

## اثربخشی بسته مداخله‌ای مرگ محور بر اساس دیدگاه مولوی و درمان ACT بر اضطراب مرگ سالمندان شهر اصفهان

فاطمه یعقوبیان<sup>۱</sup>، محمد باقر کجیاف<sup>۲</sup>، حسینعلی مهربانی<sup>۳</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۱/۰۲

تاریخ وصول: ۹۹/۰۵/۱۳

### چکیده

سالمندی علاوه بر ناتوانی‌های فیزیکی و بیماری‌های مزمن، بر مشکلات رفتاری و روان‌شناختی نیز اثرگذار است. این پژوهش، با هدف بررسی مقایسه اثربخشی بسته مداخله‌ای مرگ محور بر اساس دیدگاه مولوی با درمان ACT بر میزان اضطراب مرگ در سالمندان شهر اصفهان انجام شد. طرح این پژوهش به صورت نیمه تجربی با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل و ارزیابی به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه است. نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای صورت گرفت. در مرحله اول، از میان مناطق شهر اصفهان، منطقه ۸ و ۲ به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در مرحله دوم، از میان سالمندان این مناطق که مقیم آسایشگاه نبودند، ۳۶ نفر به صورت هدفمند و بر اساس ملاک‌های ورودی پژوهش انتخاب شدند. سپس، این مراجعان به روش گمارش تصادفی در سه گروه ۱۲ نفری شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. ابزار به کار رفته در این پژوهش مقیاس اضطراب مرگ (DAS) بود که از روایی و پایایی خوبی برخوردار بوده است. بعد از اجرای پرسشنامه‌ها، فرضیه‌های پژوهش با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد آزمون قرار گرفت. مقایسه میانگین نمرات اضطراب مرگ در گروه‌های مورد مطالعه، تفاوت معناداری بین نمرات متغیر اضطراب مرگ آزمودنی‌ها در گروه‌ها را نشان داد ( $p < 0/01$ ). لذا نتیجه گرفته می‌شود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و بسته مداخله‌ای مرگ محور بر اساس دیدگاه مولوی در کاهش اضطراب مرگ آزمودنی‌ها موثر بوده است.

۱. دانشجوی دکتری، روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران، ffyaghobian@yahoo.com

۲. استاد، روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤل). m.b.kaj@edu. ui. ac. ir.

۳. استادیار روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران، mehrabihosseini@yahoo.com.

همچنین بین دو گروه مداخله‌ای در تاثیر گذاری بر اضطراب مرگ تفاوت معناداری وجود نداشت. در مجموع، نتایج این پژوهش می‌تواند حمایت‌های تجربی برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و بسته مداخله‌ای مرگ محور بر اساس دیدگاه مولوی بر کاهش اضطراب مرگ فراهم کند.

واژگان کلیدی: مرگ، مولوی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اضطراب مرگ، سالمندان.

#### مقدمه

در جهان هستی از آغاز تاکنون، پرسشی جدی تر از مرگ و فرجام کار انسان مطرح نبوده و نیست و هیچ رویدادی چون مرگ، ذهن و ضمیر آدمیان را به خود مشغول نکرده است. تنش مرگ شامل اضطراب مرگ<sup>۱</sup>، نگرانی مرگ<sup>۲</sup>، ترس از مرگ<sup>۳</sup>، وسواس مرگ<sup>۴</sup> و افسردگی مرگ<sup>۵</sup> است (چن، تین، چن، چن و تنگ<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰). در این میان، اضطراب مرگ به معنی ترس مداوم، غیرطبیعی و مرضی از مرگ یا مردن است. به گونه‌ای که سازمان خدمات بهداشت ملی بریتانیا<sup>۷</sup> اضطراب مرگ را نوعی احساس وحشت، هراس یا نگرانی زیاد هنگام فکر کردن در مورد پدیده مردن یا قطع ارتباط خود با دنیا و یا آنچه که بعد از مرگ رخ می‌دهد، تعریف می‌کند (ونز و تیر<sup>۸</sup>، ۲۰۱۳). اضطراب مرگ تحت تأثیر مراحل رشد و رویداد های اجتماعی و فرهنگی نیز تغییر می‌کند (ولیکانی و یار محمدی واصل، ۱۳۹۳). در این میان یکی از عوامل تاثیر گذار که اثر تعاملی معناداری با اضطراب مرگ دارد، سن می‌باشد (باندر، شریرا، برگمن، کوهن-فریدل، و گراسمن<sup>۹</sup>، ۲۰۱۵؛ قربانعلی پور، برجعلی، سهرابی و فلسفی نژاد، ۱۳۸۹). همراه با افزایش سن، به دلیل زوال ها و کمبود های مرتبط با آن، انتظار می‌رود اضطراب مرگ نیز افزایش یابد (هو و گولمن<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۲، به نقل از هاشمی رزینی، باحشمت و رامشینی، ۱۳۹۶). مطالعات انجام شده نیز مؤید آن است که اضطراب مرگ، در دوران میانسالی و به

1. Death anxiety
2. Death concern
3. Death fear
4. Death obsession
5. Death dpression
6. Chan, Tin, Chan, Chan & Tang
7. National health service
8. Venes & Taber
9. Bonder, Shrirra, Bergman, Cohen-Fridel & Grossmanh
10. Hui & Coleman

ویژه در دوران سالمندی، برجسته تر است (فونتولاکیس، سایمولی، مگیریا، و کاپرینیس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸) و حتی تا جایی پیش می رود که به یک اختلال روانی تبدیل شود. بنابراین میزان اضطراب سالمندان از مرگ می تواند غیرطبیعی باشد (قربانعلی پور و اسماعیلی، ۱۳۹۱). چرا که سالمندی علاوه بر ناتوانی های فیزیکی و بیماری های مزمن بر مشکلات رفتاری و روان شناختی نیز اثرگذار است (مجیا، هایمن، بهبهانی و ترنر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶). لذا پرداختن به این موضوع در دوران سالمندی حائز اهمیت است.

از دیگر سو، مطالعات نشان داده است که در ۴۰ سال آینده جمعیت بالای ۶۵ سال دنیا دو برابر خواهد شد و ۵۲ درصد این میزان در کشورهای آسیایی و ۴۰ درصد آن در کشورهای پیشرفته خواهد بود (سازمان بهداشت جهانی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). بررسی شاخص های آماری در ایران نیز حاکی از رشد و شتاب سالمندی است، به طوری که پیش بینی می شود در سال ۱۴۱۰ در کشور ما انفجار سالمندی رخ دهد و ۲۵ الی ۳۰ درصد جمعیت وارد دوران سالمندی شوند (سوری، شعبانی مقدم و سوری، ۱۳۹۵). و مشکلاتی مانند تغییرات جسمی، ضعف در برابر بیماری ها، معلولیت و از دست دادن خویشاوندان و دوستان (سوگ و فقدان) در این دوران، شواهد بیشتری را برای اندیشیدن به مرگ و اضطراب ناشی از آن فراهم می کند (گولدزویگ، بایدر، اندریچ، و روتنبرگ<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶، به نقل از مومنی، و رفیعی دلفان، ۱۳۹۷). لذا لزوم پرداختن به این موضوع را در دوران سالمندی، دو چندان می کند.

درباره اضطراب مرگ از کهن ترین حماسه های بشری (گیلگمش)<sup>۵</sup> تا انواع رویکرد های درمانی مدرن و پست مدرن بحث های زیادی شده است، که در ادامه به تعدادی از این رویکردها پرداخته شده است. در رویکرد روانشناختی - فلسفی یالوم به مرگ، دلیل این اضطراب را، انتزاعی بودن این تجربه از یک سو و از آن هم مهم تر تنها و یک بار تجربه کردن آن از سویی دیگر معرفی شده است. همچنین وی معتقد است زندگی هر انسانی محدود است و در آن تفاوتی با بقیه موجودات نداریم و این محدودیت سبب

1. Fountoulakis, Siamouli, Magiria & Kaprinis
2. Mejia, Hyman, Behbahani, Farrell-Turner
3. WHO
4. Goldzweig, Baider, Andritsch, & Rottenberg
5. Gilgamesh

اضطراب می‌شود (مینتون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱، به نقل از عزیزی و علی زمانی، ۱۳۹۴). اما دنیای مدرن و تضعیف اعتقادات مذهبی انسان‌ها، به آن نمود بیشتری داده تا آنجا که می‌توان گفت به یک معنا انسان مدرن همواره در حال گریز از مرگ است (یالوم، ۱۳۹۱). بعضی نیز چون الیس<sup>۲</sup> و ابن سینا اضطراب مرگ را با باورهای غیر واقع بینانه مرتبط می‌دانند. اما تفاوت این دو نظریه، در واژه واقع‌گرائی می‌باشد؛ چرا که الیس قائل به واقعیت مطلق و خارجی نبوده، اما ابن سینا قائل به چنین واقعیتی است (آزادی و کلانتر کوشه، ۱۳۹۵).

در طول تاریخ، انسان‌ها برای رهایی از مرگ یا غلبه بر این پدیده و کاهش اضطراب ناشی از آن، راه‌های گوناگونی را پیموده و شیوه‌های متفاوتی نیز برگزیده‌اند. در این میان پاره‌ای از بزرگان هنر و ادبیات جهان در ادوار پیشین تاکنون سعی کرده‌اند در قالب هنر و آموزه‌های هنری از این اضطراب بکاهند. یکی از شاخص‌ترین کسانی که موضوع مرگ و معنا دهی به آن را به گونه‌ای برجسته در آثارش بیان نموده است، جلال‌الدین محمد بلخی معروف به مولوی است. تنوع موضوع و داستان در داستان بودن و استفاده از استعاره‌های زیبا از ویژگی‌های برجسته مثنوی و بیانگر تاثیر پذیری مولوی از قرآن است. این ویژگی و نیز تکرار مضامین و مفاهیم، سبب شده که مولوی بارها از واژه ی مرگ استفاده کند و معانی مختلفی از آن را در جای‌جای مثنوی بگنجانند (مرادی، ۱۳۸۹). به عنوان مثال در مقام تمثیل، مرگ آینه‌ای است که کارش تنها نشان دادن چهره‌ی راستین افراد است؛ نه چهره‌ی ظاهری مان که به چشم ظاهر دیده می‌شود. اگر زیبا رو باشیم و به تعبیر مولوی «اگر تُرک باشیم زیبایی آن بر آینه نقش می‌بندد و آینه آن را نشان خواهد داد؛ اما اگر سیاه باشیم آینه نیز رنگ سیاه به خود می‌گیرد:

مرگ هر یک ای پسر هم‌رنگ اوست      پیش دشمن دشمن و بر دوست دوست  
پیش ترک آینه را خوش رنگی است      پیش زنگی آینه هم زنگی است  
آن که می‌ترسی ز مرگ اندر فرار      آن ز خود ترسانی ای جان، هوش دار

(مثنوی معنوی، دفتر سوم: ۳۴۴۱=۳۴۴۳).

