

Prediction of death anxiety of elderly living in elderly care centers based on cognitive distortions, loneliness, and stress coping strategies



CrossMark
click for updates

Zolfaghari Sh¹, *Sadeghi M²

1- M.A, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.

2- Ph.D, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran (**Corresponding Author**)

E-mail: meysamsadeghi7@gmail.com

Abstract

Introduction: Death anxiety of the elderly may be influenced by individual differences and many psychological factors. The purpose of this study was to predict death anxiety of elderly living in elderly care centers based on cognitive distortions, loneliness, and stress coping strategies.

Method: The research design is an analytical descriptive. The statistical population of this study was all elderly living in elderly care centers of Tehran. 120 persons were selected, as a sample by available sampling method from two centers of Sabzomid and Parnian. Research tools include Templer death anxiety scale (1970), beck and wiseman's cognitive distortion questionnaire (1987), Russell, Papelo and Katrona's loneliness questionnaire (1980) and Andler & Parker's (1990) coping strategies questionnaire. After checking and confirming the assumptions, Research data were analyzed by multiple linear regression method in SPSS, v 23.

Results: The results of demographic variable showed that most of the sample group were men and ages 70 to 75 years old. Data analysis results show that cognitive distortion has a significant positive correlation with death anxiety ($p < 0.05$). There was a significant positive correlation between loneliness and death anxiety ($p < 0.05$). Additionally, negative relationship between problem-oriented coping strategy and death anxiety in elderly was confirmed ($p < 0.05$).

Conclusion: Based on research results, choosing appropriate coping strategies against stress, reducing loneliness and cognitive distortion can be associated with decreasing the death anxiety in the elderly living in the elderly homes.

Keywords: Anxiety Disorders, Aged.

Received: 12 June 2019

Accepted: 24 July 2019

Access this article online



Website:
www.joge.ir

DOI:
[10.29252/joge.3.4.5](https://doi.org/10.29252/joge.3.4.5)

پیش بینی اضطراب مرگ سالمندان ساکن خانه سالمندان بر اساس تحریف های شناختی، احساس تنهایی و راهبردهای مقابله با استرس

شادی ذوالفقاری^۱، *میثم صادقی^۲

۱- کارشناسی ارشد روان سنجی دانشگاه علامه طباطبائی تهران، ایران.
۲- دکتری روان سنجی دانشگاه علامه طباطبائی تهران، ایران (نویسنده مسئول)
پست الکترونیکی: meysamsadeghi7@gmail.com

نشریه سالمندشناسی دوره ۳ شماره ۴ بهار ۱۳۹۸، ۲۹-۳۹

چکیده

مقدمه: سطح اضطراب مرگ در سالمندان می تواند تحت تاثیر تفاوت های فردی و بسیاری از عوامل روانشناختی قرار گیرد. هدف پژوهش حاضر پیش بینی اضطراب مرگ در سالمندان ساکن خانه سالمندان بر اساس تحریف شناختی، احساس تنهایی و راهبردهای مقابله با استرس بود.

روش: طرح پژوهش توصیفی تحلیلی بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه سالمندان ساکن در مراکز نگهداری سالمندان شهر تهران بود. از این جامعه ۱۲۰ نفر به عنوان نمونه ی پژوهش با روش نمونه گیری دردسترس از دو مرکز آتیه سبز امید و پرنیان انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل مقیاس اضطراب مرگ تمپلر (۱۹۷۰)، پرسشنامه تحریف شناختی بک و وایسمن (۱۹۸۷)، پرسشنامه احساس تنهایی راسل، پاپلو و کاترونا (۱۹۸۰) و پرسشنامه راهبردهای مقابله ای اندلر و پارکر (۱۹۹۰) بودند. داده های پژوهش پس از بررسی و تایید پیش فرض ها با روش تحلیل رگرسیون خطی چندگانه در نرم افزار SPSS نسخه ی ۲۳ تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج یافته های جمعیت شناختی نشان داد بیشتر گروه نمونه را مردان و دارای سن بین ۷۰ تا ۷۵ سال شکیل می دادند. نتایج تحلیل داده ها نشان داد تحریف شناختی با اضطراب مرگ رابطه مثبت معنادار داشت ($p < 0.05$). بین احساس تنهایی با اضطراب مرگ رابطه مثبت معنادار وجود داشت ($p < 0.05$). همچنین رابطه منفی بین راهبرد مقابله با استرس مساله مدار با اضطراب مرگ در سالمندان تایید شد ($p < 0.05$).

نتیجه گیری: براساس یافته های پژوهش، انتخاب راهبردهای مقابله ای مناسب در برابر فشار روانی، کاهش احساس تنهایی و تحریف شناختی، می تواند با کاهش اضطراب مرگ در سالمندان ساکن خانه سالمندان همراه باشد.

کلید واژه ها: اختلالات اضطرابی، سالمندی.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۵/۰۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۳/۲۲

مقدمه

می توان حدس زد که آمار سالمندان ایرانی نیز رو به افزایش است و پژوهشگران در آینده در برابر مسائل جدی درباره ی سالمندان و حل مشکلات آنها قرار خواهند گرفت. افزایش سن، از دست دادن عزیزان به ویژه همسر، دوری از فرزندان، ابتلا به بیماریهای جسمی و مزمن، مصرف داروهای مختلف، افت قوای شناختی همگی از عواملی هستند که فرد سالمند را مستعد ابتلا به افسردگی و اضطراب می کنند (۳).

سالمندان به دلیل کاهش قدرت جسمی دچار مشکلات فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی بیشتری نسبت به دیگر گروه های سنی می شوند (۴). همچنین در اواخر بزرگسالی، سالخوردگان به

ترکیب جمعیت جهان در حال تغییر بوده و پیشرفت های دانش پزشکی و فن آوری های شگفت انگیز جهان امروز این روند را سرعت بخشیده و به تبع آن افزایش امید به زندگی به عنوان یکی از پیامدهای این پیشرفت و توسعه سریع، تعداد افراد سالمند را افزایش داده است (۱). بررسی شاخص های آماری در ایران 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 خواهند شد (۲). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، با توجه به افزایش شاخص امید به زندگی در ایران

