفاده از روش آلفای کرونباخ برای بررسی اعتبار عامل‌های پرسشنامه سلامت عمومی، ضرایب آلفا برای هر یک از مقیاس‌های علائم جسمانی، مقیاس علائم اضطرابی و اختلال خواب، مقیاس کارکرد اجتماعی و مقیاس علائم افسردگی را به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۶، ۰/۸۷، ۰/۹۱ و ضریب آلفای کل ابزار را ۰/۹۰ نشان داد.

**ج) مقیاس اضطراب مرگ تمپلر:** پرسشنامه‌ای خوداجرای، در برگزیده پانزده پرسش بلی و خیر است که پاسخ بلی، نشانه وجود اضطراب در فرد می‌باشد. دامنه نمره‌های این مقیاس، از صفر تا ۱۵ بوده و نمره زیاد (نمره بالاتر از متوسط یعنی ۸ نمره) معرف درجه بالایی از اضطراب مرگ است. بررسی‌های به عمل آمده درباره اعتبار مقیاس اضطراب مرگ نشان می‌دهد که این مقیاس از اعتبار قابل قبولی بهره‌مند است. ساینو و کلاین<sup>۲</sup> (۱۹۹۶)؛ به نقل از علی اکبری دهکردی، اورکی و برقی ایرانی، (۱۳۹۰) ضرایب آلفای کرونباخ را برای عامل‌های سه‌گانه‌ای که با روش تحلیل عاملی به دست آورده اند، به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۴۹ و ۰/۶۰ گزارش کرده‌اند. تمپلر (۱۹۷۰)؛ به نقل از توکلی و احمدزاده، (۲۰۱۱) ضریب بازآزمایی مقیاس را ۰/۸۳ به دست آورده است. توکلی و احمدزاده (۲۰۱۱) در پژوهشی، اعتبار مقیاس را با استفاده از روش آزمون - بازآزمون ۰/۸۷ به دست آوردند. رجیبی و بحرانی (۱۳۸۰) نیز ویرایش ایتالیایی مقیاس اضطراب مرگ تمپلر را بر روی ۱۳۸ دانشجوی دوره کارشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز با هدف بررسی روایی و تحلیل عاملی پرسشنامه اجرا کردند. برای بررسی روایی مقیاس اضطراب مرگ از دو آزمون مقیاس نگرانی مرگ و پرسشنامه اضطراب آشکار استفاده شد. ضریب همبستگی بین مقیاس اضطراب مرگ و مقیاس نگرانی مرگ ۰/۴۰ و همبستگی با اضطراب آشکار ۰/۴۳ به‌دست آمد. این ضرایب در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار بودند. علاوه بر این، ضریب اعتبار تنصیف مقیاس اضطراب مرگ، ۰/۶۲ و ضریب آلفای کرونباخ (همسان درونی) برای کل پرسشنامه معادل ۰/۷۳ به‌دست آمد. در پژوهش حاضر اعتبار پرسشنامه ۰/۸۶ به‌دست آمد.

1. Robinson & Price  
2. Saggino and Kline

**د) پرسشنامه معنویت پارسیان و دونینگ:** این پرسشنامه را پارسیان و دونینگ<sup>۱</sup> به منظور سنجش اهمیت معنویت در زندگی افراد و ارزیابی ابعاد مختلف آن ساخته‌اند. این ابزار یک پرسشنامه خودگزارشی ۲۹ سوالی است و در هر سوال به صورت یک طیف لیکرتی و از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. ابزار هم نمره کلی و هم نمره‌های خرده‌مقیاس‌های خودآگاهی (۱۰ سؤال)، اهمیت اعتقادات معنوی در زندگی (۴ سؤال)، فعالیت‌های معنوی (۶ سؤال) و نیازهای معنوی (۹ سؤال) را به طور جداگانه محاسبه می‌کند. سوالات ۱ تا ۱۰ مربوط به مقیاس خودآگاهی، موارد ۱۱ الی ۱۴ اعتقادات معنوی در زندگی را بررسی می‌کند، موارد ۱۵ الی ۲۰ مربوط به ارزیابی فعالیت‌های معنوی است و نهایتاً موارد ۲۱ الی ۲۹ نیازهای معنوی را می‌سنجد. پارسیان و دونینگ، ضریب آلفای کلی پرسشنامه را ۰/۹۴ و ضریب آلفای زیر مقیاس‌ها را بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۱ به‌دست آورد که بیانگر همسانی درونی کلی پرسشنامه است. همچنین تحلیل عاملی مؤلفان، بیانگر اعتبار سازه مناسب این پرسشنامه بوده است. امینایی، اصغری ابراهیم‌آباد، آزادی و سلطانی‌شال (۱۳۹۴) با تحلیل عاملی تأییدی، ۴ عامل (خودآگاهی، اهمیت اعتقادات معنوی، فعالیت معنوی و نیاز معنوی) استخراج کرده و پایایی این آزمون را برای عوامل خودآگاهی، اهمیت اعتقادات معنوی، فعالیت معنوی و نیاز معنوی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۹۰، ۰/۷۷ و ۰/۸۲ و برای کل آزمون، ۰/۹۰ محاسبه کردند. از آنجایی که بنا بر نظر این پژوهشگران، به لحاظ نظری معنویت و رضایت‌مندی زناشویی در حیطه روان‌شناسی مثبت نگر قرار می‌گیرند و پژوهش‌های متعددی ارتباط این دو مؤلفه و نقش معنویت در غنی‌سازی ارتباطات را نشان داده‌اند. جهت بررسی روایی همگرای پرسشنامه معنویت از پرسشنامه رضایت زناشویی استفاده شد و نتایج همبستگی‌ها بیانگر همگرایی مناسب و معنی‌دار اغلب مؤلفه‌های رضایت‌مندی زناشویی با ابعاد مقیاس معنویت بود. در پژوهش حاضر پایایی این آزمون برای عوامل خودآگاهی، اهمیت اعتقادات معنوی، فعالیت معنوی و نیاز معنوی به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۷۶، ۰/۸۱ و برای کل آزمون، ۰/۸۸ به‌دست آمد.

