



Presentation of a structural model to explain death anxiety based on quality of life with the mediating role of self-compassion

Mahboobeh Izadi¹, Simin Bashardoust², Mina Mojtabaei³

1. Ph.D Candidate in General Psychology, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran. E-mail: izadi.mahboobeh@gmail.com

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran. E-mail: sibashardoust@riau.ac.ir

3. Associate Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran. E-mail: Mojtabaie@riau.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received 26 December 2024
Received in revised form 22 January 2025
Accepted 27 February 2025
Published Online 23 September 2025

Keywords:
death anxiety,
quality of life,
self-compassion

ABSTRACT

Background: Death anxiety, as an existential crisis, affects people's quality of life. On the other hand, self-compassion has been shown to be a protective factor against various anxiety states, including death anxiety. Despite numerous studies on the relationships between the aforementioned variables, There is a research gap regarding the development of a structural model to explain death anxiety based on quality of life with the mediating role of self-compassion.

Aims: The purpose of this study was to develop a structural model to explain death anxiety based on quality of life with the medi mediating ation role of self-compassion.

Methods: The method of this research, correlation was a structural equation modeling type. The statistical population of the study included all employees and retirees aged 50 to 65 who visited health centers located in the east of Tehran in 2023. The statistical sample size was 354 people, who were selected using convenience Sampling. The data collection tools in this research included Death Anxiety Scale (Templer, 1970), WHOQOL: Measuring Quality of Life (World Health Organization, 1996) and Self-Compassion Scale (Neff, 2003). To analyze the data of this study, structural equation modeling method and SPSS26 and AMOS23 software were used.

Results: Based on the results of the fit indices, the structural model of this study had a good fit. The results of the research data analysis showed that quality of life and self-compassion negatively and significantly predict death anxiety ($P < 0.01$). The results also showed that quality of life, mediated by self-compassion, predicts death anxiety ($P < 0.01$).

Conclusion: Considering the findings of this study that quality of life, mediated by self-compassion, predicts death anxiety in individuals, Psychologists can reduce death anxiety in clients by helping them improve their quality of life and self-compassion.

Citation: Izadi, M., Bashardoust, S., & Mojtabaei, M., (2025). Presentation of a structural model to explain death anxiety based on quality of life with the mediating role of self-compassion. *Journal of Psychological Science*, 24(151), 169-186. [10.52547/JPS.24.151.169](https://doi.org/10.52547/JPS.24.151.169)

Journal of Psychological Science, Vol. 24, No. 151, 2025

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.24.151.169](https://doi.org/10.52547/JPS.24.151.169)



✉ **Corresponding Author:** Simin Bashardoust, Assistant Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

E-mail: sibashardoust@riau.ac.ir, Tel: (+98) 9391209536

Extended Abstract

Introduction

Death is an inevitable phenomenon that people naturally encounter in life (Karaoglu et al., 2021). People's perceptions of death vary (Üstükuş & Eskimez, 2021). Death anxiety is defined as an unpleasant feeling that has existential origins, It is caused by thinking about one's own or others' death and is associated with negative psychological consequences such as depression, dependence, and fear of suffering (Ozdemir et al., 2020; Neimeyer, R. A., & Van Brunt, 2018).

Death anxiety affects a person's life experiences, behavioral patterns, and quality of life (Cho & Cho, 2022). Death anxiety, as an existential crisis, may cause suffering and affect quality of life (Sherman et al., 2010). Death anxiety may also have negative effects on health-related quality of life (Onu et al., 2020; Shafaii et al., 2017).

Another characteristic that works well as a protective factor against death anxiety in relation to other constructs is self-compassion (Yousefi Afrashteh & Rezaei, 2021). Studies by Ehret et al. (2018) showed that the effect of self-compassion on common types of anxiety, such as death anxiety, was also valid for general populations. Based on these results and based on the existing theoretical support, it can be hypothesized that the relationship between quality of life and death anxiety can be indirect and through self-compassion. Self-compassion has been introduced as a protective factor against various types of negative anxiety states, improving performance and mental health (Finlay-Jones, 2017).

Based on what has been reviewed, one of the fundamental research gaps in this field is the lack of a comprehensive structural model that accurately explains the relationships between death anxiety, quality of life, and self-compassion, Especially since previous studies have usually been conducted cross-sectionally and have not well defined the mechanisms of these relationships.

Therefore, this study seeks to answer the fundamental question, Does the structural model have the necessary fit to explain death anxiety based on quality of life with the mediating role of self-compassion?

Method

The method of this research, correlation was a structural equation modeling type. The statistical population of the study included all employees and retirees aged 50 to 65 who visited health centers located in the east of Tehran in 2023. The statistical sample size was 354 people, who were selected using convenience Sampling. The data collection tools in this research included Death Anxiety Scale (Templer, 1970), WHOQOL: Measuring Quality of Life (World Health Organization, 1996) and Self-Compassion Scale (Neff, 2003). To analyze the data of this study, structural equation modeling method and SPSS26 and AMOS23 software were used.

Results

In this study, 354 participants, including 161 women (45.48%) and 193 men (54.52) were present, Of these, 87 (24.58%) were under 55 years old, 216 (61.01%) were between 56 and 60 years old, and 51 (14.41%) were over 60 years old. Among the participants, 5 (1.41%) single, 329 (92.94%) married, 11 (3.11%) were separated from their spouse and 9 (2.54%) had died. The level of education of 91 participants (25.71%) was below diploma, 83 (23.45%) had a diploma, 21 (5.93%) had a associate degree, 95 (26.84%) had a bachelor's degree, and 64 (18.07%) had a master's degree or higher. Finally, 11 (11.3%) of the participants were unemployed, 86 (24.29%) were housewives, 93 (26.27%) were Self-employed, 98 (27.69%) were employee, and 66 (18.64%) were retired. The structural equation model fit indices based on the cut points and values obtained are listed in Table 1.

The results in Table 1 show that none of the fit indices obtained from confirmatory factor analysis support an acceptable fit of the measurement model with the collected data. For this reason, the correction indices were evaluated and, following that, by creating covariance between the errors of the two environmental and social relations indicators, the correction model was obtained and acceptable fitness indices were obtained for that model. Table 2 presents the total, direct, and indirect path coefficients between the research variables in the structural model.

Table 1. Structural equation model fit indices

Fitness indicator	Initial model	Modified model	Cutoff point
Chi-square	131.97	68.81	-
df	41	40	-
χ^2/df	3.22	1.72	Less than 3
GFI	0.933	0.966	0.90>
AGFI	.893	0.945	0.850>
CFI	.931	0.978	0.90>
RMSEA	0.080	0.045	0.08<

Table 2. Total, direct, and indirect path coefficients between research variables in the structural model

Effect	Path	B	S.E	B	p
Direct	Quality of Life→Self-Compassion	0.241	0.065	0.482	0.001
	Quality of Life→ Death Anxiety	0.101-	0.027	0.320-	0.001
	Self-Compassion → Death Anxiety	0.183	0.063	0.298-	0.010
Indirect	Quality of Life→ Death Anxiety	0.045-	0.018	0.144-	0.010
Total	Quality of Life→ Death Anxiety	0.146-	0.027	0.464-	0.001

The results in Table 2 show that quality of life and self-compassion negatively and significantly predict death anxiety ($P < 0.01$). The results also showed that quality of life, mediated by self-compassion, predicts death anxiety ($P < 0.01$).

Conclusion

The purpose of this study was to develop a structural model to explain death anxiety based on quality of life with the medi mediating ation role of self-compassion.

The findings of this study showed that the structural model of the study, which assumed that quality of life is related to death anxiety through the mediation of self-compassion, fits the collected data. Although no specific research was found that directly relates to this research finding, However, this finding is indirectly consistent with the results of studies by Cho & Cho (2022), Yousefi Afrashteh & Rezaei (2021), Brophy et al. (2020), Foroughi-Koldaer & Sabzehara-Langeroodi (2019), and Sübeten (2018). In a general explanation of this research finding, it can be said that the terror management theory believes that humans, aware of their own mortality, use various psychological mechanisms to manage the anxiety associated with the awareness of death. Accordingly, individuals try to maintain their self-esteem and worldview to protect themselves from existential anxiety caused by death. Therefore, it is reasonable to assume that self-compassion, as a mechanism for coping with distress, may have a mediating role

between death anxiety and quality of life (Kavaklı et al., 2020; Sübeten, 2018).

Another finding of this study showed that the path coefficient between quality of life and death anxiety was negative and significant. This finding is consistent with the results of studies by Cho & Cho (2022), Woo & Bae (2022), and Hashim et al. (2022). In explaining this finding, it can be said that death anxiety may occur under challenging circumstances that interfere with a person's quality of life. People with a high quality of life may prioritize behaviors that promote physical, mental, and social health, which can reduce death anxiety in individuals.