دارد. افراد مختلف در موقعیت های مشابه، به گونه ای متفاوت عمل می کنند چرا که احساسات متفاوتی دارند (۱۶). برای خروج از وضعیت موجود به وضعیت مطلوب باید احساس افراد شناسایی شود. شناخت درست و مطابق با واقعیت عامل مهمی برای یافتن حقیقت و آگاه شدن از زوایای مثبت یک زندگی است (۱۷). از طرفی طرز تفکر انسان ها تعیین کننده احساس آن هاست. افکاری که به صورت خودکار پدید می آیند و حالت منفی دارند به افکار خودآیند معروفند و با یکدیگر شباهت هایی دارند. این افکار به دلیلی تشابهی که دارند طبقه بندی می شوند و در اصطلاح به آن ها خطاهای شناختی می گویند (۱۸). در تمام صورت های خطاهای شناختی فرد ذهن دیگران را می خواند یا تلاش می کند احساسات و عقاید آنها را حدس بزند و به حدس خود اعتقاد کامل دارد و این در حالی است که توانایی حدس قطعی را ندارد (۱۹). بر اساس پژوهش بل، هالیگان، پوق و فریمن (۲۰) ارتباط قوی بین تحریف شناختی و اضطراب در هر دو جمعیت بالینی و غیر بالینی وجود دارد. همچنین یافته های پژوهش شیخ الاسلامی و صمدی فرد (۲۱) نشان داد بین تحریف شناختی با اضطراب مرگ در سالمندان رابطه معناداری وجود دارد.

روابط اجتماعی بین فردی سالمندان، بخش مهمی از زندگی آنها است که تاثیر بسزایی بر سلامت جسم و روح ایشان دارد (۲۲). یکی از موضوعاتی که در زمینه ی روابط بین فردی در دهه های گذشته مورد توجه بسیاری از روانشناسان قرار گرفته است، احساس تنهایی است (۲۳). احساس تنهایی مجموعه ای پیچیده از احساس ها، شناخت ها، پریشانی ها و تجربه ی هیجان های منفی و نیز هسته ی اصلی بسیاری از اختلال های عاطفی است (۲۴). تنهایی، احساس ناخوشایندی است که در نتیجه ی کاستی در روابط اجتماعی فرد به صورت کمی و کیفی و دسترسی نداشتن به روابط نزدیک و مطلوب با دیگران به وجود می آید. احساس تنهایی، به عنوان مشکلی رایج و تجربه ای منفی برای افراد مسن در جوامع علمی و پژوهش های مربوط به تندرستی گزارش شده است. شواهد نشان می دهد احساس تنهایی پدیده ای گسترده و فراگیر است و ۲۵ تا ۵۰ درصد کل جمعیت بالای ۶۵ سال را بر حسب سن و جنس تحت تاثیر قرار می دهد و سالمندان در معرض خطر بالاتری از احساس تنهایی هستند (۲۵). بسیاری از سالمندان دوران پیری را به عنوان دوره ی تنهایی توصیف کرده و به عنوان یک تجربه ی ناخوشایند از آن هراس دارند. مروری بر شواهد نشان می دهد که احساس تنهایی

مرگ می اندیشند و درباره آن صحبت می کنند. آنها از تغییرات جسمی، میزان بالاتر بیماری و معلولیت و از دست دادن خویشاوندان و دوستان، شواهد بیشتری برای مرگ به دست می آورند (۵). تجربه کردن مقداری اضطراب، درباره ی مرگ طبیعی است. اما اگر این اضطراب خیلی شدید باشد سازگاری کارآمد را تضعیف می کند (۶). مرگ واقعیتی اجتناب ناپذیر است که به عنوان انگیزاننده ای قوی تصور شده که در پشت بسیاری از اظهارات و جستجوهای فلسفی سالهای زندگی قرار دارد و به خاطر ماهیت پر ابهامش برای بسیاری از انسانها به صورت تهدید آمیز جلوه می کند (۷). اضطراب مرگ می تواند سلامت وجودی و مخصوصاً کارکرد سلامت روانی افراد را تحت تاثیر قرار دهد. اضطراب و ترس از مرگ در تمام فرهنگ ها متداول است و گروه ها و ادیان به طرق گوناگون با آن برخورد می کنند (۸). مرگ قسمتی لاینفک از موجودیت انسان است، در نتیجه بدیهی است که در برخی مراحل زندگیمان موضوعی باشد برای غم و نگرانی. اضطراب مرگ عبارت است از یک احساس ترس، هراس یا نگرانی زمانی که یک نفر به فرایند مردن، توقف آینده یا چیزی که بعد از مرگ رخ می دهد فکر می کند (۹). بلسکی (۱۰) اضطراب مرگ را افکار، ترس ها و هیجانات مرتبط به واقعه پایانی زندگی و فراتر از حالت عادی زندگی می داند. سطح اضطراب مرگ در افراد می تواند تحت تاثیر تفاوت های فردی و بسیاری از عوامل اجتماعی قرار گیرد (۱۱).

تحریفات شناختی از جمله عواملی هستند که سبب بروز نگرش های منفی به خود و دنیای پیرامون در افراد می شود. شناخت درست و مطابق با واقعیت عامل مهمی برای یافتن حقیقت و آگاه شدن از زوایای مثبت یک زندگی است (۱۲). تحریف شناختی اشاره به خودگویی های درونی دارد که نشان دهنده تعبیر سودار از یک رویداد است (۱۳). نا آگاهی و آگاهی نادرست، انسان را در تحلیل آن چه پیرامونش اتفاق می افتد، دچار لغزش و اشتباه می کند. این امر در سازگاری و ناسازگاری افراد در جامعه تاثیر فراوانی دارد و می تواند کل زندگی فرد را تحت الشعاع قرار دهد (۱۴). برای داشتن یک زندگی مطلوب باید از تحریف اطلاعات جلوگیری کرد. گاهی تجزیه و تحلیل اطلاعات در ذهن تحریف می شود؛ این نوع تحریف ها که خطاها و تحریفات شناختی نامیده می شوند، به اشکال گوناگونی ظاهر می گردند (۱۵). خرسندی و ناخرسندی، آرامی و ناآرامی و به طور کلی عمده حالت های افراد با فرایند تفکر فرد ارتباط مستقیم

پراکنده و همچنین بر طرف کردن خلاء پژوهشی در این زمینه انجام شده است. با توجه به مطالب بیان شده می توان گفت مشکلات روانی در دوران سالمندی به وفور قابل مشاهده است و اثراتی بر وضعیت روانی عاطفی رفتاری سالمندان بر جای می گذارد. با توجه به آسیب پذیر بودن افراد سالمند این قشر از جمله گروه هایی هستند که با این مقوله بیشتر در ارتباطند و افزایش اضطراب مرگ در آن ها باعث کاهش توانایی ها و عملکردهای مثبت ایشان می شود. از طرفی پیشینه پژوهشی نشان می دهد نقش متغیرهای مهمی نظیر تحریف های شناختی، احساس تنهایی و راهبردهای مقابله با استرس در اضطراب مرگ سالمندان به صورت جامع بررسی نشده است. لذا پژوهش حاضر در صدد پاسخ گویی به این سوال بود که اضطراب مرگ بر مبنای تحریف شناختی، احساس تنهایی و راهبردهای مقابله با استرس پیش بینی می شود؟

