رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۳، شماره پیاپی ۱۰۸، خرداد ۱۴۰۴
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(3), 2025

اثربخشی روان درمانی معنوی- مذهبی با رویکرد اسلامی بر اضطراب وجودی و نگرش به مرگ سالمندان

The effectiveness of spiritual-religious psychotherapy with an Islamic approach on existential anxiety and attitude towards death in the elderly

سعید شفقتی
دانشجوی دکتری روان شناسی، گروه روان شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.
دکتر پرویز پرزور (نویسنده مسئول)
دانشیار، گروه روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
دکتر آذر کیامرثی
استادیار، گروه روان شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

Saeid Shafaghatei
Ph.D. student Psychology, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.
Dr. Parviz Porzor *
Associate Professor, Department of Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran.
p.porzoor@uma.ac.ir
Dr. Azar Kiamarsi
Assistant Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

چکیده

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی روان‌درمانی معنوی- مذهبی با رویکرد اسلامی بر اضطراب وجودی و نگرش به مرگ سالمندان بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی سالمندان مرد عضو خانه سالمندی شهر اردبیل در نیمه دوم سال ۱۴۰۲ بودند. تعداد نمونه مورد پژوهش ۳۶ نفر بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۸ نفر) و کنترل (۱۸ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایشی ۱۰ جلسه‌ی ۷۵ دقیقه‌ای مداخله روان‌درمانی معنوی- مذهبی با بازنگری رویکرد اسلامی را به صورت هر هفته ۱ جلسه دریافت کردند. برای گردآوری داده‌ها از فرم تجدیدنظر شده نگرش نسبت به مرگ (DAP-R، وونگ و همکاران، ۱۹۹۴) و مقیاس اضطراب وجودی (EAQ، ویمز و همکاران، ۲۰۰۴) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره انجام شد. یافته‌ها نشان داد که با کنترل اثر پیش‌آزمون بین میانگین پس-آزمون اضطراب وجودی و نگرش به مرگ سالمندان در دو گروه تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۱ وجود داشت. با توجه به این نتایج می‌توان بیان کرد که ارائه روان‌درمانی معنوی- مذهبی با رویکرد اسلامی تاثیر معناداری بر کاهش اضطراب وجودی و بهبود نگرش به مرگ سالمندان داشت.

واژه‌های کلیدی: *اضطراب وجودی، نگرش به مرگ، روان‌درمانی معنوی- مذهبی با رویکرد اسلامی، سالمندان.*

Abstract

This study aimed to determine the effectiveness of spiritual-religious psychotherapy with an Islamic approach on existential anxiety and attitudes towards death in the elderly. The research method was a quasi-experimental design with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population included all male elderly members of the nursing home in Ardabil in the second half of 2023. The number of study subjects was 36 people who were selected by purposive sampling and randomly assigned to the experimental group (n=18) and the control group (n=18). The experimental group received 10 sessions of 75-minute spiritual-religious psychotherapy intervention with a revised Islamic approach, once a week. The death attitude profile - revised (DAP-R, Wong et al., 1994) and existential anxiety questionnaire (EAQ, Weems et al., 2004) were used to collect data. Data analysis was performed using multivariate analysis of covariance. Based on the findings, it was shown that by controlling for the pre-test effect, there was a significant difference at the 0.01 level between the mean post-test of existential anxiety and attitude towards death of the elderly in the two groups. Considering these results, it can be stated that providing spiritual-religious psychotherapy with an Islamic approach had a significant effect on reducing existential anxiety and improving the attitude towards death of the elderly.

Keywords: *Existential Anxiety, Attitude to Death, Spiritual-Religious Psychotherapy with Islamic Approach, Elderly.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت :** آذر ۱۴۰۳ | **پذیرش:** بهمن ۱۴۰۳ | **ویرایش نهایی:** خرداد ۱۴۰۴

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.3.95]

مقدمه

سالمندی بخشی جدایی‌ناپذیر از زندگی بشر است که ناشی از حرکت و تکامل انسان حول محور زمان است (لی[1] و همکاران، ۲۰۲۳). در واقع سالمندی یک سیر و روند بیولوژیک است که از دهه سوم عمر شروع می‌شود و به تدریج فعالیت‌های جسمانی، ذهنی، اجتماعی و به طور کلی عملکرد فرد را محدود می‌کند (کیمون[2] و همکاران، ۲۰۲۲). سازمان بهداشت جهانی، مفهوم سال‌خوردگی را به منظور پاسخ به رشد سریع جمعیت افراد سنین ۶۰ سال و بالاتر از آن در سال ۲۰۰۲ ارائه کرد و هدف از این ارائه این تعریف، حفظ نقش فعال افراد سالمند در جامعه با دارا بودن فرصت‌هایی برای مراقبت نمودن از سلامت، ایمنی و همچنین حضور در اجتماع برای آنان بود (پانیاکائو[3] و همکاران، ۲۰۱۹). با این وجود افزایش سن همواره موجب افزایش افکار مربوط به مرگ و اضطراب وجودی می‌گردد (سیفتک[4] و همکاران، ۲۰۲۴). چنانچه در این خصوص پاسمور[5] و همکاران (۲۰۲۳) بیان کردند که افراد سالمند به سبب برخی از محدودیت‌های مرتبط با سن خود، دچار اضطراب وجودی[6] می‌شوند. در واقع اضطراب وجودی زمانی ایجاد می‌گردد که افراد به طور عمیق وجود خود را مورد تامل قرار دهند (به ویژه در دوره سالمندی) و این تامل منجر به افکار و احساسات مرتبط با آزادی، مسئولیت‌پذیری و جستجوی معنا در زندگی می‌شود که اگر افراد در این زمینه ناموفق باشند، بیگانگی و انزوا وجود آنها را فرامی‌گیرد (پاسمور و همکاران، ۲۰۲۳). اضطراب وجودی احساسی همراه با خودآگاهی و آگاهی از آسیب‌پذیری فرد در زمانی که با امکان مرگ مواجه می‌شود، است (اونول و انگین[7]، ۲۰۲۲).