**ه) پرسشنامه حمایت اجتماعی فیلیپس<sup>۱</sup>:** پرسشنامه ارزیابی حمایت اجتماعی توسط واکس، فیلیپس، هلی<sup>۲</sup> و همکاران در سال ۱۹۷۷ تهیه شده است. این پرسشنامه دارای ۲۳ ماده است که سه حیطه خانواده (۸ ماده)، دوستان (۷ ماده) و سایرین (۸ ماده) را در بر می‌گیرد. حمایت خانواده، نمره‌ای است که فرد با توجه به پاسخ‌هایش به پرسش‌های شماره ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۸، ۲۲ می‌گیرد. حمایت دوستان از نمره فرد در پاسخ به سؤالات ۱، ۶، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۹ و ۲۳ به‌دست می‌آید و حمایت سایرین با توجه به پاسخ‌های فرد به سؤالات ۳، ۵، ۸، ۱۲، ۱۴، ۱۷، ۲۰، ۲۱ محاسبه می‌شود. همچنین حداقل و حداکثر نمره بین صفر و ۲۳ متغیر است و بالا بودن نمره در این پرسشنامه بیانگر حمایت اجتماعی بالاتر و پایین بودن نمره بیانگر حمایت اجتماعی پایین‌تر است. در پژوهش مشاک (۱۳۸۵) برای تعیین اعتبار این پرسشنامه، ضریب پایایی به دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۷۰ محاسبه شد. عسگری، نادری و شرف‌الدین (۱۳۸۹) ضریب پایایی را با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف ۰/۷۵ و ۰/۷۱ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۸ و آلفای کرونباخ ابعاد حمایت خانواده، دوستان و سایرین، به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۱، ۰/۷۶ به‌دست آمد.

### یافته‌ها

این مطالعه با مشارکت ۳۵۰ نفر (۱۶۸ زن و ۱۸۲ مرد) انجام شد. بیشترین فراوانی در متغیر سن، مربوط به گروه سنی ۸۰-۷۱ با تعداد ۱۹۰ نفر بود. در جدول شماره ۱، میانگین، انحراف معیار و همبستگی بین متغیرهای پژوهش در گروه نمونه به نمایش درآمده است.

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	X ± SD	۱	۲	۳	۴
حمایت اجتماعی	۱۵/۲۵±۵/۶۹	۱			
اضطراب مرگ	۶/۰۴±۳/۵۹	-۰/۲۳**	۱		
سلامت عمومی	۲۲/۴۳±۱۰/۳۶	-۰/۴۵**	۰/۴۶**	۱	
معنویت	۹۰/۳۷±۱۱/۲۴	۰/۴۲**	-۰/۲۳**	-۰/۴۱**	۱

\*p<0.05, \*\*p<0.01

با توجه به ماتریس فوق تمامی متغیرها دارای رابطه معنی‌دار می‌باشند ( $P < 0/01$ ). رابطه معنویت با حمایت اجتماعی (۰/۴۲)، رابطه معنویت با اضطراب مرگ (-۰/۲۳) و رابطه معنویت با سلامت عمومی (۰/۴۱) می‌باشد. همچنین رابطه بین حمایت اجتماعی با سلامت عمومی (-۰/۴۵) و با اضطراب مرگ

1. Phillip  
2. Wax, Phillips, Helly

(۰/۳۳-) می‌باشد. در ادامه برای بررسی سهم متغیرهای پیش‌بین در سلامت روان و اضطراب مرگ، از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد. تحلیل رگرسیون مربوط به سلامت روان در جدول ۲ و تحلیل رگرسیون مربوط به اضطراب مرگ در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی سلامت روان از طریق نمره‌های کل معنویت و حمایت اجتماعی