روش مطالعه

تحقیق حاضر از نوع توصیفی تحلیلی است. جامعه آماری این پژوهش کلیه سالمندان ساکن در مراکز نگهداری سالمندان شهر تهران بود. روش نمونه گیری به صورت خوشه ای بود. نمونه پژوهش بر اساس با لحاظ نمودن سطح اطمینان ۹۵ درصد، توان آزمون ۰/۸ و جهت دو دامنه آزمون با استفاده از فرمول حجم نمونه در مطالعات توصیفی تحلیلی در نرم افزار G*POWER، ۱۱۲ نفر تعیین شد که با در نظر گرفتن ریزش های احتمالی و افزایش قدرت تعمیم پذیری ۱۲۰ نفر به عنوان نمونه ی پژوهش انتخاب شد. روش نمونه گیری به صورت در دسترس بود. بدین صورت که از بین ۴۵ مرکز نگه داری سالمندان در شهر تهران، پژوهشگران دو مرکز سالمندان آتیه سبز امید و پرنیان انتخاب کردند. جهت کنترل متغیرهای مداخله گر معیارهای ورود به مطالعه عبارت است از: دامنه سنی ۶۵ سال به بالا، سطح تحصیلات سیکل به بالا، عدم وجود بیماری های شناختی چون آلزایمر، پارکینسون و... و عدم وجود اختلالات روانشناختی و بیماری های جسمی مزمن (مانند سرطان و ام اس) و عدم سوء مصرف مواد را شامل می شود که با توجه به پرونده ی سالمندان و یک مصاحبه ی مقدماتی تشخیص داده شد. در ضمن هنگام توزیع پرسشنامه در بین نمونه های پژوهش، توضیحاتی در خصوص محرمانه ماندن پاسخ ها و عدم انتشار اطلاعات شخصی و خصوصی به آنها داده شد. همچنین

منشا بسیاری از حالات نامتعادل روانی سالمندان از قبیل افسردگی، خودکشی و یاس شدید است (۲۶).

از جمله متغیرهای روان شناختی فردی که ممکن است در اضطراب مرگ نقش داشته راهبردهای مقابله با استرس است. همانطور که لازاروس و فولکمن (۲۷) توصیف کرده اند، مقابله به تلاشهای فرد برای مدیریت ملزومات استرس زای یک موقعیت خاص، اشاره دارد. یکی از راهبردهای شایع برای مدیریت موقعیت چالش انگیز، تلاش برای مواجهه با محرک استرس زا و تغییر آن است. این راهبرد مقابله مسأله مدار نامیده می شود. بیشتر پژوهش ها نشان می دهند افرادی که از مقابله مسأله مدار استفاده می کنند از سازگاری بهتری برخوردارند. از سوی دیگر مقابله هیجان مدار بر مهار آثار هیجانی یک موقعیت استرس زا متمرکز است. مقابله مسأله مدار شامل مقابله فعال، برنامه ریزی درباره نحوه مقابله با محرک استرس زا، کنار گذاشتن محرک های دیگر و تمرکز بر محرک استرس زا و طلب راهنمایی و حمایت دیگران برای مقابله با محرک استرس زا است. مقابله هیجان مدار بر مهار آثار هیجانی یک موقعیت استرس زا متمرکز است. این راهبرد شامل رویکردهای متفاوتی، مانند فکر نکردن به مشکل (انکار یا اجتناب) یا بیان مشکل برای دیگران است (۲۸). نیمیر و همکاران (۲۹) در پژوهشی نشان دادند پزشکانی که اضطراب مرگ زیادی داشتند به احتمال بیشتری از راهبردهای اجتنابی و انکار هنگام مواجهه با مرگ بیمارانشان استفاده می کردند. میکولینسر و فلورین (۳۰) به این نتیجه رسیدند که اشتغال به رویدادهای منفی زندگی با افزایش ترس از مرگ همراه است و در این رابطه راهبردهای مقابله هیجان مدار نقش میانجی دارند.

از آن جایی که اضطراب مرگ در سالمندان از فاکتورهای تاثیر گذار بر تمامی ابعاد زندگی ایشان است، لذا شناسایی عوامل مرتبط با اضطراب مرگ از مسائل مهم بشمار می آید و اگر این عوامل شناسایی نشوند، ممکن است مشکلات بسیاری برای سالمندان به وجود بیاید که جبران بسیار سخت و یا غیرممکن باشد. از طرفی پژوهش هایی که در این زمینه صورت گرفته معدود است. در نتیجه کمبود پژوهش ها در این حوزه ها یکی از ضرورت های انجام این پژوهش است. در واقع پژوهش های بسیار معدودی وجود داشتند که به طور اختصاصی تحریف شناختی، احساس تنهایی و راهبردهای مقابله با استرس را در رابطه با اضطراب مرگ سالمندان مورد بررسی قرار دهند. بنابراین پژوهش حاضر با هدف ابهام زدایی از نتایج

همسانی درونی برابر با $0/83$ بدست آمد.

در نمونه ی پژوهش حاضر ضریب پایایی کل مقیاس با روش آلفای کرونباخ $0/87$ محاسبه شد.

پرسشنامه راهبردهای مقابله ای (CSQ)

این پرسشنامه توسط اندلر و پارکر (۳۵) تهیه شده و شامل ۴۸ ماده است که پاسخ ها به روش لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۵) مشخص شده است. این پرسشنامه سه زمینه ی اصلی رفتارهای مقابله ای را در بر می گیرد. مؤلفه های پرسشنامه به قرار زیر است: (۱) مقابله مساله مدار یا برخورد فعال با مساله در جهت مدیریت و حل آن (۱۶ ماده). (۲) مقابله هیجان مدار یا تمرکز بر پاسخ های هیجانی به مساله (۱۶ ماده) و (۳) مقابله اجتنابی یا فرار از مساله، این زیر مقیاس خود به دو بعد سرگرمی اجتماعی و توجه گردانی تقسیم می شود (۱۶ ماده). با توجه به اینکه به صورت ۵ درجه لیکرت می باشد حداکثر نمره برای هر ماده ۵ و حداقل ۱ می باشد. دامنه تغییرات سه نوع رفتار رویارویی به این شکل است که نمره ی هر یک از رفتارهای رویارویی سه گانه یعنی مسئله مدار، هیجان مدار و اجتنابی از ۱۶ تا ۸۰ است. یعنی هر یک از شیوه های رویارویی ۱۶ سوال را در بر میگیرد. شیوه رویارویی غالب فرد با توجه به نمره ای که در آزمون کسب می کند مشخص می شود. یعنی هر کدام از رفتارها نمره بالاتری را کسب کند، آن رفتار به عنوان شیوه رویارویی فرد در نظر گرفته می شود (۳۵). در پژوهش هاشمی رزینی، باحشمت جویباری و رامشینی (۳۶) آلفای کرونباخ راهبردهای اجتنابی، هیجان مدار و مساله مدار به ترتیب $0/77$ ، $0/82$ و $0/79$ محاسبه شد.