نکته حائز اهمیت این است که با وجود شیوع گستردهٔ این نوع اضطراب، هستی‌گراها، به اضطراب وجودی به عنوان مشکلی نگاه نمی‌کنند که نیاز به درمان داشته باشد و آن را لازمهٔ آگاهی از نیستی می‌دانند، از این رو برای کسانی که از این دشواری رنج می‌برند، کتاب راهنما یا کاربردی ننوشته‌اند، در صورتی که پژوهش‌ها نشان داده است اگرچه حدی از اضطراب برای تأمین سازش یافتگی فرد لازم است، اما حالت‌های اضطرابی فزون یافته، می‌توانند موانع قابل ملاحظه‌ای را در تحقق امکانات بالقوه فرد ایجاد کنند و پایه‌ای برای بسیاری از اختلالات روانی شوند (براوینگ[8]، ۲۰۲۰). گرین‌بلات-کمیرون[9] و همکاران (۲۰۲۱) بیان کرده‌اند افرادی که درگیر اضطراب مرگ و نگرانی‌های وجودی هستند و در عین حال در یافتن هدف و معنا بخشی به رویداد آسیب‌زا، با دشواری مواجه‌اند، احتمال بیشتری وجود دارد که آزردگی‌های وجودی را تجربه کنند، چرا که جستجو برای معنا برای افرادی که فشارزای عمده زندگی مثل دوره پیری را تجربه می‌کنند، مهمترین رفتاری انطباقی محسوب می‌شود. در مقابل کورتولان و کارامیراک[10] (۲۰۱۷) معتقدند که اضطراب وجودی افراد با نگرش آنان به مرگ در ارتباط است. در واقع با توجه به تشدید ترس از مرگ در دوره سالمندی، می‌توان گفت یکی از عوامل مهمی که بر زندگی دوره سالمندی تأثیر دارد، نگرشی است که هر فرد درباره مرگ دارد. در واقع نگرش به مرگ[11] به مجموعه پاسخ‌های شناختی، عاطفی و رفتاری فرد نسبت به حقیقت مرگ اطلاق می‌شود (کواسیوچ[12] و همکاران، ۲۰۲۴). این نگرش‌ها می‌توانند مثبت یا منفی باشند. نگرش‌های منفی درباره مرگ، ترس از مرگ یا اجتناب از مرگ را در بر می‌گیرند؛ در حالی که نگرش‌های مثبت نسبت به مرگ، باورهای مربوط به توانایی کنارآمدن با مرگ و پذیرش آن را شامل می‌شوند. کنارآمدن با مرگ نیز مشتمل بر مجموعه پاسخ‌های شناختی (برای مثال «اخیراً من دریافته‌ام فکرکردن درباره مرگ خوب است»)، رفتاری (برای مثال «من می‌توانم درباره مرگم با خانواده و دوستان صحبت کنم») و عاطفی (برای مثال «فکر مرگ مرا آشفته می‌کند») به مرگ پیش‌روی خود و دیگران است (مارسیا[13]، ۲۰۲۳).

نگرش نسبت بـه مـرگ به تدریج در طی فرآیندی اجتماعی آموختـه شـده و تحت تاثیر عواملی ماننـد فرهنـگ حاکم بر زادگاه فرد، نظام تربیتی خانواده، جایگاه فـرد در چرخه زندگی، آگاهی‌ها و باورهای اعتقادی می‌باشد (آساستا[14]، ۲۰۲۰). در این راستا توجه به باورهای معنوی افراد از اهمیت بالایی برخوردار است. چرا که معنویت نقش مهمی در کنار آمدن با استرس و پریشانی‌های روانی سالمندان دارد و

1. Li
2. Kemoun
3. Punyakaew
4. Ciftci
5. Passmore
6. existential anxiety
7. Onol & Engin
8. Browning
9. Greenblatt-Kimron
10. Kurtulan & Karaırmak
11. Attitude to death
12. Kovacevic
13. Maric
14. Asatsa

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.3.95]

بهره گرفتن از اعتقادات دینی به ویژه زمانی که با انجام اعمال گروهی همراه باشد، می‌تواند حائلی برای بسیاری از مشکلات روانشناختی فرد باشد (بشارت و همکاران، ۱۳۹۸). چنانچه حدادان و شیخ‌الاسلامی (۱۳۹۹) نیز در مطالعه‌ای گزارش کردند که معنویت نقش معناداری در نگرش نسبت به مرگ سالمندان دارد.

براین اساس ارائه آموزش و درمان‌های بر پایه معنویت می‌تواند زمینه‌ای برای کاهش مشکلات این افراد فراهم نماید. در واقع معنویت جنبه‌ای از آدمی است که بیانگر ارتباط و یکپارچگی او با عالم هستی است. این ارتباط و یکپارچگی به انسان امید و معنا می‌دهد و وی را از محدوده زمان، مکان و علایق مادی فراتر می‌برد (نیمیس[1] و همکاران، ۲۰۲۰). لذا یکی از مداخلات مورد توجه، روان‌درمانی معنوی- مذهبی با رویکرد اسلامی[2] است. نتایج مطالعات حاکی از این است که مذهب نقش درمانگرانه و همچنین پیشگیرانه در اختلالات روانشناختی دارد (انصاری و همکاران، ۱۳۹۸؛ لوچیتی[3] و همکاران، ۲۰۲۱؛ سکوکو[4] و همکاران، ۲۰۲۱). یکی از مکانیزم های مهم و اساسی مذهب ایجاد وحودت و انسجام بخشی حوزه‌های مختلف روانی انسان است؛ زیرا پاسخ به کمال‌طلبی فطری انسان، به ویژه خداجویی، زمینه انسجام فکری، احساس و عمل فرد را حول محور خداوند فراهم می‌کند (جان‌بزرگی، ۱۳۹۸). بعلاوه مذهب امکان فراروی و متعالی‌سازی انگیزه‌ها و اعمال انسان و معنادهی حقیقی و همسو با هستی را ممکن می‌سازد، سبک زندگی متعادل و همسو با نیازهای انسان را معرفی می‌کند و با برنامه‌ریزی و ارائه چارچوب‌های اعتقادی و مناسک عملی نظم جویی را در انسان تقویت می‌کند (جان‌بزرگی و غروی، ۱۳۹۵). اهمیت توجه به این روش درمانی از آنجا نمایان می‌شود که براساس مطالعات چندی افراد سالمندی که در زندگی خود افکار و انگیزه و اعمال متعالی (معنوی- مذهبی) دارند، ترس از مرگ و اضطراب پایین و سلامت روانشناختی بالاتری دارند (پیتوروسکی[5] و همکاران، ۲۰۲۰؛ خلوتی و همکاران، ۲۰۲۱؛ پاندی و کاتوریا[6]، ۲۰۲۱). در این راستا دشت‌بزرگی و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه خود بر اثربخشی معنویت درمانی اسلامی بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ سالمندان اشاره کردند. همچنین مطالعه عسگری و همکاران (۱۳۹۷) و آلوستانی و ممشلی (۱۳۹۹) حاکی از اثربخشی روان‌درمانی معنوی- مذهبی بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش اضطراب مرگ سالمندان بود. نتایج مطالعه پیرچنسکی[7] و همکاران (۲۰۱۹) نیز حاکی از تاثیر رواندرمانی معنویت‌گرایی مبتنی بر آموزه‌های دینی حاکی از تاثیر آن بر سلامت روانشناختی گروه مورد مطالعه بود. بعلاوه سیازوان[8] و همکاران (۲۰۲۲) در مطالعه‌ای بر تأثیر فعالیت‌های مذهبی- معنوی بر بهبود عملکرد شناختی سالمندان اشاره کردند.

