Journal of Spiritual Health

2024, Volume 3, Issue 3
Pages: 442-447
10.30491/JSH.3.3.442

Relationship between Religious Attitude and Death Anxiety in End-of-Life Patients

Masome Sadat Noorbakhsh [1], Zahra Ahmadnia [2], Mohsen Pourmohammad [3], Kourosh Delpasand [4*]

[1] *School of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran*
[2] *Gastrointestinal and Liver Diseases Research Center, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran*
[3] *Department of Nursing, Langroud School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran*
[4] *Department of Medical Ethics, School of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran*

Abstract

Background and Aim: Death anxiety is a significant factor that may exacerbate end-of-life diseases and is a prevalent concern among patients facing terminal illnesses due to the nature of their conditions and the associated high mortality rates. This study aimed to explore the relationship between religious attitudes and death anxiety in patients at the end-of-life.

Methods: This descriptive-analytical study was conducted on 80 patients at the end-of-life in 2023. Data were collected using a demographic information questionnaire, Templer's Death Anxiety Scale, and Golriz and Brahani's Religious Attitude Questionnaire. The data analysis was performed using SPSS software version 16.

Results: In this study, the mean age of the patients was 62.65 ± 4.12 years, the mean death anxiety score was 81.15 ± 11.32, and the mean religious attitude score was 79.13 ± 9.28. The results of the correlation coefficient test between death anxiety and religious attitude found a significant and negative relationship, with increasing religious attitude, death anxiety decreases ($r = -0.321$, $P<0.01$). The results of linear regression analysis of death anxiety based on religious beliefs showed that a one-unit change in the religious beliefs component results in a 0.410 change in death anxiety ($P<0.05$).

Conclusion: The results of this study highlight the critical role of religious attitudes in managing death anxiety among end-of-life patients. By fostering spiritual well-being, healthcare providers can enhance the quality of life for those facing terminal illnesses, ultimately leading to more compassionate and effective care practices.

Keywords: Death Anxiety, Religious Attitude, Demographic Characteristics.

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2025-12-08]

[DOI: 10.30491/JSH.3.3.442]

*Corresponding author: **Kourosh Delpasand,** Email: kd388@yahoo.com

Received: 30 May 2022 **Accepted:** 9 August 2022

مجله سلامت معنوی

دوره ۳، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۳

صفحات: ۴۴۷-۴۴۲

10.30491/JSH.3.3.442

ارتباط بین نگرش مذهبی و اضطراب مرگ در بیماران پایان حیات

معصومه سادات نوربخش[۱]، زهرا احمدنیا[۲]، محسن پورمحمد[۳]، کورش دل‌پسند[۴]*

[۱] *دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران*

[۲] *مرکز تحقیقات بیماری های گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران*

[۳] *دانشکده پرستاری و مامایی لنگرود، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران*

[۴] *گروه اخلاق پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران*

چکیده

زمینه و هدف: اضطراب مرگ عامل احتمالی موثر بر تشدید بیماری‌های پایان حیات و مفهومی است که همواره در بیماران پایان حیات به دلیل ماهیت بیماری و وجود مرگ و میر بالا وجود دارد. این مطالعه با هدف بررسی ارتباط بین نگرش مذهبی و اضطراب مرگ در بیماران پایان حیات صورت گرفت.

روش‌ها: این مطالعه توصیفی- تحلیلی بر روی ۸۰ نفر از بیماران پایان حیات در سال ۱۴۰۲ انجام شده است. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیکی، پرسشنامه مقیاس اضطراب مرگ تمپلر و پرسشنامه نگرش مذهبی گلریز و براهنی بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد.