در نمونه ی پژوهش حاضر ضریب پایایی راهبردهای اجتنابی، هیجان مدار و مساله مدار با روش آلفای کرونباخ به ترتیب $0/74$ ، $0/75$ و $0/81$ محاسبه شد.

داده های پژوهش در دو بخش توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. در بخش توصیفی از شاخص های میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. در بخش استنباطی داده ها پس از بررسی و تایید پیش فرض ها با روش تحلیل رگرسیون خطی چندگانه در نرم افزار SPSS نسخه ی ۲۳ تحلیل شدند.

یافته ها

در این بخش ابتدا توصیفی از ویژگیهای جمعیت شناختی شرکت کنندگان انجام می شود.

رضایت آنها بصورت شفاهی اخذ و به آنها اطلاع داده شد که شرکت در مطالعه کاملا اختیاری است و پژوهش به صورت بی نام انجام شد تا گمنامی شرکت کننده گان تضمین شود.

ابزار پژوهش

مقیاس اضطراب مرگ

مقیاس اضطراب مرگ تمپلر (۳۱) ابزاری برای اندازه گیری اضطراب مربوط به مرگ بوده که بیشترین کاربرد را در نوع خود داشته است. این مقیاس، پرسشنامه ای خوداجرایی متشکل از پانزده سؤال بلی - خیر است و پاسخ بلی نشانه وجود اضطراب در فرد است. دامنه نمره های این مقیاس از صفر تا پانزده است و نمره زیاد (نمره بالاتر از متوسط "نمره ۸") معرف درجه ی بالایی از اضطراب مرگ است. بررسی های به عمل آمده درباره اعتبار مقیاس اضطراب مرگ، نشان می دهد که این مقیاس از اعتبار قابل قبولی بهره مند است. تمپلر (۳۱) ضریب باز آزمایی مقیاس را $0/83$ به دست آورده است.

در نمونه ی پژوهش حاضر ضریب پایایی کل مقیاس با روش آلفای کرونباخ $0/90$ محاسبه شد.

پرسشنامه تحریف شناختی

این مقیاس در سال ۱۹۷۸ توسط بک و وایسمن تهیه شد و مهم ترین آزمون سبک شناختی در مطالعات انجام شده در آمریکا در زمینه شناخت درمانی به شمار می رود. این مقیاس شامل ۴۰ پرسش است و آزمودنی باید میزان موافقت خود را روی یک مقیاس ۵ درجه ای بیان کند. در مطالعات مختلف، همسانی درونی این مقیاس $0/9$ و پایایی آن $0/93$ گزارش شده است. در پژوهش الوندی سرابی، زارع، علی پور و عرفانی (۳۲) پایایی پرسشنامه $0/76$ به دست آمده است.

در نمونه ی پژوهش حاضر ضریب پایایی کل مقیاس با روش آلفای کرونباخ $0/86$ محاسبه شد.

پرسشنامه احساس تنهایی

پرسشنامه احساس تنهایی توسط راسل، پاپلو و کاترونا (۳۳) ساخته شد که شامل ۲۰ سوال و به صورت ۴ گزینه ای، ۱۰ جمله منفی و ۱۰ جمله مثبت است. در این پرسشنامه هرگز امتیاز (۱)، به ندرت امتیاز (۲)، گاهی امتیاز (۳) و همیشه امتیاز (۴) دارد. دامنه نمره ها بین ۲۰ (حداقل) و ۸۰ (حداکثر) است. بنابراین میانگین نمره ۵۰ است. نمره بالاتر از میانگین بیانگر شدت بیشتر تنهایی است. پایایی آزمون به روش باز آزمایی توسط راسل، پاپلو و کاترونا (۳۳)، $0/89$ گزارش شده است. در پژوهش رحیم زاده، بیات و اناری (۳۴) ضریب

جدول ۱: توزیع فراوانی نمونه مورد مطالعه به تفکیک تحصیلات، سن، جنسیت، تحصیلات و وضعیت تاهل

متغیر	شاخص آماری سطوح متغیر	فراوانی	درصد	میانگین	انحراف استاندارد
جنسیت	مرد	۶۹	۵۷/۵	-	-
	زن	۵۱	۴۲/۵	-	-
سن	۶۵ تا ۷۰ سال	۲	۱/۶۷	۷۸/۸۳	۳/۷۷
	۷۰ تا ۷۵ سال	۴۶	۳۸/۳۳		
تحصیلات	۸۰ تا ۸۵ سال	۴۰	۳۳/۳۳	۲۰	۲۶/۶۷
	زیر دیپلم	۳۲	۲۶/۶۷		
وضعیت تاهل	دیپلم	۶۸	۵۶/۶۷	۲۰	۱۷/۵۰
	فوق دیپلم	۲۱	۱۷/۵۰		
تعداد فرزند	لیسانس و بالاتر	۹	۷/۵۰	۳۰	۲۵/۸۳
	مجرد	۸۴	۷۰		
مجموع کل	متاهل	۳۶	۳۰	۱۰۰	۱۲۰
	مجرد	۳۱	۲۵/۸۳		
	یک و دو	۳۹	۳۲/۵۰		
	بیش از دو فرزند	۵۰	۴۱/۶۷		

داشته‌اند. همچنین ۷۰ درصد سالمندان مورد مطالعه مجرد بودند. یافته‌های توصیفی مقیاس‌های پژوهش در (جدول ۲) آورده شده است.