در تفسیر ابیات مولوی، جعفری (۱۳۷۸) نیز در کتب تفسیر خویش، مفهوم مرگ را برای هر انسانی متناسب با زندگی وی دانسته و معتقد است که "حتی مرگ افراد متناسب

1. Minton  
2. Ellis

با نحوه زندگی آن‌ها است. بدان جهت که زندگی هر یک از افراد بشری با نظر به هزاران خصوصیات عضوی داخلی و خارجی و مختصات روانی، مذهبی، اخلاقی و رسوبات متأثر از حقوق‌ها و فرهنگ‌ها و همچنین اندوخته‌های حافظه‌ای و طرز تفکرات و فعالیت‌های عناصر درونی و هدفگیری‌ها و غیرذلک، یک حقیقت مخصوص با طعمی مخصوص و علایقی مشخص می‌باشد، لذا مرگ هر کس به علاوه پدیده‌های عام آن برای همه انسان‌ها، دارای کیفیت خاصی نیز می‌باشد" (جعفری، ۱۳۷۸، ص ۲۳).

مولوی یکی از ویژگی‌ها و مشخصات انسان‌های کامل را مرگ آگاهی و مواجهه آگاهانه با مرگ می‌داند (قیصر، ۱۳۸۹). مرگ آگاهی پدیده‌ای است که به شکلی طبیعی و غریزی در همه انسان‌ها وجود دارد و ظاهراً انسان تنها موجودی است که از مرگ خود آگاهی دارد. اما اذهان همه انسان‌ها درگیر مسأله مرگ نیست و دغدغه آن را ندارند. مولوی در تبیین مرگ آگاهی، سه نوع مرگ را برای انسان مطرح می‌کند: مرگ اختیاری (عاشقانه و فناء در حق)، مرگ اجباری (مرگ زیستی و طبیعی) و مرگ باطنی (دل بستگی به دنیا). مراد از مرگ اختیاری این است که آدمی با برنامه‌های الهی و عرفانی بر خودبینی خویش چیره آید و نفس را به زنجیر عقل و ایمان کشد و به تهذیب درون و صفای باطن رسد. این رویکرد به معنی نادیده گرفتن ارزش و معنی زندگی و اقدام به خودکشی نیست، بلکه بیانگر مضمون این حدیث شریف "موتوا قبل ان تموتوا" است. مرگ اختیاری قبل از مرگ اضطراری و جسمانی بوده و خاص انسان‌های کاملی است که در این دنیا هواهای نفسانی را در خود کشته‌اند (مرادی، ۱۳۸۹).

اما مقصود از مرگ اجباری، همان مرگ طبیعی معروف است که بطور جبری بر همگان عارض گردد و از آن هیچ‌گزیر و گریزی نیست:

زهد و تقوا را گزیدم دین و کیش زانکه می‌دیدم اجل را پیش خویش  
(مثنوی معنوی، دفتر ششم، ۴۴۱).

چنین مرگی به معنای فنا و نابودی انسان نیست، بلکه یکی از مراحل طبیعی و تکاملی انسان است:

گر ز قرآن، نقل خواهی ای حرون خوان: جمیع هم‌لدینا محضرون

محضرون معدوم نبود، نیک بین      تا بقای روح ها دانی یقین  
(مثنوی معنوی، دفتر چهارم، ۴۴۴ و ۴۴۵).

نوع سوم مرگ، مرگ باطنی می باشد که از آن کسانی است که در ظاهر زنده هستند، اما در حقیقت به دلیل شیفتگی و وابستگی به دنیا و رذیلت ها و دوری از خداوند، آن چنان مهر غفلتی بر دل هایشان زده شده است که گویی مرده اند:  
نفس اگر چه زیرک است و خرده دان      قبله اش دنیاست، او را مرده دان  
(مثنوی معنوی، دفتر چهارم، ۱۶۵۶).

البته همه انسان‌های مرگ آگاه، مرگ‌اندیش نیستند. اگر کسی دغدغه مرگ را داشته باشد و در همه یا بعضی از اوقات به آن بیندیشد، چنین کسی افزون بر مرگ آگاه، مرگ‌اندیش هم هست؛ بنابراین مرگ‌اندیشی به نحوه مواجهه انسان با پدیده مرگ و به شیوه تفسیر و تعبیری که او از این پدیده دارد، اشاره می‌کند. شهبازی (۱۳۸۹) در یک تقسیم‌بندی کلی انواع مرگ‌اندیشی را به پنج گونه کلان تقسیم می‌کند: (۱) مرگ‌هراسی عامیانه، (۲) مرگ‌اندیشی زاهدانه، (۳) مرگ‌گریزی لذت‌گرایانه، (۴) مرگ‌اندیشی واقع‌بینانه و (۵) مرگ‌آشامی عارفانه. در مرگ‌هراسی عامیانه بسیاری از انسان‌ها به سبب درک نادرستی که از پدیده مرگ دارند، آن را امری تلخ و ناخوشایند تلقی می‌کنند و از آن می‌ترسند. گروهی از این افراد کسانی هستند که بر اثر آموزش‌های نادرست مذهبی، از مرگ و دنیای پس از مرگ می‌ترسند و گروهی دیگر کسانی هستند که به خاطر دل‌بستگی‌ها و وابستگی‌های دنیایی خود مرگ را امری ناخوشایند می‌دانند. این نوع مرگ‌هراسی در میان عموم افراد جامعه شایع است و منظور اصلی پژوهش حاضر نیز آن است که با توجه به آموزه‌های مولوی در مورد مرگ، ترس این قبیل افراد از مرگ را از بین ببرد، یا دست کم ترس آن‌ها را کاهش دهد. منظور از مرگ‌هراسی زاهدانه این است که اندیشیدن به مرگ باعث شود که ترسی عمیق همه زندگی ما را فرا بگیرد. در رویکرد مرگ‌گریزی لذت‌گرایانه، ترس انسان‌ها از مرگ و نیز میل آن‌ها به هر چه بیشتر لذت بردن از زندگی مادی باعث می‌شود که مرگ را انکار کنند. انکار مرگ، یکی از مهم‌ترین کارهایی است که بیشتر انسان‌ها برای رهایی از مرگ‌اندیشی و مرگ آگاهی در پیش می‌گیرند. مولوی از زبان قوم سبا خطاب به پیامبران می‌گوید:

جان ما فارغ بُد از اندیشه‌ها      در غم افکندید ما را و عنا

ذوق جمعیت که بود و اتفاق شد ز فال زشتان صد افتراق  
طوطی نُقْلِ شَکْرِ بودیم ما مرغِ مرگِ اندیش گشتیم از شما  
(مثنوی معنوی، دفتر دوم؛ ۲۹۴۹-۲۹۵۱).

مفهوم مرگ اندیشی واقع بینانه این است که اگر اندیشیدن به مرگ به شکلی درست انجام بگیرد، می‌تواند تأثیرات بسیار مثبتی در زندگی بشر داشته باشد. نگاه ما به مرگ تغییراتی بنیادین در شیوه و کیفیت زندگی ما پدید می‌آورد. برخی از آثار و نتایج مرگ‌اندیشی آگاهانه عبارتند از: عمیق و اصیل شدن زندگی، زیستن در زمان حال، مهربانی با دیگران و بخشیدن خطا‌های آن‌ها، متحول شدن و تجدید نظر در برنامه‌های خود (اولویت بندی)، کم شدن ترس‌های فردی، احساس رهایی برای انجام دادن کارهای دشوار، بدون نقاب زیستن، کم شدن حساسیت‌های کوچک و بی‌اهمیت، جلوگیری از غرور و ظلم و خودپسندی و قرار گرفتن در نقطه تعادل بین غم و شادی. و در نهایت در مرگ آشامی عارفانه عارفان و مؤمنان واقعی نه تنها مرگ را نابودی نمی‌دانند و از آن نمی‌هراسند، بلکه عاشقانه آن را دوست دارند و با رقص و پایکوبی به پیشواز آن می‌روند. مولانا چنین نگاهی به مرگ دارد؛ او نه تنها از مرگ نمی‌ترسد، بلکه عاشقانه آن را دوست دارد (شهبازی، ۱۳۸۹).

مرگ آشامان ز عشقش زنده‌اند دل ز جان و آب جان برکنده‌اند  
(مثنوی معنوی، دفتر پنجم، بیت ۴۲۱۸).

از این رو، در دیدگاه مولوی می‌توان دریافت که مرگ اندیشی و تاثیر آن بر معنی زندگی به معنی؛ بیداری، تلاش و امید، توجه به جاودانگی جهان آخرت و درک ناپایداری امور دنیوی است. در این دیدگاه، مرگ، نه تنها نقطه پایان نیست و امکانات او را محدود نمی‌کند، بلکه سرآغاز زندگی حقیقی است و به تعبیر مولوی "نه چنان مرگی که در گوری روی / مرگ تبدیلی که در نوری روی" (۶:۷۳۹) (اکبر زاده و علیزمانی، ۱۳۹۳).