به طور کلی قابل بیان است که الگوی روان‌درمانی معنوی- مذهبی اسلامی افزون بر ایجاد انسجام و یکپارچگی در ابعاد زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی بر بُعد معنوی مراجع نیز تأکید دارد. امتیاز منحصربه فرد معنویت اسلامی این است که در آیات قرآن و کلمات معصومان ریشه دارد و همچنین جامع تمایلات دنیوی و اخروی انسان است (جان‌بزرگی و غروی، ۱۳۹۵). معنویت اسلامی به معنای نادیده گرفتن خواسته‌های بشری یا سرکوب آنها نیست، بلکه آنها را براساس هدف خلقت و فطرت انسانی، اعتدال و جهت می‌بخشد؛ حرکت بخشی را گسترش می‌دهد و رهبانیت و انزوای باطل را نفی می‌کند؛ حضور در جامعه و احساس مسئولیت دربارهٔ شئون مختلف را تقویت می‌کند و با سکوت و بی‌تفاوتی منافات دارد (شریفی‌زارچی و حیدری، ۱۳۹۹). بعلاوه اینکه طبق نظر اریکسون، سالمندان با مسأله روانی- اجتماعی کمال در برابر نومیدی مواجه می‌شوند. آنان تلاش می‌کنند تا به زندگی خود معنی و مفهوم ببخشند و از این طریق با مرگ که پدیده‌ای اجتناب‌ناپذیر است کنار بیایند (دشت‌بزرگی و همکاران، ۱۳۹۵). گاه فرد سالمند با تمرکز بر خود و مرور زندگی گذشته، دچار احساسات دردناک شده و کشمکش درونی را تجربه می‌نماید، جهت حل این تعارض درونی، نیازمند رشد خرد و معنویت است تا بتواند بحران درونی این دوران را به روش مثبت حل کند (محمودپور و حقی‌رحیمی، ۱۴۰۳).

سالمندانی که تحت شرایط محیطی پرتنش و غیرقابل پذیرش، راه ارتباطی میان خود و خداوند را نمی‌یابند احساس خلاء و بی‌کفایتی کرده، نمی‌توانند منشأ اثر باشند. در بین شیوه‌های مقابله‌ای سالمندان، معنویت احتمالاً می‌تواند نقش مهم و مرکزی را ایفا کند و می‌تواند دارای ارزش مثبت در پرکردن فضای خالی زندگی، حمایت از سالمندان، مواجهه با استرس، سازگاری مناسب با موقعیت و معنادهی زندگی

1. Niemiec, Russo & Pargament
2. spiritual-religious psychotherapy with Islamic approach
3. Lucchetti
4. Skoko
5. Piotrowski
6. Pandya & Kathuria
7. Pirutinsky
8. Syazwan

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.3.95]

و مرگ باشد (دای[1] و همکاران، ۲۰۲۲)؛ که این موضوع دلیل انتخاب این روش درمانی (روان‌درمانی معنوی-مذهبی با رویکرد اسلامی) با متغیرهای مورد پژوهش را به خوبی نمایان می‌سازد. بعلاوه مطالعات اندکی در خصوص این روش درمانی با متغیرهای پژوهشی به خصوص اضطراب وجودی صورت گرفته است و خلاء پژوهشی محسوسی در این راستا نمایان است. براین اساس پژوهش حاضر با تعیین اثربخشی روان درمانی معنوی- مذهبی با رویکرد اسلامی بر اضطراب وجودی و نگرش به مرگ سالمندان پرداخت.

روش

روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این مطالعه شامل تمامی سالمندان مرد عضو خانه سالمندی شهر اردبیل در نیمه دوم سال ۱۴۰۲ بود که در خانه‌های شخصی و با خانواده زندگی می‌کردند (لازم به توضیح است که این افراد هر هفته حدود سه جلسه در مراکز سالمندی حضور داشته و به فعالیت‌های ارائه شده از سوی این مراکز می‌پردازند). تعداد نمونه مورد پژوهش ۳۶ نفر از جامعه آماری بودند که براساس ملاک‌های ورود و خروج به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۸ نفر) و کنترل (۱۸ نفر) جایگزین شدند. در این پژوهش ملاک‌های ورود شامل: داشتن سن بین ۶۰ تا ۷۵ سالگی، زندگی به همراه خانواده (عدم زندگی در خانه سالمندی)؛ تکمیل رضایت‌نامه کتبی شرکت در پژوهش، داشتن حداقل مدرک دیپلم به منظور پاسخگویی به سوالات پرسشنامه‌ها، عدم ابتلاء به مشکلات روانشناختی حاد (براساس مصاحبه بالینی قبل از مداخله توسط پژوهشگر)، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمانی صعب العلاج (انواع سرطان، دیابت، فشار خون بالا و سایر) و ملاک‌های خروج شامل: عدم تمایل به شرکت در طول برنامه؛ شرکت همزمان در برنامه‌های رواندرمانی و آموزشی در راستای متغیرهای روانشناختی و متغیرهای مورد مطالعه، غیبت دو جلسه متوالی در برنامه درمانی و وجود مشکلات جسمانی یا روانشناختی در طول جلسات درمانی بود. بعد از انتخاب و جایگماری گروه‌ها از هر دو گروه پیش آزمون به عمل آمد. گروه آزمایشی ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای مداخله روان‌درمانی معنوی- مذهبی (گلانتر و سیگل، ۲۰۰۹) با بازنگری رویکرد اسلامی (دشت‌بزرگی و همکاران، ۱۳۹۵) و به صورت هر هفته ۱ جلسه دریافت کرد و گروه کنترل بدون هیچ مداخله‌ای باقیماندند. ملاحظات اخلاقی مورد توجه در این پژوهش شامل: دریافت کردن رضایت‌نامه کتبی از شرکت کنندگان در پژوهش؛ دریافت مجوز اخلاق برای انجام مداخله پژوهشی به شناسه (IR.IAU.ARDABIL.REC.1403.101)، محرمانه ماندن تمانی اطلاعات افراد شرکت کننده در پژوهش و اجرای روش درمانی در صورت فشرده برای گروه کنترل بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره (MANCOVA) با نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام شد.