نتایج یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد حدود ۵۸ درصد سالمندان گروه نمونه را مردان و ۴۲ درصد را زنان تشکیل می‌دادند. بیشتر گروه نمونه دارای تحصیلات دیپلم و سن بین ۷۰ تا ۷۵ سال

جدول ۲: یافته‌های توصیفی خرده‌مقیاس‌های تحقیق

جنسیت	شاخص آماری مقیاس	میانگین	انحراف استاندارد
مرد	سبک مساله دار	۴۶/۳۷	۷/۲۳
	سبک هیجان مدار	۹۲/۶۹	۱۲/۱۸
	سبک اجتنابی	۷۴/۰۲	۱۲/۸۱
	تحریف شناختی	۶۲/۵۲	۶/۸۴
	احساس تنهایی	۶۲/۲۹	۶/۷۹
	اضطراب مرگ	۹/۰۹	۱/۰۸
زن	سبک مساله دار	۴۵/۹۳	۷/۸۷
	سبک هیجان مدار	۹۳/۰۱	۱۲/۶۷
	سبک اجتنابی	۷۴/۷۹	۱۲/۱۸
	تحریف شناختی	۶۵/۱۹	۶/۹۶
	احساس تنهایی	۶۴/۷۰	۷/۰۳
	اضطراب مرگ	۱۰/۸۱	۱/۳۳

است. در بکارگیری روش آماری، ابتدا با استفاده از آزمون آماری کولموگوروف اسمیرنوف نرمال بودن داده‌ها مورد آزمون قرار گرفت.

نتایج (جدول ۲) نشان می‌دهد از بین راهبردهای مقابله با استرس بیشترین میانگین در هر دو گروه مربوط به سبک اجتنابی می‌باشد. همچنین میانگین اضطراب مرگ در مردان بیشتر از زنان

جدول ۳: آزمون کولموگوروف اسمیرنوف تک نمونه‌ای

شاخص آماری مقیاس	z	sig
سبک مساله دار	۰/۹۷	۰/۳۳
سبک هیجان مدار	۱/۰۱	۰/۲۱
سبک اجتنابی	۱/۱۸	۰/۱۱
تحریف شناختی	۱/۰۷	۰/۱۹
احساس تنهایی	۱/۲۵	۰/۰۹
اضطراب مرگ	۰/۹۱	۰/۳۹

از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد. یکی دیگر از مفروضات رگرسیون عدم وجود اثر هم خطی بین متغیرهای مستقل می‌باشد. شاخص‌های تحمل واریانس و تورم

با توجه به نتایج (جدول ۳) و سطوح معناداری بدست آمده هریک از متغیرهای پژوهش که بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد، داده‌های تمام متغیرها نرمال است و برای آزمون هریک از متغیرها می‌توان

این پیش فرض می باشد. اولین آزمون تست مدل کلی می باشد. در واقع اگر حداقل یکی از متغیرهای پیش بین تحقیق روی متغیر ملاک تاثیر معنادار داشته باشد، مدل پژوهشگر تایید می گردد. فرض صفر و خلاف به صورت زیر می باشد:

$$\begin{cases} H_0 : \beta_1 = \beta_2 = \dots = \beta_5 = 0 \\ H_1 : \beta_i \neq 0 \quad \forall \text{ one } i \text{ for } i = 1, 2, 3, 4, 5 \end{cases}$$

جدول ۴: نتایج رگرسیون متغیرهای احساس تنهایی، راهبردهای مقابله با استرس و تحریف شناختی بر اضطراب مرگ

مدل	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	R	R ²	R ² _{adj}	sig
رگرسیون باقیمانده کل	۶۹/۴۲ ۴۷/۹۶ ۱۱۷/۳۸	۵ ۱۱۴ ۱۱۹	۱۳/۸۷ ۰/۴۲	۳۳/۰۳	۰/۷۲	۰/۵۲	۰/۵۱	۰/۰۰۱

توانایی پیش بینی متغیر وابسته را توسط متغیرهای پیش بین در جامعه بررسی می کند در واقع با کمی تعدیل، نمونه را به تمام جامعه بسط می دهد. مقدار این ضریب در این پژوهش ۰/۵۱ شده است، به عبارت دیگر متغیرهای احساس تنهایی، راهبردهای مقابله با استرس و تحریف شناختی ۵۱٪ توانایی پیش بینی اضطراب مرگ را دارند. با توجه به معنادار بودن کل مدل اکنون باید بررسی کرد که کدام یکی از ضرایب صفر نیست و یا به عبارت دیگر کدام متغیر یا متغیرها تاثیر معنادار در مدل دارند. به این منظور از آزمون t استفاده می شود.

واریانس این فرضیات را چک می کنند. در پژوهش حاضر، تمامی اعداد نشان از عدم وجود اثر هم خطی شدید بین متغیرهای پیش بین بود. از دیگر مفروضات رگرسیون استقلال خطاها بود که باید فرض وجود همبستگی بین خطاها رد شود. برای چک کردن این فرض می توان از آماره دوربین واتسون استفاده کرد. برای تایید این فرض لازم است که مقدار این آماره در بازه ۱/۵ تا ۲/۵ قرار داشته باشد. در این پژوهش این آماره برابر با ۱/۹۲ شده است که حاکی از صادق بودن

همان طور که در جدول مشاهده می شود مقدار Sig کمتر از ۰/۰۵ شده است و نشان از معنی دار بودن مدل رگرسیون می باشد، یعنی حداقل یکی از متغیرهای پیش بین بر متغیر ملاک تاثیر معنادار دارد.

شاخص R² (ضریب تعیین چندگانه): این شاخص مشخص می کند که چند درصد از تغییرات متغیر ملاک توسط متغیرهای پیش بین تبیین می شوند به عبارت دیگر متغیرهای پیش بین چند درصد توانایی برازش متغیر وابسته را دارند. در این پژوهش مقدار R² برابر ۰/۵۲ شده است.

شاخص R²_{adj} (ضریب تعیین تصحیح شده): این شاخص

جدول ۵: ضرایب استاندارد، غیراستاندارد و آماره تی متغیرهای وارد شده در معادله رگرسیون

سطح معناداری	sig	t آماره	ضرایب رگرسیون		متغیر پیش بین
			استاندارد نشده	استاندارد نشده	
۰/۰۵	۰/۰۰۱	۹/۳۵	۰/۴۳	۸/۸۳	مقدار ثابت
۰/۰۵	۰/۰۰۱	۵/۷۸	۰/۶۲	۰/۰۹	تحریف شناختی
۰/۰۵	۰/۰۰۱	۱۰/۰۱	-۰/۲۹	۰/۱۱	احساس تنهایی
۰/۰۵	۰/۰۰۱	-۴/۷۶	۰/۳۳	-۰/۰۴	سبک مساله دار
۰/۰۵	۰/۰۰۱	۴/۹۹	۰/۱۰	۰/۰۵	سبک هیجان مدار
۰/۰۵	۰/۱۷	۱/۳۸		۰/۰۱	سبک اجتنابی

رگرسیون این فرضیه به شکل زیر است:

$$\hat{Y} = ۸,۸۳ + X_4 * ۰,۰۵ + X_3 * ۰,۰۴ - X_2 * ۰,۱۱ + X_1 * ۰,۰۹ = Y$$
 که در آن Y متغیر اضطراب مرگ و X_۱، X_۲، X_۳ و X_۴ به ترتیب تحریف شناختی، احساس تنهایی، سبک مساله دار و سبک هیجان مدار می باشند.