گام	متغیرهای پیش‌بین	R2	R2 تعدیل شده	ضریب b	SE	ضریب $\beta$	t	p
۱	معنویت	۰/۴۰۶	۰/۱۶۲	-۰/۳۷۴	۰/۰۴۵	-۰/۴۰۶	-۸/۲۸	۰/۰۰۰۱
۲	معنویت			-۰/۲۴۰	۰/۰۴۷	-۰/۲۶۰	-۵/۱۴	۰/۰۰۰۱
	حمایت اجتماعی	۰/۵۱۵	۰/۲۶۱	-۰/۶۳۶	۰/۰۹۲	-۰/۳۴۹	-۶/۹۰	۰/۰۰۰۱

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی اضطراب مرگ از طریق نمره‌های کل معنویت و حمایت اجتماعی

گام	متغیرهای پیش‌بین	R2	R2 تعدیل شده	ضریب b	SE	ضریب $\beta$	t	p
۱	معنویت	۰/۲۳۳	۰/۰۵۲	-۰/۰۷۴	۰/۰۱۷	-۰/۲۳۳	-۴/۴۷	۰/۰۰۰۱
۲	معنویت			-۰/۰۳۷	۰/۰۱۸	-۰/۱۱۴	-۲/۰۶	۰/۰۰۰۱
	حمایت اجتماعی	۰/۳۴۹	۰/۱۱۷	-۰/۱۸۰	۰/۰۳۵	-۰/۲۸۶	-۵/۱۶	۰/۰۰۰۱

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، دو متغیر معنویت و حمایت اجتماعی قادر به پیش‌بینی معنادار سلامت روان سالمندان هستند. در گام اول، معنویت ( $\beta = -0/406, P < 0/0001$ ) ۱۶ درصد از واریانس سلامت روان را تبیین کرده است، در گام دوم، حمایت اجتماعی ( $P < 0/0001$ )،  $\beta = -0/349$ ) به مدل اضافه شده و واریانس تبیین شده سلامت روان را به ۲۶/۱ درصد رسانده است. بر اساس نتایج جدول شماره ۳، همانطور که مشاهده می‌شود، متغیرهای معنویت و حمایت اجتماعی بطور معناداری اضطراب مرگ سالمندان را پیش‌بینی می‌کنند. در گام اول، معنویت ( $\beta = -0/233, P < 0/0001$ ) ۵/۲ درصد از واریانس اضطراب مرگ را تبیین کرده است؛ در گام دوم، حمایت اجتماعی ( $\beta = -0/286, P < 0/0001$ ) به مدل اضافه شده و واریانس تبیین شده اضطراب مرگ را به ۱۱/۷ درصد رسانده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد، معنویت بیشتر و حمایت اجتماعی بالاتر با سلامت روان بهتر و اضطراب مرگ کمتر ارتباط دارد. در زمینه رابطه معنویت با سلامت روان و اضطراب مرگ، نتایج پژوهش با

نتایج پژوهش‌های پیشین همخوانی دارد. برای نمونه، پژوهش‌های متعدد نشان داده اند که معنویت بیشتر با سلامت روان بهتر (شارما و همکاران، ۲۰۱۷، رتالا و همکاران، ۲۰۱۷)، کیفیت خواب بهتر و سطوح پایین‌تر پریشانی‌های روانشناختی (نولدن و همکاران، ۲۰۱۶) همراه است. کانینگ ده‌ساز و کار را برای تبیین رابطه بین معنویت/ مذهب و سلامت روان مطرح می‌کند که می‌توان به‌عنوان نتیجه‌گیری مربوط به رابطه بین معنویت و سلامت روان، آن را مطرح کرد. معنویت/ مذهب باعث ایجاد نگرش مثبت نسبت به دنیا در فرد می‌شود و او را در مقابل رویدادهای ناگوار زندگی، مانند فقدان یا بیماری یاری می‌رساند. معنویت/ مذهب به زندگی فرد معنا می‌دهد. داشتن معنا و هدف در زندگی نشان‌دهنده سلامت روان است و باعث افزایش توانایی فرد در انجام کارها می‌شود. افراد معنوی/ مذهبی با حوادث تروماتیک زندگی که پذیرفتنی نیستند، راحت‌تر سازگار می‌شوند. معنویت/ مذهب باعث ایجاد امید شده و امید باعث ایجاد انگیزه و انرژی در فرد می‌شود که او را به بهتر شدن اوضاع زندگی امیدوار می‌کند. افراد معنوی/ مذهبی احساس آزادی بیشتری نسبت به دیگران می‌کنند، آن‌ها وابستگی عاطفی کمتری به اطرافیان دارند. احساس کنترل در افراد معنوی/ مذهبی به‌واسطه دعا کردن ایجاد می‌شود، به این‌گونه که دعا کردن باعث احساس کنترل غیرمستقیم بر شرایط به‌ظاهر غیرقابل‌تغییر و ناگوار می‌شود. افراد مذهبی از شخصیت‌های دینی که رنج بسیار کشیده‌اند، الگو برداری می‌کنند و این مسأله باعث افزایش تحمل و پذیرش موقعیت‌های غیرقابل‌تغییر و ناگوار می‌شود. همچنین افراد معنوی/ مذهبی از الگوی تصمیم‌گیری خاصی استفاده می‌کنند، این الگو فرد را در جهت افزایش تصمیم‌گیری‌های مفید برای خود و اطرافیان و کاهش تصمیم‌گیری‌های مخرب سوق می‌دهد. این امر تاحدی از شدت استرس‌های زندگی می‌کاهد. معنویت/ مذهب تنها منبع پاسخگو به سوالات نهایی است، به‌ویژه در موارد نهایی که علم قادر نیست به فرد کمک کند. این مسأله به‌ویژه در موارد جدی، مانند بیماری‌های لاعلاج از اهمیت خاصی برخوردار است. معنویت/ مذهب باعث برخورداری فرد از حمایت اجتماعی بیشتر می‌شود، این امر به‌سبب ارتباط فرد با جامعه مذهبی و روحانیون، حتی خداوند [توکل] ایجاد می‌شود (چراغی و مولوی، ۱۳۸۵).