ابزار سنجش

فرم تجدیدنظر شده نگرش نسبت به مرگ[2] (DAP-R): فرم تجدیدنظر شده نگرش نسبت به مرگ توسط وونگ[3] و همکاران (۱۹۹۴) ساخته شده است. این پرسشنامه یک مقیاس ۳۲ گویه‌ای است که نگرش‌های مثبت و منفی نسبت به مرگ را نشان می‌دهد. آزمودنی‌ها پاسخ‌های خود را در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از کاملاً موافقم (نمره ۷) تا کاملاً مخالفم (نمره ۱) مشخص می‌کنند. دامنه نمرات یان مقیاس بین ۳۲ تا ۲۲۴ است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده ترس و اجتناب بیشتر فرد از مرگ هستند. وونگ و همکاران (۱۹۹۴) پایایی همسانی درونی این خرده مقیاس‌ها را در دامنه ۰/۹۷ برای خرده مقیاس پذیرش فعالانه تا ۰/۶۵ و برای خرده مقیاس پذیرش خنثی گزارش کردند. پایایی بازآزمایی این آزمون نیز بعد از دوره ۴ هفته‌ای در دامنه ۰/۹۵ برای خرده مقیاس پذیرش تا ۰/۶۱ خرده مقیاس اجتناب بدست آمد. بعلاوه روایی محتوایی این مقیاس را مطلوب (۰/۷۵) گزارش کردند. این پرسشنامه در ایران توسط بشرپور (۱۳۹۲) به فارسی ترجمه شد و در مرحله بعد نسخه فارسی آن توسط یک کارشناس ارشد زبان انگلیسی ترجمه معکوس گردید و بعد از اطمینان از حفظ محتوای سؤالات، اعتبار صوری آن توسط سه روانشناس دارای مدرک دکترای روانشناسی تأیید شد. همچنین روایی محتوایی (۰/۷۴) آن نیز مورد تایید بود. ضرایب‌آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۶۴ برای خرده مقیاس اجتناب از مرگ تا ۰/۸۸ برای خرده مقیاس پذیرش فعالانه مرگ بدست آمد. ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر برابر ۰/۷۱ به دست آمد.

1. Dai
2. The Death Attitude Profile - Revised
3. Wong

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.3.95]

مقیاس اضطراب وجودی(EAQ[1]): این پرسشنامه توسط ویمز[2] و همکاران (۲۰۰۴) ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۳ گویه و سه عامل است که عبارتند از: ۱. مرگ و سرنوشت؛ ۲. بی‌معنایی و پوچی؛ ۳. گناه و محکومیت. نمره‌گذاری آن بصورت بله (۱) و خیر (صفر) است. نمرات می‌تواند بین صفر تا ۱۳ متغیر باشد که این نمره باید به نمره هنجار تبدیل شود. دامنه نمره هنجار بین ۲۰ تا ۸۰ متغیر است و هرچه نمره بالاتر باشد، اضطراب وجودی بیشتر است. ویمز و همکاران (۲۰۰۴) دو مطالعه تجربی را که برای تعیین اعتبار این مقیاس طراحی کردند و نتایج نشان داد که ۸ گویه در همبستگی کلی گویه‌ها ضعیف هستند و حذف شدند. نهایتا ۱۳ گویه باقی ماند. آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۱ بود و پایایی بازآزمایی بعد از ۴ هفته ۰/۷۲ به دست آمد. روایی ملاکی این مقیاس با یکی از حیطه‌های فلسفه با اضطراب و افسردگی SCL-90 (۶۱/۵۴-۰/۰) بود. رابطه مؤلفه مرگ-سرنوشت با بی‌معنایی پوچی و گناه محکومیت به ترتیب ۰/۶۳ و ۰/۵۷ به دست آمد و رابطه گناه-محکومیت با بی‌معنایی-پوچی نیز به صورت مثبت و معنادار بود (۰/۶۲) (ویمز و همکاران، ۲۰۰۴). در ایران اعتماد و همکاران (۱۳۹۵) با تحلیل عامل تاییدی سه فاکتور پوچی، بی معنایی، گناه، محکومیت و سرنوشت، مرگ را تایید کردند. همچنین همگرا-واگرا، این مقیاس را با مقیاس اضطراب وجودی گود و گود (۰/۷۶) و پرسشنامه معنویت ارونسون و همکاران (۰/۶۸) معنادار گزارش کردند. بعلاوه ضرایب آلفای کرونباخ برای هر یک از خرده مقیاس‌ها و عوامل مرگ، سرنوشت، بی‌معنایی، پوچی و احساس گناه، محکومیت نیز به ترتیب ۰/۵۱، ۰/۴۱، ۰/۵۱ گزارش کردند. ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر برابر ۰/۶۹ به دست آمد.

پروتکل روان‌درمانی معنوی- مذهبی با رویکرد اسلامی: منظور از روان‌درمانی معنوی- مذهبی با رویکرد اسلامی آموزش این پروتکل براساس بسته روان درمانی معنوی- مذهبی (گلانتر و سیگل[3]، ۲۰۰۹) با بازنگری رویکرد اسلامی (دشت‌بزرگی و همکاران، ۱۳۹۵) بود که شامل ۱۰ جلسه‌ی ۷۵ دقیقه‌ای بود که به صورت هفتگی برگزار شد. این پروتکل در مطالعات چندی در داخل کشور مورد استفاده و روایی آن براساس این مطالعات مورد تایید گزارش شده است (دشت‌بزرگی و همکاران، ۱۳۹۵؛ سرتیپ‌زاده و همکاران، ۱۳۹۸). جلسات بر طبق مراحل زیر انجام گرفت:

جدول ۱. خلاصه جلسات روان درمانی معنوی- مذهبی (گلانتر و سیگل، ۲۰۰۹) با بازنگری رویکرد اسلامی (دشت بزرگی و همکاران، ۱۳۹۵)

ردیف	محتوای جلسات
اول	معارفه و صحبت در خصوص قوانین جلسات، توضیح در خصوص مفهوم معنویت و دین و تأثیر آن در زندگی، خدا، راه‌های رسیدن به خدا و تأثیر آن در زندگی، نقش عبادت و باورهای دینی در آرامش.
دوم	خودآگاهی و ارتباط با خود و گوش دادن به ندای درونی، بررسی نیازها و اهداف، شناخت نسبت به خود، دیگران و توانایی‌های خود، تمرین پرداختن به افکار مثبت و دوری از افکار منفی، بررسی موفقیت‌ها، سپردن کامل خود به نیروی مافوق.
سوم	ایجاد بینش در حل تعارض‌های درونی و افزایش سازگاری با محیا و تاب‌آوری، خودمهارگری معنوی، با تسلط دادن قوای عقلانی بر سایر قوا و یاری خواهی از خداوند و چگونگی قرار دادن تمامی ابعاد وجودی انسان در کنترل همه جانبه عقل و شرع.
چهارم	معنادهی به حوادث زندگی با توجه به ارزش‌ها، اهداف و اعتقادها، گفتگو راجع به احساس گناه، توبه، بخشش خود، بخشش دیگران، خودداری از به کارگیری روش انتقام جویانه نسبت به دیگران، سؤال راجع به تجارب و بیان خاطرات راجع به احساس خود بعد از توبه، آرام تنی، توصیف عظمت و رحمانیت خداوند و بیان نعمت‌های وی، تأثیر بخشش همنوعان، فهرست کردن خطاها و کسانی که آنها را رنجانده‌اند، توانایی جبران آن و طلب مغفرت.
پنجم	تأکید بر پذیرش مسئولیت شخصی در مبارزه با موانع و بررسی صفات فردی و درونی، شفقت با خود، بهبود بخشیدن به روابط بین فردی و آموزش شیوه‌های مقابله با تنش‌های اجتماعی، گفتگو راجع به روش‌های خشنود کردن دیگران و رسیدن به تعالی معنوی.
ششم	نوعدوستی، انجام کارهای معنوی به صورت گروهی، برگزاری نماز جماعت، تمرکز بر داشته‌ها، شکرگزاری و اثرات آن، آموزش مهربانی.
هفتم	ایجاد روشنگری و بصیرت برای کشف داشته‌ها و موهبت‌های درونی و بیرونی خداوندی که در اختیار داریم و تفکر خردورزانه راجع به آنها و رسیدن به خشنودی و تأثیر آن بر ارتقای خودباوری، خوداتکایی و عزت نفس.