یافته‌های پژوهشی که به بررسی اثرات مثبت مرگ آگاهی بر اضطراب مرگ پرداخته است، نیز نشان داد که در تصور بسیاری از مردم، مرگ خیلی چیز وحشتناکی به نظر می‌آید، در صورتی که واقعیت غیر از این است. به طور کلی مرگ آگاهی پیامدهای مثبت فراوانی به همراه دارد. به عنوان مثال در پژوهش (گرانسن، ریتز، وایتز، نورتز، و

گری<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷)، دو مطالعه صورت گرفت که به بررسی تجربیات افرادی می‌پردازد که به صورت واقعی با مرگ قریب الوقوع دست و پنجه نرم می‌کنند و افرادی که به صورت نمادین با مرگ روبرو می‌شوند. نتایج نشان داد که گروهی که به طور واقعی با مرگ خود روبرو می‌شدند و نسبت به آن آگاهی پیدا می‌کردند، نسبت به گروه کنترل، هیجانات مثبت بیشتری را تجربه می‌کردند. و در نهایت نشان دادند که تجربه کردن مرگ موضوعی حتمی است، اما تجربه کردن وحشت از آن حتمی نیست (به نقل از ملکشاهی بیرانوند، خدابخش پیر کلانی، خسروی، و عامری، ۱۳۹۸). همچنین پژوهش نوروزی، مرادی، زمانی و حسنی (۱۳۹۶) با هدف بررسی اثربخشی معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولوی و مقایسه اثربخشی آن با درمان پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی سالمندان انجام شد. نتایج تحلیل نشان داد که معنا درمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولوی موجب افزایش بهزیستی روانشناختی سالمندان می‌شود.

در مقابل دیدگاه مولوی در مورد مرگ که متأثر از عرفان اسلامی می‌باشد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)<sup>۲</sup> از جمله درمان‌های روانشناختی دیگری است که تا حدودی متکی بر عرفان شرق یا حداقل متأثر از آن بوده و در قالب رویکردهای شناختی قابل طرح است. این درمان، از جمله درمان‌های روانشناختی است که تلفیقی از سنت‌های معنوی شرقی، از جمله فنون مراقبه، تفکر نظاره‌ای و رفتار درمانی - شناختی است که هیز<sup>۳</sup> و همکاران از این تلفیق به عنوان موج سوم رفتار درمانی یاد می‌کنند (کارداسیوتو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵، به نقل از سهرابی، ۱۳۹۴؛ ایران دوست، نشاط دوست، نادری، و صفری، ۱۳۹۳). از نظرگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اضطراب هنگامی به اختلال تبدیل می‌شود که: (۱) فرد تمایلی به داشتن اضطراب نداشته باشد. (۲) به طور یکنواخت به اجتناب، فرونشانی و فرار از هیجان اضطراب و حس‌های فیزیکی، افکار و شرایط مرتبط با آن پردازد (۳) به قیمت از دست دادن سایر فعالیت‌ها و اهداف ارزشمند، زمان و تلاش زیادی را صرف کشمکش با اضطراب نماید. هدف درمان پذیرش و تعهد شکستن این چرخه با تخریب تمایل به اجتناب و فرار و افزایش انعطاف‌پذیری و پذیرش نسبت

1. Goranson, Ritter, Waytz, Norton, & Gray
2. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
3. Hayes
4. Cardaciotto



به تجربه اضطراب است. همزمان، درمان پذیرش و تعهد به مراجعان کمک می کند تا بر حوزه های ارزشمند زندگی شان متمرکز شوند. حوزه های ارزشمندی که در طول کشمکش با اضطراب در حاشیه قرار داشت (ایفرت و فورسیس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵).

این درمان، در اصل یک رفتاردرمانی است و موضوع آن عمل است، آن هم نه هر عملی، بلکه عملی که ارزش محور باشد و به مراجع کمک کند، آنچه واقعاً برایش مهم است را بشناسد و سپس از او بخواهد از این ارزش ها برای هدایت و تغییرات رفتاری در زندگی استفاده کند (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲). در این راستا نتایج پژوهش بارت، آندرسون و مارسدن<sup>۲</sup> (۲۰۱۸) به طور ضمنی نشان داد که بدینی نسبت به مرگ و اضطراب ناشی از آن را می توان در نگرانی های مذهبی و وجودی سالمندان که یکی از حوزه های ارزشمندی در زندگی است، جستجو کرد.

از آنجا که مرگ یکی از مقوله های اساسی زندگی انسان ها است، و با توجه به اینکه این موضوع در کلام و نگاه بزرگان از جمله مولوی مورد بررسی و موشکافی دقیق قرار گرفته است و مولوی آن را از جهات گوناگون نگریسته و معانی متفاوتی از آن به دست داده است (مرادی، ۱۳۸۹)، بنابراین، پژوهش حاضر صورت گرفت تا دیدگاه این بزرگان را در زمینه شناساندن بخشی از مفهوم مرگ و راه های مقابله موثر در کاهش اضطراب ناشی از آن را در انسان ها و بخصوص در سالمندان، مورد توجه قرار دهد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز، جزء روش های ایمن، غیرتهاجمی، غیردارویی و کم هزینه است که اثر بخشی آن بر روی اضطراب مرگ سالمندان در تعدادی از پژوهش های پیشین مشخص گردیده است (میرزایی دوستان، زرگر، و زندی پیام، ۱۳۹۸؛ احمدی، قائمی، و فرخی، ۱۳۹۷؛ بیاتی، عباسی، ضیاپور، پروین، و دهقان، ۲۰۱۷) و می تواند از بار سنگین هزینه های اقتصادی، اجتماعی و انسانی این اختلال بکاهد. ثانیاً اکثر پژوهش ها بر روی سالمندان مقیم در آسایشگاه ها صورت گرفته است؛ در حالی که قسمت اعظم سالمندان در ایران، در منازل ساکن بوده و و نزد خانواده های خود زندگی می کنند که شرایط متفاوتی را نسبت به سالمندان مقیم در آسایشگاه ها دارند. که البته لازم به ذکر است که تعدادی از پژوهش ها در ایران حاکی از این است که نمره کل اضطراب مرگ در سالمندان ساکن

1. Eifert & Forsyth  
2. Barnett, Anderson & Marsden

منازل، بیشتر از سالمندان مقیم سرای سالمندان است (نوحی، کریمی، ایران منش، ۱۳۹۲). ثالثاً، پژوهش‌های مشابه در ایران بیشتر بر روی سالمندان مرد انجام گرفته است (بیاتی، عباسی، ضیاپور، پروین و دهقان، ۲۰۱۷؛ و صمدی فرد، و نریمانی، ۱۳۹۶) و این در صورتی است که پژوهش‌ها نشان می‌دهند که زنان جزو گروه‌های در معرض خطر بیشتر ابتلا به اضطراب مرگ هستند و حساسیت انزجاری<sup>۱</sup> بیشتری نسبت به مردان در نگرش به مرگ نشان می‌دهند (باست<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷. یانگ، زانگ، لو، و لی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶؛ و سلیمانی، لهتو، نگارنده، بهرامی، و شریف‌نیا، ۲۰۱۵). در پژوهش‌هایی هم که در رابطه با تفاوت‌های جنسیتی در تجربه کردن اضطراب مرگ، پرداخته‌اند، نشان داده شده است که زنان اضطراب مرگ بالاتری را نسبت به مردان تجربه می‌کنند (روساک، گاتلیف، ریس و اسپاتوودز<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). بنابراین فرضیه‌های پژوهش به قرار زیر بود:

فرضیه اصلی: بین اثر بخشی بسته مداخله ای مرگ محور بر اساس دیدگاه مولوی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان اضطراب مرگ در سالمندان شهر اصفهان در مراحل پس آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد.

فرضیه‌های فرعی:

بسته مداخله ای مرگ محور بر اساس دیدگاه مولوی بر میزان اضطراب مرگ در سالمندان شهر اصفهان در مراحل پس آزمون و پیگیری موثر است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان اضطراب مرگ در سالمندان شهر اصفهان در مراحل پس آزمون و پیگیری موثر است.

## روش

پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح گروهی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری یک ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را تمام زنان سالمند بالای ۵۰ سال شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ که مقیم آسایشگاه نبودند، تشکیل می‌داد. نمونه گیری به صورت چند مرحله ای صورت گرفت. در مرحله اول، از میان مناطق شهر اصفهان، مناطق ۲ و ۸ به روش نمونه

1. Disgust Sensitivity
2. Bassett
3. Yang, Zhang, Lu & Li
4. Russac, Gatliff, Reece, & Spottswood

گیری در دسترس انتخاب شدند. در مرحله دوم، از میان سالمندان این مناطق که مقیم آسایشگاه نبودند، ۳۶ نفر به صورت هدفمند و بر اساس ملاک های ورودی پژوهش انتخاب شدند. لازم به تذکر است ملاک های ورود به پژوهش شامل دارا بودن ۵۰ سال سن و یا بالاتر، تمایل به مشارکت در پژوهش و اینکه در مقیاس اضطراب مرگ نمره ی بالای ۷ دریافت کرده باشند، بود. در مرحله سوم نمونه برداری سالمندان به روش گمارش تصادفی در سه گروه ۱۲ نفری شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. ملاک های خروج از پژوهش نیز شامل عدم حضور مرتب در جلسات تمرین و عدم تمایل به ادامه همکاری با پژوهشگر بودند.

ابزار: مقیاس اضطراب مرگ (DAS)<sup>۱</sup>: این مقیاس، ابزاری برای اندازه گیری اضطراب مربوط به مرگ بوده که بیشترین کاربرد را در نوع خود داشته است. این مقیاس، یک پرسشنامه خود اجرایی متشکل از ۱۵ سوال صحیح- غلط است. دامنه ی نمرات از صفر تا پانزده می باشد و نمره ی زیاد معرف درجه بالایی از اضطراب مرگ است (رجبی و بحرانی، ۱۳۸۰). نمره یک در صورتی که پاسخ فرد نشان دهنده وجود اضطراب باشد و نمره صفر در صورتی که پاسخ فرد نشانگر عدم وجود اضطراب باشد. برای مثال، در سوال فکر مرگ هیچگاه مرا ناراحت نمی کند، پاسخ صحیح نشانگر عدم وجود اضطراب در فرد است و این یعنی کسب امتیاز صفر و پاسخ غلط نشان دهنده وجود اضطراب مرگ در فرد و کسب نمره یک است (مسعود زاده، محمد پور، و مدانلو کردی، ۱۳۸۷). در فرهنگ اصلی، ضریب پایایی بازآزمایی مقیاس ۰/۸۳، روایی همزمان به وسیله همبستگی آن با مقیاس اضطراب آشکار ۰/۲۷ و با مقیاس افسردگی ۰/۴۰ گزارش شده است (تمپلر<sup>۲</sup>، ۱۹۷۰). همچنین در ترجمه اسپانیایی آن ثبات درونی ۰/۷۳ و آماره بازآزمون آن ۰/۸۷ به دست آمده است (جاکوبین<sup>۳</sup> و گومز- بنیتو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲). در پژوهشی دیگر ثبات درونی پرسشنامه ۰/۷۶ و اعتبار آن از طریق باز آزمون ۰/۸۳ گزارش شده است (برپور<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲). پایایی و روایی این پرسشنامه را در ایران رجبی و بحرانی (۱۳۸۰) مورد بررسی قرار داده و بر این اساس ضریب پایایی تصنیفی را ۰/۶۰ و ضریب همسانی درونی را ۰/۷۳ گزارش

1. Death Anxiety Scale (DAS)
2. Templer
3. Joaquin
4. Gomes-Benito
5. Brewer

کرده اند، که نشان دهنده اعتبار بالای این پرسشنامه می باشد. همچنین این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت که نتیجه به دست آمده ۰/۷۸ بود، که نشان دهنده ی پایایی قابل قبول این ابزار است (کجیاف، قاسمیان نژاد و احمدی، ۱۳۹۵).