همچنین رابطه معنویت با اضطراب مرگ منفی و معنادار بود، همانطور که قبلاً ذکر شد، نگرش‌های معنوی می‌توانند، تعیین‌کننده روش برخورد افراد با مرگ، دیدگاه و درک آنها از مرگ باشند. بر اساس این نتایج به نظر می‌رسد سالمندانی که دینداری و معنویت بیشتری داشته و معنا و هدف زندگی را یافته‌اند، به‌طور معنی‌داری ترس کمتری از مرگ دارند. این نتیجه با پژوهش‌های قبلی (هادزیک، ۲۰۱۱، دالمن و دابز، ۲۰۱۰، راسموسن و جانسون<sup>۱</sup>، ۱۹۹۴، کجباف و همکاران، ۱۳۹۴، و سرتیپ زاده، ۱۳۹۳) همخوانی دارد و با یافته وینک (۲۰۰۶) ناهمسو است. پژوهش وینک رابطه‌ای بین معنویت و اضطراب مرگ، نشان نداد و بر اساس نتایج پژوهش او تنها مذهب به‌عنوان سپری در برابر ترس از مرگ سالمندان عمل می‌کند. عدم وجود رابطه بین معنویت و ترس از مرگ،

در پژوهش وینک را می‌توان، اینگونه تبیین کرد که در پژوهش وی، معنویت به‌عنوان انعکاسی از تأکید افراد معنوی بر جستجوی شخصی، آفرینندگی و استفاده مثبت از مرور زندگی در نظر گرفته شده است، در حالیکه پژوهش‌های دیگر، از جمله پژوهش حاضر، معنویت را به‌عنوان جستجوی معنا و هدف زندگی و تجربه ذهنی مقدسات در نظر گرفته‌اند. فرضیه سپر اضطرابی<sup>۱</sup>، می‌تواند، رابطه بین معنویت و اضطراب مرگ را تبیین کند. بر اساس فرضیه سپر اضطرابی، ایمان به یک جهان‌بینی و حرمت خود برآمده از آن، صیانت و حفاظت در برابر اضطراب را برای اشخاص به همراه دارد. از این رو ارتقاء و تقویت حرمت خود، باعث می‌شود تا افراد، اضطراب و رفتارهای مرتبط با اضطراب کمتری بروز دهند و برعکس آن، تضعیف حرمت خود با آمادگی بیشتر برای بروز اضطراب و رفتارهای مرتبط با آن همراه خواهد بود (جوناس و فیشر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶). همچنین بر اساس نظریه مدیریت وحشت<sup>۳</sup> (گرینبرگ، پیزینسکی و سولومون<sup>۴</sup>، ۱۹۸۶) پیوند افراد با مسیر اصلی معیارها و ارزش‌های فرهنگی می‌تواند، موجب کاهش اضطراب مرگ شود. از آنجایی که بر اساس نظریه اریکسون، در میانسالی و پیری، یافتن معنای زندگی برای فرد برجسته می‌شود، معنویت/ مذهب به دلیل ارائه امید به جاودانگی نمادین و جاودانگی افکار می‌تواند، بویژه در برابر اضطراب مرگ محافظت‌کننده باشد. بعلاوه اعتقاد به عالم برزخ، بر بقای روح پس از مرگ در دنیا استوار است که در ادیان الهی و غیر الهی نیز به‌عنوان یک اصل مهم شمره می‌شود. در مکاتب غیر الهی نیز حیات دنیوی را مدت کوتاهی از زندگی جاودان بشر مطرح می‌کنند. روشن است که با اعتقاد به مرگ و زنده شدن دوباره در روز قیامت، مرگ به‌عنوان یک رویداد طبیعی تلقی شود و از ترس افراد معنوی، در مورد مرگ بکاهد (وینک و اسکات<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵؛ و جیمز و اندرسون، ترجمه گنجی، ۱۳۸۶؛ به نقل از آفریدون و چهارزی، ۱۳۹۵).

