

The Relationship Between Death Anxiety With Mental Well-Being, Spiritual Well-Being, and Social Support Among the Students of Azad Islamic University

Haji Ali Akbari Mehrizi S¹, Khosravi Z², Dehshiri Gh³

Author Address

1. MSc in Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran;
2. Professor of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran;
3. Associate Professor of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.

*Corresponding Author's Email: z.khosravi@alzahra.ac.ir

Received: 2021 February 1; Accepted: 2021 May 22

Abstract

Background & Objective: Death anxiety comprises emotional, cognitive, physical, and motivational components and is related to the level of development of individuals, their religious beliefs, source of social control and support, as well as their sociocultural experiences and basic life choices. Although some people cope well with the issue of death, for others, death anxiety becomes a crippling fear that leads to inefficient coping strategies and endangers their mental health. According to the results of some studies, spirituality and social support have an effective role in coping with stressful life events and reducing anxiety. Although the relationship between death anxiety and spirituality and social support has been studied separately among the elderly or people with incurable diseases, the relationship between these variables has not been studied in young populations without specific diseases. So, this study aimed to evaluate the correlation between death anxiety and mental well-being, spiritual well-being, and social support in students of the Faculty of Architecture of Islamic Azad University.

Methods: This analytical descriptive research was a correlational study. The study's statistical population consisted of all students of the Faculty of Architecture, Islamic Azad University, Robat Karim Branch, Tehran, Iran. Of whom, 272 students were selected using Krejcie and Morgan's table (1970) and voluntary sampling method. The inclusion criteria were as follows: male and female students studying in the second semester of 2014–15 in the Faculty and willingness to participate in the research. The exclusion criterion was the incomplete completion or non-return of the questionnaire. The required data were collected using the Death Anxiety Scale (Templer, 1970), World Health Organization Well-Being Index (WHO-5) (World Health Organization, 1998), Spiritual Well-Being Scale (Peplau & Ellison, 1982), and Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Zimet et al., 1988). In this research, descriptive statistics indicators such as mean and standard deviation were used to describe the variables. Also, the relationship between the study variables was evaluated through the Pearson correlation coefficient and the prediction of death anxiety through multiple linear regression analysis in SPSS version 20 software. A significance level of 0.05 was considered for all tests.

Results: According to the results, there was a negative and significant relationship between death anxiety and mental health ($r=-0.676, p\leq 0.001$), spiritual health ($r=-0.673, p\leq 0.001$), and social support ($r=-0.542, p\leq 0.001$). Among the predictor variables, mental health ($\beta=-0.457, p\leq 0.001$), spiritual health ($\beta=-0.311, p\leq 0.001$), and social support ($\beta=-0.261, p\leq 0.001$) could significantly predict death anxiety score. Mental health, spiritual health, and social support could explain 64% of death anxiety scores.

Conclusion: Based on the research findings, mental health, spiritual health, and social support are significantly associated with death anxiety and can predict it.

Keywords: Death anxiety, Mental well-being, Spiritual well-being, Social support.

رابطه بین اضطراب مرگ با سلامت روان، سلامت معنوی و حمایت اجتماعی در دانشجویان دانشکده معماری دانشگاه آزاد اسلامی

سیما حاجی علی اکبری مهریزی^۱، * زهره خسروی^۲، غلامرضا دهشیری^۳

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه مشاوره و راهنمایی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران؛

۲. استادتمام، گروه مشاوره و راهنمایی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران؛

۳. دانشیار، گروه مشاوره و راهنمایی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

*رایانامه نویسنده مسئول: z.khosravi@alzahra.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳ بهمن ۱۳۹۹؛ تاریخ پذیرش: ۱ خرداد ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: این روزها اضطراب مرگ به‌عنوان یکی از مسائل اساسی در سلامت روان اهمیت بیشتری پیدا کرده است. اضطراب مرگ افکار، ترس‌ها و هیجانات مرتبط با به پایان رسیدن زندگی را در بر می‌گیرد. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین اضطراب مرگ با سلامت روان، سلامت معنوی و حمایت اجتماعی در دانشجویان دانشکده معماری دانشگاه آزاد اسلامی انجام شد.

روش‌بررسی: روش پژوهش از نوع توصیفی-تحلیلی و همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی دانشجویان دانشکده معماری دانشگاه آزاد اسلامی تشکیل دادند که ۲۷۲ نفر از آنان براساس جدول کرجسی و مورگان (۱۹۷۰) به‌شیوه نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس اضطراب مرگ (تمپلر، ۱۹۷۰)، شاخص پنج معیار سلامت روان سازمان بهداشت جهانی (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۸۸)، مقیاس سلامت معنوی (پالوتزین و الیسون، ۱۹۸۲) و مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده (زیمت و همکاران، ۱۹۸۸) بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون خطی چندگانه به‌روش هم‌زمان به‌کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج همبستگی معناداری را بین اضطراب مرگ با سلامت روان ($r = -0.676, p \leq 0.001$)، سلامت معنوی ($r = -0.673, p \leq 0.001$) و حمایت اجتماعی ($r = -0.542, p \leq 0.001$) نشان داد. همچنین از بین متغیرهای پیش‌بین، سلامت روان ($\beta = -0.457, p \leq 0.001$)، سلامت معنوی ($\beta = -0.311, p \leq 0.001$) و حمایت اجتماعی ($\beta = -0.261, p \leq 0.001$) به‌طور معناداری قادر به پیش‌بینی اضطراب مرگ بودند؛ به‌طورکلی، سلامت روان، سلامت معنوی و حمایت اجتماعی ۶۴ درصد از نمرات اضطراب مرگ را تبیین کردند.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، سلامت روان، سلامت معنوی و حمایت اجتماعی با اضطراب مرگ رابطه معکوس و معناداری دارند و قادر به پیش‌بینی آن هستند.

کلیدواژه‌ها: اضطراب مرگ، سلامت روان، سلامت معنوی، حمایت اجتماعی.