Other findings of this study indicated that the path coefficient between self-compassion and death anxiety was negative and significant. Although no specific research was found that directly aligns with this finding, However, this finding is indirectly consistent with the results of studies by Yousefi Afrashteh & Rezaei (2021), Kavaklı et al. (2020), Foroughi-Koldaer & Sabzehara-Langeroodi (2019), and Sübeten (2018). In explaining this finding, Neff & Lamb (2009) argued that self-compassion provides a sense of security for the individual that comes from recognizing and feeling compassion for the shared human experience. Hence, self-compassion may be considered a suitable candidate to play the role of buffering anxiety against the unpleasant feelings and thoughts that awareness of death generates (Neff, 2003).

Another finding of this study showed that self-compassion negatively and significantly mediates the

relationship between quality of life and death anxiety. This finding is indirectly consistent with the results of the studies of Yousefi Afrashteh & Rezaei (2021), Brophy et al. (2020), Kavaklı et al. (2020), Foroughi-Koldaer & Sabzehara-Langeroodi (2019), Sübeten (2018), Gerber & Anaki (2018). In explaining this finding, it can be said that self-compassion, as a concept rooted in mindfulness and kindness towards oneself, It plays a fundamental role in how people perceive their quality of life and cope with existential fears such as death anxiety. The results of study by Neff et al (2007) showed that people who show higher levels of self-compassion experience greater well-being and life satisfaction.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This study is derived from the first author's doctoral dissertation in General Psychology at Islamic Azad University, Roudehen Branch. Also, in order to comply with the ethical considerations of the research, participants were explained that participation in the research was voluntary and that their information would be confidential, and written informed consent was obtained from them.

Funding: This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

Authors' contribution: The first author was the senior author of this study, the second were the supervisor and the third was the advisors.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: We sincerely thank all participants who participated in this study.



ارائه مدل ساختاری تبیین اضطراب مرگ بر اساس کیفیت زندگی با نقش میانجی گر شفقت به خود

محبوبه ایزدی^۱، سیمین بشردوست^۲، مینا مجتبابی^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۰۶

بازنگری: ۱۴۰۳/۱۱/۰۳

پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۰۹

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۷/۰۱

کلیدواژه‌ها:

اضطراب مرگ،

کیفیت زندگی،

شفقت به خود

زمینه: اضطراب مرگ به عنوان یک بحران وجودی، کیفیت زندگی افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. از طرف دیگر، شفقت به خود به عنوان یک عامل محافظتی در برابر انواع حالت‌های اضطراب از جمله اضطراب مرگ معرفی شده است. علی‌رغم مطالعات متعدد در مورد روابط متغیرهای مذکور، در مورد تدوین مدل ساختاری تبیین اضطراب مرگ بر اساس کیفیت زندگی با نقش میانجی گر شفقت به خود، خلا پژوهشی وجود دارد.

هدف: هدف از انجام این پژوهش، تدوین مدل ساختاری تبیین اضطراب مرگ بر اساس کیفیت زندگی با نقش میانجی گر شفقت به خود بود.

روش: روش این پژوهش، همبستگی از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی افراد ۵۰ تا ۶۵ ساله مراجعه کننده به مراکز بهداشتی واقع در شرق شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. حجم نمونه آماری نیز ۳۵۴ نفر بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها شامل مقیاس اضطراب مرگ (تمپلر، ۱۹۷۰)؛ پرسشنامه کیفیت زندگی (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶)؛ مقیاس شفقت به خود (نف، ۲۰۰۳) بود. برای تحلیل داده‌های این پژوهش از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری و نرم‌افزارهای SPSS^{۲۶} و AMOS^{۲۳} استفاده شد.

یافته‌ها: بر اساس نتایج شاخص‌های برازش، مدل ساختاری این پژوهش از برازش مطلوب برخوردار بود. نتایج تحلیل داده‌های پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی و شفقت به خود به صورت منفی و معنادار، اضطراب مرگ را پیش‌بینی می‌کنند ($P < 0/01$). هم‌چنین نتایج نشان داد، کیفیت زندگی با میانجی‌گری شفقت به خود، اضطراب مرگ را پیش‌بینی می‌کند ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: با توجه یافته‌های این پژوهش مبنی بر این که کیفیت زندگی با میانجی‌گری شفقت به خود، اضطراب مرگ را در افراد پیش‌بینی می‌کند، روانشناسان می‌توانند با کمک به مراجعان جهت ارتقای کیفیت زندگی و شفقت به خود، اضطراب مرگ را در آن‌ها کاهش دهند.

استناد: ایزدی، محبوبه؛ بشردوست، سیمین؛ و مجتبابی، مینا (۱۴۰۴). ارائه مدل ساختاری تبیین اضطراب مرگ بر اساس کیفیت زندگی با نقش میانجی گر شفقت به خود. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۵۱، ۱۶۹-۱۸۶.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۵۱، ۱۴۰۴. DOI: [10.52547/JPS.24.151.169](https://doi.org/10.52547/JPS.24.151.169)



© نویسنده‌گان.

✉ نویسنده مسئول: سیمین بشردوست، استادیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران. رایانامه: sibashardoust@yahoo.com

تلفن: ۰۹۳۹۱۲۰۹۵۳۶

مقدمه

مرگ پدیده‌ای اجتناب‌ناپذیر است که افراد در زندگی به طور طبیعی با آن مواجه می‌شوند (افغان، ۲۰۲۴؛ کاراوغلو و همکاران، ۲۰۲۱). درک افراد از مرگ متفاوت است (اوستوکاز و اسکیمز، ۲۰۲۱). اضطراب مرگ^۱ به عنوان یک احساس ناخوشایند تعریف می‌شود که منشأ وجودی دارد و با فکر کردن به مرگ خود یا دیگران ایجاد شده و با پیامدهای روانی منفی مانند افسردگی، وابستگی و ترس از رنج همراه است (اوزدمیر و همکاران، ۲۰۲۰؛ نمیر و ون‌برانت، ۲۰۱۸). اضطراب مرگ با چهار بُعد مختلف شناخته شده می‌شود. اول، پذیرش مرگ^۲ که نشان‌دهنده درک شخصی فرد از مرگ و رویکرد به کار رفته در مواجهه با آن است که از معنای درونی و شخصی مرتبط با مرگ ناشی می‌شود. دوم، اضطراب مرگ ناشی از بیرون^۳، که به ترس از موقعیت‌ها و اشیایی اشاره دارد که در بیشتر محیط‌های فرهنگی مانند اجساد، گورستان‌ها و خانه‌های تدفین، مرگ را به افراد یادآوری می‌کند. سوم، مرگ نهایی^۴ که به درک این موضوع اشاره دارد که مرگ اجتناب‌ناپذیر است و هیچ چیز را نمی‌توان در مورد آن تغییر داد و چهارم، افکار در مورد مرگ^۵ که نشان‌دهنده آگاهی شناختی و عاطفی از مرگ فرد و فرآیندهایی است که ممکن است منجر به مرگ شود (علیچه و همکاران، ۲۰۲۳). سطوح غیرطبیعی و بالای اضطراب مرگ ممکن است منجر به ناسازگاری، اضطراب و سایر اختلالات روانی (گوربوز و یالماز، ۲۰۲۴)، اجتناب (فورر و والکر، ۲۰۱۸)، عدم تمایل به صحبت در مورد مراقبت پایان زندگی (جونگ و پارک، ۲۰۲۴؛ براون و همکاران، ۲۰۱۴) و تصمیم‌گیری پزشکی (سینوف، ۲۰۱۷) شود. این در حالی است که اضطراب مرگ در سطح متوسط برای ترغیب مشارکت فرد در فعالیت‌های مثبت زندگی ضروری است (کیسومی و همکاران، ۲۰۲۴؛ سابتن، ۲۰۱۸).

از طرف دیگر، اضطراب مرگ، تجربیات زندگی، الگوهای رفتاری و کیفیت زندگی^۶ فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (جو و جو، ۲۰۲۲). کیفیت

زندگی یک ساختار چندبُعدی است که جنبه‌های مختلف بهزیستی و رضایت فرد از زندگی را در برمی‌گیرد و شامل ارزیابی‌های ذهنی سلامت جسمانی، بهزیستی روانی، روابط اجتماعی، شرایط محیطی و رضایت کلی از زندگی است (کای و همکاران، ۲۰۲۱؛ مام شریفی و همکاران، ۱۳۹۹). اضطراب مرگ به عنوان یک بحران وجودی، ممکن است رنج ایجاد کند و کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد (جی و همکاران، ۲۰۲۴؛ شرم و همکاران، ۲۰۱۰). اضطراب مرگ ممکن است اثرات منفی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نیز بگذارد (اونو و همکاران، ۲۰۲۰؛ شفایی و همکاران، ۱۳۹۵). در این میان، کیفیت زندگی سالمندان به میزان زیادی تحت تأثیر اضطراب مرگ قرار دارد (جی و همکاران، ۲۰۲۴؛ خاکی و همکاران، ۱۳۹۶).