در پژوهش حاضر، حمایت اجتماعی قادر به پیش‌بینی سلامت روان و اضطراب مرگ بود. بر اساس نتایج به‌دست آمده، افزایش حمایت اجتماعی با کاهش مشکلات مربوط به سلامت روان و اضطراب مرگ همراه است. این یافته با نتایج پژوهش‌های قبلی (ودرگراث، لاروکا، چاپلین و اسکاگین، ۲۰۱۷؛ میلنر، کرنجاک، باترورث و لامنتج، ۲۰۱۶؛ برومل و کاگنی، ۲۰۱۴؛ هانگ و همکاران، ۲۰۱۷؛ لیو، گو و زو، ۲۰۱۶؛ کیشومتو و همکاران، ۲۰۱۶؛ هارفام، گرنیت و رودریگوئز، ۲۰۰۴) در زمینه رابطه سلامت روان و حمایت اجتماعی همسو است. به نظر می‌رسد حمایت اجتماعی، تأثیر وقایع منفی زندگی را کاهش می‌دهد و مشکلات طولانی‌مدت (هم چون بیماری‌های جسمی و روانی طولانی‌مدت) را قابل تحمل می‌سازد که همه این عوامل به سلامت روانی می‌انجامد. روابط اجتماعی افراد می‌تواند بر نگرش‌ها و رفتارهای مرتبط با سلامت آنها تأثیر بگذارد.

1. anxiety buffer
2. Jonas, Fischer
3. Terror Management Theory
4. Pyszczynski, Greenberg & Solomon
5. Wink & Scott



بر اساس فرضیه سپر<sup>۱</sup>، داشتن حمایت اجتماعی ممکن است سپری در برابر استرسی که افراد در زندگی روزمره تجربه می‌کنند، ایجاد کند که این خود می‌تواند از آنها در برابر بیماری محافظت کند. (شرمن، چنگ، فینگرمن و شنایر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶). یک تبیین احتمالی در مورد این که حمایت اجتماعی چگونه ممکن است از افراد در برابر استرس محافظت کند، این است که افراد دارای سطوح بالای حمایت اجتماعی نسبت به افراد دارای سطوح پایین حمایت، با دید مثبت‌تری به موقعیت‌های دشوار می‌نگرند. افراد دارای سطوح بالای حمایت اجتماعی، مطمئن هستند که در مواقع نیاز، دیگران برای کمک به آنها حضور خواهند داشت و در نتیجه ممکن است، رویدادهای بالقوه استرس‌زا را کمتر استرس‌زا تصور کنند (ساندرسون، ۲۰۱۲). بعلاوه حمایت اجتماعی، استفاده از مکانیسم‌های مقابله‌ای فعال برای مقابله با استرس را تسهیل می‌کند (ازبی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۷).

پژوهش‌های انجام شده (چیپک، ۲۰۱۷، کیم و پارک، ۲۰۱۶، لوی، ۱۹۸۵؛ به نقل از امینی و رضوی، ۱۳۹۴)، همسو با یافته‌های پژوهش حاضر، نشان می‌دهد دریافت حمایت و توجه اطرافیان به‌ویژه از سمت خانواده و فرزندان، می‌تواند میزان اضطراب مرگ سالمندان را کاهش دهد. به نظر می‌رسد روابط نزدیک، به‌عنوان کارکردهای تنظیم هیجانی برای کاهش اضطراب مرگ عمل می‌کنند، به این معنا که حمایت اجتماعی، می‌تواند موجب کاهش افسردگی و ناامیدی سالمندان شده، این مساله به نوبه خود کیفیت زندگی و رضایت از زندگی را در سالمندان افزایش می‌دهد. دریافت حمایت اجتماعی، با افزایش رضایت از زندگی و امیدواری و کاهش نگرانی‌های مالی و جسمانی موجب کاهش اضطراب مرگ در سالمندان می‌شود.

به طور خلاصه به نظر می‌رسد، سالمندانی که معنویت و حمایت اجتماعی بیشتری دارند، سلامت روان بهتر و اضطراب مرگ کمتری گزارش می‌کنند. با توجه به رابطه معنویت و حمایت اجتماعی با سلامت روان و اضطراب مرگ، ارتقاء معنویت و فعالیت‌های معنوی و نیز حمایت اجتماعی سالمندان می‌تواند، یک هدف مداخله‌ای بالقوه برای سالمندان باشد. استفاده از ابزارهای خودگزارشی یکی از این محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. همچنین، ماهیت طرح مطالعه مقطعی بوده که از تفسیرهای علی درباره روابط جلوگیری می‌کند.