از زمان ثبت تاریخ بشریت، ترس از مرگ به منزله موضوعی فراگیر در هنر، ادبیات، تاریخ، فرهنگ و فعالیت‌های مذهبی جلوه‌گر شده است. این روزها اضطراب مرگ^۱ به‌عنوان یکی از مسائل اساسی در سلامت روان^۲ اهمیت بیشتری پیدا کرده است و به وضعیتی اطلاق می‌شود که فرد در آن هرگونه دلهره، نگرانی یا ترس را در رابطه با پیش‌بینی و آگاهی از مرگ و مردن و وجود نداشتن تجربه می‌کند (۱). اضطراب مرگ مؤلفه‌های هیجانی، شناختی، بدنی و انگیزشی را در بر می‌گیرد و با سطح رشدی افراد، مذهب و باورهای مذهبی، منبع کنترل و حمایت اجتماعی^۳ و همین‌طور تجارب اجتماعی فرهنگی زندگی فرد مرتبط است و بر انتخاب‌های اساسی زندگی او تأثیر می‌گذارد (۲). با وجود اینکه عده‌ای از افراد به‌خوبی با موضوع مرگ کنار می‌آیند، برای برخی دیگر اضطراب مرگ با تبدیل شدن به ترسی فلج‌کننده سبب شکل‌گیری راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد می‌شود و سلامت روان آن‌ها را به مخاطره می‌اندازد (۳). مرگ ترس از ناتوانی، جدایی، ازدست‌دادن کنترل و بی‌معنایی را در افراد برمی‌انگیزد و اضطراب^۴، دلهره^۵ همراه با ترس^۶ و وحشت^۷، واکنش‌های معمولی در قبال مرگ و مردن است (۴). گورتسن در پژوهش خود دریافت، افرادی که با مسائل مرتبط با مرگ درگیری بیشتری دارند، دارای سلامت روان کمتری هستند (۵). همچنین در پژوهش پرتال مورنو و همکاران این ارتباط به‌گونه‌ای مشابه نشان داده شد؛ به‌طوری‌که وجود مشکلات روان‌شناختی با سطح بالایی از اضطراب مرگ و سلامت روان نیز با سطح پایینی از اضطراب مرگ مرتبط است (۶). به همین ترتیب نتایج برخی پژوهش‌ها بیانگر آن بود که تمرکز بر کاهش اضطراب مرگ می‌تواند به‌طور کلی علائم اختلالات اضطرابی را کاهش دهد و به افزایش سلامت روان منجر شود (۷). یکی از ابعاد هراس و اضطراب مرگ، مذهب و معنویت^۸ است. مرگ که افراد را به‌سمت یافتن معنا برای زندگی می‌کشاند، به مفهومی تبدیل شده است که ادبیات مذهبی را نیز هدایت می‌کند. ری و نجمان در پژوهش خود اظهار کردند، اضطراب مرگ و پذیرش مرگ با هم همبستگی معکوس دارند (۸). بعدها گسر و همکاران بیان کردند، عوامل متعددی بر پذیرش مرگ مؤثر است؛ از جمله پذیرش مرگ به‌عنوان واقعیتی اجتناب‌ناپذیر و نگرش به مرگ به‌عنوان رهایی از درد و رنج هستی (۹). همچنین ایوراچ و همکاران نقش باورهای مثبت مذهبی و معنوی به زندگی پس از مرگ را در کاهش اضطراب مرگ مؤثر دانستند (۷). معنویت به‌صورت جنبه‌ای ذاتی و پویا در انسان تعریف می‌شود که فرد از طریق آن در ارتباط با موجودی مقدس تلاش می‌کند تا برای زندگی خود معنا بیابد و سلامت معنوی^۹ وضعیتی از سلامتی به‌شمار می‌رود که منعکس‌کننده هیجانات، رفتارها و شناخت مثبت از رابطه بین خود و دیگران، طبیعت و موجودی برتر است (۱۰). معنویت با ایجاد منابعی اضافی به فرد کمک می‌کند برای درد و رنج خود معنایی بیابد و با مفهوم و واقعیت مرگ بهتر مقابله کند؛ به‌طوری‌که

براساس پژوهش ال نوای و همکاران معنویت به‌وسیله کمک به حل مشکل، افزایش کیفیت زندگی و کاهش درد یکی از جنبه‌های اساسی سازگاری با بیماری‌ها بود (۱۱). شیرکاو و همکاران در پژوهش خود نشان دادند، سلامت معنوی در اضطراب مرگ نقش مؤثری دارد؛ به‌طوری‌که با افزایش سلامت معنوی، اضطراب مرگ کاهش می‌یابد و سلامت روان افزایش پیدا می‌کند (۱۲). پژوهش شارما و همکاران نیز بیانگر رابطه بین معنویت و اضطراب مرگ بود؛ به‌طوری‌که افزایش معنویت سبب کاهش اضطراب مرگ و افزایش سلامت روان شد (۱۳). از سوی دیگر عزیزه و همکاران (۱۴) و سوریانو و کولانگ (۱۵) در پژوهش‌های خود به نتایج متفاوت دست یافتند؛ به‌طوری‌که در پژوهش‌هایی که انجام دادند بین اضطراب مرگ و معنویت رابطه معناداری کشف نشد.

یکی دیگر از عوامل مرتبط با اضطراب مرگ، حمایت اجتماعی^{۱۰} است (۱۶). نتایج پژوهش ملی‌سکاس بیانگر رابطه معکوس بین حمایت اجتماعی و اضطراب مرگ بود؛ به‌طوری‌که با افزایش حمایت اجتماعی اضطراب مرگ کاهش یافت (۱۷). حمایت اجتماعی آسایشی است که توسط خانواده، دوستان، همکاران و دیگر اشخاص به فرد القا می‌شود (۱۸). حمایت اجتماعی، به‌صورت ابزاری، حسی، اطلاعاتی و هیجانی است. این منابع حمایتی می‌تواند در مقابله با چالش‌های مختلف زندگی به افراد کمک کند و با ایجاد حس تعلق به محیط اجتماعی و باور به توانایی مقابله با مشکلات در شرایط دشوار، موجب کاهش اثرات عوامل فشارزا شود و رنج و ناراحتی روانی را کاهش دهد (۱۹). نتیجه پژوهش براس و دکر بیانگر رابطه مثبت بین حمایت اجتماعی و سلامت روان بود؛ به‌طوری‌که بهره‌مندی از روابط بین‌فردی مختلف و متمایز برای افراد منبعی قدرتمند از حمایت اجتماعی فراهم آورد و سلامت روان را افزایش داد (۲۰). همچنین بی‌بی و خلید در پژوهشی نشان دادند، افزایش حمایت اجتماعی سبب کاهش اضطراب مرگ و در نتیجه افزایش رنج و پریشانی و تسریع در روند بهبودی بیماری‌های صعب‌العلاج می‌شود (۲۱)؛ اما سسیسیرلی در پژوهش خود دریافت، بین حمایت اجتماعی و ترس از مردن ارتباطی وجود نداشت (۲۲).

