Journal of Spiritual Health

2026, Volume 4, Issue 4
Pages: 762-769
10.30491/JSH.4.4.762

The Relationship between Spiritual Health and Death Anxiety in Mothers of Children with Intellectual Disability in Borujerd During the 2024–2025 Academic Year: A Cross-Sectional Study

Ghazal Sheikholmoloki [1], Simin Hojjatoleslami [2*]

[1] *Department of Clinical Psychology, Ha.C., Islamic Azad University, Hamedan, Iran*
[2] *Department of Nursing, Ha.C., Islamic Azad University, Hamedan, Iran*

Abstract

Background and Aim: The psychological stress of caring for a child with intellectual disability may predispose mothers to death anxiety, and spiritual health, as an important dimension of health, is related to this phenomenon; Therefore, this study aimed to determine the relationship between the dimensions of spiritual health, including the religious and existential dimensions, and death anxiety among mothers of children with Intellectual disabilities.

Methods: This study was a cross-sectional, descriptive–correlational research. The statistical population included all mothers of children with Intellectual disabilities in Borujerd whose children were studying in special education schools and rehabilitation centers during the 2023–2024 academic year, 102 mothers were selected through convenience sampling. Data collection tools included the Templer Death Anxiety Scale (DAS) and the Spiritual health Scale (SWBS) by Paloutzian and Ellison. Data normality was examined by Shapiro-Wilk test and confirmed prior to inferential analyses, and the data were analyzed using Pearson correlation and multiple regression analyses in SPSS version 27.

Results: The mean and standard deviation of death anxiety were 7.44 ± 2.80, the religious dimension 18.01 ± 6.91, and the existential dimension 27.59 ± 8.29. Correlation analysis showed a significant negative relationship between death anxiety and the religious (r = -0.31, P = 0.002) and existential (r = -0.31, P = 0.001) dimensions. Regression analysis also showed that the religious (β = -0.244, P = 0.012) and existential (β = -0.25, P = 0.009) dimensions significantly predicted death anxiety.

Conclusion: The results indicate that the religious and existential dimensions play an important role in reducing death anxiety among mothers; therefore, supportive programs should consider spiritual health as a complementary strategy to reduce existential anxiety.

Keywords: Anxiety, Death, Health, Intellectual Disability, Child.

*Corresponding author: **Simin Hojjatoleslami,** Email: Simin.Hojjatoleslami@iau.ac.ir

Received: 19 December 2025 **Accepted:** 2 March 2026

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.30491/JSH.4.4.762]

مجله سلامت معنوی
دوره ۴، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۴
صفحات: ۷۶۹-۷۶۲
10.30491/JSH.4.4.762

بررسی ارتباط سلامت معنوی با اضطراب مرگ مادران کودکان کم‌توان ذهنی شهرستان بروجرد در سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۳: یک مطالعه مقطعی

غزل شیخ‌الملوکی[۱]، سیمین حجه‌الاسلامی[۲*]

[۱] گروه روان‌شناسی بالینی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران
[۲] گروه پرستاری، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران

چکیده

زمینه و هدف: فشارهای روانیِ مراقبت از کودک کم‌توان ذهنی می‌تواند مادران را مستعد اضطراب مرگ کند و سلامت معنوی به‌عنوان بُعدی مهم از سلامت، با این پدیده ارتباط دارد. این مطالعه، با هدف تعیین ارتباط بین سلامت معنوی با اضطراب مرگ در مادران کودکان کم‌توان ذهنی انجام شد.

روش‌ها: مطالعه حاضر یک پژوهش مقطعی از نوع توصیفی- همبستگی بود. جامعه پژوهش، شامل تمامی مادران کودکان کم‌توان ذهنی شهرستان بروجرد بودند که فرزندشان در سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۳ در مدارس استثنایی و مراکز توان‌بخشی این شهرستان تحصیل می‌کردند. ۱۰۲ مادر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل مقیاس اضطراب مرگ Templer و مقیاس سلامت معنوی Paloutzian و Ellison بود. نرمال بودن توزیع داده‌ها به وسیله آزمون Shapiro-Wilk بررسی شد و داده‌ها دارای توزیع نرمال بودند. داده‌های گردآوری‌شده با روش‌های آماری مناسب، شامل آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین و انحراف استاندارد اضطراب مرگ ۲/۸۰ ± ۷/۴۴، بُعد مذهبی ۶/۹۱ ± ۱۸/۰۱ و بُعد وجودی ۸/۲۹ ± ۲۷/۵۹ بود. نتایج تحلیل همبستگی بیانگر وجود رابطه منفی و معنادار اضطراب مرگ با بُعد مذهبی ($P = ۰/۰۰۲$، $r = -۰/۳۱$) و وجودی ($P = ۰/۰۰۱$، $r = -۰/۳۱$) بود. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که بُعد مذهبی ($P = -۰/۰۱۲$، $\beta = -۰/۲۴۴$) و وجودی ($P = ۰/۰۰۹$، $\beta = -۰/۲۵$)، به طور معناداری اضطراب مرگ را پیش‌بینی کردند.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان می‌دهد که ابعاد مذهبی و وجودی سلامت معنوی می‌تواند نقش مهمی در کاهش اضطراب مرگ مادران این کودکان داشته باشد. پیشنهاد می‌شود در طراحی برنامه‌های حمایتی، به سلامت معنوی به‌عنوان یک راهبرد تکمیلی در کاهش اضطراب‌های وجودی مادران توجه گردد.

کلیدواژه‌ها: اضطراب، مرگ، سلامت، کم‌توان ذهنی، کودک.