متغیر دیگری که نقش مهمی در کاهش اضطراب مرگ دارد، شفقت به خود^۷ است (کایا و همکاران، ۲۰۲۴؛ یوسفی‌افراشته و رضایی، ۱۴۰۰؛ در واقع می‌توان گفت که این متغیر می‌تواند بر اضطراب مرگ در رابطه با سایر متغیرها، نقش میانجی داشته باشد. شفقت به خود به میزان احساس دلسوزی نسبت به خود در مواجهه با نقص‌ها اشاره دارد و با کاهش اضطراب و افزایش رضایت از زندگی مرتبط است (آهنگر و همکاران، ۱۴۰۳). مطالعات اهرت و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد تأثیر شفقت به خود بر انواع رایج اضطراب‌ها مانند اضطراب مرگ برای جمعیت‌های عمومی نیز معتبر بود. شفقت به خود شامل سه مؤلفه مهربانی با خود^۸، در مقابل قضاوت کردن خود^۹، اشتراکات انسانی^{۱۰} در مقابل انزوا^{۱۱} و ذهن‌آگاهی^{۱۲} در مقابل همانندسازی^{۱۳} افراطی است (نف، ۲۰۰۳) و به عنوان یک عامل محافظتی در برابر انواع حالت‌های اضطراب منفی، بهبود عملکرد و سلامت روان معرفی شده است (فینلی - جونز، ۲۰۱۷). پژوهش‌ها (فروغی کلدرد و سبزه‌آرای لنگرودی، ۱۳۹۸؛ سابتن، ۲۰۱۸؛ پپینگ و همکاران، ۲۰۱۵؛ نف و مک‌گهی، ۲۰۱۰؛ نف و براتوس، ۲۰۱۳؛ نف و همکاران، ۲۰۰۷) نیز نشان داده اند که با افزایش میزان شفقت خود، اضطراب مرگ کاهش می‌یابد.

⁸. self-kindness

⁹. self-critical

¹⁰. common humanity

¹¹. isolation

¹². mindfulness

¹³. identification

¹. death anxiety

². death acceptance (DA)

³. externally generated death anxiety (EGDA)

⁴. death finality (DF)

⁵. thoughts about death (TAD)

⁶. quality of life

⁷. Self compassion

به عنوان نمونه آماری انتخاب شد و پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند که ۶ مورد به دلیل کامل نکردن پرسشنامه‌ها حذف شده و در نهایت، پرسشنامه‌های ۳۵۴ نفر به عنوان نمونه آماری پژوهش مورد تحلیل قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل قرار داشتن در دامنه سنی ۵۰ تا ۶۵ سال، فقدان اختلالات روانشناختی مزمن (با تشخیص روان‌پزشک)، عدم دریافت هم‌زمان خدمات روان‌درمانی، گذشت حداقل ۲ تا ۶ ماه از تشخیص بیماری و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج نیز شامل عدم رضایت جهت تداوم شرکت در پژوهش و پاسخ‌گویی ناقص به پرسشنامه‌ها بود.

(ب) ابزار

مقیاس اضطراب مرگ^۱ (DAS): این مقیاس توسط تمپلر (۱۹۷۰) ساخته شد و شامل ۱۵ گویه و سه خرده مقیاس (اضطراب مرگ صرف، عامل عمومی، ترس از درد و جراحی) است. پاسخ به هر گویه در این مقیاس به صورت بلی و خیر است که نمره یک به پاسخ بلی و نمره صفر به پاسخ خیر تعلق می‌گیرد. پاسخ بلی نشان‌دهنده وجود اضطراب مرگ است و پاسخ خیر نیز نشان‌دهنده عدم وجود اضطراب مرگ در فرد است. نمره‌های این مقیاس بین ۰ تا ۱۵ متغیر است. نمرات بالاتر از ۸ در این مقیاس، معرف اضطراب مرگ بالا و نمرات پایین‌تر از ۸ نشان‌گر اضطراب مرگ پایین در فرد است. تمپلر (۱۹۷۰) ضریب بازآزمایی این مقیاس را معادل ۰/۸۳ گزارش کرد. به علاوه، کونتی و همکاران (۱۹۸۲) روایی این ابزار را از طریق همبسته کردن آن با مقیاس افسردگی ۰/۴۰ گزارش کردند. در ایران، اعتبار این مقیاس مورد بررسی قرار گرفته است و ضریب اعتبار تصنیفی آن، معادل ۰/۶۲ و ضریب آلفای کرونباخ (همسانی درونی) آن نیز برابر با ۰/۷۳ گزارش شد. به علاوه، روایی همزمان آن بر اساس همبستگی با مقیاس‌های اضطراب آشکار و افسردگی به ترتیب معادل ۰/۲۷ و ۰/۴۰ محاسبه شد. همچنین، برای بررسی روایی مقیاس اضطراب مرگ از دو ابزار مقیاس نگرانی مرگ و اضطراب آشکار استفاده شد که ضریب همبستگی آن به ترتیب معادل ۰/۴۰ و ۰/۴۳ گزارش شده است (رجبی و بحرانی، ۱۳۸۰). در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ مقیاس اضطراب مرگ- واحد

از همین رو، آموزش شفقت به خود منجر به بهبود اضطراب مرگ می‌شود (چویساز و همکاران، ۱۴۰۳). در واقع این متغیر با کمک به افراد برای حضور داشتن در لحظه، پرهیز از سرزنش خود موجب تحریک آزادسازی اکسی‌توسین و کاهش کورتیزول می‌شود که با کاهش اعصاب سمپاتیک و واکنش‌های فیزیولوژیک نظیر کاهش ضربان قلب می‌شود (کربی و همکاران، ۲۰۱۷). از سوی دیگر، پژوهش نشان داده است که کیفیت زندگی و شفقت به خود با یکدیگر رابطه دارند؛ به گونه ای که کیفیت زندگی نامطلوب می‌تواند شفقت به خود را کاهش دهد و شفقت به خود پایین می‌تواند زندگی را برای فرد دشوار نماید (خراطزاده و همکاران، ۱۳۹۷).

بر اساس آنچه که مرور شد، یکی از خلأهای اساسی پژوهش در این زمینه، فقدان مدل ساختاری جامعی است که به طور دقیق روابط بین اضطراب مرگ، کیفیت زندگی و شفقت به خود را تبیین کند؛ به ویژه که مطالعات پیشین معمولاً به صورت مقطعی انجام شده و مکانیزم‌های این روابط را به خوبی مشخص نکرده‌اند. از این رو، پژوهش حاضر قصد دارد با تمرکز بر نقش میانجی شفقت به خود در رابطه بین کیفیت زندگی و اضطراب مرگ، الگویی ساختاری ارائه دهد که بتواند این مکانیزم‌ها را روشن‌تر سازد. علاوه بر این، با وجود تفاوت‌های روانشناختی و معنوی که در گروه‌های سنی مختلف وجود دارد، این پژوهش با تمرکز بر گروه سنی میانسال، به دنبال این بود که مدلی دقیق‌تر و متناسب با ویژگی‌های خاص آنان ارائه دهد. بنابراین، این پژوهش درصدد پاسخ‌گویی به این سؤال اساسی است که آیا مدل ساختاری برای تبیین اضطراب مرگ بر اساس کیفیت زندگی با نقش میانجی‌گر شفقت به خود، برازش دارد؟

روش

(الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: روش این پژوهش، همبستگی از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی افراد ۵۰ تا ۶۵ ساله مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی واقع در شرق شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. حجم نمونه با توجه به اصول مدل‌یابی معادلات ساختاری به تعداد ۳۰۰ نفر تعیین شد (هومن، ۱۳۹۳)، اما برای جلوگیری از افت احتمالی شرکت‌کنندگان، ۳۶۰ نفر با روش در دسترس

¹. Death Anxiety Scale (DAS)

تلفیق گویه ۱ برابر با ۰/۷۱، برای واحد تلفیق گویه ۲ نیز ۰/۶۶، و برای تلفیق گویه ۳ معادل ۰/۶۳ محاسبه شد.

فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی^۱: این پرسشنامه جهت سنجش کیفیت زندگی فرد در دو هفته اخیر مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی با همکاری ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان (۱۹۹۶) ساخته شد. تعداد سؤالات پرسشنامه شامل ۲۸ سؤال است که شامل ۴ حیطه سلامت جسمانی، روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی است. دو سؤال اول این پرسشنامه به هیچ یک از حیطه‌های چهارگانه تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند. نحوه نمره‌گذاری این پرسشنامه به این صورت است که نمره هر گویه در دامنه‌ای از ۱ تا ۵ به ترتیب خیلی ناراضی، راضی نیستم، نسبتاً ناراضی، راضیم، کاملاً راضی قرار می‌گیرد. نمره حیطه سلامت جسمانی از جمع نمرات سؤالات ۱۸-۱۷-۱۶-۱۵-۱۰-۴-۳، حیطه روانشناختی از جمع نمرات سؤالات ۲۶-۱۹-۱۱-۷-۶-۵، حیطه روابط اجتماعی از جمع نمرات سؤالات ۲۲-۲۱-۲۰ و حیطه محیط و وضعیت زندگی از جمع نمرات ۸-۹-۱۲-۱۳-۱۴-۲۳-۲۴-۲۵ محاسبه می‌شود. لازم به ذکر است که سؤالات ۳، ۴ و ۲۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان انجام شده است، روایی ملاکی این ابزار از طریق همبستگی آن با فرم بلند این پرسشنامه ۰/۷۴، برای حوزه فیزیکی ۰/۶۶، حوزه روانشناختی، ۰/۶۷، برای حوزه روابط اجتماعی و ۰/۷۱، برای حوزه محیطی بود. هم‌چنین، ضریب آلفای کرونباخ آن، بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹، برای حیطه‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است (حسانا و همکاران، ۲۰۰۳). در ایران نیز نصیری (۱۳۸۵) این مقیاس را ترجمه و تحلیل عاملی آن را بررسی کردند؛ این پژوهش مشخص کرد که این پرسشنامه ۲۶ گویه و ۴ حیطه سلامت جسمانی، روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی را شامل می‌شود. هم‌چنین، برای پایایی مقیاس این پرسشنامه از سه روش بازآزمایی با فاصله سه هفته‌ای، تصدیق و آلفای کرونباخ استفاده کرد که به ترتیب برابر با ۰/۸۷/۶۷ و ۰/۸۴ بود. هم‌چنین پایایی این پرسشنامه در پژوهش رحیمی (۱۳۸۶)، به نقل از روشن و مقدسین، (۱۳۹۴) ارزیابی شد و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۸،

1. WHOQOL-BREF

برای حیطه‌های جسمانی ۰/۷۰، روانشناختی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۶۵ و برای کیفیت محیط زندگی برابر با ۰/۷۷ گزارش شد. هم‌چنین، پایایی داده‌های حاصل از مقیاس کیفیت زندگی در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای حیطه‌های جسمانی (۰/۷۶)، سلامت روانی (۰/۶۸)، روابط اجتماعی (۰/۵۷) و محیطی (۰/۷۳) به دست آمد. مقیاس شفقت خود^۲: این مقیاس توسط نف (۲۰۰۳) ساخته شد و ۲۶ سؤال دارد و شامل ۳ خرده مقیاس دو قطبی مهربانی با خود (۵، ۱۲، ۱۹، ۲۳ و ۲۶)، در برابر قضاوت نسبت به خود (۱، ۸، ۱۱، ۱۶ و ۲۱)، اشتراکات انسانی (۳، ۷، ۱۰ و ۱۵) در برابر انزوا (۴، ۱۳، ۱۸ و ۲۵)، بهشیاری یا ذهن آگاهی (۹، ۱۴، ۱۷ و ۲۲) در برابر همانندسازی افراطی (۲، ۶، ۲۰ و ۲۴) است. این مقیاس به صورت لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس دامنه کل نمرات این مقیاس بین ۲۶ تا ۱۳۰ است. هر چه امتیاز حاصل شده از این مقیاس بیشتر باشد، نشان دهنده میزان بیشتر شفقت خود است و بالعکس. سؤالات مربوط به مؤلفه‌های قضاوت خود، انزوا و همانندسازی افراطی به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نف (۲۰۰۳) برای بررسی روایی همگرایی این مقیاس از آزمون حرمت خود استفاده کرد و روایی ۰/۵۹ را گزارش نمود. هم‌چنین، همسانی درونی این مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ از ۰/۸۹ (ذهن آگاهی) تا ۰/۹۱ (همسانسازی افراطی) گزارش نموده است (نف و همکاران، ۲۰۱۶). در پژوهش شهبازی و همکاران (۱۳۹۴) ساختار عاملی این مقیاس تأیید و روایی همزمان و همگرایی آن مطلوب گزارش گردید. در پژوهش خسروی و همکاران (۱۳۹۲) ضریب آلفا برای نمره کلی مقیاس ۰/۷۶ بود. هم‌چنین ضرایب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های مهربانی با خود (۰/۸۱)، قضاوت نسبت به خود (۰/۷۹)، اشتراکات انسانی (۰/۸۴)، انزوا (۰/۸۵)، بهشیاری یا ذهن آگاهی (۰/۸۰) و همانندسازی افراطی (۰/۸۳) بود. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ مهربانی با خود (۰/۷۳)، قضاوت در مورد خود (۰/۶۴)، احساس مشترکات انسانی (۰/۷۰)، انزوا (۰/۶۵)، ذهن آگاهی (۰/۶۹)، همانندسازی افراطی (۰/۵۸) گزارش شد.

2. Self-Compassion Scale (SCS)

ج) روش اجرا

پس از اخذ مجوزهای لازم (دانشگاه و مراکز بهداشتی شرق شهر تهران)، پژوهشگر اصلی (نویسنده اول) به مراکز بهداشتی در منطقه ۱۳ شرق شهر تهران مراجعه کرد تا شرکت کنندگانی که واجد ملاک‌های ورودی پژوهش بودند را شناسایی کند. پس از انتخاب اولیه افراد واجد شرایط، پرسشنامه‌های پژوهش به صورت تکی و حضوری در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفتند. قبل از توزیع پرسشنامه‌ها، پژوهشگر، توضیحات کوتاهی برای هر شرکت کننده ارائه داد و هدف پژوهش را تا حدی که موجب ایجاد سوگیری نشود، برای آن‌ها تشریح کرد. علاوه بر این، داده‌های جمع‌آوری شده در این پژوهش با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری (روش حداکثر درست‌نمایی) و نرم‌افزار SPSS-24 و AMOS-23 تحلیل شدند. سطح معناداری در این مطالعه نیز ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۳۵۴ شرکت کننده شامل ۱۶۱ زن (۴۵/۴۸ درصد) و ۱۹۳ مرد (۵۴/۵۲ درصد) حضور داشتند که که ۸۷ نفر (۲۴/۵۸ درصد) از آنان کمتر از

۵۵ سال، ۲۱۶ نفر (۶۱/۰۱ درصد) ۵۶ تا ۶۰ سال و ۵۱ نفر (۱۴/۴۱ درصد) بیشتر از ۶۰ سال سن داشتند. میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان به ترتیب برابر ۵۷/۶۲ و ۳/۲۷ سال بود. در بین شرکت کنندگان، ۵ نفر (۱/۴۱ درصد) مجرد، ۳۲۹ نفر (۹۲/۹۴ درصد) متأهل، ۱۱ نفر (۳/۱۱ درصد) از همسر خود جدا شده و همسر ۹ نفر (۲/۵۴ درصد) فوت شده بود. میزان تحصیلات ۹۱ نفر (۲۵/۷۱ درصد) از شرکت کنندگان زیر دیپلم، ۸۳ نفر (۲۳/۴۵ درصد) دیپلم، ۲۱ نفر (۵/۹۳ درصد) فوق دیپلم، ۹۵ نفر (۲۶/۸۴ درصد) لیسانس و ۶۴ نفر (۱۸/۰۷ درصد) فوق لیسانس و بالاتر بود. در نهایت، ۱۱ نفر (۳/۱۱ درصد) از شرکت کنندگان بیکار، ۸۶ نفر (۲۴/۲۹ درصد) خانه‌دار، ۹۳ نفر (۲۶/۲۷ درصد) دارای شغل آزاد، ۹۸ نفر (۲۷/۶۹ درصد) کارمند و ۶۶ نفر (۱۸/۶۴ درصد) بازنشسته بودند. شاخص‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار، مقادیر چولگی و کشیدگی و ضرایب آلفای کرونباخ) متغیرهای پژوهش (کیفیت زندگی، شفقت به خود و اضطراب مرگ^۱) در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش و خرده مقیاس‌های آن‌ها

متغیر	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی	آلفای کرونباخ
کیفیت زندگی - سلامت جسمانی	۲۰/۲۲	۳/۹۴	-۰/۲۱	۰/۰۱	۰/۷۶
کیفیت زندگی - سلامت روانی	۱۶/۵۷	۳/۵۴	۰/۰۶	-۰/۳۰	۰/۶۸
کیفیت زندگی - روابط اجتماعی	۸/۶۹	۱/۸۷	-۰/۲۵	-۰/۳۱	۰/۵۷
کیفیت زندگی - حوزه محیطی	۲۳/۴۷	۴/۷۹	-۰/۱۸	-۰/۱۲	۰/۷۳
شفقت به خود - مهربانی به خود	۱۶/۲۱	۳/۶۴	-۰/۱۶	-۰/۴۶	۰/۷۳
شفقت به خود - قضاوت خود	۱۲/۵۲	۳/۳۴	۰/۲۰	-۰/۰۹	۰/۶۴
شفقت به خود - اشتراکات انسانی	۱۳/۳۳	۲/۹۹	-۰/۳۹	۰/۰۶	۰/۷۰
شفقت به خود - انزوا	۱۰/۹۲	۳/۴۲	۰/۱۷	-۰/۶۷	۰/۶۵
شفقت به خود - ذهن آگاهی	۱۳/۵۵	۲/۷۰	-۰/۵۹	۰/۶۳	۰/۶۹
شفقت به خود - همانندسازی افراطی	۱۰/۵۸	۳/۰۰	-۰/۲۷	۰/۵۰	۰/۵۸
اضطراب مرگ - واحد تلفیق گویه ۱	۲/۹۲	۱/۳۷	-۰/۲۰	-۱/۱۸	۰/۷۱
اضطراب مرگ - واحد تلفیق گویه ۲	۲/۹۵	۱/۳۵	-۰/۰۸	-۱/۲۰	۰/۶۶
اضطراب مرگ - واحد تلفیق گویه ۳	۱/۸۵	۱/۴۰	۰/۵۷	-۰/۵۴	۰/۶۳