براساس نتایج برخی پژوهش‌ها، معنویت و حمایت اجتماعی نقش مؤثری در کنار آمدن با رویدادهای استرس‌زای زندگی، کاهش اضطراب و سلامت روان افراد دارند (۱۳). در زمینه رابطه اضطراب مرگ و معنویت در داخل و خارج از ایران پژوهش‌هایی انجام شده است؛ اما در اغلب آن‌ها با فرض خطی بودن ارتباط سن و اضطراب مرگ، جامعه آماری این پژوهش‌ها را سالمندان یا افراد مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج تشکیل دادند. با وجود بدیهی به‌نظر رسیدن این تصور، نتایج برخی از پژوهش‌ها خلاف آن را نشان می‌دهد (۹، ۲۳). درحقیقت ارتباط سن و اضطراب مرگ، ارتباط منحنی-خطی با پیک اضطراب مرگ در میانه عمر است. در جامعه‌ای که امروز به‌سرعت در

6. Fear

7. Dread

8. Spirituality

9. Spiritual health

10. Social support

1. Death anxiety

2. Psychological well-being

3. Social support

4. Anxiety

5. Apprehension

حال تغییر است، دانشجویان در تعیین هدف و معنا برای زندگی خود دچار مشکل هستند و با دست‌کم گرفتن و اجتناب از مواجهه با یادآوری مرگ با پیامدهای هیجانی ناشی از آن مواجه می‌شوند (۲۴). با وجود این واقعیت، علاقه عمومی به انجام پژوهش در رابطه با اضطراب مرگ در جامعه آماری جوانان وجود ندارد.

بررسی رابطه بین معنویت و حمایت اجتماعی در رابطه با اضطراب مرگ به‌طور جداگانه و در جامعه آماری سالمندان یا افراد مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج در پژوهش‌های محدودی صورت گرفته است؛ اما تاکنون ارتباط بین این متغیرها به‌طور هم‌زمان در جمعیت جوان و فاقد بیماری خاص ارزیابی نشده است. با توجه به تأثیر اضطراب مرگ به‌عنوان مانعی در انتخاب هدف و معنا در زندگی و رشد و تعالی و سلامت روان افراد، فقدان پژوهشی درباره بررسی اضطراب مرگ و عوامل مؤثر بر آن در جوانان و همچنین توجه به برخی تناقضات موجود، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین اضطراب مرگ با سلامت روان، سلامت معنوی و حمایت اجتماعی در دانشجویان دانشکده معماری دانشگاه آزاد اسلامی انجام شد.

۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی تحلیلی و همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی دانشجویان دانشکده معماری دانشگاه آزاد اسلامی واحد رباط کریم تشکیل دادند که ۲۷۲ نفر از آن‌ها با بهره‌گیری از جدول کرجسی و مورگان (۲۵) و به‌صورت روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش شامل دانشجویان دختر و پسر در حال تحصیل در نیمسال دوم ۹۴-۱۳۹۳ در دانشکده و داشتن تمایل به شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش، ناقص پرکردن یا پس‌اندادن پرسش‌نامه‌ها در نظر گرفته شد. توزیع ۲۷۲ پرسش‌نامه با توجه به ملاک‌های ورود و خروج در بین دانشجویان صورت گرفت و پس از شصت دقیقه جمع‌آوری شد. به‌منظور گردآوری داده‌های پژوهش و نمونه‌گیری به دانشکده معماری دانشگاه آزاد اسلامی واحد رباط کریم مراجعه شد و از ۲۷۲ نفر از دانشجویان برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها دعوت صورت گرفت. پس از ارائه توضیحات لازم درباره همکاری و ملاحظات اخلاقی پژوهش از جمله اطلاع از موضوع کلی و روش انجام پژوهش و تضمین حفظ اطلاعات شخصی شرکت‌کنندگان، دانشجویان با اعلام رضایت پرسش‌نامه‌های مذکور را تکمیل کردند.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارهای زیر به‌کار رفت.

– مقیاس اضطراب مرگ^۱: این مقیاس توسط تمپلر در سال ۱۹۷۰ به‌منظور بررسی اضطراب مرگ معرفی شد (۲۶). این مقیاس دارای پانزده سؤال و پنج بُعد است. شیوه امتیازدهی بدین ترتیب است که برای هر گزینه صحیح نمره ۱ و برای هر گزینه غلط نمره صفر در نظر گرفته می‌شود؛ البته این روش نمره‌گذاری در سؤالات ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۵ معکوس است (صحیح: نمره صفر، غلط: نمره ۱). امتیاز

پرسش‌نامه از صفر (وجودنداشتن اضطراب مرگ) تا ۱۵ (اضطراب مرگ خیلی زیاد) با حد وسط (۷،۶) نقطه برش در نظر گرفته می‌شود. نمرات بیشتر از نقطه برش، اضطراب مرگ زیاد و نمرات کمتر از آن اضطراب مرگ کم را نشان می‌دهد. ابعاد این پرسش‌نامه و نیز سؤالات مربوط به هر بُعد به‌صورت زیر است و با جمع نمرات هر بُعد امتیاز آن بُعد به‌دست می‌آید: ترس از مرگ سؤالات ۱، ۱۲، ۱۴؛ ترس از درد و بیماری سؤالات ۲، ۴، ۶، ۱۳؛ افکار مربوط به مرگ سؤالات ۵، ۹، ۱۱؛ زمان گذرا و زندگی کوتاه سؤالات ۳، ۷، ۱۰؛ ترس از آینده سؤالات ۸، ۱۵ (۲۶). تمپلر در پژوهش خود پایایی مقیاس را با استفاده از فرمول کوردیچاردسون، ۰/۸۳ به‌دست آورد و روایی محتوایی و صوری آن را تأیید کرد (۲۶). در پژوهش توکلی و احمدزاده پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ بود. روایی محتوا و صوری پرسش‌نامه نیز زیر نظر متخصصان پذیرفتنی اعلام شد (۲۷).