1. Existential Anxiety Questionnaire (EAQ)
2. Weems
3. Galanter & Siegel

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.3.95]

هشتم	یادگیری روش‌های حمایت از دیگران، همدلی کردن، دوست داشتن دیگران، مراقبت از دیگران، هر روز یک کار مثبت کردن برای دیگران، خوشحال کردن دیگران جهت کمک به رشد شادمانی، عاطفه مثبت و احساس انرژی، خود مراقبتی جسمانی، روانی و اجتماعی برای رسیدن به خود معنوی و کشف مؤلفه‌های آن و زنده نگهداشتن آن.
نهم	ذکر و احساس حضور که باعث هدفمندی ذهن شده و افکار خودآیند را که موجب احساس بیمارگونه و اعمال نسنجیده است مهار می‌کند. تأثیر ذکر و تذکر، دعا و مناجات در سلامت روانی، چگونه دعا کردن و برای چه افرادی دعا کردن، محتوای دعا و یادگیری نحوه نیایش و بیان رنج‌های عمقی خود با خداوند با توجه مثبت به حکمت‌های خداوندی.
دهم	تأکید بر واقعیت، نیاز به وجود معنا و رشد در زندگی برای به حداکثر رساندن انگیزه، تغییر از طریق برقراری رابطه همدلی و مبتنی بر اعتماد متقابل مراجع برای کسب اهداف متعالی، رشد دهنده و معنا بخش و حکمت‌های خداوند در مسائلی که قابل تغییر نیست با تمرین‌های عملی و ترسیم الگوی بهبودی. صحبت درباره مرگ، علت ترس از مرگ، معاد و زندگی پس از مرگ، شکرگزاری، ایمان، توکل به خدا.

یافته ها

براساس یافته‌ها میانگین و انحراف معیار سنی گروه کنترل ۶۹/۵۷±۳/۶۲ و گروه آزمایش ۶۸/۴۱±۳/۴۷ بود. در هر دو گروه کمترین فراوانی دارای تحصیلات دکتری (گروه کنترل ۵/۵۶ درصد و گروه آزمایش ۱۱/۱۱ درصد) و بیشترین فراوانی دیپلم (گروه کنترل ۵۰ درصد و گروه آزمایش ۳۸/۸۹ درصد) بودند. در بین گروه کنترل ۸۳/۳۴ درصد متاهل و ۱۶/۶۶ درصد مجرد و در گروه آزمایش ۸۸/۸۹ درصد متاهل و ۱۱/۱۱ درصد مجرد بودند. در ادامه میانگین و انحراف‌معیار متغیرها و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک ارائه شده است (جدول ۱).

جدول ۲- میانگین و انحراف‌معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های مورد مطالعه و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار	آماره z	معنی داری
اضطراب وجودی	کنترل	پیش آزمون	۹/۷۷	۱/۲۷	۰/۹۳۳	۰/۲۱۷
		پس آزمون	۹/۶۵	۱/۳۱	۰/۹۷۷	۰/۹۰۸
	آزمایش	پیش آزمون	۹/۸۸	۱/۵۲	۰/۹۴۰	۰/۲۹۸
		پس آزمون	۵/۳۷	۱/۷۶	۰/۹۵۷	۰/۵۴۷
نگرش به مرگ	کنترل	پیش آزمون	۱۳۵/۸۹	۱۰/۸۲	۰/۹۳۰	۰/۱۹۷
		پس آزمون	۱۳۵/۶۳	۱۱/۰۴	۰/۹۷۱	۰/۸۱۴
	آزمایش	پیش آزمون	۱۳۶/۳۷	۱۱/۴۰	۰/۹۱۶	۰/۱۰۸
		پس آزمون	۱۶۴/۳۲	۱۵/۸۰	۰/۹۶۵	۰/۷۱۱

در جدول ۲ میانگین متغیرهای اضطراب وجودی و نگرش به مرگ در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گروه آزمایش و کنترل گزارش شده است. چنانچه نتایج نشان می‌دهد تفاوت بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش دیده می‌شود که در ادامه به منظور بررسی معناداری این تفاوت‌ها از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده می‌شود. همچنین برای بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیرها، از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. نتایج این آزمون حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. بعلاوه نتایج بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون برای متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و گروه کنترل نشان داد که آماره F معنادار نمی‌باشد (P>۰/۰۵). بعلاوه برای بررسی همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون‌های متغیرهای پژوهشی، از آزمون لوین استفاده شد و نتایج نشان داد که واریانس‌های متغیر وابسته در گروه‌های آزمایش و گواه برابر بود (اضطراب وجودی، F=۰/۰۸۷، P=۰/۸۹۰؛ نگرش به مرگ F=۲/۰۸۷، P=۰/۱۲۷). همچنین نتایج مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس (آزمون M-Box) حاکی از عدم تفاوت بین واریانس‌ها متغیرها است (M-Box =۲/۲۴۱، F=۰/۶۷۹، P=۰/۵۵۱). بنابراین، برای انجام ادامه تحلیل مانعی وجود ندارد.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.3.95]

جدول۳. نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری متغیرهای پژوهش

اثر	شاخص‌های اعتباری	ارزش	مقدار F	df فرضیه	df خطا	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آماری
گروه	اثر پیلایی	۰/۶۶۹	۳۱/۲۸۸	۲	۳۱	۰/۰۰۱	۰/۶۶۹	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۳۳۱	۳۱/۲۸۸	۲	۳۱	۰/۰۰۱	۰/۶۶۹	۱
	اثر هتلینگ	۲/۰۱۹	۳۱/۲۸۸	۲	۳۱	۰/۰۰۱	۰/۶۶۹	۱
	بزرگترین ریشه روی	۲/۰۱۹	۳۱/۲۸۸	۲	۳۱	۰/۰۰۱	۰/۶۶۹	۱

نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نشان داد که اثر گروه بر ترکیب متغیرهای پژوهش (P<۰/۰۱، F=۳۱/۲۸، ۰/۳۳=لامبدای ویلکز) و معنی‌دار بود. مجذور اتا نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیر وابسته معنی‌دار بود. لازم به ذکر است به منظور کاهش تعداد جداول نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری متغیرها در یک جدول ارائه شده است. در ادامه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای متغیرهای پژوهش ارائه شد است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری اضطراب وجودی و نگرش به مرگ سالمندان

منبع	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آماری
نگرش به مرگ	پیش آزمون	۳۹/۷۲۱	۱	۳۹/۷۲۱	۰/۱۶۰	۰/۶۹۲	۰/۰۱۰	۰/۱۶۰
	گروه	۷۳۷۲/۴۸۷	۱	۷۳۷۲/۴۸۷	۲۶/۶۱۸	۰/۰۰۱	۰/۴۸۱	۱
	خطا	۷۹۶۵/۵۳۵	۳۲	۲۴۸/۹۲۶				
اضطراب وجودی	پیش آزمون	۳/۳۳۰	۱	۳/۳۳۰	۱/۳۱۳	۰/۲۶۰	۰/۰۳۹	۰/۱۷۸
	گروه	۱۳۱/۸۲۷	۱	۱۳۱/۸۲۷	۵۱/۹۸۵	۰/۰۰۱	۰/۶۱۹	۱
	خطا	۸۱/۱۵۱	۳۲	۲/۵۳۶				

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌گردد مقدار آماره آزمون اثر متغیر نگرش به مرگ برابر با (F=۲۶/۶۱۸، P<۰/۰۱) است. بنابراین بین نگرش به مرگ در دو گروه کنترل و آزمایش در مرحله پس‌آزمون پس از حذف تاثیر پیش‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد و ارائه روان درمانی معنوی- مذهبی با رویکرد اسلامی در مرحله پس‌آزمون تاثیر معناداری بر افزایش نگرش به مرگ سالمندان داشته است. میزان این تاثیر بنا به ستون مجذور ضریب اتا برابر با ۴۸ درصد و توان آزمون برابر با ۱ است. همچنین مقدار آماره آزمون اثر متغیر مستقل برای اضطراب وجودی برابر با (P<۰/۰۱،F=۵۱/۹۸۵) است. بنابراین بین اضطراب وجودی در دو گروه کنترل و آزمایش در مرحله پس‌آزمون پس از حذف تاثیر پیش‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد و ارائه روان‌درمانی معنوی- مذهبی با رویکرد اسلامی در مرحله پس‌آزمون تاثیر معناداری بر کاهش اضطراب وجودی سالمندان داشته است. میزان این تاثیر بنا به ستون مجذور ضریب اتا برابر با ۶۱ درصد و توان آزمون برابر با ۱ است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی روان‌درمانی معنوی- مذهبی با رویکرد اسلامی بر اضطراب وجودی و نگرش به مرگ سالمندان انجام شد. نتایج نشان داد که روان‌درمانی معنوی- مذهبی با رویکرد اسلامی تأثیر معناداری اضطراب وجودی سالمندان داشت و موجب کاهش اضطراب وجودی سالمندان شد. نتایج به دست آمده با یافته‌های دشت‌بزرگی و همکاران (۱۳۹۵)، عسگری و همکاران (۱۳۹۷) و آلوستانی و ممشلی (۱۳۹۹) مبنی بر اثربخشی معنویت درمانی اسلامی بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ سالمندان همسو بود. در تبیین این یافته قابل بیان است که اضطراب وجودی زمانی ایجاد می‌گردد که افراد به طور عمیق وجود خود را مورد تامل قرار دهند (به ویژه در دوره سالمندی). در واقع اضطراب وجودی احساسی همراه با خودآگاهی و آگاهی از آسیب‌پذیری فرد در زمانی که با امکان مرگ مواجه

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.3.95]

می‌شود، است (گرین‌بلات-کمیرون و همکاران، ۲۰۲۱). براین اساس، زمانی که افراد در معرض روان‌درمانی معنوی- مذهبی با رویکرد اسلامی قرار گرفتند، براساس آموزش‌های این درمان به همه ابعاد وجودی خود شامل خودآگاهی و آگاهی از آسیب‌پذیری خود توجه کردند؛ مانند جلسه درمانی دوم که در آن به خودآگاهی و ارتباط با خود و گوش دادن به ندای درونی، بررسی نیازها و اهداف، شناخت نسبت به خود، دیگران و توانایی‌های خود، تمرین پرداختن به افکار مثبت و دوری از افکار منفی، بررسی موفقیت‌ها، سپردن کامل خود به نیروی مافوق توجه شد. از سوی دیگر توجه کامل به نیروی مافوق منجر می‌شود تا فرد زمینه پذیرش بیشتر شرایط کنونی و نیز رویدادهای پیش رو را قبول کنند. افزون براین افراد سالمند با دریافت نکات آموزشی در جلسه چهارم با معنادهی و ارزش‌دهی به تمامی رفتارهای و زندگی خود، دیدی مثبت و ارزشمند به وجود خویش دریافت کردند، که همین عامل زمینه کاهش اضطراب وجودی را در آنان فراهم کرد.