همبستگی کلی به عنوان پایه هر واحد تلفیق گویه ای در نظر گرفته شدند و در ادامه گویه های با ضرایب همبستگی پایین تر به تناوب به آن واحد ها اضافه شد. بدین صورت گویه های ۲، ۱۲، ۷، ۱۱ و ۶ واحد تلفیق گویه ۱، گویه‌های ۱، ۳، ۹، ۱۰ و ۱۳ واحد تلفیق گویه ۲، گویه های ۵، ۸، ۱۵، ۴ و ۱۴ واحد تلفیق گویه ۳ را تشکیل دادند.

۱. با توجه به این که در این پژوهش داده‌ها با روش مدل‌یابی معادلات ساختاری مورد تحلیل قرار گرفته است و در این مدل، متغیر اضطراب مرگ فاقد مؤلفه یا نشانگر بود، به همین دلیل متغیر مزبور با استفاده از تکنیک توازن گویه- به سازه تبدیل به سه واحد تلفیق گویه شد. به این صورت که در پرسش نامه ۱۵ گویه‌ای اضطراب مرگ، ۳ گویه با بالاترین

بوده و بنابراین باید در تفسیر یافته‌های مرتبط با این دو مؤلفه تا حد ممکن احتیاط نمود. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول ۲ نمایش داده شده است.

همان طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود ضرایب آلفای کرونباخ مؤلفه روابط اجتماعی کیفیت زندگی و مؤلفه همانندسازی افراطی شفقت به خود تا حدودی پایین است. این مسئله یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱. کیفیت زندگی - سلامت جسمانی	-											
۲. کیفیت زندگی - سلامت روانی	۰/۶۴**	-										
۳. کیفیت زندگی - روابط اجتماعی	۰/۴۱**	۰/۳۸**	-									
۴. کیفیت زندگی - حوزه محیطی	۰/۴۴**	۰/۵۲**	۰/۷۷**	-								
۵. شفقت به خود - مهربانی به خود	۰/۲۹**	۰/۱۶**	۰/۰۹	۰/۰۶	-							
۶. شفقت به خود - قضاوت خود	۰/۴۲**	۰/۳۴**	۰/۰۸	۰/۰۵	۰/۴۰**	-						
۷. شفقت به خود - اشتراکات انسانی	۰/۴۱**	۰/۴۰**	۰/۲۴**	۰/۱۶**	۰/۳۱**	۰/۳۲**	-					
۸. شفقت به خود - انزوا	۰/۴۵**	۰/۳۳**	۰/۲۹**	۰/۰۶	۰/۳۳**	۰/۵۶**	۰/۳۵**	-				
۹. شفقت به خود - ذهن آگاهی	۰/۳۶**	۰/۲۹**	۰/۱۲*	۰/۱۳*	۰/۲۹**	۰/۳۱**	۰/۵۴**	۰/۳۵**	-			
۱۰. شفقت به خود - همانندسازی افراطی	۰/۴۹**	۰/۴۰**	۰/۱۲*	۰/۰۷	۰/۳۸**	۰/۶۹**	۰/۳۵**	۰/۶۸**	۰/۳۴**	-		
۱۱. اضطراب مرگ - واحد تلفیق گویه ۱	۰/۴۱**	۰/۳۷**	۰/۲۸**	۰/۲۴**	۰/۲۰**	۰/۳۰**	۰/۳۱**	۰/۳۴**	۰/۲۸**	۰/۳۹**	-	
۱۲. اضطراب مرگ - واحد تلفیق گویه ۲	۰/۴۳**	۰/۳۵**	۰/۲۹**	۰/۲۱**	۰/۱۸**	۰/۴۰**	۰/۲۶**	۰/۳۹**	۰/۱۹**	۰/۴۵**	۰/۶۱**	-
۱۳. اضطراب مرگ - واحد تلفیق گویه ۳	۰/۳۴**	۰/۳۱**	۰/۱۹**	۰/۱۴**	۰/۱۲*	۰/۲۹**	۰/۲۶**	۰/۳۷**	۰/۲۱**	۰/۳۷**	۰/۵۷**	۰/۶۰**

* $P < 0.05$ و ** $P < 0.01$

بالاتر از ۱۰ نشان دهنده عدم برقراری مفروضه هم‌خطی بودن است. همچنین به منظور ارزیابی برقراری یا عدم برقراری مفروضه نرمال بودن توزیع چندمتغیری، از تحلیل اطلاعات مربوط به «فاصله مه‌نوبایس»^۱ استفاده شد. مقادیر چولگی و کشیدگی اطلاعات مربوط به فاصله مه‌نوبایس به ترتیب برابر با ۱/۷۳ و ۵/۱۳ به دست آمد که نشان می‌دهد، ارزش کشیدگی اطلاعات مزبور خارج از محدوده ± 2 قرار دارد. به همین دلیل نمودار باکس پلات اطلاعات مربوط به فاصله مه‌نوبایس ترسیم شد و داده‌های مربوط به پنج نفر از شرکت‌کنندگان پرت چند متغیری تشکیل شد. در ادامه، اطلاعات مربوط به آن پنج شرکت‌کننده حذف شد و با این عمل مقادیر چولگی و کشیدگی اطلاعات مه‌نوبایس به ترتیب به ۰/۷۸ و ۰/۲۲ کاهش یافت. با این عمل، مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌های چند متغیری در بین داده‌ها برقرار شد. علاوه بر این، بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها با استفاده از نمودار پراکندگی واریانس‌های استاندارد شده خطاها نیز نشان داد که آن مفروضه در بین داده‌ها برقرار بود. همان طور که

جدول ۲، ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد که بر اساس آن جهت همبستگی بین متغیرها منطبق بر انتظار و همسو با تئوری‌های حوزه پژوهش بود. برای پاسخ‌گویی به سؤال اصلی پژوهش از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد. قبل از تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌فرض‌های آماری آزمون مدل‌سازی بررسی شد. همان طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود مقادیر چولگی و کشیدگی همه مؤلفه‌های پژوهش در محدوده ± 2 قرار دارد. این یافته بیانگر آن است که مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌های تک متغیری در بین داده‌های پژوهش برقرار است. در این پژوهش مفروضه هم‌خطی بودن به کمک عامل تورم واریانس (VIF) و ضریب تحمل مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که مفروضه هم‌خطی بودن در بین داده‌های پژوهش برقرار است، زیرا مقادیر ضریب تحمل متغیرهای پیش‌بین بزرگ‌تر از ۰/۱ و مقادیر عامل تورم واریانس هر یک از آن‌ها کوچک‌تر از ۱۰ بود. منطبق بر دیدگاه میرز و همکاران (۲۰۰۶) ضریب تحمل کمتر از ۰/۱ و ارزش عامل تورم واریانس

^۱. Mahalanobis distance

اشاره شد، برای پاسخ‌گویی به سؤال اصلی پژوهش از روش تحلیل مدل‌یابی معادلات ساختاری روش حداکثر درست‌نمایی استفاده شد. این روش در دو مرحله، ابتدا به ارزیابی چگونگی برازش مدل اندازه‌گیری با داده‌های گردآوری شده و در ادامه به ارزیابی چگونگی برازش مدل ساختاری با داده‌ها می‌پردازد. در این روش، برای ارزیابی چگونگی برازش

مدل اندازه‌گیری از تحلیل عامل تأییدی و برای ارزیابی چگونگی برازش مدل ساختاری، روش مدل‌یابی معادلات ساختاری به کار گرفته شد. شاخص‌های برازش الگوی معادلات ساختاری بر اساس نقاط برش و مقادیر به دست آمده در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. شاخص‌های برازش الگوی معادلات ساختاری

شاخص‌های برازندگی	مدل اولیه	مدل اصلاح شده	نقطه برش ^۱
مجذور کای	۱۳۱/۹۷	۶۸/۸۱	-
درجه آزادی مدل	۴۱	۴۰	-
χ^2/df	۳/۲۲	۱/۷۲	کمتر از ۳
GFI (نیکویی برازش)	۰/۹۳۳	۰/۹۶۶	۰/۹۰ >
AGFI (نیکویی برازش تعدیل شده)	۰/۸۹۳	۰/۹۴۵	۰/۸۵۰ >
CFI (برازش تطبیقی)	۰/۹۳۱	۰/۹۷۸	۰/۹۰ >
RMSEA (ریشه میانگین خطای برآورد)	۰/۰۸۰	۰/۰۴۵	۰/۰۸ <

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که هیچ یک از شاخص‌های برازندگی حاصل از تحلیل عاملی تأییدی از برازش قابل قبول مدل اندازه‌گیری با داده‌های گردآوری شده حمایت نمی‌کنند. به همین دلیل شاخص‌های اصلاح ارزیابی و به دنبال آن با ایجاد کوواریانس بین خطاهای دو نشانگر حوزه محیطی و

روابط اجتماعی مدل، اصلاح و شاخص‌های برازندگی قابل قبول برای آن مدل حاصل شد. جدول ۴ بارهای عاملی استاندارد و غیراستاندارد مربوط به نشانگرها در مدل اندازه‌گیری را نشان می‌دهد.