– شاخص پنج معیار سلامت روان سازمان بهداشت جهانی^۲: این پرسش‌نامه نسخه کوتاه پرسش‌نامه سلامت روان سازمان بهداشت جهانی است که اولین بار در سال ۱۹۹۸ منتشر شد و در ابتدا به‌منظور اندازه‌گیری کیفیت زندگی افراد مبتلا به دیابت به‌کار رفت (۲۸). این ابزار دربرگیرنده پنج جمله مثبت برای ارزشیابی احساسات پاسخ‌دهنده در طول دو هفته اخیر به‌شرح ذیل است: شاد بوده‌ام و روحیه خوبی داشته‌ام؛ احساس آرامش و راحتی کرده‌ام؛ احساس فعال و پرا انرژی بودن داشته‌ام؛ همراه با احساس نشاط و سرزندگی از خواب بیدار شده‌ام؛ هر روز سرشار از چیزهای موردعلاقه من بوده است. مقیاس پاسخ‌گویی به سؤالات لیکرت شش درجه‌ای از هیچ‌گاه تا همیشه و شیوه نمره‌گذاری سؤالات از صفر تا ۵ است؛ به‌گونه‌ای که به‌گزینه «همیشه» نمره ۵ و به‌ترتیب به‌گزینه «هیچ‌گاه» نمره صفر تعلق می‌گیرد. نمره کل از مجموع امتیازات کسب‌شده از هر سؤال و ضرب عدد نهایی در ۴ حاصل می‌شود که در نهایت عددی بین صفر تا ۱۰۰ خواهد بود. امتیاز بیشتر بیانگر سلامتی بیشتر است. نمره کمتر از ۵۰، وضعیت هیجانی ضعیف نشان می‌دهد. همچنین علامت‌گذاری یکی از گزینه‌ها با عدد ۱ یا صفر نشان‌دهنده میزان تندرستی نامطلوب است (۲۸). سیساک و همکاران در سال ۲۰۰۸ ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۳ گزارش کردند (۲۹). در ایران خسروی و همکاران با نمونه‌ای متشکل از ۴۵۱ نفر، پایایی مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به‌دست آوردند. همچنین این مقیاس از روایی پذیرفتنی برخوردار بود (۳۰).

– مقیاس بهزیستی معنوی^۳: این مقیاس توسط پالوتزین و الیسون در سال ۱۹۸۲ ساخته شد و شامل بیست سؤال و دو خرده‌مقیاس است (۳۱). سؤالات فرد مقیاس مربوط به خرده‌مقیاس بهزیستی مذهبی است و میزان تجربه شخص را از رابطه رضایت‌بخش با خدا می‌سنجد. سؤالات زوج مربوط به خرده‌مقیاس بهزیستی وجودی است که سنجش احساس هدفمندی و رضایت از زندگی را انجام می‌دهد. مقیاس پاسخ‌گویی به سؤالات لیکرت شش درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم و شیوه نمره‌گذاری سؤالات از ۱ تا ۶ است. در سؤالات مثبت

3. Spiritual Well-Being Scale

1. Death Anxiety Scale

2. World Health Organization Well-Being Index (WHO-5)

گزینۀ کاملاً موافقم نمرة ۶ و به ترتیب گزینۀ کاملاً مخالفم نمرة ۱ می‌گیرد. نمرة گذاری سؤالات منفی برعکس انجام می‌شود و سؤالات ۱، ۲، ۵، ۶، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۶، ۱۸ سؤالات منفی است. از طریق نمرة گذاری این مقیاس نمرات بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی و نمرة کل بهزیستی معنوی به دست می‌آید (۳۱). پالوتزین و الیسون ضرایب آلفای کرونباخ بهزیستی مذهبی و وجودی و کل مقیاس را به ترتیب برابر با ۰/۹۱ و ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش کردند (۳۱). در ایران نیز خصوصیات روان‌سنجی این مقیاس توسط دهشیری و همکاران بر دانشجویان دانشگاه‌های تهران بررسی شد. ضرایب پایایی بازآزمایی کل مقیاس و خرده‌مقیاس‌های بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی به ترتیب برابر با ۰/۸۵ و ۰/۷۸ و ۰/۸۰ بود. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس بهزیستی معنوی ۰/۹۰ و برای خرده‌مقیاس‌های بهزیستی مذهبی و وجودی به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۷ گزارش شد. روایی مقیاس از طریق تحلیل عاملی و همبستگی با نمرات شادکامی، دین‌داری و اختلال روانی محاسبه شد که در حد پذیرفتنی بود (۳۲).

مقیاس چندبُعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده^۱: این مقیاس را زیمت و همکارانش در سال ۱۹۸۸ به منظور سنجش حمایت اجتماعی ادراک‌شده از طرف خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی فرد تهیه کردند (۳۳). این مقیاس دوازده ماده دارد و پاسخ‌گو نظر خود را در مقیاسی پنج‌گزینه‌ای از نمرة یک برای کاملاً مخالفم تا پنج برای کاملاً موافقم مشخص می‌کند. ابعاد پرسش‌نامه و نیز سؤالات مربوط به هر بُعد به صورت زیر است: حمایت اجتماعی دریافت‌شده از سوی خانواده سؤالات ۳، ۴، ۸، ۱۱؛ حمایت اجتماعی دریافت‌شده از سوی دوستان سؤالات ۶، ۷، ۹، ۱۲؛ حمایت اجتماعی دریافت‌شده از سوی دیگران سؤالات ۱، ۲، ۵، ۱۰. همچنین از حاصل جمع نمرات کسب‌شده در همهٔ ماده‌ها، نمرة کل مقیاس به دست می‌آید (۳۳). وانگیاکاران و همکاران در پژوهش خود با استفاده از نمونه‌ای متشکل از ۵۶۲ نفر، ضریب آلفای کرونباخ را برای حمایت اجتماعی ۰/۹۱ و برای