تدوین بسته مداخله ای مرگ محور بر اساس دیدگاه مولوی: ابتدا به منظور تدوین علمی محتوا، فرآیند و مراحل بسته مداخله ای مرگ محور بر اساس دیدگاه مولوی، از راهکارهای روش کیفی (تحلیل مضمون<sup>۱</sup>) به منظور سامان دهی شیوه های جستجو و تدوین بسته استفاده شد. "تحلیل مضمون فرایندی برای تحلیل اطلاعات کیفی به شمار می رود، لذا تحلیل مضمون فقط یک روش کیفی نیست، بلکه فرایندی است که می تواند در اکثر روش های کیفی (اگر نگوییم همه روش های کیفی) به کار رود. همچنین، این روش امکان تبدیل اطلاعات کیفی به کمی را فراهم می کند" (بویاتزیس<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸، ص ۴). در این مرحله برای ساخت بسته، نظریه ها، منابع و پژوهش های مختلف در زمینه اضطراب مرگ مطالعه و بررسی شده؛ آنگاه از آثار منظوم و منثور مولوی و کتب شرح این آثار که شامل منابع دست اول (مثنوی معنوی و دیوان شمس) و منابع دست دوم (کتب تفسیر علامه جعفری) می باشد، مفاهیم و معانی مرتبط با اضطراب مرگ که در پژوهش های مختلف بر اهمیت آنها در دوران سالمندی تأکید شده است، استخراج شد و مطابق با الگوی تحلیل مضمون، تحلیل، کدگذاری و مقوله بندی در جریان گردآوری داده ها صورت گرفت. در این پژوهش از روش تحلیل "شبکه ی مضمونی" که توسط "آتراید-استرلینگ"<sup>۳</sup> معرفی شده و یکی از اقسام تحلیل مضمون می باشد، بهره برده شد. آنچه شبکه مضامین عرضه می کند نقش های شبیه تارنما به مثابه اصل سازمان دهنده و روش نمایش است. در این روش، بر اساس روندی مشخص، پایین ترین سطح قضایای پدیده را از متن بیرون می کشد (مضامین پایه)؛ سپس با دسته بندی این مضامین پایه ای و تلخیص آنها به اصول مجردتر و انتزاعی تر دست پیدا می کند (مضامین سازمان دهنده)؛ در قدم سوم این مضامین عالی در قالب استعاره های اساسی گنجانده شده و به صورت مضامین

- 
1. Thematic analysis
  2. Boyatzis
  3. Stirling-Attride

حاکم بر کل متن در می آیند (مضامین فراگیر) (آتراید-استرلینگ، ۲۰۰۱). به عنوان نمونه یک راهکار عملی مولوی برای کاهش اضطراب مرگ در جدول شماره ۱ ارائه می گردد:

جدول ۱. نمونه تحلیل مضمون مرگ در دیدگاه مولوی

ردیف	ابیات (شرواحه)	کد منبع	مضمون پایه ای
۱	این همه غم ها که اندر سینه هاست / از بخار و گرد باد و بود ماست این غمان بیخ کن چون داس ماست / این چنین شد و آنچه آن، و سواس ماست	دفتر اول ابیات ۲۲۹۶ تا ۲۳۰۱	به نظر مولوی، هر کدام از رنج های کوچک و بزرگ در زندگی، هر کدام بخشی از مرگ است. مانند: درد بیماری، درد پیری و ...
	دان که هر رنجی ز مردن پاره ای است / جزو مرگ از خود بران گر چاره ای است چون ز جزو مرگ نتوانی گریخت / دان که کلش بر سرت خواهند ریخت جزو مرگ ار گشت شیرین مر تو را / دان که شیرین می کند کل را خدا در ها از مرگ می آید رسول / از رسولش رو مگردان ای فضول!		
۲	چون فنا را شد سبب بی منتهی / پس کدامین راه را بندیم ما؟ صد دریچه و در سوی مرگ لدیغ / می کند اندر گشادن ژیغ ژیغ ژیغ ژیغ تلخ آن درهای مرگ / نشنود گوش حریص از حرص برگ از سوی تن درد ها بانگ در است / وز سوی خصمان جفا بانگ در است جان سر، برخوان دمی فهرست طب / نار علت ها نظر کن ملتهب زان همه غرها در این خانه ره است / هر دو گامی پر ز کژدم ها چه است	دفتر چهارم ابیات ۳۱۰۳ تا ۳۱۰۷	مروری بر فهرست بیماری ها در کتاب های طبی به خوبی راه های گوناگون برای حضور مرگ در زندگی ما را نشان می دهد.

تبدیل مضامین: پس از دست یافتن به مضامین پایه ای، مضامین سازمان دهنده و مضامین فراگیر با توجه به مضامین پایه ای انتزاع شدند. در این مرحله از تحلیل مضمون سعی شد با سازماندهی مجدد مضامین اولیه یا همان مضامین پایه ای به مضامین انتزاعی

تری که ما را به مضمون‌های اصلی‌تر، فراگیرتر و مرکزی‌تر رهنمون می‌سازد، دست یافته شود.

جدول ۲. نمونه تبدیل مضامین مرگ در دیدگاه مولوی

ردیف	مضامین پایه ای	مضامین سازمان دهنده	مضامین فراگیر
۱	مروری بر فهرست بیماری‌ها در کتاب‌های طبی به خوبی راه‌های گوناگون برای حضور مرگ در زندگی ما را نشان می‌دهد.		
۲	به نظر مولوی، هر کدام از رنج‌های کوچک و بزرگ در زندگی، هر کدام بخشی از مرگ است. مانند: درد بیماری، درد پیری و ...	تمرین مرگ آزمایشی به روش تحمل رنج‌ها	راهکار عملی مولوی برای کاهش اضطراب مرگ
۳	انسان با تحمل رنج‌ها، می‌تواند تمرین مرگ کند و خود را برای آن آماده سازد.		

در نهایت با بررسی و تحلیل مضامین مرتبط با مرگ، پنج مضمون فراگیر حاصل شد که عبارتند از: دیدگاه خاص مولوی نسبت به مرگ، انواع مرگ از دیدگاه مولوی، اقسام مرگ اندیشی (عامیانه، زاهدانه، عارفانه و واقع بینانه)، ویژگی‌های مرگ اندیشی واقع بینانه، و راهکارهای نظری و عملی برای کاهش اضطراب مرگ بر اساس دیدگاه مولوی. علاوه بر فعالیت‌های فوق، در طراحی و تدوین بسته مداخله‌ای، سن و وضعیت شناختی سالمندان و نظرها و پیشنهاد‌های متخصصان این حوزه لحاظ گردید و سعی شد که علاوه بر نکات فوق‌تعدد لازم برای حفظ انگیزه سالمندان و کاربردی بودن برنامه‌های آموزشی حفظ شود. همچنین به منظور بررسی روایی محتوایی، بسته آموزشی را چند نفر از متخصصان در این زمینه بازبینی کردند. پیشنهاد‌های آنها، اعمال و اشکالات بسته رفع شد. سپس بر اساس مقوله‌های استخراج شده از منابع نوشتاری در زمینه اضطراب مرگ و با استفاده از روش تحلیل مضمون، در نهایت بسته درمانی بر اساس دیدگاه مولوی، تدوین شد. خلاصه محتوای بسته درمانی بر اساس دیدگاه مولوی در جدول ۳ آمده است:

جدول ۳. خلاصه محتوای بسته درمانی بر اساس دیدگاه مولوی

جلسه اول	آشنایی گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی؛ آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش؛ سنجش کلی اضطراب مرگ و بیان دیدگاه خاص مولوی نسبت به مرگ و پاسخ به پرسشنامه ها.
جلسه دوم	آشنایی اجمالی با زندگی‌نامه مولوی و اندیشه های آن، آشنایی با اقسام غم و رنج و بالاخص مرگ به عنوان رنج های اجتناب ناپذیر زندگی.
جلسه سوم	انواع مرگ از دیدگاه مولوی
جلسه چهارم	اقسام مرگ اندیشی (عامیانه، زاهدانه، عارفانه و واقع بینانه)
جلسه پنجم	ویژگی های مرگ اندیشی واقع بینانه
جلسه ششم	راهکارهای نظری برای کاهش اضطراب مرگ بر اساس دیدگاه مولوی مانند: لزوم مرگ در زندگی انسان، تجربه پیاپی مرگ در لحظات و مراحل مختلف زندگی و فهم ناپایداری زندگی دنیایی (بخش اول)
جلسه هفتم	ادامه راهکارهای نظری از جمله: دیدن خود در آئینه مرگ و بیان اینکه آدمی از درد مرگ نمی ترسد، از اندکی توشه و ترس از فوت فرصت‌ها، ناراحت می شود، توجه به رابطه استوار عمل و پاداش عمل، عشق بی پایان خدا به انسان و گرفتن جان به دست محبوب.
جلسه هشتم	راهکارهای عملی برای کاهش اضطراب مرگ بر اساس دیدگاه مولوی مانند تمرین مرگ آزمایشی، که موجب کاهش اضطراب مرگ می شود.