*نویسنده مسئول: **سیمین حجه‌الاسلامی.** پست الکترونیک: Simin.Hojjatoleslami@iau.ac.ir
دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۹/۲۸ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۱۲/۱۱

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.30491/JSH.4.4.762]

مقدمه

کم‌توانی ذهنی (Intellectual Disability)، اختلالی است که با نارسایی در توانایی‌های کلی هوشی و کارکردهای انطباقی مشخص شده و در دوره رشد آغاز می‌شود (۱). این اختلال، با نقص عملکردی در حوزه‌های مفهومی و اجتماعی همراه است (۲). شیوع کم‌توانی ذهنی در سطح جمعیت جهانی حدود ۲ تا ۳ درصد برآورد شده است (۳). والدین کودکان کم‌توان ذهنی، همواره نقش اساسی و غیرقابل‌انکاری در تأمین مراقبت‌های مستقیم و فراهم‌سازی حمایت‌های لازم برای فرزندان خود در محیط خانوادگی ایفا کرده‌اند (۴). این والدین به ویژه مادران، در مقایسه با مادران کودکان عادی، با بار مراقبتی بیشتری مواجه‌اند و این مسئله آن‌ها را در معرض سطوح بالاتری از فشار روانی، اضطراب و افسردگی قرار می‌دهد (۵،۶). بر همین اساس، در مطالعه حاضر صرفاً مادران کودکان کم‌توان ذهنی به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند؛ تصمیمی که با در نظر گرفتن نقش محوری مادران در مراقبت‌های روزمره، تعامل مستقیم و مستمر با کودک، و نیز سهولت دسترسی به آنان در مراکز آموزشی و توانبخشی اتخاذ شد.

یکی از انواع این اضطراب، اضطراب مرگ (Death Anxiety) است که به احساس ناخوشایند و ریشه‌دار در تجربه وجودی انسان اشاره دارد؛ احساسی که با اندیشیدن به مرگ خود یا دیگران برانگیخته می‌شود و اغلب با پیامدهای نامطلوب روان‌شناختی از جمله افسردگی، وابستگی عاطفی و هراس از رنج کشیدن همراه است (۷). از سوی دیگر، اضطراب مرگ قادر است بر تجربیات زندگی، الگوهای رفتاری و کیفیت کلی زندگی فرد تاثیرگذار باشد (۸). این اضطراب، تحت تاثیر عوامل مختلفی همچون مرحله رشدی فرد، باورهای مذهبی و معنوی، حمایت اجتماعی و تجارب زندگی قرار می‌گیرد (۹). در چارچوب نظریه مدیریت وحشت (Terror management theory)، آگاهی از فناپذیری انسان می‌تواند منجر به برانگیختگی اضطراب مرگ شود. افراد برای مقابله با این اضطراب، به جهان‌بینی‌های فرهنگی و نظام‌های معنایی مانند باورهای مذهبی متوسل می‌شوند تا از طریق کسب معنا و افزایش عزت‌نفس، نظم وجودی خود را حفظ کرده و اضطراب مرگ را کاهش دهند (۱۰). در کنار باورهای مذهبی، سلامت معنوی (Spiritual Health) نیز می‌تواند درک فرد از موقعیت‌های وجودی را ارتقا داده و پذیرش مرگ را تسهیل کند (۱۱).

سلامت معنوی بیانگر احساس پذیرش درونی، تجربه هیجان‌های مثبت، پایبندی به اصول اخلاقی و شکل‌گیری ارتباط با خداوند یا یک قدرت متعالی، دیگران و خود فرد می‌باشد (۱۲). سلامت معنوی بالاتر با کاهش اضطراب مرگ همراه است و می‌تواند به بهبود بهزیستی مادران کودکان کم‌توان ذهنی منجر شود (۱۳). افرادی که از سطوح بالاتری از سلامت معنوی برخوردارند، معمولا مرگ را بخشی از چرخه طبیعی حیات دانسته و آن را در پرتو باورهای مذهبی و معنایی تفسیر می‌کنند؛ این امر به کاهش احساس ترس و نگرانی از مرگ منجر می‌شود (۱۴). به عبارت دیگر، سلامت معنوی مفهومی چند بعدی است که تجربه‌های معنوی انسان را از زوایای مختلف در بر می‌گیرد. از یک‌سو، دیدگاه مذهبی بر این اساس استوار است که سلامت فرد در ارتباط و پیوند او با نیرویی برتر معنا پیدا می‌کند. از سوی دیگر، دیدگاه وجودی به ابعاد روانی و اجتماعی زندگی پرداخته و بررسی می‌کند که چگونه فرد در تعامل با شرایط محیطی و بافت اجتماعی خود به سازگاری دست می‌یابد (۱۵). به بیان دیگر، بُعد مذهبی (Religious) بیانگر تجربه درونی آرامش، معنا و خشنودی فرد در نسبت با یک قدرت برتر است، در حالی‌که بُعد وجودی (Existential) به میزان درگیری آگاهانه فرد در یافتن معنای زندگی، هدفمندی و جهت‌گیری ارزشی در چارچوب باورها و هنجارهای حاکم اشاره دارد (۱۶). از این رو، توجه به سلامت معنوی به عنوان عاملی کلیدی در بهبود و جهت‌دهی مؤثر سلامت کلی افراد شناخته می‌شود و غفلت از آن می‌تواند باعث ظهور یا تشدید اختلالات روانی در جامعه شود (۱۷).