جدول ۴. پارامترهای مدل اندازه‌گیری پژوهش در تحلیل عاملی تأییدی

متغیر مکنون - نشان‌گر ^۲	b	B	SE	t
کیفیت زندگی - سلامت جسمانی	۱	۰/۸۵۶		
کیفیت زندگی - سلامت روانی	۰/۷۹۷	۰/۷۶۴	۰/۰۶۰	۱۳/۳۰ ^{***}
کیفیت زندگی - روابط اجتماعی	۰/۲۹۵	۰/۵۳۶	۰/۰۳۱	۹/۵۰ ^{***}
کیفیت زندگی - حوزه محیطی	۰/۵۴۲	۰/۴۸۴	۰/۰۶۴	۸/۵۲ ^{***}
شفقت به خود - مهربانی به خود	۱	۰/۴۷۶		
شفقت به خود - قضاوت خود	۱/۳۹۴	۰/۷۴۴	۰/۱۶۶	۸/۴۱ ^{***}
شفقت به خود - اشتراکات انسانی	۰/۸۶۹	۰/۵۰۱	۰/۱۲۷	۶/۸۶ ^{***}
شفقت به خود - انزوا	۱/۴۹۴	۰/۷۵۶	۰/۱۷۶	۸/۴۷ ^{***}
شفقت به خود - ذهن آگاهی	۰/۷۴۳	۰/۴۸۲	۰/۱۱۱	۶/۷۰ ^{***}
شفقت به خود - همانندسازی افراطی	۱/۴۸۴	۰/۸۵۹	۰/۱۶۸	۸/۸۳ ^{***}
اضطراب مرگ - واحد تلفیق گویه ۱	۱	۰/۸۱۴		
اضطراب مرگ - واحد تلفیق گویه ۲	۱/۰۵۶	۰/۷۶۲	۰/۰۷۹	۱۳/۶۷ ^{***}
اضطراب مرگ - واحد تلفیق گویه ۳	۰/۹۹۱	۰/۷۴۱	۰/۰۷۷	۱۲/۸۲ ^{***}

*** $p < ۰/۰۱$

۲. بارهای عاملی استاندارد نشده مربوط به نشان‌گرهای سلامت جسمانی، مهربانی به خود و واحد تلفیق گویه ۱ با عدد ۱ ثبت شده است، بنابراین خطای استاندارد و نسبت بحرانی آن‌ها محاسبه نشده است.

۱. نقاط برش بر اساس دیدگاه کلانین (۲۰۲۳)

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بزرگ‌ترین بار عاملی مربوط به نشانگر همانندسازی افراطی ($\beta=0/859$) و کوچک‌ترین بار عاملی مربوط به نشانگر مهربانی به خود ($\beta=0/476$) است. بدین ترتیب با توجه به این که بارهای عاملی همه نشانگرها بالاتر از $0/32$ بود، می‌توان گفت همه آن‌ها از توان لازم برای اندازه‌گیری متغیرهای مکنون پژوهش حاضر برخوردارند. به دنبال ارزیابی چگونگی برازش مدل اندازه‌گیری، در مرحله دوم

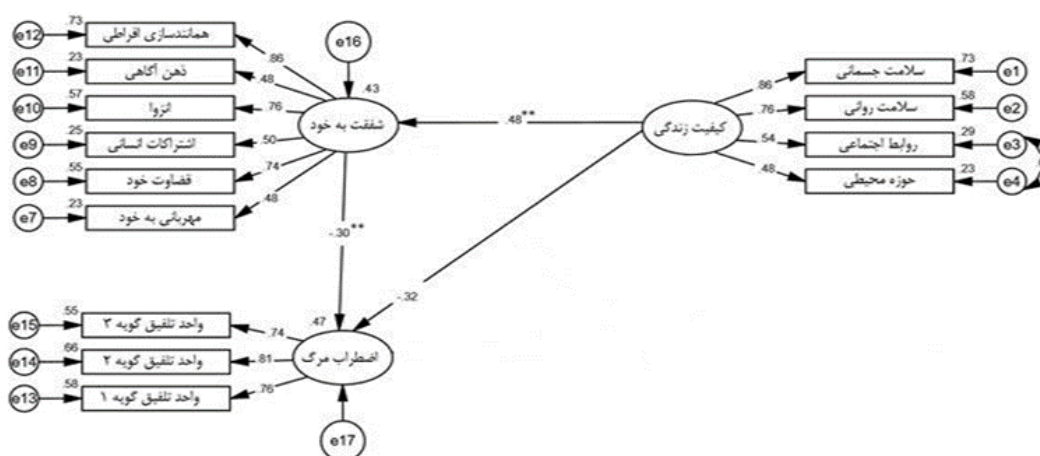
شاخص‌های برازندگی مدل ساختاری برآورد و ارزیابی شد. در مدل ساختاری چنین فرض شد که کیفیت زندگی با میانجی‌گری شفقت به خود با اضطراب مرگ رابطه دارد. از این رو، مدل تحلیل شد و با توجه به تعداد نشانگرها، متغیرهای مکنون، تعداد بارهای عاملی و مسیرهای یکسان با مدل اندازه‌گیری، شاخص‌های برازندگی مشابهی برای مدل ساختاری حاصل شد. ضرایب مسیر در مدل ساختاری در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵. ضرایب مسیر کل، مستقیم و غیرمستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل ساختاری

اثر	مسیر	B	S.E	B	p
مستقیم	کیفیت زندگی $\rightarrow$ شفقت به خود	۰/۲۴۱	۰/۰۶۵	۰/۴۸۲	۰/۰۰۱
	کیفیت زندگی $\rightarrow$ اضطراب مرگ	-۰/۱۰۱	۰/۰۲۷	-۰/۳۲۰	۰/۰۰۱
	شفقت به خود $\rightarrow$ اضطراب مرگ	-۰/۱۸۳	۰/۰۶۳	-۰/۲۹۸	۰/۰۱۰
غیرمستقیم	کیفیت زندگی $\rightarrow$ اضطراب مرگ	-۰/۰۴۵	۰/۰۱۸	-۰/۱۴۴	۰/۰۱۰
	کیفیت زندگی $\rightarrow$ اضطراب مرگ	-۰/۱۴۶	۰/۰۲۷	-۰/۴۶۴	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که ضریب مسیر کل بین کیفیت زندگی و اضطراب مرگ منفی و معنادار است ($P=0/001$ ، $\beta=-0/464$). بر این اساس چنین نتیجه‌گیری می‌شود که کیفیت زندگی به صورت منفی و معنادار با اضطراب مرگ رابطه دارد. هم‌چنین نشان داد که ضریب مسیر بین شفقت به خود و اضطراب مرگ منفی و معنادار است ($P=0/010$ ، $\beta=-0/298$). بر این اساس چنین نتیجه‌گیری شد که شفقت به خود به صورت منفی و معنادار با اضطراب مرگ رابطه دارد.

هم‌چنین نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که ضریب مسیر غیرمستقیم بین کیفیت زندگی و اضطراب مرگ منفی و معنادار است ($P=0/001$ ، $\beta=-0/144$). بر این اساس، چنین نتیجه‌گیری می‌شود که شفقت به خود به صورت منفی و معنادار رابطه بین کیفیت زندگی و اضطراب مرگ را میانجی‌گری می‌کند. الگوی ساختاری پیش‌بینی اضطراب مرگ بر اساس کیفیت زندگی با میانجی‌گری شفقت به خود بر اساس داده‌های استاندارد در شکل ۱ نشان داده شده است.