یافته‌ها: در این مطالعه میانگین سنی بیماران ۴/۱۲ ± ۶۲/۶۵ سال، میانگین نمره اضطراب مرگ ۱۱/۳۲ ± ۸۱/۱۵ و میانگین نمره نگرش مذهبی ۹/۲۸ ± ۷۹/۱۳ بود. نتایج آزمون ضریب همبستگی بین اضطراب مرگ و نگرش مذهبی رابطه معنادار و منفی نشان داد، که با افزایش نگرش مذهبی، اضطراب مرگ کاهش می‌یابد (r = -۰/۳۲۱ و P<۰/۰۱). نتایج تحلیل رگرسیون خطی اضطراب مرگ بر اساس باورهای مذهبی نشان داد که با یک واحد تغییر در مولفه باورهای مذهبی به میزان ۰/۴۱۰ در اضطراب مرگ تغییر ایجاد می‌گردد (P<۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نقش حیاتی نگرش‌های مذهبی را در مدیریت اضطراب مرگ در میان بیماران پایان حیات برجسته می‌کند. با تقویت رفاه معنوی، ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی می‌توانند کیفیت زندگی افرادی که با بیماری‌های لاعلاج مواجه هستند را افزایش دهند و در نهایت منجر به اقدامات مراقبتی دلسوزانه‌تر و مؤثرتر شوند.

کلیدواژه‌ها: اضطراب مرگ، نگرش مذهبی، ویژگی‌های جمعیت شناختی.

*نویسنده مسئول: **کورش دل پسند.** پست الکترونیک: kd388@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۵/۰۹   پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۹/۱۱

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2025-12-08]

[DOI: 10.30491/JSH.3.3.442]

مقدمه

اضطراب مرگ مفهومی چند بعدی است و منابع آن شامل ترس از مرگ شخصی، نگرانی‌هایی درباره درد و رنج مرگ، نزدیکی ذهنی به مرگ، ترس‌های مرتبط با مرگ و افکار نگران کننده در رابطه با مرگ است (۱,۲).

از عوامل تاثیرگذار بر اضطراب مرگ می‌توان به عدم آموزش کافی در مقابله با اضطراب مرگ، کیفیت زندگی پایین، عدم حمایت اجتماعی و تعاملات بین فردی، عدم انجام واجبات مذهبی و نداشتن اعتقادات مذهبی، نا امیدی از زندگی و عدم شادکامی اشاره کرد. شناخت عوامل موثر بر واکنش‌ها در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا، می‌تواند نقش عمده‌ای در مدیریت و کنترل استرس درک شده داشته باشد (۱،۳).

مطالعات نشان داده است که بسیاری از افراد مذهب را منبعی برای کنار آمدن با لحظات سخت زندگی خود می‌دانند (۴،۵). ادیان بستری را برای گسترش خودآگاهی افراد، رسیدگی به بحران‌های وجودی زندگی و مرگ، تأمل در راز هستی و رویارویی با دردهای عاطفی آن‌ها فراهم می‌کنند. کاوش‌های مذهبی عموماً بر این باورند که دیدگاهی عمیق‌تر و محترمانه‌تر از خود ایجاد می‌کنند، و همچنین نسبت به احساسات و رفاه دیگران همدلی می‌کنند. هنگامی که افراد واکنش‌های دفاعی خود را در برابر اضطراب مرگ به چالش می‌کشند، تشویق می‌شوند تا با آرامش با مرگ مقابله کنند، در زمان حال زندگی کنند و بدون توسل به توهم، هم لذت و هم درد وجود را تجربه کنند (۱). در واقع سلامت معنوی بر پایه دین مبین اسلام، اضطراب مرگ را کاهش داده و به عنوان عاملی پیشگیرانه در برابر احساس ناامیدی وجودی عمل می‌کند (۴،۶).

تعدادی از مطالعات نقش تجارب معنوی و رضایت از زندگی را به عنوان مکانیزم مقابله‌ای نشان می‌دهند (۷-۹). اعمال معنوی مانند برنامه روزانه یوگا و مدیتیشن در تسکین علائم افسردگی و اضطراب موثر هستند (۱۰،۱۱)، که ممکن است تسکین زیادی را از اضطراب مرگ نیز فراهم کند. به همین دلیل این مطالعه با هدف بررسی ارتباط بین نگرش مذهبی و اضطراب مرگ در بیماران پایان حیات انجام شد.