مطالعه هادیان و همکاران نشان داد که بین اضطراب مرگ و سلامت معنوی رابطه‌ای منفی و معنادار وجود دارد؛ به‌طوری‌که با افزایش سلامت معنوی، میزان اضطراب مرگ کاهش می‌یابد (۱۸). همچنین، مطالعه احمدنیا و همکاران نیز این رابطه را تأیید کرده و نشان داده است که سطوح بالاتر سلامت معنوی با کاهش اضطراب مرگ همراه است (۱۹). در مطالعه‌ای که توسط رضایی و همکاران انجام شد، نتایج حاکی از عدم وجود رابطه معنادار بین سلامت معنوی و اضطراب مرگ بود (۱۲). اگرچه پژوهش‌هایی در جمعیت‌های عمومی و بیماران خاص به بررسی رابطه سلامت معنوی و اضطراب مرگ پرداخته‌اند (۱۸،۱۹)، اما در مرور منابع انجام‌شده توسط پژوهشگران، توجه اندکی به مادران کودکان کم‌توان ذهنی، به طور خاص، به‌عنوان یک گروه در معرض فشارهای روان‌شناختی مزمن شده است (۱۳). همچنین، بررسی هم‌زمان سلامت معنوی، شامل بُعد مذهبی و بُعد وجودی در ارتباط با اضطراب مرگ در این گروه کمتر مورد توجه قرار گرفته است. به بیان دیگر، با وجود مطالعات انجام‌شده، هنوز به‌طور دقیق مشخص نیست که ابعاد مختلف سلامت معنوی، به‌ویژه ابعاد مذهبی و وجودی، چه ارتباطی با اضطراب مرگ در مادران کودکان کم‌توان ذهنی دارند. ازاین‌رو، انجام پژوهشی که به‌طور اختصاصی به بررسی این متغیرها در مادران کودکان کم‌توان ذهنی بپردازد، ضروری به نظر می‌رسد. بر این اساس، مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه بین سلامت معنوی با اضطراب مرگ در مادران کودکان کم‌توان ذهنی انجام شد. براین اساس، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سوال بود که چه رابطه‌ای بین ابعاد سلامت معنوی و اضطراب مرگ در مادران کودکان کم‌توان ذهنی وجود دارد.

روش

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.30491/JSH.4.4.762]

مطالعه حاضر مقطعی از نوع توصیفی- همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه مادران کودکان کم‌توان ذهنی شهرستان بروجرد بود که فرزندشان با تشخیص رسمی کمیسیون پزشکی، در سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۳ در مدارس استثنایی یا مراکز توانبخشی این شهر مشغول تحصیل بودند. بعد از کسب مجوز از کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان و گرفتن کد اخلاق IR.IAU.H.REC.1403.122، پژوهشگر با مراجعه حضوری به این مدارس و مراکز و انجام هماهنگی‌های لازم، نمونه‌گیری را آغاز نمود. پژوهش در فضایی آرام و اختصاصی، با هدف حفظ حریم خصوصی شرکت‌کنندگان، انجام شد. اهداف پژوهش، روش اجرا و ملاحظات اخلاقی به‌طور کامل برای شرکت‌کنندگان تشریح شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی، اطمینان حاصل شد که اطلاعات جمع‌آوری‌شده محرمانه باقی خواهد ماند و رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان دریافت گردید. ابزارهای پژوهش به‌صورت نسخه‌های چاپی در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و فرایند گردآوری داده‌ها با دقت و رعایت اصول علمی انجام پذیرفت.

با مرور متون و مطالعات پیشین، پژوهشی که به‌طور هم‌زمان به بررسی ارتباط سلامت معنوی و اضطراب مرگ در مادران کودکان کم‌توان ذهنی پرداخته باشد، یافت نشد. بر همین اساس، برای تعیین حجم نمونه از رویکرد رایج در مطالعات همبستگی استفاده گردید. در این راستا، با در نظر گرفتن یک ضریب همبستگی مورد انتظار در حد متوسط (r = ۰/۳۰)، سطح معناداری ۰/۰۵ و توان آزمون ۸۰ درصد، حداقل حجم نمونه لازم، حدود ۸۵ نفر برآورد شد. با توجه به احتمال عدم تکمیل پرسشنامه‌ها و به‌منظور افزایش دقت و اطمینان تحلیل‌های آماری، در نهایت ۱۰۲ نفر در پژوهش شرکت داده شدند.

نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس و از میان ۱۳۷ مادر که شرایط ورود به مطالعه را داشتند و تمایل به مشارکت نشان دادند انتخاب شدند. ملاک های ورود به پژوهش شامل تمایل و رضایت آگاهانه مادران برای شرکت در پژوهش، داشتن حداقل یک فرزند کم‌توان ذهنی، برخورداری از حداقل یک سال تجربه مراقبت از کودک کم‌توان ذهنی و داشتن فرزند کم‌توان ذهنی در بازه سنی ۱ تا ۱۱ سال بود. معیارهای خروج نیز شامل عدم تکمیل پرسشنامه‌ها توسط شرکت‌کنندگان، داشتن کودک چند معلولیتی و خوداظهاری شرکت کننده مبنی بر سابقه مشکلات روان‌شناختی بود.

ابزار پژوهش

داده‌ها از طریق دو ابزار پژوهش شامل مقیاس ۱۵ سوالی اضطراب مرگ Templer و مقیاس ۲۰ سوالی سلامت معنوی Paloutzian و Ellison و فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل سن مادر، میزان تحصیلات، وضعیت شغلی، سن و جنسیت کودک جمع‌آوری شد.

مقیاس اضطراب مرگ (Death Anxiety Scale) نخستین بار توسط Templer (۱۹۷۰) توسعه و اعتبارسنجی شد و با هدف سنجش اضطراب مرگ مورد استفاده قرار گرفت؛ به‌گونه‌ای که امروزه به‌عنوان یکی از پرکاربردترین مقیاس‌ها در این حوزه شناخته می‌شود (۲۰). این مقیاس خودگزارشی دارای ۱۵ گویه ۲ لیکرتی می‌باشد که به صورت بله (نمره یک) و خیر (نمره صفر) نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌گذاری سوالات ۱۰ تا ۱۵ به صورت معکوس می‌باشد. دامنه نمرات بین ۰ تا ۱۵ است و نمرات بالاتر نشان دهنده اضطراب مرگ بالاتر آزمودنی است (۱۷). این مقیاس در ایران توسط رجبی و بحرانی (۱۳۸۰)، بر روی ۱۳۸ دانشجوی دوره کارشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز به اجرا در آمد و نتایج نشان دهنده ضریب همسانی درونی ۰/۷۳ بود (۲۱). در پژوهش حاضر، همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۴ به دست آمد که حاکی از پایایی در حد قابل قبول این ابزار در نمونه مورد مطالعه است.