## منابع

- آفریدون، مصطفی؛ چهارزی، لیلا. (۱۳۹۵). اضطراب مرگ و بررسی آن از دیدگاه مذاهب و مکاتب روان‌شناسی. <http://www.etemadmoghadam.com>.
- امینایی، محمد؛ اصغری ابراهیم آباد، محمدجواد؛ آزادی، محمود و سلطانی شال، رضا. (۱۳۹۴). بررسی اعتبار و پایایی نسخه ی فارسی پرسش نامه ی معنویت پارسیان و دونینگ. *اصول بهداشت روانی*. ۱۷(۳): ۱۲۹-۱۳۴.

1. buffering hypothesis  
2. Sherman, Cheng, Fingerman & Schnyer  
3. Ozbay

- امینی، آسیه و رضوی، ویدا. (۱۳۹۴). رابطه حمایت اجتماعی با امیدواری و اضطراب مرگ در بین سالمندان فرهنگسرای امید تهران. *نوندیش سبز*. ۹(۳۳): ۱۷-۲۱.
- پیمان، عادل؛ معتمدی، عبدالله؛ تاران، علی و حسین ثابت، فریده. (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین سلامت عمومی، نگرش مذهبی و ویژگیهای جمعیت شناختی با اضطراب مرگ در سالمندان شهر تهران، کنفرانس ملی پژوهشهای کاربردی در علوم تربیتی و روان‌شناسی و آسیب‌های اجتماعی ایران، تهران، انجمن توسعه و ترویج علوم و فنون بنیادین و مرکز مطالعات و تحقیقات.
- تقوی، سیدمحمدرضا. (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی. *مجله روانشناسی: دوره ۴۵ (۲۰)؛ ۳۸۱-۳۹۸*
- چراغی، مونا و مولوی، حسین (۱۳۸۵). رابطه بین ابعاد مختلف دینداری و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه اصفهان، *مجله پژوهش‌های تربیتی دانشکده علوم تربیتی دانشگاه اصفهان*، ۱: ۲۲-۲۰۱.
- سرتیپ زاده، افسانه. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر اضطراب مرگ و تاب‌آوری سالمندان مقیم خانه سالمندان شهر اصفهان. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*. دانشگاه پیام نور.
- عاشوری جمال. (۱۳۹۵). بررسی نقش سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی و سخت‌رویی روانشناختی در پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان سالمند. *فصلنامه پرستاری سالمندان*. ۲(۴): ۷۰-۸۱
- عباسیان، لادن؛ عباسی، محمود؛ شمسی‌گوشکی، احسان و معماریانی، زهرا. (۱۳۸۹). بررسی جایگاه علمی سلامت معنوی و نقش آن در پیشگیری از بیماری‌ها: یک مطالعه مقدماتی. *فصلنامه اخلاق پزشکی*. ۱۴: ۸۳-۱۰۴.
- عرب زاده، مهدی. (۱۳۹۵). فراتحلیل عوامل موثر در سلامت روان سالمندان. *پژوهش در سلامت روانشناختی*. ۱۰(۲): ۴۲-۵۲.
- عسگری، پرویز؛ نادری، فرح و شرف‌الدین، هدا (۱۳۸۹). رابطه اضطراب اجتماعی و حمایت اجتماعی با احساس ذهنی بهزیستی در دانشجویان زن. *فصلنامه زن و فرهنگ*. ۱(۲): ۴۸-۵۸.
- علی‌اکبری دهکردی، مهناز، اورکی، محمد، برقی ایرانی، زیبا. (۱۳۹۰). بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی با اضطراب مرگ و از خودبیگانگی در سالمندان استان تهران. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*. ۱(۲): ۱۴۰-۱۵۹.
- قنبری هاشم‌آبادی، بهرام‌علی، مجرد کاهانی، امیرحسین و قنبری هاشم‌آبادی، محمدرضا. (۱۳۹۱). رابطه بین حمایت روانی اجتماعی فرزندان با سلامت روان سالمندان. *پژوهش در علوم توانبخشی*. ۶: ۱۱۲۳-۱۱۳۱.
- کجباف، محمدباقر؛ قاسمیان‌نژاد جهرمی، علی‌نقی؛ احمدی‌فروشان، سیدحبیب‌اله. (۱۳۹۴). تاثیر گروه درمانی معنوی و وجودی بر میزان افسردگی؛ اضطراب مرگ و باور به ادامه حیات پس از مرگ با تکیه بر گزارش‌های افراد تجربه‌کننده مرگ در دانشجویان. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*: ۱۶؛ شماره ۴ (۶۲)؛ ۴-۱۳.