همچنین خلاصه محتوای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که در هشت جلسه آموزشی اجرا شد، در جدول ۴ آمده است:

جدول ۴. خلاصه محتوای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه اول	آشنایی گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی؛ آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش؛ سنجش کلی اضطراب مرگ و سنجش شیوه های کنترلی و ایجاد درماندگی خلاق و پاسخ به پرسشنامه ها.
جلسه دوم	بررسی دنیای درون و بیرون در درمان ACT؛ ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد تغییر و تفهیم این موضوع که کنترل مسأله است نه راه حل و معرفی جایگزینی برای کنترل، یعنی تمایل.
جلسه سوم	شناسایی ارزش های افراد؛ تصریح ارزش ها؛ تصریح اهداف؛ تصریح اعمال و تصریح موانع.
جلسه چهارم	بررسی ارزش های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی
جلسه پنجم	تفهیم آمیختگی و گسلش و انجام تمارینی برای گسلش

جلسه ششم	تفهیم آمیختگی به خود مفهوم سازی شده و آموزش چگونگی گسلش از آن
جلسه هفتم	ذهن آگاهی و تأکید برای در زمان حال بودن
جلسه هشتم	بررسی داستان زندگی و عمل متعهدانه

روش اجرا: در این پژوهش، به بررسی اثربخشی بسته مداخله ای مرگ محور بر اساس دیدگاه مولوی و مقایسه آن با روش درمانی ACT پرداخته شد. گروه آزمایش اول تحت آموزش بسته مداخله ای مرگ محور بر اساس دیدگاه مولوی به مدت ۸ جلسه و گروه آزمایش دوم به مدت ۸ جلسه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند (هر هفته یک جلسه و به مدت ۹۰ دقیقه). آزمودنی های گروه کنترل تا پایان پیگیری در لیست انتظار باقی ماندند. برای تمام گروه ها قبل از اعمال مداخله، پیش آزمون انجام شد و پس از انجام مداخله ها، مجدداً در یک جلسه عمومی، پس آزمون اجرا شد و کل آزمودنی ها به پرسشنامه ها پاسخ دادند. یک ماه پس از پس آزمون، آزمون پیگیری در مورد هر سه گروه اجرا شد. سپس تحلیل آماری بر اساس اهداف پژوهش صورت گرفته و فرضیه های پژوهش با روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مورد آزمون قرار گرفتند. آمار توصیفی مورد استفاده در این پژوهش شامل شاخص های مرکزی میانگین و انحراف استاندارد بود. در مراحل اولیه ارزیابی پژوهش، در گروه های پژوهشی مد نظر، برای اطمینان تعداد سالمندان بیشتری برای شرکت در پژوهش دعوت شدند، که پس از ارزیابی پاسخ ها، پنج پرسشنامه ناقص به عنوان داده های بی پاسخ و سه پرسشنامه به علت داده های مبهم به عنوان داده های پرت کنار گذاشته شد، تا در نهایت سالمندان به روش گمارش تصادفی در سه گروه ۱۲ نفری شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. برای تعیین طبیعی بودن توزیع داده ها از آزمون شاپیرو-ویلک و برای ارزیابی پژوهش از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون های مقایسه زوجی بر حسب عامل زمان و گروه استفاده شد. در صورت مشاهده اثرات معنادار در مراحل مختلف آزمون از آزمون های تعقیبی LSD و توکی استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده های کمی با استفاده از نرم افزار SPSS-۲۲ انجام شد.



## یافته‌ها

میانگین پیش آزمون نمرات اضطراب مرگ برای گروه مداخله‌ای مرگ محور بر اساس دیدگاه مولوی برابر با ۸/۸۳ گزارش شده است و برای پس آزمون ۵/۵۸ و پیگیری برابر با ۵/۹۲ گزارش شده است. میانگین اضطراب مرگ آزمودنی‌های دریافت کننده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پیش آزمون ۸/۵۸ و در پس آزمون ۵/۱۶ و در پیگیری ۴/۶۷ بود. در نهایت در گروه کنترل، این میانگین‌ها به ترتیب ۹/۶۷، ۹/۱۷ و ۹/۵۰ بوده است (جدول ۲). این مقادیر حاکی از کاهش نمره‌های گروه آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون است و نهایتاً به معنای بهبود در نمرات مربوط به متغیر اضطراب مرگ سالمندان است.

جدول ۵. شاخص‌های توصیفی نمرات اضطراب مرگ آزمودنی‌ها بر حسب عضویت گروهی و مرحله ارزیابی

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	
اضطراب مرگ	بسته مداخله‌ای مرگ محور مولوی	۸/۸۳	۲/۴۰	۵/۵۸	۲/۱۹	۵/۹۲
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۸/۵۸	۲/۴۶	۵/۱۶	۳/۵۸	۴/۶۷
	کنترل	۹/۶۷	۰/۹۸	۹/۱۷	۱/۴۰	۹/۵۰

برای بررسی اثر بخشی درمان بسته مداخله‌ای مرگ محور بر اساس دیدگاه مولوی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ آزمودنی‌ها، از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. در ابتدا جهت اطمینان از انتخاب آزمون آماری صحیح، پیش فرض‌های آماری مورد بررسی قرار گرفتند. جهت بررسی نرمال بودن توزیع‌های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد. نتایج نشان داد توزیع نمرات اضطراب مرگ برای دو گروه آزمایشی در هر سه مرحله ارزیابی، نرمال است ولی توزیع نمرات پس آزمون و پیگیری گروه کنترل نرمال نیست. نتایج آزمون لوین در مورد همسانی واریانس‌ها، تساوی واریانس‌های نمره متغیر اضطراب مرگ در مرحله پس آزمون و پیگیری را تایید نمود. نتایج آزمون باکس هم نشان داد پیش فرض همگنی کوواریانس

های نمرات متغیر وابسته هم تایید نمی‌شود. اما بنا بر اصل ریبوست، زمانی که نمونه‌گیری یا گمارش آزمودنی‌ها تصادفی باشد، علاوه بر آن، ابزار ارزیابی متغیر وابسته هم، استاندارد باشد و حجم نمونه‌های مطالعاتی هم مساوی باشد، رعایت نشدن پیش فرض‌های تساوی واریانس‌ها و کوواریانس‌ها برای نمرات متغیر وابسته قابل اغماض است و می‌توان برای تحلیل آماری داده‌ها از آزمون‌های آماری پارامتریک استفاده نمود (مولوی، ۱۳۸۶). بنابراین امکان استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای فرضیات پژوهش وجود دارد. بررسی نتایج حاصل از آزمون موخلی جهت ارزیابی تساوی کوواریانس‌های نمرات متغیر وابسته که پیش فرض اختصاصی آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری می‌باشد، نشانگر آن بود که پیش فرض تساوی کوواریانس‌ها برای نمرات متغیر اضطراب مرگ تایید نشده است. علاوه بر این، مقدار اپسیلون هم برابر با ۰/۷۵۸ بود؛ این دو شاخص بیانگر آن است که جهت ارزیابی فرضیه‌های مربوط به اضطراب مرگ، باید نتایج حاصل از آزمون گرین‌هاوس کایزر مد نظر قرار گیرد.

جدول ۶. آزمون تحلیل واریانس و گرین‌هاوس کایزر برای بررسی تفاوت میانگین‌های متغیر اضطراب مرگ

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
عضویت گروهی	۲۲۱/۳۵۲	۲	۱۱۰/۶۷۶	۱۰/۴۹۳	۰/۰۰۱	۰/۳۸۹	۰/۹۸
زمان	۱۳۳/۸۵۲	۱/۳۹	۹۶/۴۶۵	۲۱/۴۴۲	۰/۰۰۱	۰/۳۹۴	۰/۹۹۹
اثر تعاملی	۵۳/۴۸۱	۲/۷۷	۱۹/۲۷۲	۴/۲۸۴	۰/۰۱۱	۰/۲۰۶	۰/۸۱۲

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که با توجه به ضریب F محاسبه شده، تفاوت معناداری بین نمرات متغیر اضطراب مرگ آزمودنی‌ها در گروه‌ها وجود دارد ( $p < 0/01$ ). علاوه بر این، نتایج آزمون گرین‌هاوس کایزر و بررسی اثر عامل زمان نشان می‌دهد، بین دفعات مختلف اندازه‌گیری متغیر اضطراب مرگ تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/01$ ). و اندازه اثر نشان می‌دهد که عامل زمان ۳۹٪ تفاوت در نمرات اضطراب مرگ آزمودنی‌ها را تبیین می‌کند. توان آماری نزدیک ۱۰۰ هم حاکی از دقت آماری بالا و کفایت حجم نمونه جهت ارزیابی این فرضیه می‌باشد. به عبارت دیگر مجذور سهمی اتا برای عامل

زمان بیانگر این است که ۳۹ درصد تفاوت بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در اضطراب مرگ آزمودنی‌ها مربوط به اعمال متغیر مستقل (یکی از دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و بسته مداخله‌ای مرگ محور بر اساس دیدگاه مولوی) بوده که با صددرصد توان تایید شده است. ضمن اینکه تعامل عضویت گروهی و زمان (مراحل اندازه‌گیری) هم معنادار است ( $p < 0/01$ ). به این معنی که بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. مجذور سهمی اِتا برای تعامل عضویت گروهی (گروه کنترل و دو گروه آزمایش) و زمان (مراحل اندازه‌گیری) برابر با ۲۰٪ و توان آزمون برابر با ۸۱٪ می‌باشد. این نتیجه نشان می‌دهد که ۲۰ درصد تفاوت بین دو گروه درمان با گروه کنترل در اضطراب مرگ آزمودنی‌ها، مربوط به اعمال متغیر مستقل بوده که با ۸۱ درصد توان تایید شده است. بر این اساس در ادامه، به مقایسه زوجی نمرات اضطراب مرگ آزمودنی‌ها بر حسب عامل زمان و گروه پرداخته شد.