مقیاس سلامت معنوی (Spiritual Well-being Scale) توسط Paloutzian و Ellison (۱۹۸۲) با هدف ارزیابی میزان سلامت معنوی افراد طراحی شد. این مقیاس، از دو بُعد مذهبی (Religious) و وجودی (Existential) تشکیل شده است که هر کدام ۱۰ گویه را به خود اختصاص داده‌اند. این ابزار دارای ۲۰ گویه ۶ لیکرتی است. نمره‌گذاری سوالات ۳، ۴، ۷، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۹ و ۲۰، با نمره کاملا مخالفم (نمره یک) و کاملا موافقم (نمره شش) در نظر گرفته می‌شود. نمره‌گذاری سایر سوالات به صورت معکوس می‌باشد. دامنه نمرات بین ۲۰ تا ۱۲۰ است؛ نمرات ۲۰ تا ۴۰ نشان دهنده سلامت معنوی پایین، ۴۱ تا ۹۹ سلامت معنوی متوسط و ۱۰۰ تا ۱۲۰ نمایانگر سلامت معنوی بالا می‌باشد. این مقیاس برای نخستین بار در ایران توسط عباسی و همکاران (۱۳۸۴) بر روی ۲۸۳ دانشجوی پرستاری دانشگاه‌های ایران، تهران و شهید بهشتی مورد اجرا قرار گرفت و پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شد (۲۲). در پژوهش حاضر، همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد و مقدار آن برای بُعد مذهبی ۰/۸۶ و برای بُعد وجودی ۰/۸۳ به دست آمد.

تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ استفاده شد. همچنین، تحلیل داده‌ها، در دو بخش یافته‌های توصیفی و استنباطی انجام شد. در بخش توصیفی، میانگین، انحراف استاندارد، کمینه، بیشینه، چولگی و کشیدگی برای متغیرهای اصلی پژوهش و همچنین فراوانی و درصد برای متغیرهای جمعیت‌شناختی محاسبه گردید. در بخش استنباطی، ضریب همبستگی و تحلیل رگرسیون به روش ورود، برای آزمون فرضیه‌ها استفاده شد و ابعاد مذهبی و وجودی به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین و اضطراب مرگ به‌عنوان متغیر ملاک وارد مدل رگرسیون شدند. پیش از اجرای تحلیل رگرسیون، مفروضه‌های آماری نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون Shapiro-Wilk و شاخص‌های چولگی و کشیدگی بررسی و تأیید شد.

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.30491/JSH.4.4.762]

نتایج

تحلیل داده‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین و انحراف استاندارد سنی شرکت‌کنندگان به ترتیب (۵۸-۲۶) ۷/۳۶ ± ۳۹/۹۳ بود. همچنین، بیشترین میزان تحصیلات شرکت کنندگان مربوط به سطح خواندن و نوشتن با ۳۱ نفر (۳۰/۴ درصد) بود. از سوی دیگر، جنسیت فرزند ۴۲ نفر (۴۲/۲ درصد) از شرکت‌کنندگان دختر و ۶۰ نفر (۵۸/۸ درصد) پسر بود. از میان شرکت‌کنندگان، ۹۳ نفر (۹۱/۲ درصد) خانه‌دار بودند که این گروه بیشترین فراوانی وضعیت اشتغال را به خود اختصاص داد.

به منظور بررسی فروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها، آزمون Shapiro-Wilk اجرا شد. نتایج نشان داد که توزیع داده‌های اضطراب مرگ ($P = ۰/۱۴۱$) و سلامت معنوی($P = ۰/۱۵۶$) در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود ($P>۰/۰۵$) و توزیع داده‌ها نرمال بود. از این رو، فرض نرمال بودن برای استفاده از آزمون‌های پارامتریک برقرار بود.

مطابق جدول ۱، بررسی یافته‌های توصیفی نشان داد که میانگین و انحراف استاندارد اضطراب مرگ به ترتیب ۲/۸۰ ± ۷/۴۴ بود که بیانگر سطح متوسط اضطراب مرگ در مادران شرکت‌کننده و همگنی قابل قبول در پراکندگی داده‌ها است. از سوی دیگر، میانگین و انحراف استاندارد سلامت معنوی برابر با ۱۱/۹۹ ± ۴۵/۵۹ بود. مقدار چولگی ۰/۴۶ نشان‌دهنده تمایل خفیف داده‌ها به سمت مقادیر بالاتر است، اما کشیدگی ۰/۱۳ بیانگر نزدیکی توزیع به الگوی نرمال و عدم وجود انحراف شدید در شکل توزیع داده‌ها می‌باشد. همچنین، میانگین و انحراف استاندارد بُعد مذهبی برابر با ۶/۹۱ ± ۱۸/۰۱ بود. چولگی ۰/۸۹ نیز نشان‌دهنده تمایل اندک داده‌ها به سمت مقادیر پایین‌تر است، اما کشیدگی ۰/۰۴ بیانگر نزدیکی توزیع به الگوی نرمال است. در بُعد وجودی، میانگین و انحراف استاندارد برابر با ۸/۲۹ ± ۲۷/۵۹ بود که نشان‌دهنده گستردگی قابل توجه تجربه معنا و جهت‌مندی وجودی در میان مادران است. چولگی ۰/۱۴- و کشیدگی ۰/۴۲- گویای توزیعی تقریبا متقارن و فاقد انحراف قابل توجه از معیارهای نرمال هستند.