- گنجیه، زینب. (۱۳۹۴). نقش هوش معنوی، حمایت اجتماعی ادراک شده، احساس تنهایی در افسردگی، استرس و اضطراب مرگ سالمندان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده علوم انسانی و تربیت بدنی.
- ملکوتی، سید کاظم، میراب زاده، آرش، فتح الهی، پریدخت، صلواتی، مزده، کهالی، شمس‌الدین، افخم ابراهیمی، عزیزه و همکاران. (۱۳۸۵). بررسی اعتبار، روایی، تحلیل عامل مقیاس سلامت عمومی (GHQ) فرم ۲۸ سؤالی در سالمندان ایرانی. *مجله سالمندی ایران*. ۱ (۱): ۱۱-۲۱.
- نبوی، سید حمید، علیپور، فردین، حجازی، علی، ربانی، زهرا و راشد، وحید. (۱۳۹۳). بررسی رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روان در سالمندان. *دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*. ۷: ۸۴۱-۸۴۶.
- Abdel-Khalek AM. (2002). Why do we fear death? The construction and validation of the Reasons for Death Fear Scale. *Death Stud.* 26(8):669-80.
- Adams, T. R., Rabin, L. A., Da Silva, V. G., Katz, M. J., Fogel, J., & Lipton, R. B. (2016). Social Support Buffers the Impact of Depressive Symptoms on Life Satisfaction in Old Age. *Clinical Gerontologist*, 39(2), 139-157.
- Amini, R, Ingman, S... R, Sahaf, R. (2013). Aging in Iran: past, present and future. *The Journal of Aging in Emerging Economies*. 4(1):17-34.
- Barua A, et al. Prevalence of depressive disorders in the elderly. *Ann Saudi Med* 2011; 31(6): p. 620- 624.
- Bromell, L., & Cagney, K. A. (2014). Companionship in the neighborhood context: Older adults' living arrangements and perceptions of social cohesion. *Research on aging*, 36(2), 228-243.
- Chopik, W. J. (2017). Death across the lifespan: Age differences in death-related thoughts and anxiety. *Death studies*, 41(2), 69-77.
- Cummings J P, Pargament K I: (2010) Medicine for the spirit: Religious coping in individuals with medical conditions. *Religions*; 1:28-53.
- Daaleman TP, Dobbs D. (2010) Religiosity, spirituality and death attitudes in chronically ill older adults. *Res Aging*. 32(2): 224-43.
- Furer, P., Walker, J. R. Stein, M. (2007). *Treating health anxiety and fear of death: A practitioners guide*. New York: Springer Publishing.
- Hadzic M (2011) Spirituality and mental health: current research and future directions. *J Spiritual Ment Health*. 13: 223-35.
- Harpham, T., Grant, E., & Rodriguez, C. (2004). Mental health and social capital in Cali, Colombia. *Social science & medicine*, 58(11), 2267-2277.
- Hung, M., Bounsanga, J., Voss, M. W., Crum, A. B., Chen, W., & Birmingham, W. C. (2017). The relationship between family support; Pain and depression in elderly with arthritis. *Psychology, Health & Medicine*, 22(1), 75-86.
- Jonas, E., Fischer, P. (2006). Terror management theory, salience, neuroticism, and worldview threat on the desire for control. *Journal of Research in Personality*, 37, 1-22.
- Kim, S., & Park, K. S. (2016). A Meta-Analysis on Variables related to Death Anxiety of Elderly in Korea. *Korean Journal of Adult Nursing*, 28(2), 156-168.