بحث

نتایج تحلیل داده ها نشان داد عوامل تحریف شناختی،

همان طور که نتایج جدول نشان می دهد عوامل تحریف شناختی، احساس تنهایی، سبک مساله دار و سبک هیجان مدار با اضطراب مرگ در سطح ۵٪ رابطه معنادار دارند. ضریب منفی عامل سبک مساله دار بیانگر این مطلب است که با افزایش این عوامل مقدار اضطراب مرگ کاهش می یابد.

در نهایت معادله استاندارد رگرسیون را باید با متغیرهایی در نظر گرفت که تاثیر معناداری بر مدل دارند و متغیرهایی که تاثیر معنادار بر مدل ندارند از معادله رگرسیون حذف می شود. معادله

ناگوار با عملکرد بهتر و کاهش نشانه های اختلالات روانی مرتبط می باشد. بنابراین افراد برای مقابله با استرس از راهبردهای مقابله ای مختلفی استفاده می کنند، انتخاب راهبردهای مقابله ای مناسب در برابر فشار روانی می تواند از تاثیر فشارها بر سلامت فرد کاسته و در نتیجه به سازگاری هر چه بیشتر فرد منجر شود (۳۰). افرادی که اضطراب و استرس بیشتری را تجربه می کنند، از راهبردهای هیجان مدار بیش از راهبرد تکلیف مدار استفاده می کنند در مقابل، افرادی که الگوی رفتاری تیپ A را دارند، راهبرد تکلیف مدار را بیش از سایر راهبردها به کار می برند. در همین راستا، برخی مطالعات نشان می دهد پزشکان نیز به علت مشاهده ی مرگ بیماران، اضطراب مرگ بیشتری نسبت به افراد عادی دارند (۲۹).

اضطراب و ترس از مرگ در میان تمام فرهنگ ها متداول است و گروه ها و ادیان مختلف به طرق گوناگون با آن برخورد می کنند (۸). بنابراین اضطراب مرگ نقش عمده ای در تجربه درونی انسان ها دارد و ذهن آنها را به طرز بی بدیلی تسخیر می کند. فرد برای رو به رو شدن با این ترس، راهبردهای دفاعی در برابر مرگ آگاهی به کار می گیرد. دفاع هایی که مبتنی بر انکار است و ساختار شخصیت وی را شکل می دهد و اگر این ساختار ناسازگار باشد به نشانگان بالینی منجر می شود. در نهایت بر پایه مرگ آگاهی و نه انکار آن است که می توان رویکردی مؤثر و نیرومند در کاهش اضطراب مرگ بنا نهاد (۵) لذا عوامل و ویژگیهای متعددی در ارتباط با پدیده مرگ وجود دارند که می توانند زمینه ساز پذیرش این واقعیت حتمی گردند یا برعکس سبب ایجاد اضطراب و انکار واقعیت مذکور شوند. براساس نتایج یافته های پژوهش یکی از این عوامل تحریف شناختی می باشد.

بر اساس پژوهش بل، هالیگان، پوق و فریمن (۲۰) ارتباط قوی بین تحریف شناختی و اضطراب در هر دو جمعیت بالینی و غیر بالینی وجود دارد. همچنین یافته های پژوهش شیخ الاسلامی و صمدی فرد (۲۱) نشان داد بین تحریف شناختی با اضطراب مرگ در سالمندان رابطه معناداری وجود دارد. بالا بودن سطح تحریف شناختی موجب سوگیری در پردازش و تفسیر اطلاعات می شوند. این سوگیری در سطح ظاهری به صورت افکار منفی خودکار در جریان هوشیاری نمایان می شوند افراد با تحریف های شناختی بالا ممکن است باور داشته باشند که افرادی ناموفق، بی کفایت و ضعیف هستند. اگر چه این تحریف ها ممکن است به طور آگاهانه در موقعیت های مشکل ساز به وجود نیایند، اما به صورت سلسله مراتبی قرار گرفته اند و همین امر باعث افزایش اضطراب مرگ در افراد می شود. از سوی دیگر با توجه به نتایج پژوهش حاضر می توان نتیجه

احساس تنهایی، سبک مساله دار و سبک هیجان مدار با اضطراب مرگ رابطه معنادار دارند. بر این اساس انتخاب راهبردهای مقابله ای مناسب در برابر فشار روانی، کاهش احساس تنهایی و تحریف شناختی، می تواند با کاهش اضطراب مرگ در سالمندان ساکن خانه سالمندان همراه باشد.

این یافته با برخی از مطالعات انجام شده در ادبیات پژوهشی مرتبط با موضوع پژوهش همخوان بود. همسو با این نتایج، ویتکووسکی (۳۷) در بررسی افراد ۲۰ تا ۹۳ ساله نشان داد بین راهبردهای مقابله هیجان مدار با نگرش به مرگ رابطه معنی داری وجود دارد. یافته های مطالعه میکولینسر و فلورین (۳۰) نیز تا حدودی با این نتایج همخوان است، زیرا در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که فرار گرفتن در معرض رویدادهای منفی زندگی با افزایش ترس از مرگ همراه است اما مقابله مساله مدار تا حدودی این ترس را تعدیل می کند. رابطه منفی رفتارهای مقابله ای مساله مدار با اضطراب مرگ به این دلیل است که استفاده از رفتارهای مقابله ای باعث می شود که فرد با نگاه و دیدگاهی متفاوت به ارزیابی رویدادها و وقایع منفی بپردازد و به ابعاد و جنبه های مثبت و فواید احتمالی آن رویداد در دراز مدت توجه کند. در نتیجه ناراحتی و تنیدگی کمتری را تجربه می کند و بهتر با آن رویداد کنار می آید (۲۷).