همچنین در تبیین دیگری قابل بیان است که هدف اصلی و نهایی درمان معنوی-مذهبی (با رویکرد اسلامی) همان چیزی است که در متون دینی برای خلقت مطرح شده است، یعنی ایمان به خداوند و پرستش او. مطابق این دیدگاه، تمام مخلوقات برای عبادت خداوند آفریده شده‌اند که انسان ذاتا به آن تمایل دارد ولی آن را نادیده گرفته و به فراموشی سپرده است و خداوند از انسان می‌خواهد که دوباره به سمت دین که از طریق آن می‌تواند به پرستش خداوند نایل شود، بازگردد. رسیدن به این هدف که در درمان معنوی مذهبی- به حکم یک هدف نهایی و غایی دنبال می‌شود به آشکار شدن درون‌مایه زندگی و یافتن انگیزش محوری در زندگی می‌انجامد که وحدت‌بخش وجود فرد خواهد شد (جان‌بزرگی، ۱۳۹۸)؛ که همین عامل زمینه کاهش اضطراب وجودی که نوعی ترس از عدم است، را فراهم می‌کند.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که روان‌درمانی معنوی- مذهبی با رویکرد اسلامی تأثیر معناداری بر نگرش به مرگ سالمندان داشت و موجب افزایش نگرش به مرگ در سالمندان شد. نتایج به دست آمده با یافته‌های مطالعات پیتوروسکی و همکاران (۲۰۲۰) و خلوتی و همکاران (۲۰۲۱) همسویی داشت. در تبیین این یافته قابل بیان است که اصول اعتقادی شامل باور به یگانگی خداوند، نبوت و آخرت، بنیادی‌ترین محور تعالیم اسلام و زیربنای نظاموارهٔ اندیشهٔ انسان را تشکیل می‌دهد. جهان‌بینی الهی، رفتار و گفتار انسان را تنظیم کرده و شیوهٔ زندگی فرد را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد (شریفی‌زارچی و حیدری، ۱۳۹۹). سبک زندگی اسلامی، کنش و رفتار مطابق با آموزه‌های اسلامی است؛ به طوری که منش اسلامی در وجود فرد به عنوان یک نظام معنایی پایدار شده و در همهٔ شئونات، رفتار و کردار مسلمانان نمود یابد. لذا می‌توان گفت عمده‌ترین تأثیر به واسطه این نوع از مداخله، اثر آن بر بعد مرکزی وجود انسان که همان بعد معنوی است، بوده که بر دیگر جوانب سلامتی اثر بسزایی دارد (جان‌بزرگی، ۱۳۹۸). می‌توان مداخلهٔ معنوی را به واسطه کمک در به دست آوردن یکپارچگی و تمامیت فردی از طریق بهبود ارتباط با خود، محیط و طبیعت و قدرتی برتر از خود، عنصری کلیدی در نظر گرفت. بعلاوه در تبیین مبتنی بر نظر پژوهشگران قابل بیان است که ارائه مداخله روان‌درمانی معنوی-مذهبی با رویکرد اسلامی در سالمندان منجر شد تا این افراد بتوانند با خلاءهای وجودی خود آشنا شده و نسبت به آنها آگاهی پیدا کنند و با نظر به پایه های اعتقادی و مذهبی و فرهنگی جامعه مورد مطالعه، ارائه این درمان توانست زمینه پذیرش بیشتری در خصوص مداخلات آموزشی فراهم آورده و موجب کاهش اضطراب وجودی و بهبود نگرش به مرگ آنان را فراهم کند.

به طور کلی براساس نتایج به دست آمده قابل بیان است که ارائه روان‌درمانی معنوی-مذهبی با رویکرد اسلامی تاثیر معناداری بر کاهش اضطراب وجودی و بهبود نگرش به مرگ سالمندان داشته است و استفاده روانشناسان و مشاوران مراکز رواندرمانی از این مداخله درمانی می‌تواند در بهبود متغیرهای مذکور موثر افتد. از محدودیت‌های این پژوهش عدم کنترل ویژگی‌های شخصیتی و هیجانی نمونه‌های مورد مطالعه، بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی و عدم انجام مرحله پیگیری بود. براین اساس پیشنهاد می‌شود تا در مطالعات آتی ویژگی‌های شخصیتی و هیجانی افراد مورد مطالعه از طریق پرسشنامه‌ها بررسی و کنترل گردد. همچنین پیشنهاد می‌گردد تا با بهره‌گیری از روش‌های تصادفی برای انتخاب نمونه‌های آماری قابلیت تعمیم نتایج افزایش یابد. بعلاوه پیشنهاد می‌گردد تا در مطالعات آتی مرحله پیگیری نیز اجرا گردد تا میزان پایداری تاثیرات مداخلات درمانی مشخص گردد.

منابع

آلوستانی، س.، و ممشلی، ل. (۱۳۹۹). تاثیر گروه درمانی‌معنوی بر اضطراب مرگ سالمندان. *مجله حیات*، ۲۶(۱)، ۴۶-۵۷.
http://hayat.tums.ac.ir/article-1-3405-fa.html
اعتماد، ج.، دهقان منشادی، ز.، و مظفری، ن. (۱۳۹۵). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس اضطراب وجودی در سالمندان. *سالمندشناسی*، ۱(۳)، ۳۹-۴۸.
http://joge.ir/article-1-76-fa.html

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.3.95]

انصاری، ح.؛ جان‌بزرگی، م.، غروی راد، م.، و رسول‌زاده‌طباطبایی، ک. (۱۳۹۸). طراحی روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد اسلامی بر مبتلایان به اختلال وسواس-بی‌اختیاری. *مطالعات روانشناسی بالینی*، ۹(۳۴)، ۱۶۷- ۱۹۶. https://doi.org/10.22054/jcps.2019.23961.1671

بشارت، م.ع.، حسینی، س.، و نقی‌پور، م. (۱۳۹۸). نقش کمال‌گرایی معنوی/مذهبی در سلامت و اختلال روانی. *رویش روانشناسی*، ۸(۱)، ۱-۱۲. http://frooyesh.ir/article-1-1609-fa.html

بشرپور، س.، وجودی، ب.، و عطارد، ن. (۱۳۹۱). ارتباط جهت‌گیری مذهبی و نگرش نسبت به مرگ با کیفیت زندگی و علائم سازی در زنان جسمانی. *فصلنامه روان‌شناسی سلامت*،۳(۲)، ۸۰-۹۷. https://dorl.net/dor/20.1001.1.23221283.1393.3.10.6.5

جان‌بزرگی، م. (۱۳۹۸). *درمان چندبعدی معنوی، یک رویکرد خداسو، برای مشاوره و روان درمانگری*. قم: انتشارات پژوهشگاه حوزه و دانشگاه. https://www.gisoom.com/book/11562237/

جان‌بزرگی، م.، و غروی، م. (۱۳۹۵). *اصول رواندرمانگری و مشاوره با رویکرد اسلامی*، قم: انتشارات پژوهشگاه حوزه و دانشگاه. https://shop.rihu.ac.ir/product/detail/1815/

حدادان، م.ص.، و شیخ‌الاسلامی، ر. (۱۳۹۹). بررسی نقش معنویت و نگرش نسبت به مرگ در بهزیستی روان‌شناختی سالمندان. *پژوهشنامه مددکاری اجتماعی*، ۷(۲۳)، ۲۱۷-۲۴۸. https://doi.org/10.22054/rjsw.2021.57013.454

دشت‌بزرگی، ز.، سواری، ک.، و صفرزاده، س. (۱۳۹۵). اثربخشی معنویت درمانی اسلامی بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ سالمندان. *روانشناسی پیری*، ۲(۳)، ۱۷۷-۱۸۶. https://jap.razi.ac.ir/article_616.html

سرتیپ‌زاده، ا.، گل‌پرور، م.، و آقایی، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان وجودگرایی معنویت محور و معنویت درمانی اسلامی بر سرمایه عاطفی در زنان سالمند. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۷(۴)، ۶۸۴-۶۹۴. http://rbs.mui.ac.ir/article-1-715-fa.html

شریفی زارچی، ف.، و حیدری، م.، (۱۳۹۹). بررسی کیفی اثربخشی درمان‌های معنوی و مذهبی همسو با رویکرد اسلامی. *پژوهش‌های روانشناسی اسلامی*، ۱(۴)، ۷-۲۰. https://www.magiran.com/p2251031