جدول ۷. مقایسه زوجی نمرات اضطراب مرگ آزمودنی‌ها بر حسب عامل گروه

معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین	گروه ارزیابی مورد مقایسه (میانگین)	گروه ارزیابی مبنا (میانگین)
۰/۴۱۰	۰/۷۶۶	-۰/۶۳۹	مولوی (۶/۷۸)	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۶/۱۴)
۰/۰۰۱	۰/۷۶۶	-۳/۳۰۶	کنترل (۹/۴۴)	بسته مداخله‌ای مرگ محور بر اساس دیدگاه مولوی (۶/۷۸)
۰/۰۰۱	۰/۷۶۶	-۲/۶۶۷	کنترل (۹/۴۴)	بسته مداخله‌ای مرگ محور بر اساس دیدگاه مولوی (۶/۷۸)

همان‌طور که نتایج حاصل از مقایسه زوجی بر حسب عامل گروه مندرج در جدول ۷ نشان می‌دهد، تفاوت میانگین نمرات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل ۳/۳۱ و تفاوت میانگین درمان بسته مداخله‌ای مرگ محور بر اساس دیدگاه مولوی و گروه کنترل ۲/۶۷ معنادار می‌باشد. لذا نتیجه گرفته می‌شود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و بسته مداخله‌ای مرگ محور بر اساس دیدگاه مولوی در کاهش اضطراب مرگ آزمودنی‌ها موثر می‌باشند ( $p < 0/01$ ). همچنین بین دو گروه مداخله‌ای در تاثیر گذاری بر اضطراب مرگ تفاوت معناداری وجود نداشت و فرضیه اصلی پژوهش تایید نگردید.

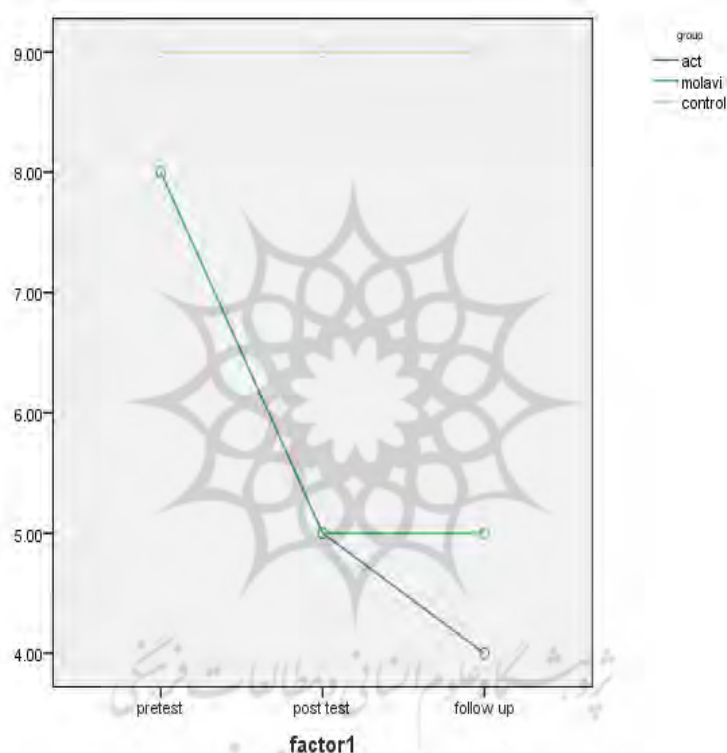
جدول ۸. مقایسه زوجی نمرات اضطراب مرگ آزمودنی‌ها بر حسب عامل زمان

معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین	مرحله ارزیابی مورد مقایسه (میانگین)	مرحله ارزیابی مینا (میانگین)	گروه
۰/۰۱	۱/۱۱	۳/۲۵	پس آزمون (۵/۵۸)	پیش	بسته مداخله ای مرگ
۰/۰۱	۱/۰۲	۲/۹۲	پیگیری (۵/۹۲)	آزمون (۸/۸۳)	محور بر اساس دیدگاه مولوی
۰/۱۰	۰/۱۸	۰/۳۳	پیگیری (۵/۹۲)	پس آزمون (۵/۵۸)	مولوی
۰/۰۰۴	۰/۹۴۱	۳/۴۲	پس آزمون (۵/۱۷)	پیش	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
۰/۰۰۱	۰/۸۳۰	۳/۹۲	پیگیری (۴/۶۷)	آزمون (۸/۵۸)	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
۰/۴۸	۰/۶۹۱	۰/۵۰	پیگیری (۴/۶۷)	پس آزمون (۵/۱۷)	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
۰/۲۵۶	۰/۴۲	۰/۵۰	پس آزمون (۹/۱۷)	پیش	کنترل
۰/۵۵۱	۰/۲۷	۰/۱۷	پیگیری (۹/۵۰)	آزمون (۹/۶۷)	کنترل
۰/۱۶۶	۰/۲۲	-۰/۳۳	پیگیری (۹/۵۰)	پس آزمون (۹/۱۷)	کنترل

همان‌طور که نتایج حاصل از مقایسه زوجی بر حسب عامل زمان مندرج در جدول ۸ نشان می‌دهد، در درمان بسته مداخله ای مرگ محور بر اساس دیدگاه مولوی تفاوت میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون اضطراب مرگ آزمودنی‌ها ۳/۲۵، تفاوت میانگین نمرات مراحل پیش آزمون و پیگیری ۲/۹۲ و تفاوت میانگین نمرات پس آزمون و پیگیری ۰/۳۳ می‌باشد. تفاوت میانگین نمرات پیش آزمون با نمرات پس آزمون و پیگیری معنادار می‌باشد ( $p < 0/01$ ). ولی تفاوت میانگین نمرات پس آزمون و پیگیری معنادار نمی‌باشد. لذا نتیجه گرفته می‌شود که اضطراب مرگ آزمودنی‌ها در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون کاهش معناداری نشان داده است ( $p < 0/01$ ) ولی اضطراب مرگ آزمودنی‌ها در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس آزمون، تفاوت معناداری را نشان نمی‌دهد.

همچنین بررسی تفاوت میانگین‌های گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هم‌نشان می‌دهد که تفاوت میانگین ۳/۲۵ نمره ای مراحل پیش آزمون و پس آزمون و تفاوت نمرات مراحل پیش آزمون و پیگیری ۲/۹۲ می‌باشد که معنادار است ( $p < 0/01$ )؛ یعنی در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هم کاهش معنادار میزان اضطراب مرگ در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون مشاهده شده است. اما تفاوت معناداری بین میزان اضطراب مرگ در پیگیری نسبت به پس آزمون مشاهده نشد. لذا در مجموع هر دو

درمان تاثیر معناداری در کاهش میزان اضطراب مرگ آزمودنی‌ها داشته است. بررسی تفاوت میانگین‌های گروه کنترل هم نشان داد که تفاوت میانگین ۰/۵۰ نمره‌ای مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار نبوده است؛ یعنی در گروه کنترل هم کاهش معنادار میزان اضطراب مرگ در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون مشاهده نشده است. همچنین، تفاوت معناداری بین میزان اضطراب مرگ در پیگیری نسبت به پیش‌آزمون و پس‌آزمون مشاهده نشد. این نتایج به اختصار در شکل (۱) نیز نشان داده شده است.



شکل ۱. نمرات اضطرابی آزمودنی‌ها بر حسب عضویت گروهی و مرحله ارزیابی

همان‌طور که در شکل (۱) هم ملاحظه می‌شود، نمرات اضطراب مرگ آزمودنی‌های دو گروه درمانی، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل، کاهش در نمرات را نشان می‌دهند. اما تفاوت میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری در هر دو گروه درمانی معنادار نمی‌باشد. که این امر ممکن است ضرورت پژوهشی با پیگیری‌های

بلند مدت تر و تعداد جلسات درمانی بیشتر جهت ارزیابی و تمرین راهکارهای درمانی کامل تر را طلب نماید.

### بحث و نتیجه‌گیری

از آنجا که در قرن اخیر جمعیت سالمندان در حال گسترش است و یکی از مهمترین مسائلی که سالمندان با آن روبرو هستند مرگ و اضطراب ناشی از آن است (مهری نژاد، ساعتچی و پایدار، ۱۳۹۵)، و از طرف دیگر اضطراب مرگ می‌تواند به آسیب‌های روانی دیگری منتهی شود (موعودی، بیژنی، طیبی و حبیبی، ۱۳۹۵)، اضطراب مرگ به عنوان متغیر وابسته لحاظ شد. اهمیت این تحقیق از این روست که در مرحله اول بر اساس نظریه مولوی در مورد مرگ، راهبرد‌های مقابله‌ای و درمانی را در راستای کاهش اضطراب مرگ مورد بررسی قرار داده است. آموزه‌هایی که به نظر می‌رسد به روان‌شناسی بومی جامعه ایران نزدیک باشد. در مرحله دوم جنبه‌های مقایسه‌ای این درمان با روش درمانی ACT در نظر گرفته شد، که می‌توان به اعتبار رقابتی این بسته از طریق مقایسه با درمان‌هایی که از پشتوانه پژوهشی بالایی برخوردارند، دست یافت.

فرضیه فرعی اول پژوهش مبنی بر اینکه بسته مداخله‌ای مرگ محور بر اساس دیدگاه مولوی بر میزان اضطراب مرگ سالمندان تاثیر دارد، تایید شد. این یافته با پژوهش‌های (ملکشاهی بیرانوند، خدابخش پیر کلانی، خسروی، و عامری، ۱۳۹۸؛ و دشت بزرگی، سواری، و صفرزاده، ۱۳۹۵) همسو بود. در تبیین این یافته، می‌توان به دیدگاه خاص مولوی نسبت به مرگ اشاره نمود. مولوی در نگاه اولیه‌ی خود به مرگ، تلقی عموم مردم را از مرگ اشتباه خوانده و آن را شایسته‌ی اصلاح می‌داند. وی معتقد است، مرگ برخلاف آنچه پنداشته می‌شود، ترس آور نیست. در واقع ترس از مرگ، ترس از چهره‌راستین خود بوده و مرگ هرکس کاملاً متناسب با نوع زندگی هر فرد است (محسنی، ۱۳۹۱). همچنین یکی از راهکارهای مولوی برای کاهش اضطراب مرگ، توجه به تجربه‌های پیاپی مرگ در مراحل مختلف زندگی، است. این بدان معناست که انسان در هر لحظه مرگ را تجربه می‌کند؛ چراکه انسان در هر لحظه نو می‌شود؛ یعنی صورتی را می‌نهد و صورتی جدید را می‌پذیرد، اما این وا نهادن صورت کهنه و پذیرفتن صورت جدید، آن چنان به سرعت انجام می‌گیرد که آدمی متوجه آن نمی‌شود؛ به این ترتیب می‌توان گفت که آدمی در هر لحظه مرگ را تجربه می‌کند و مرگ پایان زندگی نیست.