شکل ۱. پارامترهای استاندارد در مدل ساختاری پژوهش

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف تدوین مدل ساختاری تبیین اضطراب مرگ بر اساس کیفیت زندگی با نقش میانجی گر شفقت به خود در بین افراد ۵۰ تا ۶۵ ساله انجام شد.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که مدل ساختاری پژوهش که در آن فرض شده بود که کیفیت زندگی با میانجی‌گری شفقت به خود با اضطراب مرگ رابطه دارد، با داده‌های گردآوری شده، برازش دارد. اگر چه پژوهش خاصی که به طور مستقیم با این یافته پژوهشی مرتبط باشد، یافت نشد؛ اما این یافته به طور غیرمستقیم با نتایج مطالعات چو و چو (۲۰۲۲)، یوسفی‌افراشته و رضایی (۱۴۰۰)، بروفی و همکاران (۲۰۲۰)، فروغی کلدره و سبزه‌آرای لنگرودی (۱۳۹۸)، سابتن (۲۰۱۸) همسو است. در تبیین کلی این یافته پژوهشی می‌توان گفت، نظریه مدیریت وحشت^۱ معتقد است که انسان‌ها با آگاهی از مرگ خود، مکانیسم‌های روانشناختی مختلفی را برای مدیریت اضطراب مربوط با آگاهی از مرگ به کار می‌گیرند. بر همین اساس، افراد تلاش می‌کنند تا عزت نفس و جهان‌بینی خود را حفظ کرده تا از خود در برابر اضطراب وجودی ناشی از مرگ محافظت کنند؛ بنابراین، منطقی است که فرض کنیم خود شفقتی به عنوان مکانیسمی برای مقابله با پریشانی، ممکن است نقش میانجی بین اضطراب مرگ و کیفیت زندگی داشته باشد (کاواکلی و همکاران، ۲۰۲۰؛ سابتن، ۲۰۱۸). کیفیت زندگی بیانگر ارزیابی ذهنی فرد از بهزیستی و رضایت کلی خود در حوزه‌های مختلف زندگی است. این امر می‌تواند شامل سلامت جسمانی، بهزیستی عاطفی، روابط اجتماعی و رضایت شخصی باشد. نظریه مدیریت وحشت پیشنهاد می‌کند که افراد ممکن است در تلاش برای ارتقای کیفیت زندگی خود به عنوان وسیله‌ای برای تقویت حس اهمیت و ارزش خود در مواجهه با تهدیدات وجودی باشند (وو و بائه، ۲۰۲۲؛ هاشیم و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین، افراد با سطوح بالاتری از شفقت به خود، رضایت از زندگی بیشتری را تجربه کرده و به کیفیت زندگی بالاتری می‌رسند.

یافته دیگر این پژوهش نشان داد که ضریب مسیر بین کیفیت زندگی و اضطراب مرگ، منفی و معنادار بود. این یافته با نتایج مطالعات جی و همکاران (۲۰۲۴)، چو و چو (۲۰۲۲)، وو و باعه (۲۰۲۲)، هاشیم و همکاران (۲۰۲۲) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، اضطراب مرگ

1. Terror management theory

ممکن است تحت شرایط چالش برانگیزی که با کیفیت زندگی فرد تداخل می‌کند، بروز کند. شرم و همکاران (۲۰۱۰) به این نتیجه رسیدند که اضطراب مرگ ممکن است بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری تهدیدکننده زندگی، تأثیر بگذارد. از سوی دیگر، به نظر می‌رسد سطوح پایین کیفیت زندگی می‌تواند از طریق مکانیسم‌های روانشناختی مختلف به سطوح بالای اضطراب مرگ کمک کند. افرادی که کیفیت زندگی پایینی دارند، اغلب سطوح بالایی از استرس، نارضایتی و احساسات منفی را در حوزه‌های مختلف زندگی از جمله سلامت جسمانی، روابط و بهزیستی کلی تجربه می‌کنند. افراد با کیفیت زندگی بالا ممکن است رفتارهای ارتقا دهنده سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی را در اولویت قرار دهند، که این رفتارها می‌توانند اضطراب مرگ را در افراد کاهش دهند.

نتایج دیگر یافته این مطالعه حاکی از آن بود که ضریب مسیر بین شفقت به خود و اضطراب مرگ، منفی و معنادار بود. هر چند پژوهش خاصی که به طور مستقیم با این یافته همسو باشد، یافت نشد، اما این یافته به طور غیرمستقیم با نتایج مطالعات کایا و همکاران (۲۰۲۴)، یوسفی‌افراشته و رضایی (۱۴۰۰)، کاواکلی و همکاران (۲۰۲۰)، فروغی کلدره و سبزه‌آرای لنگرودی (۱۳۹۸)، سابتن (۲۰۱۸) همسو است. در تبیین این یافته، نف و لمب (۲۰۰۹) استدلال کردند که شفقت به خود، یک حس امنیت را برای فرد فراهم می‌کند که از تشخیص و احساس مهربانی برای تجربه مشترک انسانی ناشی می‌شود. از این رو، شفقت به خود ممکن است به عنوان کاندیدای مناسبی برای ایفای نقش حائل اضطراب در برابر احساسات و افکار ناخوشایندی که آگاهی از مرگ ایجاد می‌کند، در نظر گرفته شود (نف، ۲۰۰۳). از طرفی، شفقت به خود می‌تواند به فرد کمک کند تا با تأثیر منفی روانی که آگاهی از مرگ ایجاد می‌کند کنار بیاید. همین عامل می‌تواند نشان دهد که شفقت به خود ممکن است یک عامل محافظتی در برابر اضطراب مرگ باشد.

آخرین یافته این پژوهش نشان داد، شفقت به خود به صورت منفی و معنادار، رابطه بین کیفیت زندگی و اضطراب مرگ را میانجی‌گری می‌کند. پژوهش خاصی که به طور مستقیم با این یافته پژوهشی همسو باشد، یافت نشد؛ اما این یافته به طور غیرمستقیم با نتایج مطالعات یوسفی‌افراشته و رضایی (۱۴۰۰)، بروفی و همکاران (۲۰۲۰)، کاواکلی و همکاران (۲۰۲۰)،

فروغی کلدره و سبزه آرای لنگرودی (۱۳۹۸)، سابتن (۲۰۱۸)، گربر و اناکي (۲۰۱۸) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که شفقت به خود، به عنوان مفهومی که ریشه در ذهن آگاهی و مهربانی با خود دارد، نقشی اساسی در نحوه درک افراد از کیفیت زندگی خود و مقابله با ترس‌های وجودی مانند اضطراب مرگ ایفا می‌کند. نتایج مطالعه نف و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد که افرادی که سطوح بالاتری از شفقت به خود را نشان می‌دهند، بهزیستی بیشتر و رضایت از زندگی را تجربه می‌کنند. این رابطه مثبت نشان می‌دهد که شفقت به خود به عنوان محافظی در برابر عوامل استرس‌زا و نامایمات مختلف عمل می‌کند و به کیفیت زندگی بالاتر کمک می‌کند. به نظر می‌رسد شفقت به خود، در برابر انواع پریشانی روانی، از جمله اضطراب مربوط به مرگ به عنوان یک عامل محافظتی عمل می‌کند (کاواکلی و همکاران، ۲۰۲۰؛ سابتن، ۲۰۱۸). علاوه بر این، نتایج پژوهش بروفی و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که افراد با کیفیت زندگی بالاتر تمایل به نشان دادن سطوح بیشتری از شفقت به خود دارند. این همبستگی نشان می‌دهد که وقتی افراد از جنبه‌های مختلف زندگی خود مانند روابط، کار، سلامت و رضایت شخصی احساس رضایت می‌کنند، به احتمال زیاد مهربانی، درک و پذیرش را نسبت به خود نشان می‌دهند. این پژوهش همچون سایر مطالعات با محدودیت‌هایی روبرو بود که از جمله مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به استفاده از ابزارهای خودگزارشی و روش نمونه‌گیری غیرتصادفی اشاره کرد. از این رو، لازم است در تعمیم نتایج این پژوهش احتیاط کرد.

با پذیرش شفقت به خود به عنوان میانجی بین کیفیت زندگی و اضطراب مرگ، می‌توان مداخلاتی را برای پرورش شفقت به خود، به عنوان وسیله‌ای برای ارتقای تاب‌آوری روانی و مکانیسم‌های مقابله‌ای وجودی توسعه داد.

بنابراین، این پژوهش نه تنها به مجموعه دانش موجود در مورد اضطراب مرگ کمک می‌کند، بلکه مفاهیم عملی را برای حمایت از افراد در رویارویی با نگرانی‌های وجودی مانند اضطراب مرگ با شفقت و پذیرش بیشتر ارائه می‌دهد. با توجه به یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود، سازمان‌ها با برگزاری دوره‌های آموزشی، ضمن کمک به ارتقای کیفیت زندگی و شفقت به خود در کارکنان و بازنشستگان، اضطراب مرگ را در آن‌ها کاهش دهند تا از این طریق به افزایش سلامت روانی فرد و محیط کاری کمک کنند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این پژوهش برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن است. هم‌چنین به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش، به شرکت‌کنندگان در خصوص داوطلبانه و اختیاری بودن شرکت در پژوهش و محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات توضیح داده شد و از آنان رضایت‌نامه آگاهانه کتبی اخذ شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده اول، پژوهشگر اصلی این مطالعه است. نویسنده دوم، استاد راهنما و نویسنده سوم نیز استاد مشاور می‌باشند.