زیرمقیاس‌های حمایت خانواده، حمایت دوستان و حمایت دیگران به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۳ و ۰/۸۶ ذکر کردند (۳۴). در ایران نیز سلیمی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ سه بُعد حمایت اجتماعی دریافت‌شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی را به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۶ و ۰/۸۲ به دست آوردند (۳۵). در این پژوهش شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار برای توصیف متغیرها به کار رفت. ابتدا برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگوروف اسمیرنوف، برای بررسی استقلال خطاها از آزمون دوربین واتسون و برای بررسی مفروضهٔ هم‌خطی نبودن از برآورد مقدار تولرانس استفاده شد. همچنین ارزیابی ارتباط بین داده‌ها از طریق ضریب همبستگی پیرسون و پیش‌بینی اضطراب مرگ از طریق تحلیل رگرسیون خطی چندگانه به روش هم‌زمان به کمک نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۰ صورت گرفت. سطح معناداری برای همهٔ آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

در پژوهش حاضر از مجموع ۲۷۲ آزمودنی، ۱۷۰ آزمودنی (۶۲ درصد) را زنان و ۱۰۲ آزمودنی (۳۸ درصد) را مردان تشکیل دادند که دامنهٔ سنی آنان ۱۹ تا ۳۵ سال بود. از آزمون کولموگوروف اسمیرنوف برای شناسایی وضعیت نرمال بودن توزیع داده‌های پژوهش استفاده شد. نتایج نشان داد، مقدار Z در همهٔ متغیرها معنادار نبود و سطح خطا بیشتر از ۵ درصد بود ($p > 0/05$). این مطلب حاکی از نرمال بودن توزیع داده‌های نمونه بود (جدول ۱). همچنین سایر مفروضات استفاده از رگرسیون از قبیل هم‌خطی نبودن از طریق برآورد مقدار تولرانس و مفروضهٔ استقلال خطاها از طریق شاخص دوربین واتسون (۱/۸۴) ارزیابی شد و برقرار بود. شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای بررسی شده از جمله میانگین و انحراف معیار در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	حد کمتر	حد بیشتر	میانگین	انحراف معیار	مقدار آمارهٔ Z	مقدار احتمال
اضطراب مرگ	۱	۱۵	۸/۶۷	۳/۷۵	۰/۰۹۳	۰/۰۵۳
سلامت روان	۴۳	۹۹	۶۲/۱۴	۱۴/۲۲	۰/۰۸۱	۰/۱۹۹
سلامت معنوی	۲۰	۵۵	۴۰/۶۲	۱۱/۷۶	۰/۰۸۸	۰/۰۸۳
حمایت اجتماعی	۱۲	۵۷	۳۴/۷۳	۱۱/۱۸	۰/۰۸۹	۰/۰۷۶

جدول ۲. نتایج ماتریس همبستگی پیرسون

متغیر	اضطراب مرگ	سلامت روان	سلامت معنوی	حمایت اجتماعی
اضطراب مرگ	۱			
سلامت روان	* - ۰/۶۷۶	۱		
سلامت معنوی	* - ۰/۶۷۳	* ۰/۴۸۶	۱	
حمایت اجتماعی	* - ۰/۵۴۲	* ۰/۵۷۸	* ۰/۳۹۸	۱

* $p < 0/05$

1. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

به منظور تعیین رابطه بین متغیرهای پژوهش از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج نشان داد، بین اضطراب مرگ با سلامت روان ($r = -0.676$, $p \leq 0.001$)، سلامت معنوی ($r = -0.673$, $p \leq 0.001$) و حمایت اجتماعی ($r = -0.542$, $p \leq 0.001$) معکوس و معنادار وجود داشت (جدول ۲).

جدول ۳. خلاصه تحلیل رگرسیون به منظور بررسی پیش‌بینی اضطراب مرگ

مدل	متغیرهای وارد شده	مقدار R	مقدار R ²	مقدار R ² تعدیل شده	مقدار F	مقدار احتمال
اینتر (هم‌زمان)	سلامت روان، سلامت معنوی، حمایت اجتماعی	۰/۸۱۲	۰/۶۵۹	۰/۶۴۸	۵۵/۵۰۸	≤ ۰/۰۰۱

جدول ۴. نتایج تحلیل رگرسیون خطی چندگانه در پیش‌بینی پرخاشگری براساس سلامت روان، سلامت معنوی و حمایت اجتماعی

متغیر	برآورد اثر (B)	خطای معیار	برآورد استاندارد (β)	T	مقدار احتمال	شاخص‌های هم‌خطی
						آماره تراکم عاملی
ثابت	۲۳/۲۴۰	۱/۱۷۴		۱۹/۷۹۶	≤ ۰/۰۰۱	۰/۶۸۵
سلامت روان	-۰/۱۲۱	۰/۰۱۹	-۰/۴۵۷	-۶/۳۲۴	≤ ۰/۰۰۱	۰/۷۴۵
سلامت معنوی	-۰/۰۹۹	۰/۰۲۶	-۰/۳۱۱	-۳/۷۸۱	≤ ۰/۰۰۱	۰/۶۸۶
حمایت اجتماعی	-۰/۰۸۸	۰/۰۲۵	-۰/۲۶۱	-۳/۵۲۰	≤ ۰/۰۰۱	۰/۷۷۱

همچنین براساس یافته‌های به دست آمده در پژوهش حاضر، بین اضطراب مرگ و سلامت معنوی رابطه معکوس و معنادار وجود داشت. این یافته با این پژوهش‌ها همسوست: سلیمان‌زاده و همکاران به این نتایج دست یافتند که بین اضطراب مرگ و سلامت معنوی رابطه معنادار مشاهده می‌شود (۳۸): براساس پژوهش مک‌لود و همکاران، افرادی که گشودگی کمتری در قبال تجربه و تحمل ابهام کمتری دارند، دارای ادراک غیرواقعی‌تر به معنویت هستند و اضطراب مرگ بیشتری را تجربه می‌کنند؛ برعکس افرادی که اعتقادات معنوی عمیق‌تری دارند و مرگ را پایان زندگی نمی‌دانند، اضطراب مرگ کمتری را تجربه می‌کنند (۴): براساس نتایج پژوهش شارما و همکاران، دین برای سؤالات وجودی و درباره مرگ پاسخ‌هایی را فراهم می‌آورد و با ایجاد احساس اطمینان در افراد از آن‌ها در برابر اضطراب مرگ محافظت می‌کند (۱۳).