- Kirmizioglu Y, et al.(2009). Prevalence of anxiety disorders among elderly people. *Int J Geriatr Psychiatry*; 24(9): 102.33-6
- Kishimoto, Y., Okamoto, N., Saeki, K., Tomioka, K., Obayashi, K., Komatsu, M., & Kurumatani, N. (2016). Bodily pain, social support, depression symptoms and stroke history are independently associated with sleep disturbance among the elderly: a cross-sectional analysis of the Fujiwara-kyo study. *Environmental health and preventive medicine*, 21(5), 0.
- Knowlden, A. P., Shewmake, M. E., Burns, M., & Harcrow, A. (2016). Sex-Specific Impact of Spiritual Beliefs and Sleep Quality on Degree of Psychological Distress. *Journal of Religion and Health*, 1-12.
- Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. International Scholarly Research Network, 2012, 1–33.
- Koenig, H.G., King, D., & Carson, V.B. (2012). Handbook of religion and health. New York: Oxford University Press.
- Lavretsky, H. (2010). Spirituality and aging. *Aging Health*, 6, 749–769.
- Liu, L., Gou, Z., & Zuo, J. (2016). Social support mediates loneliness and depression in elderly people. *Journal of health psychology*, 21(5), 750-758.
- Mayer, J. Salovey, P., & Caruso, D. (2009). Emotional intelligence: Theory, finding, and implications. *Psychological inquiry*, 15(3), 197-215.
- Measuring National Well-being – Health. (2013 .)2013: Office for National Statistics.
- Milner, A., Krnjacki, L., Butterworth, P., & LaMontagne, A. D. (2016). The role of social support in protecting mental health when employed and unemployed: A longitudinal fixed-effects analysis using 12 annual waves of the HILDA cohort. *Social Science & Medicine*, 153, 20-26.
- Momeni K, Shahbazi rad A. (2012) Relationship of spirituality, resiliency, and coping strategies with quality of life in university students. *J Behav Sci*. 6(2): 626-34.
- Naderi F, Shokouhi M. (2009) Relationship of optimism, humor and social maturity with death anxiety in Ahvaz Golestan hospital nurses. *J New Find Psychol*. 4(10): 85-94.
- Nelson, C., Jacobson, C. M., Weinberger, M. I., Bhaskaran, V., Rosenfeld, B., Breitbart, W., & Roth, A. J. (2009). The role of spirituality in the relationship between religiosity and depression in prostate cancer patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 38(2), 105-114.
- Ozbay, F., Johnson, D. C., Dimoulas, E., Morgan, C. A., Charney, D., & Southwick, S. (2007). Social Support and Resilience to Stress: From Neurobiology to Clinical Practice. *Psychiatry (Edgmont)*, 4(5), 35–40.
- Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. (2000). the many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *JClinPsychol*; 56 (4):519–543.
- Rasmussen, C. H., & Johnson, M. E. (1994). Spirituality and religiosity: Relative relationships to death anxiety. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 29(4), 313-318.
- Rentala, S., Lau, B. H. P., & Chan, C. L. (2017). Association between Spirituality and Depression among Depressive Disorder Patients in India. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 1-13.

- Riffle KL, Yoho J, Sams J. (1989). Health-promoting behaviors, perceived social support, and self-reported health of Appalachian elderly. *Public Health Nurs.*;6(4):204-11.
- Robinson, R. G. & Price, T. R. (1982). Post-stroke depressive disorders: A follow up study of 103 patients, *Stroke*, 13(5), 635-41.
- Sanderson, C. A. (2012). *Health psychology*. Wiley Global Education.
- Scarinci, E. G., Griffin, M. T. Q., Grogoriu, A., & Fitzpatrick, J. J. (2009). Spiritual well-being and spiritual practices in HIV-infected women: A preliminary study. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20(1), 69-76.
- Sergeantanis TN, Papadodima SA, Evaggelakos CI, Mytilinaios DG, Goutas ND, Spiliopoulou CA. (2010). Students' physical and psychological reactions to forensic dissection: Are there risk factors? *Anat Sci Educ*. 3(6):287-94.
- Sharma, V., Marin, D. B., Koenig, H. K., Feder, A., Iacoviello, B. M., Steven, M. S., & Pietrzak, R. H. (2017). Religion, spirituality, and mental health of US military veterans: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Journal of Affective Disorders*.
- Sherman, S. M., Cheng, Y. P., Fingerman, K. L., & Schnyer, D. M. (2016). Social support, stress and the aging brain. *Social cognitive and affective neuroscience*, 11(7), 1050-1058.
- Singh C. (2013) An Analytic Study of Death Anxiety among Type 2 Diabetes. *Mediterr J Soc Sci*; 4 (11): 205-17.
- Skoog, I. ((2011). Psychiatric disorders in the elderly. *Can J Psychiatry*; 56(7): p. 387-97.
- Steel, K. C., Fernandez-Esquer, M. E., Atkinson, J. S., & Taylor, W. C. (2017). Exploring relationships among social integration, social isolation, self-rated health, and demographics among Latino day laborers. *Ethnicity & Health*, 1-17.
- Suhail, K. & Akram, S. (2002). Correlates of death anxiety in Pakistan. *Death study*, 26(1): 39-50.
- Tavakoli, M. A, Ahmadzadeh, B. Investigation of validity and reliability of Templer death anxiety scale. (2011). *IJPCP*; 6(21): 72-80.
- Vasiliadis, H.M., Dionne, P.A., Prévillle, M., Gentil, L., Berbiche, D., Latimer, E., (2013).The excess healthcare costs associated with depression and anxiety in elderly living in the community. *Am. J. Geriat. Psychiatry* 21 (6), 536-548.
- Wedgeworth, M., LaRocca, M. A., Chaplin, W. F., & Scogin, F. (2017). The role of interpersonal sensitivity, social support, and quality of life in rural older adults. *Geriatric Nursing*, 38(1), 22-26.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of adult development*, 17(2), 110-119.
- Wink, P. (2006). Who is afraid of death? Religiousness, spirituality, and death anxiety in late adulthood. *Journal of religion, spirituality & Aging*, 18(2-3), 93-110.

- Wolff, J. K., Lindenberger, U., Brose, A., & Schmiedek, F. (2016). Is Available Support Always Helpful for Older Adults? Exploring the Buffering Effects of State and Trait Social Support. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 71(1), 23-34.