بنابراین انسان‌های راستین بیمی از مرگ ندارند و آن را یکی از مراحل این زندگی و انتقال از عالم پست و پایین به عالم بالا می‌دانند. حال که ما در هر لحظه یک مرگ و یک زندگی را تجربه می‌کنیم، می‌توان دریافت که آن پدیده‌ای که از آن با کلمه «مرگ» یاد می‌کنیم، مرحله‌ای طبیعی از زندگی است و هر انسانی در مراحل گوناگون حیات خود بارها آن را تجربه کرده است. همان گونه که گفتیم، انسان برای رسیدن به مرحلهٔ پسین، باید از مرحلهٔ پیشین بمیرد و این مرگ با رنج و درد همراه است، اما همین درد ها زمینهٔ رشد و تکامل او را فراهم می‌آورند. پس دردِ مرگ نیز می‌تواند زمینه ساز رشد و کمال آدمی شود:

از جمادی مُردم و نامی شدم    و ز نما مُردم، به حیوان بر زدم  
 مُردم از حیوانی و آدم شدم    پس چه ترسم؟ کی ز مُردن کم شدم؟  
 (مثنوی معنوی، دفتر سوم؛ ۳۹۰۱ - ۳۹۰۲).

و اما فرضیهٔ فرعی دوم پژوهش مبتنی بر اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان اضطراب مرگ سالمندان تاثیر دارد، نیز تایید شد. این یافته با پژوهش‌های (میرزایی دوستان، زرگر، و زندی پیام، ۱۳۹۸؛ احمدی، قائمی، و فرخی، ۱۳۹۷؛ بیاتی، عباسی، ضیاپور، پروین، و دهقان، ۲۰۱۷) همسو بود. فرآیند اصلی در این درمان، بر این امر استوار است که به افراد بیاموزد، چگونه دست از بازراری فکری بردارند، از افکار مزاحم بگسلند و چگونه هیجان‌ات نامطبوع را بیشتر تحمل کنند. لذا این درمان روی پذیرش باورها در مقابل کشاکش با آن‌ها، ذهن آگاهی، گسلش شناختی یا توصیف افکار و احساسات بدون معنا دادن به آن‌ها، زندگی مبتنی بر ارزش‌ها و معنویت شخصی متمرکز است (هیز و استروسال، ۲۰۱۳). لذا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور مستقیم موجب کاهش اضطراب مرگ در سالمندان نمی‌گردد، بلکه با توجه به این مسئله که منشأ رنج روان شناختی این افراد از افکار و احساسات ناکارآمد آن‌ها نشئت می‌گیرد، این درمان با کاهش همجوشی با این افکار و احساسات ناکارآمد، می‌تواند باعث کاهش اضطراب مرگ سالمندان و در نتیجه باعث افزایش سلامت روان آن‌ها شود. چرا که تمرکز اصلی این درمان‌ها بیشتر بر روی پذیرش نشانه و نه کاهش آن است و نیز بر شیوه‌های انعطاف پذیرتر و سازگارتر پاسخدهی به محرک‌های نامطبوع درونی تاکید دارد. طی جلسات

درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، سالمندان یاد گرفتند به جای انکار یا کنترل تجربیاتی که تهدیدکننده تلقی می‌شوند، آن‌ها را بپذیرند. پذیرش به عنوان شاه مفهوم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به سالمندان مبتلا کمک می‌کند که به عنوان تماشاگران از بیرون، این اقیانوس موج و طوفانی ذهن را فقط نظاره کنند و بدون هیچگونه قضاوت و پیش داوری و با پذیرش فعال، نیروهای خود را برای چیره شدن بر مشکلات ناشی از بیماری بسیج کنند و بر آن فائق آیند (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۳).

همچنین نتایج نشان داد بین دو روش درمانی بسته مداخله ای مرگ محور بر اساس دیدگاه مولوی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تفاوت معناداری وجود ندارد و فرضیه اصلی پژوهش تایید نگردید. این یافته همسو با پژوهش مقایسه ای پیشین مانند پژوهش (نوروزی، مرادی، زمانی، و حسنی، ۱۳۹۶) بین این دو درمان بود. در تبیین این یافته، می‌توان به برخی تشابهات در محتواهای آموزشی در آن‌ها اشاره نمود. به عنوان مثال، از مهمترین فنون درمان پذیرش و تعهد، تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه نسبت به آن‌ها است. در این مرحله از درمان سالمندان یاد گرفتند که به زندگی و فعالیت‌ها به شکل هدف یا نتیجه نگاه نکنند؛ بلکه به صورت فرایند یا مسیر نگاه کنند. با ترغیب افراد به شناسایی ارزش‌هایشان، گام بعد، حرکت در جهت این ارزش‌هاست (نوروزی، مرادی، زمانی و حسنی، ۱۳۹۶). ACT با کاهش دغدغه‌ها و اضطراب‌های مذهبی و وجودی که زیر بنای رابطه‌ی قوی بدینی سالمندان با اضطراب مرگ است (بارنت، آندرسن، و مارسدن، ۲۰۱۸)، به طور غیر مستقیم موجب کاهش اضطراب مرگ در سالمندان می‌شود. این امر از طریق متغیر میانجی چون حرکت سالمندان در مسیر ارزش‌هایشان ممکن می‌شود.

لازم به تذکر است که اکثر سالمندان ایرانی دارای ارزش‌های معنوی بودند که حرکت در مسیر ارزش‌ها و تعهد به آن‌ها، پذیرش واقعیت مرگ را بسیار آسان کرده و اضطراب مرگ را کاهش می‌دهد. اعتقاد به این که مرگ سرآغاز زندگی دیگری است و مرگ چیزی جز گذرگاه نیست و بهشت و دوزخ نیز در حقیقت تجسم اعمال نیک و بد انسان‌ها است، از جمله ارزش‌های معنوی سالمندان ایرانی در زمینه مرگ است. همچنین بالاترین عبادت و با فضیلت‌ترین تفکر در ارزش‌های معنوی سالمندان ایرانی، یاد مرگ



است؛ و این نوع تفکر سبب عدم اجتناب و پذیرش واقعیتی به نام مرگ است. این یافته با پژوهش‌های (کارتوالن و کارارماک<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶؛ جکسون، دوایل، کاپون، و پرینگل<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶، به نقل از دشت بزرگی، سواری، و صفرزاده، ۱۳۹۶) که نشان می‌دهند اضطراب مرگ با جهت‌گیری معنوی در افراد سالخورده رابطه دارد، همسو می‌باشد.

نکته جالب توجه اینجاست که با وجود اینکه بسته مداخله‌ای مرگ محور بر اساس دیدگاه مولوی با این سبک و روش، به عنوان یک مداخله در یک فعالیت پژوهشی در کشور تدوین و اجرا شد، توانسته است همتراز درمان پذیرش و تعهد قرار گیرد که سال‌هاست به عنوان روشی درمانی و مبتنی بر داده‌های پژوهش علمی انجام می‌شود. این اثربخشی برابر و همتایی، بیانگر تأثیرگذاری بالای فرهنگ بومی بر سالمندان است؛ بنابراین همین که بسته مداخله‌ای مرگ محور بر اساس دیدگاه مولوی توانسته است اثربخش باشد، خود حکایت از محتوای عمیق و غنی اندیشه‌های مولوی دارد که مختص زمان و مکان خاصی نیست و منطبق با فطرت آدمی است؛ زیرا توانسته است سال‌ها بعد از بیانشان، همچنان تأثیرگذار باشد (نوروزی، مرادی، زمانی، و حسینی، ۱۳۹۶).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم بررسی عامل جنسیت در گروه‌های پژوهش بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهشگران بعدی به نقش تعدیل‌کننده جنسیت در این اختلال پردازند. و نیز با توجه به اینکه این روش بر روی سالمندان ساکن شهر اصفهان انجام شد، محدود بودن نمونه آماری، می‌تواند تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهش را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین عدم پیگیری‌های بلندمدت به دلیل شرایط بحرانی بیماری کرونا مقدور نبود، که از جمله محدودیت‌های این پژوهش محسوب می‌شود. در ضمن در پژوهش‌های آتی استفاده از این مدل‌های درمانی را در جهت کاهش اضطراب مرگ با توجه به شرایط بحرانی کرونا که در جامعه پررنگتر شده است، در سطح جامعه و بخصوص سالمندان پیشنهاد می‌گردد. در پایان از تمام سالمندان عزیزی که در این پژوهش ما را صبورانه همراهی کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

- 
1. Kurtulan, & Karairmak
  2. Jackson, Doyle, Capon, & Pringle

## منابع

- احمدی، اکرم، قائمی، فاطمه، و فرخی، نورعلی. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر درماندگی روانشناختی، اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان اصفهان، *مجله علوم روان‌شناختی*، ۱۷(۷۲): ۹۵۶-۹۵۱.
- آزادی، محمود و کلاتر کوشه، سید محمد. (۱۳۹۵). اضطراب مرگ از دیدگاه ابن سینا و ایس: رهیافتی مقایسه‌ای التقاطی، *اندیشه نوین دینی*، ۱۲(۴۷): ۷۲-۵۹.
- اکبرزاده، فریبا، و علیزمانی، امیر عباس. (۱۳۹۳). بررسی و تحلیل مرگ و معنای زندگی از دیدگاه مولوی، *عرفانیات در ادب فارسی*، ۲۳(۶): ۱۵۴-۱۳۰.
- ایران دوست، فروزان، نشاط دوست، حمید طاهر، نادى، محمد علی، و صفری، سهیلا. (۱۳۹۳). تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان درد مزمن و فاجعه آفرینی درد در زنان مبتلا به کمردرد مزمن، *فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۸(۳): ۳۱-۴۰.
- ایزدی، راضیه، و عابدی، محمد رضا. (۱۳۹۲). *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*، تهران: جنگل.
- جعفری، محمد تقی. (۱۳۷۸). *ترجمه و تفسیر نهج البلاغه*، ج ۲۷، تهران: دفتر نشر فرهنگ اسلامی.
- دشت بزرگی، زهرا، سواری، کریم، و صفرزاده، سحر. (۱۳۹۵). اثربخشی معنویت درمانی اسلامی بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ سالمندان، *مجله روان‌شناسی پیری*، ۲(۳): ۱۷۷-۱۸۶.
- رجبی، غلامرضا و بحرانی، محمود. (۱۳۸۰). تحلیل عاملی سوال‌های مقیاس اضطراب مرگ، *مجله روان‌شناسی*، ۲۰: ۳۳۱-۳۴۵.
- سوری، ابوذر، شعبانی مقدم، کیوان، و سوری، ربیع‌الله. (۱۳۹۵). رابطه بین فعالیت بدنی و کیفیت زندگی زنان سالمند استان کرمانشاه، *پژوهش‌های کاربردی در مدیریت ورزشی*، ۴(۱۶): ۷۵-۸۴.
- سهرابی، فرامرز. (۱۳۹۴). روان‌درمانی‌های موج سوم: خاستگاه، حال و چشم‌انداز، با تاکید ویژه بر طرحواره درمانی، *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی ویژه نامه*، ۵(۱۸): ۱-۱۴.