جدول-۱. شاخص‌های توصیفی ابعاد سلامت معنوی و اضطراب مرگ مادران کودکان کم توان ذهنی

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه	چولگی	کشیدگی
اضطراب مرگ	۷/۴۴	۲/۸۰	۱	۱۴	۰/۱۸-	۰/۱۹-
سلامت معنوی	۴۵/۵۹	۱۱/۹۹	۲۰	۹۴	۰/۴۶	۰/۱۳
سلامت معنوی – مذهبی	۱۸/۰۱	۶/۹۱	۱۰	۳۵	۰/۸۹	۰/۰۴
سلامت معنوی – وجودی	۲۷/۵۹	۸/۲۹	۱۰	۴۴	۰/۱۴-	۰/۴۲-

به منظور بررسی روابط بین متغیرهای پژوهش، آزمون همبستگی پیرسون اجرا شد. نتایج نشان داد که اضطراب مرگ به طور کلی با سلامت معنوی($P<۰/۰۰۱$، $r = -۰/۳۹$)، رابطه منفی و معناداری داشت. از سوی دیگر، اضطراب مرگ با بُعد مذهبی ($P = ۰/۰۰۲$، $r = -۰/۳۱$) و وجودی ($P = ۰/۰۰۱$، $r = -۰/۳۱$) سلامت معنوی، رابطه منفی معنادار داشت. این یافته، بیانگر آن است که با افزایش سطح سلامت معنوی، چه در بعد مذهبی و چه در بعد وجودی، احتمالاً میزان اضطراب مرگ در مادران کاهش می‌یابد. به عبارت دیگر، احتمالاً افرادی که از معنویت قوی‌تر، معنا و هدف در زندگی و ارتباط عمیق‌تر با باورهای مذهبی برخوردارند، اضطراب کمتری نسبت به مسئله مرگ تجربه می‌کنند.

همچنین، سلامت معنوی با بُعد مذهبی ($P<۰/۰۰۱$، $r = ۰/۷۴$) و وجودی ($P<۰/۰۰۱$، $r = ۰/۸۳$) همبستگی مثبت و قوی داشت. همچنین، بین ابعاد مذهبی و وجودی نیز رابطه مثبت و معناداری مشاهده شد ($P = ۰/۰۱۶$، $r = ۰/۲۴$). نتایج همبستگی ابعاد سلامت معنوی با اضطراب مرگ در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول-۲. ماتریس همبستگی ابعاد سلامت معنوی و اضطراب مرگ مادران کودکان کم توان ذهنی

متغیر	۱	۲	۳	۴
۱. اضطراب مرگ	۱			
۲. سلامت معنوی	۰/۳۹-**	۱		
۳. سلامت معنوی – مذهبی	۰/۳۱-**	۰/۷۴**	۱	
۴. سلامت معنوی – وجودی	۰/۳۱-**	۰/۸۳**	۰/۲۴*	۱

N = ۱۰۲؛ **$P<۰/۰۱$؛ *$P<۰/۰۵$

پیش از اجرای تحلیل رگرسیون چندگانه، تمامی پیش‌فرض‌های آماری مرتبط با مدل مورد بررسی قرار گرفتند تا اعتبار نتایج حاصل از تحلیل تأیید شود. به منظور بررسی مفروضه عدم همخطی میان متغیرهای مستقل، شاخص‌های ضریب تحمل (Tolerance) و تورم واریانس (VIF) محاسبه شد. نتایج نشان داد که مقادیر Tolerance برای هر دو متغیر برابر با ۰/۹۴ و VIF برابر با ۱/۰۶ بود که برای هر دو بعد مذهبی و وجودی در محدوده کاملا قابل قبول قرار دارند. بنابراین، پیش‌فرض عدم همخطی رعایت شده بود.

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.30491/JSH.4.4.762]

برای بررسی نقش ابعاد مذهبی و وجودی در پیش‌بینی اضطراب مرگ، تحلیل رگرسیون چندگانه اجرا شد. نتایج نشان داد که بُعد مذهبی ($P = ۰/۰۱۲$ ،$\beta = -۰/۲۴$) و وجودی ($P = ۰/۰۰۹$ ،$\beta = -۰/۲۵$) هر دو به طور معناداری با اضطراب مرگ مادران کودکان کم‌توان ذهنی رابطه منفی داشتند. مدل رگرسیون توانست ۱۵/۴ درصد ($R^2 = ۰/۱۵۴$) از واریانس اضطراب مرگ را تبیین کند و مقدار تعدیل شده آن برابر با ۱۳/۷ درصد بود (Adjusted $R^2 = ۰/۱۳۷$). ضریب رگرسیون (B) بُعد مذهبی برابر با ۰/۰۹- و بُعد وجودی ۰/۰۸- بوده که بیانگر تأثیر کاهش‌دهنده این متغیرها بر اضطراب مرگ است. همچنین مقدار ثابت (constant) برابر با ۱۱/۵۹ گزارش شد. به عبارت دیگر، افزایش در هر یک از ابعاد مذهبی و وجودی با کاهش اضطراب مرگ همراه است. این نتایج نشان می‌دهند که ابعاد مختلف سلامت معنوی، احتمالاً نقش مهمی در کاهش اضطراب مرگ دارند و می‌توانند به‌عنوان عوامل محافظتی در این زمینه مورد توجه قرار گیرند. نتایج تحلیل رگرسیون ابعاد سلامت معنوی با اضطراب مرگ در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول-۳. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه ابعاد سلامت معنوی در پیش بینی اضطراب مرگ مادران کودکان کم توان ذهنی