در پژوهشی نشان دادند پزشکانی که اضطراب مرگ زیادی داشتند راهبردهای اجتنابی و انکار را هنگام مواجهه با مرگ بیماران نشان دادند و از این راهبردهای مقابله به عنوان مکانیسمی برای کاهش اضطراب استفاده می کردند. در مجموع، در پیشینه پژوهشی مطالع های که به طور خاص نقش راهبردهای مقابله را در اضطراب مرگ سالمندان بررسی کرده باشد یافت نشد. اگر چه در ادبیات پژوهشی و به ویژه مطالعات لازاروس و فولکمن (۲۷) نوعی توافق کلی مبنی بر تأثیر منفی مقابله اجتنابی و هیجان مدار بر پیامدها و رویدادهای هیجانی وجود دارد، مقابله مساله مدار به عنوان راهبردی سازگاران برای مواجهه با رویدادهای تنش زا شناخته می شود.

در تایید رابطه سبک های مقابله ای با نمرات اضطراب مرگ در سالمندان، اعتقاد بر این است که با ارزیابی مجدد به عنوان یک راهبرد مقابله ای سازگاران با بهزیستی روانی و سلامت جسمانی رابطه مثبت و با اختلال های هیجانی همچون افسردگی رابطه منفی دارد. به بیان دیگر در مسائل تنش زا همچون مرگ، پذیرش مساله و فکر کردن درباره چگونگی فایق آمدن بر واقعه تنش زا با کاهش اضطراب ناشی از واقعه تنش زا همراه است (۲۸). به طوری که تفکرات مربوط به کم اهمیت بودن واقعه منفی، تاکید بر نسبیت اتفاق در مقایسه با سایر حوادث و پذیرش موقعیت و کنار آمدن با یک مساله

احساس تنهایی و راهبردهای مقابله با استرس با اضطراب مرگ پرداخت و نشان داده که متغیرهای سطح فردی یعنی تحریف های شناختی، احساس تنهایی و راهبردهای مقابله با استرس با اضطراب مرگ رابطه دارد. اما میزان واریانس تبیین شده ۵۲ درصد بود. این امر نشان می دهد که عوامل دیگری نیز در سطح مختلف مانند سطح خانوادگی و اجتماعی بر این متغیر تأثیر می گذارند که لزوم شناسایی و بررسی آنها در پژوهش های آتی احساس می شود. همچنین نمونه مورد بررسی تحقیق حاضر سالمندان شهر تهران بودند. بنابراین تعمیم یافته ها به سالمندان شهرهای دیگر با محدودیت مواجه است و لازم است تحقیقات در زمینه تعمیم پذیری یافته ها تکرار گردد. براساس نتایج پیشنهاد می شود که مراکز نگهداری سالمندان در برنامه ریزی ها و پژوهش های مربوط به کاهش اختلالات اضطرابی از جمله اضطراب مرگ در سالمندان به چگونگی تأثیر تحریف های شناختی، احساس تنهایی و راهبردهای مقابله با استرس بر اختلالات اضطرابی، توجه ویژه ای داشته باشند. به رغم این که پدیده سالمندی یک موفقیت بهداشتی برای جامعه محسوب می شود، عدم برنامه ریزی مناسب برای پیشگیری زود هنگام از مشکلات سالمندی، به ایجاد چالشی بزرگ برای جامعه منجر خواهد شد. اولین گام برای برنامه ریزی مناسب به منظور ارتقا سلامت، پیشگیری از بروز و ابتلا به بیماری های مزمن و کاهش شیوع بیماری های خاص در سالمندان، شناسایی وضعیت و عوامل موثر بر سلامت روانی و جسمی سالمندان و نیز تعیین سالمندان در معرض آسیب از آسیب پذیر شدن آنان پیشگیری کرد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران مراتب سپاس خود از همه ی سالمندان شرکت کننده در پژوهش و مسئولان مراکز آتیه سبز امید و پرنیان را اعلام می دارند.

References

1. Molzahn AE, Kalfoss M, Makaroff SK, SM S. Comparing the importance of different aspects of quality of life to older adults across diverse cultures. *Age and Ageing*. 2011;40 (2):192 - 9.
2. Soury A, Keivan Shabani M, Soury R. The Effect of physical activity on quality of life in elder women in Kermanshah Province. *Applied Research of Sport Management*. 2015; 4 (4): 75-83.

گرفت مختل بودن نظام شناختی در افراد باعث مختل شدن رفتار خودتنظیمی در آنها شده که حاصل آن پیامدهای روان شناختی مختلف مانند اضطراب مرگ، افسردگی، استرس، خستگی و ... است. به عبارت دیگر این افراد کمتر قادر به تنظیم رویدادهای شناختی و روانی مختلف هستند و در پیگیری اهداف خود دچار مشکل می شوند (۹) تمایل قوی این افراد برای کنترل بیش از حد می تواند ریشه در تحریف شناختی آنها داشته باشد. بنابراین با توجه به مطالب مطرح شده، می توان اینگونه بیان نمود که تشخیص و شناسایی تحریف شناختی در رابطه با متغیر اضطراب مرگ سالمندان می تواند میزان اضطراب آنان را کاهش دهد.

اگر چه مرگ یک واقعیت بیولوژیکی و روان شناختی بوده و احساسات در مورد فرایند مرگ و مردن ریشه در چگونگی اجتماعی شدن فرد در جامعه دارد اما اندیشیدن به مرگ ترسناک بوده و اغلب مردم ترجیح می دهند که به آن فکر نکنند، چرا که مرگ آسیب پذیری بشر را علی رغم پیشرفت های تکنولوژیکی یادآوری می کند. در همین راستا ایوراچ، منزیس و منزیس (۳۸) طی پژوهشی با عنوان «اضطراب مرگ و نقش آن در آسیب شناسی روانی» دریافتند که به منظور تعیین اثر درمان های روانی، تثبیت در درمان اضطراب مرگ به عنوان یک ساختار ضروری می باشد. بنابراین یکی از مولفه های روان شناختی مرتبط با اضطراب مرگ احساس تنهایی است. در همین راستا مروری بر شواهد پژوهشی نشان می دهد که احساس تنهایی منشا بسیاری از حالات نامتعادل روانی سالمندان از قبیل افسردگی، خودکشی و یاس شدید است (۲۶).

عدم کنترل متغیرهای اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر اضطراب مرگ و همچنین گردآوری داده ها صرفا با پرسشنامه، از جمله محدودیت های این تحقیق بود.