روش

این مطالعه توصیفی- تحلیلی بر روی ۸۰ نفر از بیماران پایان حیات در سال ۱۴۰۲ انجام شد. معیار های ورود به مطالعه شامل: در مرحله پایان حیات بودن بیمار با تشخیص پزشک، نداشتن بیماری روانی شناخته شده و اختلال شناختی، ثبات همودینامیکی، تمایل به شرکت در مطالعه، نداشتن فرآیند سوگ و داشتن حداقل ۱۸ سال سن بود. انتخاب بیماران پایان حیات براساس تشخیص پزشک معالج بود که به دلیل پایان حیات شدن بیماری حدودا ۶ ماه از حیات آن‌ها باقی مانده و کیفیت زندگی در این بازه کاهش یافته و درمان در این دوره نگهدارنده بوده است. معیارهای خروج نیز شامل: پرسشنامه‌هایی که به صورت ناقص پاسخ داده شده‌اند.

پس از اخذ کد اخلاق، محقق با ارائه معرفی‌نامه، خود را به مدیران و مسئولین بیمارستان رازی معرفی کرد و پس از توضیح اهداف مطالعه برای واحدهای مورد پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها ابتدا از طریق مصاحبه معیارهای ورود سنجیده شده و سپس رضایت‌نامه کتبی اخذ گردید. نمونه گیری از بیماران پایان حیات که معیار های ورود را داشتند به روش در دسترس انجام شد و از پرسشنامه‌های چند قسمتی حاوی چک لیست اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه مقیاس اضطراب مرگ تمپلر، و پرسشنامه نگرش مذهبی گلریز و براهنی استفاده شد. چک لیست اطلاعات دموگرافیک شامل: سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، مدت زمان ابتلا به بیماری، وجود بیماری‌های زمینه‌ای، شغل، پوشش بیمه، محل سکونت و میزان رضایت ماهیانه بود. در افراد بیسواد سوالات توسط محقق برای فرد خوانده و در صورت لزوم شفاف‌سازی شد و همچنین مشارکت کننده می‌توانست از فرد معتمد خود کمک بگیرد.

مقیاس اضطراب مرگ تمپلر

این مقیاس در سال ۱۹۷۰ توسط تمپلر ساخته شد و اعتبار یابی شده است. این مقیاس ۱۵ سوال با گزینه بلی و خیر دارد. برای پاسخ‌های بلی نمره ۱ و برای خیر نمره صفر در نظر گرفته شده است. دامنه امتیازات بین صفر تا ۱۵ است. امتیاز بالاتر نشان دهنده اضطراب مرگ بیشتر است. نسخه فارسی این ابزار موجود است و ویژگی‌های روان سنجی این ابزار توسط بحرانی و رجبی گزارش شده است. میزان همسانی درونی آن با توجه به آلفای کرونباخ ۰/۷۳ بود (۱۲،۱۳).

پرسشنامه نگرش مذهبی گلریز و براهنی

این پرسشنامه توسط گلریز و براهنی (۱۳۵۳) طراحی و اعتباریابی شده است که شامل ۲۵ گویه است. پاسخ بر اساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت کاملاً موافقم (پنج امتیاز)، موافقم (چهار امتیاز)، تا اندازه‌ای (نظری ندارم) (سه امتیاز)، مخالفم (دو امتیاز)، کاملا مخالفم (یک امتیاز) است. در این پرسشنامه سوالات ۳، ۴، ۵، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۹، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۲۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری شدند. نمره بالاتر نشان‌دهنده نگرش مذهبی بالاتر است. نسخه فارسی این ابزار در مطالعه صولتی و همکارن (۱۳۹۰) اعتباریابی شده است و ۰/۸ است (۱۴).

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه حاصل نتایج طرح تحقیقاتی مصوب در شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان است و مجوز لازم از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گیلان (به شماره IR.GUMS.REC.1402.249) اخذ شد. ملاحظات اخلاقی شامل اخذ رضایت کتبی و آگاهانه از بیماران، توضیح هدف از انجام پژوهش، اطمینان به بیمار مبنی بر محرمانه ماندن اطلاعات بود.

تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آمار توصیفی

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2025-12-08]
[DOI: 10.30491/JSH.3.3.442]

(فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) استفاده شد. برای بررسی ارتباط بین متغیرهای مستقل با متغیر وابسته (اضطراب مرگ)، از همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد. در بررسی ارتباط بین متغیرهای جمعیت شناختی با نمره اضطراب مرگ از آزمون تی مستقل (بررسی ارتباط بین متغیر کمّی در دو گروه) و آنالیز واریانس یک طرفه (بررسی ارتباط بین متغیر کمّی در بیش از دو گروه) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد.

نتایج

در جدول ۱ اطلاعات دموگرافیک بیماران نشان داده شده است. در میان مشارکت کنندگان، ۸۸/۷۵ درصد متاهل و ۶۲/۵ درصد زن بودند. میانگین سن افراد ۴/۱۲ ± ۶۲/۶۵ و میانگین مدت زمان ابتلا به بیماری ۱/۱۸ ± ۳/۴۳ بود.

جدول-۱. اطلاعات دموگرافیکی بیماران پایان حیات

متغیر		فراوانی	درصد
جنس	مرد	۳۰	۳۷/۵
	زن	۵۰	۶۲/۵
تحصیلات	بیسواد	۱۲	۱۵
	ابتدایی تا راهنمایی	۴۰	۵۰
	دبیرستان تا دیپلم	۲۰	۲۵
	دانشگاهی	۸	۱۰
تاهل	متاهل	۷۱	۸۸/۷۵
	مجرد	۹	۱۱/۲۵
شغل	آزاد	۴۲	۵۲/۵
	کارگر	۸	۱۰
	خانه دار	۲۰	۲۵
	کارمند	۱۰	۱۲/۵
	بازنشسته	۱۰	۱۲/۵
پوشش بیمه	دارم	۶۵	۸۱/۲۵
	ندارم	۱۵	۱۸/۷۵
محل سکونت	شهر	۷۰	۸۷/۵
	روستا	۱۰	۱۲/۵
درآمد ماهیانه	کم	۳۰	۳۷/۵
	متوسط	۴۵	۵۶/۲۵
	خوب	۵	۶/۲۵

جدول-۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرهای اضطراب مرگ و نگرش مذهبی

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
اضطراب مرگ	۸۱/۱۵	۱۱/۳۲
نگرش مذهبی	۷۹/۱۳	۹/۲۸

جدول-۳. آزمون ضریب همبستگی در بررسی رابطه بین نگرش مذهبی و اضطراب مرگ

	نگرش مذهبی	
اضطراب مرگ	همبستگی	۰/۳۲۱-
	معناداری	۰/۰۰۲

جدول-۴. گزارش ضرایب رگرسیون خطی ساده اضطراب مرگ بر اساس نگرش مذهبی

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	ضریب غیر استاندارد		ضرایب استاندارد	T	معناداری
		B	خطای استاندارد	ضریب بتا (β)		
اضطراب مرگ	ثابت (Constant)	۱۳/۳۳۵	۶/۶۶۲		۲/۰۰۲	۰/۰۴۶
	نگرش مذهبی	۰/۴۰۷	۰/۰۵۲	۰/۴۱۰-	۷/۸۶۸-	۰/۰۰۰۱

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2025-12-08]

[DOI: 10.30491/JSH.3.3.442]

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین و انحراف استاندارد اضطراب مرگ ۸۱/۱۵ (۱۱/۳۲) و نگرش مذهبی ۷۹/۱۳ (۹/۲۸) بود. نتایج همبستگی بین اضطراب مرگ و نگرش مذهبی (۰/۳۲۱- = r) نشان می دهد که رابطه معنادار و منفی وجود دارد (P<۰/۰۱) و با افزایش نگرش مذهبی، اضطراب مرگ کاهش می‌یابد (جدول ۳)

جدول ۴، تحلیل رگرسیون خطی اضطراب مرگ بر اساس باورهای مذهبی را نشان می‌دهد. متغیر مستقل باورهای مذهبی با سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ و ضریب بتا ۰/۴۱۰- معنادار بود (P<۰/۰۵) به طوری که با یک واحد تغییر در مولفه باورهای مذهبی طبق نتایج بتا به میزان ۰/۴۱۰ در اضطراب مرگ تغییر ایجاد می‌شد.