متغیر	ضریب رگرسیون (B)	خطای استاندارد (SE)	ضریب استاندارد (β)	آماره (t)	سطح معناداری (*P*)	ضریب تحمل (Tolerance)	تورم واریانس (VIF)
ثابت	۱۱/۵۹	۱/۰۲	-	۱۱/۳۴	<۰/۰۰۱	-	-
سلامت معنوی- مذهبی	-۰/۰۹	۰/۰۳	-۰/۲۴	-۲/۲۵	۰/۰۱۲	۰/۹۴	۱/۰۶
سلامت معنوی-وجودی	-۰/۰۸	۰/۰۳	-۰/۲۵	-۲/۶۶	۰/۰۰۹	۰/۹۴	۱/۰۶

بحث

یافته‌های این پژوهش با تمرکز بر مادران کودکان کم‌توان ذهنی، شواهد جدیدی درباره نقش هم‌زمان ابعاد مذهبی و وجودی سلامت معنوی در تبیین اضطراب مرگ در یک گروه آسیب‌پذیر فراهم می‌کند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که سلامت معنوی، شامل دو بُعد مذهبی و وجودی، نقش معنادار و مؤثری در کاهش اضطراب مرگ مادران کودکان کم‌توان ذهنی دارد. نتایج همبستگی بیانگر آن بود که سلامت معنوی و ابعاد آن رابطه‌ای منفی و معنادار با اضطراب مرگ دارند. به این معنا که با افزایش معنا، جهت‌مندی وجودی و باورهای مذهبی، سطح اضطراب مرگ کاهش می‌یابد. تحلیل رگرسیون نیز این الگو را تأیید کرد و نشان داد که ابعاد مذهبی و وجودی، هر دو پیش‌بین‌های منفی و معنادار اضطراب مرگ هستند؛ به‌گونه‌ای که مدل رگرسیون توانست بخش قابل توجهی از واریانس اضطراب مرگ را تبیین کند. الگوهای همبستگی به‌دست آمده، می‌تواند نشان دهنده وجود ارتباط بین ابعاد سلامت معنوی با اضطراب مرگ باشد. سلامت معنوی، احتمالاً به عنوان منبعی سازگارانه برای مادران کودکان کم‌توان ذهنی عمل کرده و می‌تواند نقش حفاظتی در این زمینه داشته باشد. با این حال، پرداختن به ابعاد سلامت معنوی انسان احتمالاً می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی و کاهش فشارهای روانی مرتبط با موقعیت‌های استرس‌زا مانند مواجهه با ناتوانی فرزند کمک کند.

در مجموع، نتایج نشان می‌دهد که سلامت معنوی می‌تواند به‌عنوان یک سازه محافظتی مهم در مواجهه با فشارهای روانی مرتبط با مراقبت از کودک کم‌توان ذهنی عمل کند. تجربه معنا در زندگی، اتکا به باورهای مذهبی و احساس ارتباط با منابع معنوی، مادران را در برابر اضطراب‌های بنیادین مانند اضطراب مرگ مقاوم‌تر می‌سازد. این یافته‌ها اهمیت توجه به مداخلات مبتنی بر معنویت، آموزش مهارت‌های معناجویانه و تقویت پیوندهای مذهبی و وجودی را در برنامه‌های حمایت روانی مادران کودکان کم‌توان ذهنی برجسته می‌کند. نتایج پژوهش حاضر با نتایج هادیان و همکاران (۱۸) و احمدنیا و همکاران (۱۹) مبنی بر وجود رابطه منفی و معنادار بین سلامت معنوی و اضطراب مرگ همسو بود. در تبیین این همسویی نتایج می‌توان اظهار داشت که احتمال پذیرش مرگ به‌عنوان پدیده‌ای طبیعی در چرخه زندگی، در میان افرادی که از سطوح بالایی از سلامت معنوی برخوردارند، ممکن است به‌طور قابل ملاحظه‌ای افزایش یابد (۲۳). این پذیرش، به‌ویژه در مادرانی که با نگرانی‌های شدید درباره آینده فرزند خود پس از مرگ مواجه‌اند، ممکن است نقش محافظتی ایفا کند و اضطراب مرگ را کاهش دهد. از سوی دیگر، سلامت معنوی با ایجاد معنا و هدف در زندگی، تقویت ارتباط با خداوند و افزایش احساس آرامش و امید، فرد را در برابر اضطراب‌های وجودی مقاوم‌تر کند (۲۴،۲۵). یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش یوسف‌وند و همکاران (۲۶) و رضایی و همکاران (۱۲) که نشان‌دهنده عدم وجود رابطه آماری معنادار بین سلامت معنوی و اضطراب مرگ بود ناهمسو بود. تفاوت میان یافته‌های این پژوهش و مطالعات ناهمسو را می‌توان در چارچوب تفاوت‌های زمینه‌ای و فرهنگی دو مطالعه تفسیر کرد. از جمله عوامل محتمل دیگر در این ناهمسویی، تفاوت در ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه‌ها است. برای مثال، مطالعه یوسف‌وند و همکاران بر روی بیماران مبتلا به لوسمی و پژوهش رضایی و همکاران بر روی دانشجویان پرستاری انجام شده است؛ در حالی که در پژوهش حاضر، مادران کودکان کم‌توان ذهنی مورد بررسی قرار گرفتند. افزون بر این، تفاوت در سن، سطح تحصیلات، تنوع

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.30491/JSH.4.4.762]

در ابزارهای سنجش سلامت معنوی و اضطراب مرگ و همچنین تفاوت در بافت فرهنگی و اجتماعی شرکت‌کنندگان می‌تواند در ناهمسویی نتایج نقش داشته باشد. ممکن است چنین عوامل زمینه‌ای بر نحوه تجربه و ابراز اضطراب مرگ و نیز نقش سلامت معنوی در تنظیم آن تأثیرگذار باشند.