با توجه به یافته‌های به دست آمده در پژوهش حاضر، بین حمایت اجتماعی و اضطراب مرگ رابطه معکوس و معنادار وجود داشت. این یافته با نتایج پژوهش فرح‌بخش‌به و همکاران همسوست. آن‌ها دریافتند که بین حمایت اجتماعی و اضطراب مرگ رابطه منفی مشاهده می‌شود (۳۹). همچنین این یافته پژوهش حاضر با این پژوهش‌ها به نوعی همسوست: براساس پژوهش بی‌بی و خلید، وجود حمایت اجتماعی در افراد سبب کاهش اضطراب و افزایش سازگاری با مشکلات شد (۲۱): کاگان در پژوهش خود نشان داد، حمایت اجتماعی از افراد در برابر استرس شدید محافظت می‌کند و سبب می‌شود که فرد موقعیت‌ها را کمتر استرس‌زا ارزیابی کند و واکنش تعدیل‌شده‌تری به استرس داشته باشد (۴۰): نصیری و عبدالملکی در پژوهش خود بیان کردند، افراد با مشورت با اعضای خانواده و حل مسائل با حمایت آن‌ها با استرس و فشارهای زندگی بهتر مقابله می‌کنند و کیفیت زندگی بهتری دارند (۴۱).

برای پیش‌بینی اضطراب مرگ از تحلیل رگرسیون خطی چندگانه به روش هم‌زمان استفاده شد. نتایج نشان داد، متغیرهای پژوهش به صورت هم‌زمان ۶۴ درصد از تغییرات واریانس اضطراب مرگ را پیش‌بینی کردند (جدول ۳). همچنین ضرایب بتا مشخص کرد، سلامت روان ($\beta = -0.457$, $p \leq 0.001$)، سلامت معنوی ($\beta = -0.311$, $p \leq 0.001$) و حمایت اجتماعی ($\beta = -0.261$, $p \leq 0.001$) به طور معناداری قادر به پیش‌بینی اضطراب مرگ بودند (جدول ۴). متغیر سلامت روان در بین متغیرهای بررسی شده بیشترین تأثیر را بر نمرات اضطراب داشت.

۴ بحث

پژوهش حاضر به منظور بررسی رابطه بین اضطراب مرگ با سلامت روان، سلامت معنوی و حمایت اجتماعی در دانشجویان دانشکده معماری دانشگاه آزاد اسلامی انجام شد. براساس یافته‌های به دست آمده در این پژوهش، بین اضطراب مرگ و سلامت روان رابطه معکوس و معنادار وجود داشت. نتایج پژوهش تابع بردبار و همکاران با یافته‌های این پژوهش همسوست؛ آن‌ها دریافتند، سالمندانی که از سلامت روان بیشتر و ویژگی‌های شخصیتی برون‌گرایی و مسئولیت‌پذیری برخوردار هستند، اضطراب مرگ کمتری را تجربه می‌کنند (۳۶). پژوهش‌های مختلفی وجود رابطه بین اضطراب مرگ و سلامت روان را نشان داده است؛ برای مثال ایروچ و همکاران اضطراب مرگ را به عنوان سازه‌ای فراتشخیصی در ابتلا به برخی از اختلالات روان‌شناختی از جمله افسردگی، اختلال وسواسی‌جبری و اختلالات اضطرابی بررسی کردند و رابطه معناداری را بین اضطراب مرگ و تداوم و ابتلا به اختلالات روان‌شناختی نشان دادند (۷). براساس پژوهش له مارن و هریس، همراهی غریزه حفاظت از خود و آگاهی از اجتناب‌ناپذیر بودن مرگ می‌تواند در افراد وحشی عمیق را ایجاد کند که موجب تداوم و ابتلا به اختلالات روان‌شناختی می‌شود (۳۷).

در پژوهش‌های آتی اضطراب مرگ در ارتباط با اختلالات اضطرابی و افسردگی با جمعیت نرمال بررسی و مقایسه شود و ارزیابی نقش واسطه‌ای متغیرهایی مانند عزت‌نفس و احساس تنهایی در رابطه بین اضطراب مرگ و سلامت روان صورت گیرد.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، اضطراب مرگ با سلامت روان، سلامت معنوی و حمایت اجتماعی رابطه معکوس و معنادار دارد؛ یعنی با ارتقای سلامت روان، افراد اضطراب مرگ کمتری را تجربه می‌کنند. افزایش سلامت معنوی و نگرش وجودی مثبت نیز اضطراب مرگ را در اشخاص کاهش می‌دهد. همچنین برخورداری از منابع قدرتمندی از حمایت اجتماعی سبب کاهش اضطراب مرگ در افراد می‌شود. به علاوه، سلامت روان، سلامت معنوی و حمایت اجتماعی میزان اضطراب مرگ را پیش‌بینی می‌کنند و هرچه نمرات این متغیرها بیشتر باشد، میزان اضطراب مرگ کمتر است.

۶ تشکر و قدردانی

از دانشجویان عزیز دانشکده معماری دانشگاه آزاد اسلامی واحد ریباتکریم که با تکمیل پرسش‌نامه‌ها ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

۷ بیانیه

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد در رشته روان‌شناسی بالینی دانشگاه الزهراء (س) است. به همه شرکت‌کنندگان در پژوهش توضیحاتی مبنی بر استفاده از پرسش‌نامه‌ها در راستای اهداف پژوهشی و محرمانه ماندن اطلاعات، ارائه شد و رعایت ملاحظات اخلاقی صورت گرفت.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

این پژوهش بدون حمایت مالی نهاد یا سازمانی انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول مسئولیت نگارش پایان‌نامه و استخراج این مقاله را از آن بر عهده داشت. نظارت بر فرایند پژوهش و راهنمایی و مشاوره به ترتیب بر عهده نویسندگان دوم و سوم به‌عنوان استاد راهنما و استاد مشاور بود.