- شهبازی، ایرج. (۱۳۸۹). از مرگ هراسی تا مرگ آشامی (راه کارهای نظری و عملی مولانا برای رهایی از ترس مرگ)، کنفرانس ملی شمس تبریزی: خوی.
- صمدی فرد، حمید رضا. و نریمانی، محمد. (۱۳۹۶). پیش بینی اضطراب مرگ سالمندان بر اساس ذهن آگاهی و باورهای غیرمنطقی، نشریه روان پرستاری، ۵(۳): ۲۱-۱۵.
- عزیزی، میلاد. و علی زمانی، امیر عباس. (۱۳۹۴). بررسی دیدگاه اروین یالوم درباره ارتباط دغدغه‌های وجودی مرگ اندیشی و معنای زندگی، دو فصلنامه پژوهش‌های هستی‌شناختی، ۴(۸): ۳۷-۱۹.
- قربانعلی پور، مسعود. و اسماعیلی، علی. (۱۳۹۱). تعیین اثربخشی معناداری بر اضطراب مرگ در سالمندان، فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۹(۳): ۶۸-۵۳.
- قربانعلی پور، مسعود. برجعلی، احمد. سهرابی، فرامرز. و فلسفی نژاد، محمد رضا. (۱۳۸۹). بررسی تاثیر اضطراب مرگ و سن بر فراوانی رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی، مجله پزشکی ارومیه، ۲۱(۲): ۲۹۲-۲۸۶.
- قیصر، نذیر. (۱۳۹۸). معنی زندگی از نگاه مولانا و اقبال، ترجمه: محمد بقائی، تهران: چاپ اول.
- کجیاف، محمد باقر. قاسمیان نژاد، علی نقی. و احمدی فروشانی، سید حبیب الله. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی گروه درمانی معنوی و وجودی با تکیه بر گزارشات افراد تجربه کننده ی نزدیک به مرگ بر میزان افسردگی، اضطراب مرگ و باور به ادامه ی حیات پس از مرگ، طرح پژوهشی دانشگاه اصفهان.
- محسنی، شهباز. (۱۳۹۱). مرگ از نگاه مولوی، فصلنامه علمی پژوهشی زبان و ادب فارسی، ۴(۱۳): ۱۴۰-۱۲۹.
- مرادی، فرشاد. (۱۳۸۹). مرگ بی مرگی، مجله رشد آموزش زبان و ادب فارسی، ۳(۱۳): ۱۳-۹.
- مسعود زاده، عباس. ستاره، جواد. محمد پور، رضا علی. و مدانلو کردی، منا. (۱۳۸۷). شیوع اضطراب مرگ بین کارکنان یک بیمارستان دولتی شهر ساری در بهار ۱۳۸۷، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۶۷(۱۸): ۹۰-۸۴.
- ملکشاهی بیرانوند، فاطمه. خدابخش پیر کلانی، روشنک. خسروی، زهره. و عامری، فریده. (۱۳۹۸). مقایسه و اثربخشی مداخله مبتنی بر مرگ آگاهی با مداخله شناختی

- رفتاری بر اختلال وحشتزدگی و اضطراب مرگ، فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۱۳(۴): ۷۳-۸۷.
- موعودی، سوسن، بیژنی، علی، طیبی، مریم، و حبیبی، سمانه. (۱۳۹۵). رابطه اضطراب مرگ با وضعیت سلامت روان در پرستاران شاغل در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی بابل، مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، ۱۹(۲): ۴۷-۵۳.
- مولوی، حسین. (۱۳۸۶). راهنمای عملی SPSS-13-14 در علوم رفتاری، اصفهان: انتشارات پویش‌اندیشه.
- مولوی، جلال‌الدین محمد. (۱۳۷۵). مثنوی معنوی. تصحیح رینولد نیکلسون. تهران: انتشارات توس.
- مومنی، خدامراد، و رفیعی‌دلفان، زهرا. (۱۳۹۷). اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر اضطراب مرگ و سلامت عمومی زنان سالمند سوگوار، روان‌شناسی پیری، ۴(۲): ۱۴۱-۱۳۱.
- مهری نژاد، سید ابوالقاسم، رمضان ساعتچی، لیلی، و پایدار، سایه. (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و پابندی به مذهب با اضطراب مرگ در سالمندان، سالمند، ۴(۱۱): ۴۹۴-۵۰۳.
- میرزایی دوستان، زینب، زرگر، یدالله، و زندی پیام، آرش. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و سلامت روان زنان مبتلا به HIV شهر آبادان، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۲۵(۱): ۱۳-۲.
- نوحی، عصمت، کریمی، طیبه، ایران منش، صدیقه. (۱۳۹۲). مقایسه ترس از مرگ در سالمندان ساکن منازل با سالمندان ساکن سرای سالمندان شهر اصفهان، فصلنامه سالمند، ۸(۳۱): ۳۱-۲۴.
- نوروزی، اصغر، مرادی، علیرضا، زمانی، کریم، و حسنی، جعفر. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا با درمان پذیرش و تعهد در بهزیستی روان‌شناختی سالمندان، فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۱۱(۳): ۵۸-۴۱.
- ولیخانی، احمد. و یار محمدی واصل، مسیب. (۱۳۹۳). رابطه سبک‌های دلبستگی با اضطراب مرگ در بیماران قلبی-عروقی، مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۴(۲۱): ۳۶۷-۳۵۵.

هاشمی رزینی، هادی، با حشمت جویباری، شهاب، و رامشینی، مریم. (۱۳۹۶). بررسی ارتباط راهبرد های مقابله و منبع کنترل با اضطراب مرگ در سالمندان، *سالمند*، ۱۲(۲): ۲۳۲-۲۴۱.

یالوم، اروین. (۱۳۹۱). *مامان و معنی زندگی*، ترجمه سپیده حبیب، تهران: قطره.

- Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative research*, 1(3), 385-405.
- Barnett, M. D., Anderson, E. A., & Marsden, A. D. (2018). Is death anxiety more closely linked with optimism or pessimism among older adults? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 77, 169-173.
- Bassett, J. F. (2017). Disgust Sensitivity Accounts for Some but Not All Gender Differences in Death Attitudes, *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 75(1): 26-46.
- Bayati, A., Abbasi, P., Ziapour, A., Parvane, E., & Dehghan, F. (2017). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Death Anxiety and Death Obsession in the Elderly. *Population and Community Studies*, 15(10): 122-128.
- Bodner, E., Shrira, A., Bergman, Y., CohenFridel, S., & Grossman, E. S. (2015). The interaction between aging and death anxieties predicts ageism. *Personality and Individual Differences*, 86, 15-19.
- Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. Virginia: Sage Braun.
- Brewer, G. (2002). *Differing death scenarios: self esteem and Death anxiety*, M. A thesis in psychology: East Tennessee state university.
- Cardaciotto, L. A. (2005). *Assessing Mindfulness: The Development of a BiDimensional Measure of Awareness and Acceptance [Thesis]*. Philadelphia, PA: Drexel University.
- Chan WCH, Tin AF, Chan CHY, Chan CLW, Tang ACW. Introducing the 8A model in death education training: promoting planning for end – of life care for Hong Kong Chinese. *Illness Crisis & Loss*. 2010; 18(1):49-62.
- Eifert, H. G., & Forsyth, P. J. (2005). *Acceptance & commitment therapy for anxiety disorders*, Oakland: harbinger.
- Fountoulakis, K. N., Siamouli, M., Magiria, S., & Kaprinis, G. (2008). Late-life depression, religiosity, cerebrovascular disease, cognitive impairment and attitudes towards death in the elderly: Interpreting the data, *Medical hypotheses*, 70(3): 493-496.
- Goranson, A., Ritter, R. S., Waytz, A., Norton, M. I., Gray, K. (2017). Dying Is Unexpectedly Positive. *Psychol. Sci.* 28(7): 988-999.
- Joaquin, S., & Gomes-Benito, J. (2002). Psychometric properties of the Spanish form of Templer's Death Anxiety Scale, *Psychological Reports*, 91(2): 1116-1120.

- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2013). *Acceptance and Commitment Therapy*. (2th ed). New York: Guilford Press.
- Mejia, M., Hyman, S. M., Behbahani, S., Farrell-Turner, K. (2016). Death anxiety and ageist attitudes are related to trainees' interest in working with older adults, *Gerontology & Geriatrics Education*, 1-16.
- Minton, S. J. (2001). Key Thinkers in Practical Philosophy: Dr. Yalom, UK., Practical Philosophy (March).
- Momtaz YA, Haron, S. A., Ibrahim, R., Hamid, T. A. (2015). Spousal death anxiety in old age: gender perspective. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 72(1):69-80.
- Russac, R. J., Gatliff, C., Reece, M., Spottswood, D. (2007). Death anxiety across the adult years: an examination of age and gender effects. *Death studies*, 31(6): 549-561.
- Soleimani, M. A., Lehto, R. H., Negarandeh, R., Bahrami, N., & Sharif Nia, H. (2015). Relationships between Death Anxiety and Quality of life in Iranian Patients with cancer. *Asia Pac J Oncol Nurs*, 3: 91-183.
- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a Death Anxiety Scale, *Journal of General Psychology*, 82, 165-177.
- Venes, D., Taber, C.W. (2013). *Taber's cyclopedic medical dictionary*. 22th ed. Philadelphia: F. A. davis company.
- WHO. Ageing and Life Course. 2014. Available at: <http://www.who.int/ageing/en>. Accessed Apr 4, 2014
- Yang, H., Zhang, J., Lu, Y & Li, M. (2016). Achinese version of a likert-type death anxiety scale for colorectal cancer patients, *International journal of nursing sciences*, 3:337-341.