از نقاط قوت این پژوهش، می‌توان به نمونه اختصاصی مادران کودکان کم‌توان ذهنی و استفاده از تحلیل رگرسیون چندگانه برای بررسی نقش هم‌زمان ابعاد سلامت معنوی اشاره کرد که باعث افزایش دقت و اعتبار یافته‌ها می‌شود.

از سوی دیگر، پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که در تفسیر نتایج باید مورد توجه قرار گیرد. نخست، گردآوری داده‌ها بر پایه ابزارهای خودگزارشی انجام شد؛ بنابراین امکان بروز خطاهای پاسخ‌دهی و تمایل شرکت‌کنندگان به ارائه پاسخ‌های مطلوب اجتماعی وجود داشت. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس اضطراب مرگ در این پژوهش برابر با ۰/۶۴ به‌دست آمد که در حد مرزی قابل قبول است و ممکن است دقت اندازه‌گیری را تا حدودی تحت تاثیر قرار داده باشد. افزون بر این، فشارهای روانی و وضعیت هیجانی مادران ممکن است دقت و ثبات پاسخ‌های آنان را تحت تأثیر قرار داده باشد. با توجه به یافته‌های پژوهشی، توصیه می‌شود مراکز آموزشی، درمانی و توان‌بخشی، برنامه‌های آموزشی و مداخلات روان‌شناختی هدفمند را با هدف تقویت این ابعاد طراحی و اجرا کنند. بهره‌گیری از یافته‌های پژوهش در مشاوره خانواده و مداخلات بالینی می‌تواند به کاهش اضطراب مرگ و ارتقای سازگاری روان‌شناختی مادران کمک نماید. از سوی دیگر، انجام پژوهش‌های مشابه در میان جمعیت‌های متنوع‌تر از جمله پدران، هر دو والد یا خانواده‌های دارای فرزندان با انواع دیگر کم‌توانی‌ها و در مناطق جغرافیایی مختلف، می‌تواند بر تعمیم‌پذیری نتایج و شناخت تفاوت‌های فرهنگی بیفزاید. همچنین استفاده از روش‌های ترکیبی و بررسی نقش شدت کم‌توانی ذهنی کودک در پژوهش‌های آتی می‌تواند به تبیین دقیق‌تر روابط میان متغیرهای روان‌شناختی و تجربیات مادران کمک کند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که هر دو مؤلفه مذهبی و وجودی به‌عنوان پیش‌بین‌های منفی اضطراب مرگ عمل می‌کنند؛ به گونه‌ای که افزایش هر یک از این ابعاد سلامت معنوی با کاهش اضطراب مرگ همراه است. این نتایج، بیانگر نقش سلامت معنوی در کاهش اضطراب مرگ و ضرورت توجه به ابعاد معنوی در حمایت روانی مادران است. هرچند هر دو بُعد مذهبی و وجودی در جهت کاهش اضطراب مرگ حرکت می‌کنند، اما با توجه به مقادیر ضریب استاندارد و سطح معناداری، می‌توان گفت که هر دو بُعد به طور نسبتاً مشابهی در پیش‌بینی اضطراب مرگ مؤثرند و به عنوان عوامل مکمل یکدیگر در کاهش اضطراب مرگ ایفای نقش می‌کنند. این امر نشان می‌دهد که تجربه‌های معنوی مرتبط با باورهای مذهبی و نیز حس معنا و هدفمندی در زندگی، ممکن است همزمان به کاهش نگرانی‌های مرتبط با مرگ کمک کند.

به طور کلی، یافته‌ها تأکید می‌کنند که پرداختن به سلامت معنوی به صورت جامع و چندبعدی، به ویژه ارتقاء ابعاد مذهبی و وجودی، می‌تواند به عنوان یک رویکرد مؤثر در مداخلات روان‌شناختی و برنامه‌های پیشگیری از اضطراب مرگ مورد توجه قرار گیرد. تقویت این ابعاد می‌تواند افراد را قادر سازد تا با پذیرش واقعیت مرگ، کیفیت زندگی روانی بهتری را تجربه کنند و از اضطراب ناشی از آن کاسته شود. با این حال، با توجه به استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و محدود بودن جامعه پژوهش به مادران کودکان کم‌توان ذهنی شهرستان بروجرد، تعمیم نتایج به سایر جمعیت‌ها و مناطق جغرافیایی باید با احتیاط صورت گیرد.

ملاحظات اخلاقی: اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش شامل داوطلبانه بودن مشارکت، کسب رضایت آگاهانه و حفظ محرمانگی و رازداری اطلاعات شرکت‌کنندگان بود. این پژوهش حاصل پایان‌نامه دانشجویی با کد اخلاق IR.IAU.H.REC.1403.122 می‌باشد و در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان ثبت شده است. در حین تهیه این اثر، نویسندگان از ابزار هوش مصنوعی (ChatGPT) به منظور بهبود ویرایش متون و اصلاح نگارش استفاده کردند. این ابزار در تحلیل داده‌ها و تفسیر یافته‌ها مورد استفاده قرار نگرفت. پس از استفاده از این ابزار، نویسندگان محتوا را بررسی و ویرایش کردند و مسئولیت کامل محتوای انتشار را بر عهده می‌گیرند

تشکر و قدردانی: پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند ابتدا مراتب سپاس و قدردانی صمیمانه خود را از مادران گرامی کودکان کم‌توان ذهنی که با مشارکت مسئولانه و صادقانه خود زمینه انجام این پژوهش را فراهم ساختند، اعلام نمایند. همچنین از مسئولان محترم معاونت علوم پزشکی و پژوهش و فناوری دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان به پاس حمایت‌های علمی و آموزشی قدردانی می‌گردد. در پایان، از مدیران و مسئولان محترم مدارس آموزش استثنایی و مراکز توان‌بخشی که با همکاری و همراهی ارزشمند خود نقش مؤثری در اجرای این پژوهش ایفا کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