بحث

یافته‌های این مطالعه بر اهمیت پرداختن به نیازهای روان‌شناختی و معنوی در مراقبت‌های پایان زندگی تأکید می‌کند. سطوح بالای اضطراب مرگ در میان بیماران لاعلاج شایع است که می‌تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی و افزایش پریشانی شود. بسیاری از مطالعات نشان می‌دهند که ترس از مرگ یک ساختار فرا تشخیصی است و یک فرآیند اساسی یا یک علت در آسیب‌شناسی روانی است (۱۵،۱۶). با این حال، برای درک بهتر اضطراب مرگ، تحقیق با نمونه‌های بالینی ضروری است. وقتی اعتقاد بر این است که اضطراب مرگ یک وضعیت زمینه‌ای برای اختلالات روانی متعدد است، این احتمال وجود دارد که اضطراب مرگ برای درمان تشخیص موجود هدف قرار نگیرد و اضطراب مرگ به‌عنوان چنین درمان‌نشده باقی بماند، که ممکن است باعث سایر بیماری‌های روانی شود. این اغلب به عنوان یک پدیده "در گردان" در نظر گرفته می‌شود (۱۵). همانطور که توسط مطالعات توصیه شده است، اضطراب مرگ باید ارزیابی شود و به طور صریح در درمان گنجانده شود تا علل ریشه‌ای اختلالات روانی بهبود یابد و رفاه کلی مشتری تقویت شود (۱۵،۱۶). با توجه به نتایج این مطالعه مشخص شد که بین نگرش مذهبی و ویژگی‌های جمعیت شناختی با اضطراب مرگ رابطه وجود دارد که با نتایج مطالعات قبلی هم‌خوانی داشت (۱،۴،۱۵،۱۶).

همبستگی منفی معنادار بین نگرش‌های مذهبی و اضطراب مرگ نشان می‌دهد که معنویت ممکن است حائلی در برابر ترس و اضطراب در مورد مرگ باشد. در عمل بالینی، ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی باید مراقبت معنوی را در برنامه‌های درمانی خود برای بیمارانی که با بیماری‌های لاعلاج مواجه هستند، لحاظ کنند که شامل مشاوره معنوی و فراهم کردن دسترسی به روحانیون یا مشاوران روحانی که می‌توانند به بیماران کمک کنند تا باورهای خود را کشف کنند و با سلامت معنوی خود بر پایه دین مبین اسلام به آرامش دست یابند (۱۷). همچنین تسهیل گروه‌های حمایتی که در آن بیماران می‌توانند تجربیات و احساسات خود را در مورد مرگ و مردن در یک جامعه حمایتی به اشتراک بگذارند (۱۸). اقدام بعدی می‌تواند با آموزش کارکنان مراقبت‌های بهداشتی در مورد اهمیت پرداختن به نگرانی‌های معنوی به عنوان بخشی از مراقبت جامع از بیمار لحاظ شود (۱۹).

نتیجه‌گیری

ادغام مراقبت معنوی در شیوه‌های مراقبت تسکینی می‌تواند به طور قابل توجهی اضطراب مرگ را در میان بیماران مبتلا به بیماری‌های لاعلاج کاهش دهد. در حالی که این مطالعه بینش‌های ارزشمندی را ارائه می‌دهد، تحقیقات بیشتری برای کشف مکانیسم‌هایی که نگرش‌های مذهبی بر اضطراب مرگ تأثیر می‌گذارند و شناسایی مداخلات خاصی که می‌توانند به طور مؤثری بهزیستی معنوی را افزایش دهند، مورد نیاز است. یک رویکرد کل‌نگر به مراقبت از پایان زندگی می‌تواند به افراد کمک کند تا سفر پایان زندگی خود را با آرامش و پذیرش بیشتر طی کنند. بنابراین، این مطالعه نقش حیاتی نگرش‌های مذهبی را در مدیریت اضطراب مرگ در میان بیماران پایان حیات برجسته می‌کند. با تقویت رفاه معنوی، ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی می‌توانند کیفیت زندگی افرادی که با بیماری‌های لاعلاج مواجه هستند را افزایش دهند و در نهایت منجر به اقدامات مراقبتی دلسوزانه‌تر و مؤثرتر شوند.