براساس یافته‌های به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر، نقش متغیرهای سلامت روان، سلامت معنوی و حمایت اجتماعی در پیش‌بینی اضطراب مرگ از لحاظ آماری معنادار بود.

در تبیین یافته‌های مذکور پژوهش حاضر می‌توان اظهار داشت که برخورداری از سلامت روان بیشتر، سبب می‌شود پایان زندگی برای افراد پوچ و بی‌معنا نباشد و اعتقاد به گذرابودن زندگی به آن‌ها کمک می‌کند تا با بردباری بیشتری درد و رنج ناشی از مشکلات زندگی را تحمل کنند (۴). علاوه بر این معنویت با معنادهی به وقایع ناگوار زندگی از جمله فقدان‌هایی مانند مرگ نزدیکان، سازگاری را در افراد افزایش می‌دهد و روش‌های مقابله با مشکلات و بحران‌های زندگی را بهبود می‌بخشد. همچنین برخورداری از سطح سلامت روانی بالا در جوانان سبب ایجاد انگیزه و امید می‌شود و به آن‌ها کمک می‌کند تا از طریق توکل و اتکا به خداوند با استرس‌های ناشی از موقعیت‌های پیش‌بینی‌نشده نظیر فقدان و مرگ بهتر مقابله کنند. به علاوه معنویت با پاسخ‌گویی به سؤالات اساسی درباره اهداف زندگی، به جوانان کمک می‌کند تا مرگ را به‌عنوان یکی از جنبه‌های تجربه انسانی بپذیرند و برای زندگی خود معنا و هدف بیابند (۱۰). همچنین بهره‌مندی از سلامت روان بیشتر، سبب می‌شود افراد برای کنارآمدن با مشکلات از راهبردهای مقابله‌ای کارآمدتری استفاده کنند که این خود موجب کاهش اضطراب می‌شود. افزون‌بر این، حضور در مراسم مذهبی، خود می‌تواند حمایت اجتماعی به‌همراه داشته باشد که این امر با افزایش صمیمیت افراد را از تأثیرات منفی استرس محافظت می‌کند و سازگاری را افزایش می‌دهد؛ چراکه فرد می‌داند هنگام مواجهه با مشکلات می‌تواند روی کمک دیگران حساب کند. همچنین حمایت اجتماعی کارکرد تنظیم هیجانی دارد و از تعارض ناشی از افزایش هیجان جلوگیری می‌کند و در مواجهه با چالش‌های زندگی نظیر فقدان و مرگ سبب افزایش توانایی مقابله با مشکلات می‌شود (۱۹).

در این پژوهش محدودیت‌هایی وجود داشت؛ با توجه به اینکه پژوهش حاضر فقط بر دانشجویان دختر دانشکده معماری دانشگاه آزاد اسلامی انجام شد، به‌نظر می‌رسد در تعمیم یافته‌های پژوهش به سایر طبقات اجتماعی و سایر گروه‌های سنی باید احتیاط صورت گیرد؛ زیرا احتمال تفاوت در نگرش‌های مربوط به مرگ با توجه به عوامل جمعیت‌شناختی وجود دارد. از محدودیت‌های دیگر پژوهش، استفاده از روش همبستگی و کنترل‌نشده همه متغیرها بود. در پژوهش حاضر امکان دسترسی به نمونه‌هایی از گروه‌های سنی مختلف به‌منظور مقایسه فراهم نشد و چون نگرش به مرگ و به‌تبع آن اضطراب مرگ در جنسیت و گروه‌های سنی مختلف متفاوت است، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی یافته‌های پژوهش حاضر در نمونه‌های دیگر بررسی شود. همچنین به پژوهشگران علاقه‌مند در این زمینه توصیه می‌شود،

References

- Gellman MD, Turner JR. Encyclopedia of behavioral medicine. Springer; 2013.
- Saleem T, Saleem S. Religiosity and death anxiety: a study of Muslim dars attendees. J Relig Health. 2020;59(1):309-17. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00783-0>
- Chow HPH. A time to be born and a time to die: Exploring the determinants of death anxiety among university students in a western Canadian city. Death Stud. 2017;41(6):345-52. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1279240>