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

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.30491/JSH.4.4.762]

منابع

1. World Health Organization. International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (11th Revision). Geneva: WHO; 2019.
2. Demir ZG, Güler K, Aktan EA, Sevimli D. Comparison and examination of the death anxiety of parents with and without having mentally retarded children. The Journal of Neurobehavioral Sciences. 2021;8(1):28-35.
3. Mir A, Song Y, Lee H, Khanahmad H, Khorram E, Nasiri J, et al. Correction: whole exome sequencing revealed variants in four genes underlying X-linked intellectual disability in four Iranian families: novel deleterious variants and clinical features with the review of literature. BMC Medical Genomics. 2025; 18:40.
4. Raghavan R, Jones K. Family networks and voluntary sector participation in the care of people with intellectual disability. Psychiatry Intellect Disabil Across Cultures. 2023;12:199-215.
5. Molero F, Recio P, Sarriá E. Affiliate stigma and marital satisfaction in Spanish parents of children with intellectual disabilities. Stigma and Health. 2024;9(2):181-91.
6. Kostulski M, Breuer D, Döpfner M. Does parent management training reduce behavioural and emotional problems in children with intellectual disability? A randomised controlled trial. Research in Developmental Disabilities. 2021;114:103958.
7. Ozdemir K, Sahin S, Guler DS, Unsal A, Akdemir N. Depression, anxiety, and fear of death in postmenopausal women. Menopause. 2020;27(9): 1030-6.
8. Cho S, Cho OH. Depression and quality of life in older adults with pneumoconiosis: the mediating role of death anxiety. Geriatric Nursing. 2022;44: 215-20.
9. Saleem T, Saleem S. Religiosity and death anxiety: A study of Muslim Dars attendees. Journal of Religion and Health. 2020;59(1):309-17.
10. Amaev A. The effects of psychedelic-assisted therapy on illness and death anxiety [master's thesis]. Toronto: University of Toronto; 2024.
11. Putri OH, Anganthi NR. Spiritual well-being and death anxiety in chronic diseases: A meta-analysis study. Indigenous: Jurnal Ilmiah Psikologi. 2023; 8(2):123-39.
12. Rezaei M., Borzou S. R., Solgi S., Hojjatoleslami S. Spiritual health and death anxiety in nursing students during COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. Journal of Nursing Advances in Clinical Sciences. 2024;1(Issue 1):16-23.
13. Alemdar DK, Yilmaz G, Günaydin N. The spiritual and religious coping of mothers with disabled children in Turkey: correlation between stress coping styles and self-efficacy. Journal of Religion and Health. 2023;62(2):888-905.
14. Omidi A, Mohammadi N, Nazari SZ, Tapak L. Investigating correlation between spiritual health and public health among mothers of mentally disabled children. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. 2019;27(4):242-9.
15. Magnano P, Zammitti A, Dibilio R, Faraci P. Italian validation of the Jarel Spiritual Well-Being Scale. Mental Health Religion Cult. 2019;22(6):626-44.
16. Hosseinzadeh F, Namadi F, Akbarnezhad N, Zeynali E, Zareipour M. Spiritual Well-being and Its Relationship With Academic Achievement in Iranian College Students: A Systematic Review. Iranian Journal of Nursing. 2025;38.
17. Nasab K, Hamid B, Ganji L, Amini M, Pashmdarfard M, Davari Z. Relationship of Loneliness, Perceived Social Support, and Dysfunctional Attitudes with Death Anxiety in Older Adults; the Mediating Role of Spiritual Health. Iranian Journal of War and Public Health. 2025;17(1):29-35.
18. Hadian M, Rahgoi A, Fallahi-Khoshknab M, Vahedi M. The relationship between death anxiety with spiritual health and social support in women with breast cancer. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2024;12(4).
19. Ahmadnia Z, Hadad Zahmatkesh K, Delpasand K. The Relationship between Mental Health and Death Anxiety in End-of-Life Patients Referred to Razi Hospital in Rasht. Journal of Isfahan Medical School. 2024;42(775):605-10.
20. Templer DI. The construction and validation of a death anxiety scale. The Journal of General Psychology. 1970;82(2):165-77.
21. Rajabi G, Bohrani M. Item Factor analysis of the Death Anxiety Scale. Journal of Psychology. 2001(1380SH);5(4):334.
22. Abbasi M, Farahani-Nia M, Mehrdad N, Givari A, Haghani H. Nursing students' spiritual well-being, spirituality and spiritual care. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2014;19(3): 242-7.
23. Karami E, Karami J, Jebraeili H. The relationship between social curiosity and spiritual health with death anxiety in nurses. IJPN. 2022; 10(1):28-36.
24. Madadi Ardekani H, Kamkar A. The evaluation of relation between death anxiety and general health with spiritual well-being in patients with cancer in Shiraz City, 2015. Clinical Psychology and Personality. 2020;17(2):19-30.
25. Farzanehfar M, Karampourian A, Khazaei S, Khatiban M. Relationship between spiritual health, burn pain anxiety, and resilience in burn patients. Avicenna Journal of Clinical Medicine. 2023;30(2): 121-7.
26. Yousofvand V, Barkhordari K, Amiri Bonyad S, Azami H, Maleki Jamasbi M, Alafchi B, et al. The Relationship between Spiritual Health and Death Anxiety of Leukemia Patients. Journal of Spiritual Health. 2024;3(1):327-34.

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.30491/JSH.4.4.762]