نتیجه گیری نهایی

پژوهش حاضر به بررسی رابطه تحریف های شناختی،

3. Sotodeh S, Pooragah Roodbordeh F, Kafi S, Poornesaiei G. Effectiveness of Reminiscence Group Therapy on Male Elderly's Mental Health. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2013; 22 (85): 61-7.
4. Langlois F, Vu TT, Chasse K, Dupuis G, Kergoat MJ, Bherer L. Benefits of physical exercise training on cognition and quality of life in frail older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2013; 68 (3): 400-4.

5. Hoeltherhoff M, Chung M C. Death anxiety and well-being; coping with life-threatening events. *Traumatology*. 2013;19(4):280-91.
6. Keng SL, Smoski MJ, Robins CJ. Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Clin Psychol Rev*. 2011; 31 (6):1041-56.
7. Hoppmann CA, Gerstorf D. Social interrelations in aging: The sample case of married couples. In K. W. Schaie & S. L. Willis (Eds.). *Handbook of the psychology of aging*. San Diego: CA: Elsevier; 2016.
8. Hoeltherhoff M, Chung MC. Death anxiety and well-being; coping with life-threatening events. *Traumatology*. 2013; 19 (4): 280-91.
9. Malliarou M , Sarafis P, Sotiriadou K, Serafeim T, K. K, Moustaka E. Greek Nurses Attitudes towards Death. *Global Journal of Health Science*. 2011;3 (1): 224-30.
10. Blesky J. *The Psychology of Aging*. CA: Brooks Cole Publication Company.; 1999.
11. Herrera M, Sani F. Why does in group identification shield people from death anxiety? The role of perceived collective continuity and group entitativity. *Social Psychology*. 2013; 44 (5): 320-28.
12. Smeijers D, Brazil IA, Bulten EBH, Verkes RJ, . Retrospective parental rejection is associated with aggressive behavior as well as cognitive distortions in forensic psychiatric outpatients. *Psychology of Violence*. 2018; 8 (4):495-504.
13. Strohmeier C, Rosenfield B, DiTomasso R, Ramsay R. Assessment of the relationship between self-reported cognitive distortions and adult ADHD, anxiety, depression, and hopelessness. *Psychiatry Research*. 2016; 238: 153-8.
14. Barrera TL, Szafranski DD, Ratcliff CG, Garnaat SL, Norton PJ. An Experimental Comparison of Techniques: Cognitive Defusion, Cognitive Restructuring, and in-vivo Exposure for Social Anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2015; 44 (2): 249-54.
15. Moffitt R, Brinkworth G, Noakes M, Mohr P. A comparison of cognitive restructuring and cognitive defusion as strategies for resisting a craved food. *Psychology & Health*. 2012; 27 (2): 74-90.
16. El-Sheikh M, Tu K, Erath SA, Buckhalt JA. Family stress and adolescents' cognitive functioning: Sleep as a protective factor. *Journal of Family Psychology*. 2014; 28 (6): 887-96.
17. Craighead WE, Sheets ES, Craighead LW, Madsen JW. Recurrence of MDD: A prospective study of personality pathology and cognitive distortions. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2011; 2 (2): 83-97.
18. Beck AT. *Cognitive Therapy of Depression*: Guilford Press; 1979.
19. Miller AB, Esposito-Smythers C. How do cognitive distortions and substance-related problems affect the relationship between child maltreatment and adolescent suicidal ideation? *Psychology of Violence*. 2013; 3 (4): 340-53.
20. Bell V, Halligan PW, Pugh K, Freeman D. Correlates of perceptual distortions in clinical and non-clinical populations using the Cardiff Anomalous Perceptions Scale (CAPS): Associations with anxiety and depression and a re-validation using a representative population sample. *Psychiatry Research*. 2011;189: 451-7.
21. Sheikholeslami A, SamadiFard HR. Death Anxiety in the Elderly: The Role of Cognitive Failures, Flexibility and Distortion. *jgn*. 2017; 4 (1).
22. Hacıhasanoğlu R, Yildirim A, Karakurt P. Loneliness in elderly individuals, level of dependence in activities of daily living (ADL) and influential factors. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2012; 54 (1):61-6.
23. McHugh Power JE, Steptoe A, Kee F, Lawlor BA, . Loneliness and social engagement in older adults: A bivariate dual change score analysis. *Psychology and Aging*. 2019; 34 (1): 152-62.
24. De Jong Gierveld J, Van Tilburg TG, Friedman HS. Social isolation and loneliness. *Encyclopedia of Mental Health*. 2016; 4 (2):75-8.
25. Vlaming RD. Evaluation design for a complex intervention program targeting

- loneliness in noninstitutionalized elderly Dutch people. *BMC Public Health*. 2010; 10 (4):552-60.
26. Arslantas H, Adana F, Ergin F, Kayar D, Acar G. Loneliness in Elderly People, Associated Factors and Its Correlation with Quality of Life: A Field Study from Western Turkey. *Iran J Public Health*. 2015; 44 (1): 43-50.
 27. Lazarus S, Folkman S. stress Appraisal and coping: New York: Springer; 1984.
 28. Marquez-Arrico JE, Benaiges I, Adan A. Strategies to cope with treatment in substance use disorder male patients with and without schizophrenia. *Psychiatry Research*. 2015; 228 (3): 752-9.
 29. Neimeyer GJ, Behnke M, Reiss J. Constructs and coping: Physicians' responses to patient death. *Death Education*. 2012; 7 (2): 245-64.
 30. Mikulincer M, Florian V, . Stress, coping, and fear of personal death: The case of middle-aged men facing early job retirement. *Death Studies*. 2015; 19 (5): 413 - 31.
 31. Templer DI. The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of General Psychology*. 1970; 82: 165 - 77.
 32. Alvandi Sarabi M, Zare H, Alipour A, Erfani N. Prediction of Cognitive Distortions by Irrational Beliefs and Cognitive Fusion. *Social Cognition*. 2016; 5 (2): 168-80.
 33. Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminate validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1980; 39: 472 - 82.
 34. Rahimzade S, Bayat M, Anari A. Lineliness and Social Self-Efficacy in Adolescence. *Developmental Psychology*. 2009;6(22):87-96.
 35. Endler N, Parker JD. Multidimensional Assessment of Coping: A Critical Evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1990; 58 (5): 844-54.
 36. Hashemi Razini H, Baheshmat Juybari SH, Ramshini M. Relationship Between Coping Strategies and Locus of Control With the Anxiety of Death in Old People. *Iranian Journal Ageing*. 2017;12 (2): 232-41.
 37. Wittkowski J. Coping and attitudes toward dying and death in German adults. *Journal of Death and Dying*. 2015; 72 (4): 316-19.
 38. 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.