عسگری، م.، محمدی، ح.، رادمهر، ح.، و جهانگیر، ا. (۱۳۹۷). اثربخشی روان درمانی معنوی - مذهبی بر افزایش کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی سالمندان. *پژوهش در دین و سلامت*، ۴(۲)، ۲۹-۴۱. https://doi.org/10.22037/jrrh.v4i2.15595

محمودپور، ع.، و حقی رحیمی، ا. (۱۴۰۳). پیش‌بینی انسجام خود در سالمندان بر اساس تنظیم هیجان، شفقت به خود و نگرش به مرگ. *رویش روان‌شناسی*، ۱۳(۱)، ۲۴۳-۲۵۴. http://frooyesh.ir/article-1-4629-fa.html

Asatsa, S. (2020). Death attitudes as possible predictors of death preparedness across lifespan among nonclinical populations in Nairobi County, Kenya. *Indian journal of palliative care*, 26(3), 287-295. https://doi.org/10.4103/ijpc.ijpc_127_19.

Browning, C. S. (2020). Brexit, existential anxiety and ontological (in) security. In *Ontological Insecurity in the European Union* (pp. 88-107). Routledge. 10.1080/09662839.2018.1497982.

Çiftci, N., Yildiz, M., Durmuş, M., & Çoban, M. (2024). The relationship between fear of old age, loneliness and death anxiety in adults. *Psychogeriatrics*, *24*(3), 627-636. https://doi.org/10.1111/psyg.13106.

Dai, S., Mahmoodi-Shan, G.R., & Mehrbakhsh, Z. (2022). The Correlation between Spiritual Health and Loneliness in the Elderly. *The Journal of Research Development in Nursing and Midwifery*, 19(1), 9-12. http://nmj.goums.ac.ir/article-1-1272-en.html

Dehdari, T., Delvarianzadeh, M., Ariaeean, N., khosravi, F., & Bahar, A. (2019). Nutritional status and its related factors in older people residing in nursing homes in semnan province. *Iranian Journal of Ageing*, 14(2), 224-235. http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-1458-en.html.

Greenblatt-Kimron, L., Kestler-Peleg, M., Even-Zohar, A., & Lavenda, O. (2021). Death anxiety and loneliness among older adults: Role of parental self-efficacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(18), 9857. https://doi.org/10.3390%2Fijerph18189857.

Kemoun, P.H., Ader, I., Planat-Benard, V., Dray, C., Fazilleau, N., Monsarrat, P, & Casteilla, L. (2022). A gerophysiology perspective on healthy ageing. *Ageing research reviews*, 73, 101-107. https://doi.org/10.1016/j.arr.2021.101537.

Khalvati, M., Babakhanian, M., Khalvati, M., Nafei, A., Khalvati, M., & Ghafuri, R. (2021). Death anxiety in the elderly in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Ageing*, 16(2), 152-171. http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-2028-en.html.

Kovacevic, T., Zaric, B., Djekic Malbasa, J., Bokan, D., Nikolin, B., Bursac, D, & Maric, D. (2024). Attitudes toward Death among Health Care Professionals in the Balkan Region. *Current Oncology*, 31(6), 3350-3360. https://doi.org/10.3390%2Fcurroncol31060255.

Kurtulan, M. H., & Karaırmak, O. (2016). Examination of the relationship among death anxiety, spirituality, religious orientation and existential anxiety. *Spiritual Psychology and Counseling*, *1*(2), 176-217. http://dx.doi.org/10.12738/spc.2016.2.0007.

Li, S., Vazquez, J. M., & Sudmant, P. H. (2023). The evolution of aging and lifespan. *Trends in Genetics*, 39(11), 830–843. https://doi.org/10.1016%2Fj.tig.2023.08.005.

Lucchetti, G., Koenig, H.G., & Lucchetti, A.L.G. (2021). Spirituality, religiousness, and mental health: A review of the current scientific evidence. *World journal of clinical cases*, 9(26), 7620-7628. https://doi.org/10.12998%2Fwjcc.v9.i26.7620.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.3.95]

Maric D. (2023). Attitudes towards death and end-of-life care. *Medicinska istrazivanja*, 56, 81–85. https://doi.org/10.5937/medi56-46957.

Niemiec, R.M., Russo-Netzer, P., & Pargament, K.I. (2020). The decoding of the human spirit: A synergy of spirituality and character strengths toward wholeness. *Frontiers in Psychology*, 11, 20-40. https://doi.org/10.3389%2Ffpsyg.2020.02040.

Onol, S., & Engin, E. (2022). Existential anxiety and sense of guilt for mental health. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*, 13(3), 214-225. https://dx.doi.org/10.14744/phd.2022.38268.

Pandya, A.K., & Kathuria, T. (2021). Death anxiety, religiosity and culture: Implications for therapeutic process and future research. *Religions*, 12(1), 61-67. https://doi.org/10.3390/rel12010061.

Passmore, H. A., Lutz, P. K., & Howell, A. J. (2023). Eco-anxiety: A cascade of fundamental existential anxieties. *Journal of Constructivist Psychology*, *36*(2), 138-153. http://dx.doi.org/10.1080/10720537.2022.2068706.

Piotrowski, J. P., Żemojtel-Piotrowska, M., & Clinton, A. (2020). Spiritual transcendence as a buffer against death anxiety. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, 39(3), 994–1000. https://doi.org/10.1007/s12144-018-9810-1

Pirutinsky, S., Rosmarin, D. H., & Kirkpatrick, L. A. (2019). Is attachment to God a unique predictor of mental health? Test in a Jewish sample. *International Journal for the Psychology of Religion*, *29*(3), 161–171. https://doi.org/10.1080/10508619.2019.1565249

Skoko, I., Topić Stipić, D., Tustonja, M., & Stanić, D. (2021). Mental health and spirituality. *Psychiatria Danubina*, 33(4), 822-826. https://doi.org/10.4103%2F0019-5545.44742.

Syazwan, A., Juliana, N., Azmani, S., Abu, I.F., Abdullah, F & Aziz, N.A. (2022). Impact of religious activities on quality of life and cognitive function among elderly. *Journal of religion and health*, 1-21-35. https://doi.org/10.1007/s10943-021-01408-1.

Weems, C.F., Costa, N.M., Dehon, C., & Berman, S.L. (2004). Paul Tillich's theory of existential anxiety: A preliminary conceptual and empirical examination. *Anxiety, Stress & Coping*, 17(4), 383-399. https://doi.org/10.1080/10615800412331318616.

Wong, P.T.P., Reker, G.T., & Gesser, G. (1994). *Death Attitude Profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death*. In R.A. Neimeyer (Ed.), Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application. (pp. 121-148). Washington, DC: Taylor & Francis. https://www.researchgate.net/publication/266261246.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.3.95]