4. MacLeod R, Wilson DM, Crandall J, Austin P. Death anxiety among New Zealanders: the predictive roles of religion, spirituality, and family connection. *Omega (Westport)*. 2019;80(1):3–19. <https://doi.org/10.1177/0030222817724307>
5. Geurtsen L. A multidimensional approach of death anxiety: physical health, gender and psychosocial correlates in a community sample and a clinical sample of Dutch elderly people [Thesis for M.A.]. [Utrecht, Netherland]: Utrecht University;2010.
6. Portal Moreno R, de la Fuente Solana EI, Aleixandre Rico M, Lozano Fernández LM. Death anxiety in institutionalized and non-institutionalized elderly people in Spain. *Omega (Westport)*. 2008 2009;58(1):61–76. <https://doi.org/10.2190/om.58.1.d>
7. Iverach L, Menzies RG, Menzies RE. Death anxiety and its role in psychopathology: reviewing the status of a transdiagnostic construct. *Clin Psychol Rev*. 2014;34(7):580–93. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.09.002>
8. Ray JJ, Najman J. Death anxiety and death acceptance: A preliminary approach. *Omega (Westport)*. 1974;5(4):311–5. <https://doi.org/10.2190/MHEL-88YD-UHKF-E98C>
9. Gesser G, Wong PT, Reker GT. Death attitudes across the life-span: The development and validation of the Death Attitude Profile (DAP). *Omega: Journal of Death and Dying*. 1987;18(2):113–28. <https://doi.org/10.2190/0DQB-7Q1E-2BER-H6YC>
10. Shah R, Kulhara P, Grover S, Kumar S, Malhotra R, Tyagi S. Relationship between spirituality/religiousness and coping in patients with residual schizophrenia. *Qual Life Res*. 2011;20(7):1053–60. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9839-6>
11. El Nawawi NM, Balboni MJ, Balboni TA. Palliative care and spiritual care: the crucial role of spiritual care in the care of patients with advanced illness. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2012;6(2):269–74. <https://doi.org/10.1097/spc.0b013e3283530d13>
12. Shirkavand L, Abbaszadeh A, Borhani F, Momenyan S. Correlation between spiritual well-being with satisfaction with life and death anxiety among elderly suffering from cancer. *Electron J Gen Med*. 2018;15(3):em20. <https://doi.org/10.29333/ejgm/85501>
13. Sharma P, Asthana HS, Gambhir IS, Ranjan JK. Death anxiety among elderly people: role of gender, spirituality and mental health. *Indian Journal of Gerontology*. 2019;33(3):240–54.
14. Azaiza F, Ron P, Shoham M, Gigini I. Death and dying anxiety among elderly Arab Muslims in Israel. *Death Stud*. 2010;34(4):351–64. <https://doi.org/10.1080/07481181003613941>
15. Soriano GP, Calong KAC. Religiosity, spirituality, and death anxiety among Filipino older adults: A correlational study. *Omega (Westport)*. 2020;0030222820947315. <https://doi.org/10.1177/0030222820947315>
16. Headey B, Wearing A. Subjective well-being and coping with adversity. *Social Indicators Research*. 1990;22(4):327–49.
17. Malinauskas R. The associations among social support, stress, and life satisfaction as perceived by injured college athletes. *Social Behavior and Personality: An International Journal*. 2010;38(6):741–52. <https://doi.org/10.2224/sbp.2010.38.6.741>
18. Onyishi IE, Okongwu OE, Ugwu FO. Personality and social support as predictors of life satisfaction of Nigerian prisons officers. *European Scientific Journal*. 2012;8(20):110–25.
19. Santini ZI, Koyanagi A, Tyrovolas S, Mason C, Haro JM. The association between social relationships and depression: a systematic review. *J Affect Disord*. 2015;175:53–65. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.049>
20. Brausch AM, Decker KM. Self-esteem and social support as moderators of depression, body image, and disordered eating for suicidal ideation in adolescents. *J Abnorm Child Psychol*. 2014;42(5):779–89. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9822-0>
21. Bibi A, Khalid MA. Death anxiety, perceived social support, and demographic correlates of patients with breast cancer in Pakistan. *Death Stud*. 2020;44(12):787–92. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1614108>
22. Cicirelli VG. Fear of death in older adults: predictions from terror management theory. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2002;57(4):358–66. <https://doi.org/10.1093/geronb/57.4.p358>
23. Neyrinck B, Vansteenkiste M, Lens W, Soenens B. Updating Allport's and Batson's framework of religious orientations: a reevaluation from the Perspective of Self-Determination Theory and Wulff's social cognitive model. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 2010;49(3):425–38.
24. Schumaker JF, Barraclough RA, Vagg LM. Death anxiety in Malaysian and Australian university students. *J Soc Psychol*. 1988;128(1):41–7. <https://doi.org/10.1080/00224545.1988.9711682>
25. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*. 1970;30(3):607–10. <https://doi.org/10.1177/2F001316447003000308>
26. Templer DI. The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *J Gen Psychol*. 1970;82(2d Half):165–77. <https://doi.org/10.1080/00221309.1970.9920634>
27. Tavakoli MA, Ahmadzadeh B. Investigation of validity and reliability of Templer Death Anxiety Scale. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 2011;6(21):72–80.

28. World Health Organization .Well-being measures in primary health care: the DepCare project. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 1998. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/130750/E60246.pdf
29. Sisask M, Värmik A, Kõlves K, Konstabel K, Wasserman D. Subjective psychological well-being (WHO-5) in assessment of the severity of suicide attempt. *Nord J Psychiatry*. 2008;62(6):431–5. <https://doi.org/10.1080/08039480801959273>
30. Khosravi A, Mousavi SA, Chaman R, Sepidar Kish M, Ashrafi E, Khalili M, et al. Reliability and validity of the Persian version of the World Health Organization-Five Well-Being Index. *International Journal of Health Studies*. 2015;1(1):17–19. <https://doi.org/10.22100/ijhs.v1i1.24>
31. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well- being, and quality of life. In: Peplau LA, Perlman D. editors. *Loneliness: a Sourcebook foe current theory, research, and therapy*. New York: Wiley Interscience; 1982.
32. Dehshiri G, Sohrabi F, Jafari I, Najafi M. A survey of psychometric properties of spiritual well-being scale among university students. *Journal of Psychological Studies*. 2008;4(3):129–44. [Persian] <https://dx.doi.org/10.22051/psy.2008.1637>
33. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. the multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*. 1988;52(1):30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
34. Wongpakaran T, Wongpakaran N, Ruktrakul R. Reliability and validity of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS): Thai version. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2011;7:161–6. <https://doi.org/10.2174/1745017901107010161>
35. Salimi A, Joukar B, Nikpour R. Internet and communication: perceived social support and loneliness as antecedent variables. *Journal of Psychological Studies*. 2009;5(3):81–102. [Persian] <https://dx.doi.org/10.22051/psy.2009.1607>
36. Tabe Bordbar F, Esmaeili M, Asadi R. The prediction of death anxiety in the elderly based on personality types and mental health. *Aging Psychology*. 2019;5(3):239–49. [Persian] <https://dx.doi.org/10.22126/jap.2019.4788.1374>
37. Le Marne KM, Harris LM. Death anxiety, perfectionism and disordered eating. *Behaviour Change*. 2016;33(4):193–211. <https://doi.org/10.1017/bec.2016.11>
38. Solaimanizadeh F, Mohammadinia N, Solaimanizadeh L. The relationship between spiritual health and religious coping with death anxiety in the elderly. *J Relig Health*. 2020;59(4):1925–32. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00906-7>
39. Farahbakhsh Beh S, Mehrinejad A, Moazedian A. Structural model of quality of life in patients with breast cancer: the role of psychological hardiness, religious orientation, perceived social protection and self-efficacy with mediation of resilience and death anxiety. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*. 2019;8(1):86–98. [Persian] <http://dx.doi.org/10.29252/shefa.8.1.86>
40. Kagan M. Social support moderates the relationship between death anxiety and psychological distress among Israeli nurses. *Psychol Rep*. 2021;124(4):1502–14. <https://doi.org/10.1177/0033294120945593>
41. Nasiri F, Abdolmaleki S. Explaining the relationship between perceived social support and quality of life, perceived stress mediator role in female-headed households in Sanandaj. *Journal of Applied Sociology*. 2017;27(4):99–116. [Persian]