تشکر و قدردانی: از واحد توسعه تحقیقات بالینی رازی، معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گیلان که در اجرای پژوهش مساعدت لازم را داشتند، تقدیر و تشکر می‌شود.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Pandya AK, Kathuria T. Death anxiety, religiosity and culture: Implications for therapeutic process and future research. Religions. 2021;12(1):61.
2. Alkozei A, Smith R, Demers LA, Weber M, Berryhill SM, Killgore WD. Increases in emotional intelligence after an online training program are associated with better decision-making on the Iowa gambling task. Psychological Reports. 2019;122(3): 853-79.
3. Yin F, He Y, He Y, Shen H, Ip K. A comparative study of death anxiety and death attitudes in Han and Tibetan ethnic groups. Death Studies. 2022;46(5): 1196-205.
4. Mohammadzadeh A, Najafi M. The comparison of death anxiety, obsession, and depression between Muslim population with positive and negative religious coping. Journal of Religion and Health. 2020;59(2):1055-64.
5. Willis KD, Nelson T, Moreno O. Death anxiety, religious doubt, and depressive symptoms across race in older adults. International Journal of Environmental

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2025-12-08]

[DOI: 10.30491/JSH.3.3.442]

Research and Public Health. 2019; 16(19):3645.
6. Lewis AM. Terror management theory applied clinically: Implications for existential-integrative psychotherapy. Death Studies. 2014;38(6):412-7.
7. Moore G. The relationship between religious orientation, coping style, and psychological health on death anxiety and life satisfaction. 2013.
8. Saini P, Patidar AB, Kaur R, Kaur M, Kaur J. Death anxiety and its associated factors among elderly population of Ludhiana city, Punjab. Indian Journal of Gerontology. 2016;30(1):101-10.
9. S Taghiabadi M, Kavosi A, Mirhafez SR, Keshvari M, Mehrabi T. The association between death anxiety with spiritual experiences and life satisfaction in elderly people. Electronic Physician. 2017;9(3):3980.
10. Bridges L, Sharma M. The efficacy of yoga as a form of treatment for depression. Journal of Evidence-based Complementary & Alternative Medicine. 2017;22(4):1017-28.
11. Varambally S, Gangadhar BN. Yoga and Traditional Healing Methods in Mental Health. Mental Health and Illness in the Rural World. 2020:297-326.
12. Johnson J, Wood AM, Gooding P, Taylor PJ, Tarrier N. Resilience to suicidality: The buffering hypothesis. Clinical Psychology Review. 2011; 31(4):563-91.
13. Shams Esfandabad H, Nejadnaderi S. A comparative study of the quality of life and religious attitude among addicted/non-addicted individuals in Kerman City. Journal of Psychological Studies. 2009;5(1):139-52.
14. Solati K, Rabiei M, Shariati M. The relationship between mental health and religious orientation. Qom University of Medical Sciences Journal. 2011;5(3):42-8.
15. Iverach L, Menzies RG, Menzies RE. Death anxiety and its role in psychopathology: Reviewing the status of a transdiagnostic construct. Clinical Psychology Review. 2014;34(7):580-93.
16. Menzies RE, Sharpe L, Dar-Nimrod I. The relationship between death anxiety and severity of mental illnesses. British Journal of Clinical Psychology. 2019;58(4):452-67.
17. Gladding ST, Crockett JE. Religious and spiritual issues in counseling and therapy: Overcoming clinical barriers. Journal of Spirituality in Mental Health. 2019; 21(2):152-61.
18. Steffen EM, Timotijevic L, Coyle A. A qualitative analysis of psychosocial needs and support impacts in families affected by young sudden cardiac death: The role of community and peer support. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2020;19(8):681-90.
19. Dezorzi LW, Raymundo MM, Goldim JR, de Oliveira CA. Spirituality in the continuing education of healthcare professionals: An approach to palliative care. Palliative & Supportive Care. 2019; 17(6):662-7.

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2025-12-08]

[DOI: 10.30491/JSH.3.3.442]