تضاد منافع: نویسندگان هم‌چنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: از تمامی شرکت‌کنندگان که در انجام این مطالعه مشارکت کردند، صمیمانه قدردانی می‌کنیم.

منابع

شفقت-خود در گروهی از زندانیان. فصلنامه روش‌ها و مدل‌های

روانشناختی، ۱۹(۶)، ۴۶-۳۱.

<https://www.sid.ir/paper/227521/fa>

فروغی کلدره، زهرا و سبزه‌آرای لنگرودی، میلاد (۱۳۹۸). نقش پیش‌بینی‌کنندگی

آرزوها، شفقت خود، حرمت خود و خودشناسی در اضطراب مرگ

دانشجویان. سلامت/اجتماعی، ۱۷(۱)، ۵۷-۶۶.

<https://doi.org/10.22037/ch.v7i1.23780>

مام شریفی، پیمان؛ اکبری بجندی، نگار؛ و اسدی، نازنین (۱۳۹۹). تدوین مدل

پیش‌بینی اعتیاد به اینترنت بر اساس کیفیت زندگی و رضایت از زندگی:

نقش واسطه‌ای راهبردهای مقابله با استرس. مجله علوم روانشناختی، ۱۹

(۸۹)، ۵۵۱-۵۴۱.

<http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1399.19.89.11.5>

نصیری، حبیب‌اله (۱۳۸۵). بررسی روایی و پایایی مقیاس کوتاه کیفیت زندگی

سازمان جهانی بهداشت و تهیه نسخه ایرانی آن. سومین سمینار سراسری

بهداشت روانی دانشجویان.

<https://www.sid.ir/paper/493513/fa>

هومن، حیدرعلی (۱۳۹۳). مدل‌یابی معادلات ساختاری با کاربرد نرم‌افزار لیزرول.

تهران: انتشارات سمت.

یوسفی افراشته، مجید و رضایی، شمسی (۱۴۰۰). معنویت و کیفیت زندگی در

سالمندان: نقش میانجی خودشفقت ورزی و احساس انسجام. مجله

روانشناسی پیری، ۲۵(۲)، ۱۳۷-۱۵۱.

<https://doi.org/10.22126/jap.2021.6358.1526>

References

Afghan, J. (2024). Death—An Inevitable Fact of Life: A

Comparative Study of the Portrayal of Death in Emily Dickinson's and Jalaluddin Rumi's Selected Poems. *International Journal of Linguistics and Translation Studies*, 5(3), 68-80.

[Doi.org/10.36892/ijlts.v5i3.459](https://doi.org/10.36892/ijlts.v5i3.459)

Ahangar, A., Ahmadi, S., Asadpour, E., Moghadasin, M.

(2024). The efficacy of single-session solution-focused therapy on the level of self-compassion, forgiveness, and marital conflict of married women. *Journal of Psychological Science*, 23(142), 33-50.

[Persian] <https://doi.org/10.52547/JPS.23.142.2343>

Aliche, C. J., Ifeagwazi, C. M., & Ezaka, E. S. (2023).

Moderating role of meaning in life in the relationship of death anxiety, experiential avoidance and health-related quality of life among type 2 diabetes patients. *South African Journal of*

آهنگر، آرزو؛ احمدی، صدیقه؛ اسدپور، اسماعیل و مقدسین مریم (۱۴۰۳).

اثربخشی درمان تک جلسه راه‌حل‌محور بر میزان شفقت به خود،

بخشایشگری و تعارض زناشویی زنان متأهل: مطالعه تک آزمودنی. مجله

علوم روانشناختی، ۲۳(۱۴۲)، ۳۳-۵۰.

<https://doi.org/10.52547/JPS.23.142.2343>

جوبساز، آیدا؛ طاهر، محبوبه؛ طباطبایی، سید موسی؛ حسین خانزاده، عباسعلی

(۱۴۰۲). اثربخشی برنامه درمانی مجازی پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت

بر کمال‌گرایی و اضطراب مرگ پرستاران مبتلا به صفت شخصیتی

وسواسی-جبری: یک مطالعه نیمه تجربی. مجله دانشگاه علوم پزشکی

رفسنجان، ۲۲(۳)، ۲۵۹-۲۷۶.

[Doi:10.52547/jrums.22.3.5](https://doi.org/10.52547/jrums.22.3.5)

خاکی، سوره؛ خصلی، زهرا؛ فرج‌زاده، محمد؛ دالوند، سحر؛ مسلمی، بختیار و

قانعی قشلاق، رضا (۱۳۹۶). ارتباط بین افسردگی و اضطراب مرگ با

کیفیت زندگی سالمندان. مجله حیات، ۲۳(۲)، ۱۵۲-۱۶۱.

<http://hayat.tums.ac.ir/article-1-1855-fa.html>

خسروی، صدالله؛ صادقی، مجید و یابنده، محمدرضا (۱۳۹۲). کفایت روان‌سنجی

مقیاس شفقت خود. فصلنامه علمی روش‌ها و مدل‌های روانشناختی،

۱۳(۴)، ۴۷-۵۹.

https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_339.html

خرات زاده، حمید؛ محمدی، ابوالفضل؛ جعفری، فریبا؛ و حسینی، سیدمحسن

(۱۳۹۷). ارتباط شفقت به خود و اجتناب تجربی با کیفیت زندگی در

بیماران مبتلا به ویتیلیگو. پوست و زیبایی، ۹(۲)، ۸۳-۹۲.

<https://sid.ir/paper/392306/fa>

رجبی، غلامرضا و بحرانی، محمود (۱۳۸۰). تحلیل عاملی سؤال‌های مقیاس

اضطراب مرگ. مجله روانشناسی، ۵(۴)، ۳۳۱-۳۴۴.

<https://www.sid.ir/paper/54487/fa>

روشن، رسول و مقدسین، مریم (۱۳۹۴). پنج عامل بزرگ شخصیت و

مکانیسم‌های دفاعی در پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان دارای اختلال

بدکارکردی جنسی. پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، ۱۵(۱)، ۵۰-۳۷.

https://cbs.ui.ac.ir/article_17347.html

شفایی، محیا؛ پیامی، میترا؛ امینی، کوروش و پهلوان شریف، سعید (۱۳۹۵). بررسی

ارتباط بین اضطراب مرگ و کیفیت زندگی در بیماران تحت درمان با

همودیالیز. مجله حیات، ۲۲(۴)، ۳۲۵-۳۳۸.

<http://hayat.tums.ac.ir/article-1-1632-fa.html>

شهبازی، مسعود؛ رجبی، غلامرضا؛ مقامی، ابراهیم؛ جلوداری، آرش (۱۳۹۴).

ساختار عامل تأییدی نسخه فارسی مقیاس درجه‌بندی تجدیدنظر شده

- Psychology*, 53(4), 533-547.
<https://doi.org/10.1177/00812463231186328>
- Brophy, K., Brähler, E., Hinz, A., Schmidt, S., & Körner, A. (2020). The role of self-compassion in the relationship between attachment, depression, and quality of life. *Journal of affective disorders*, 260, 45-52. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.066>
- Brown, A. J., Shen, M. J., Ramondetta, L. M., Bodurka, D. C., Giuntoli, R. L., & Diaz-Montes, T. (2014). Does death anxiety affect end-of-life care discussions?. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 24(8), 1521-1526.
<https://doi.org/10.1097/IGC.0000000000000250>
- Cai, T., Verze, P., & Bjerklund Johansen, T. E. (2021). The Quality of Life Definition: Where Are We Going? *Uro*, 1(1), 14-22.
<https://doi.org/10.3390/uro1010003>
- Cho, S., & Cho, O. H. (2022). Depression and quality of life in older adults with pneumoconiosis: the mediating role of death anxiety. *Geriatric Nursing*, 44, 215-220.
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2022.02.018>
- Conte, H. R., Weiner, M. B., & Plutchik, R. (1982). Measuring death anxiety: conceptual, psychometric, and factor-analytic aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43: No. 4: 775-785. [Doi:10.1037/0022-3514.43.4.775](https://doi.org/10.1037/0022-3514.43.4.775)
- Ehret, A. M., Joormann, J., & Berking, M. (2018). Self-compassion is more effective than acceptance and reappraisal in decreasing depressed mood in currently and formerly depressed individuals. *Journal of affective disorders*, 226, 220-226.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.10.006>
- Finlay-Jones, A. L. (2017). The relevance of self-compassion as an intervention target in mood and anxiety disorders: A narrative review based on an emotion regulation framework. *Clinical Psychologist*, 21(2), 90-103.
<https://doi.org/10.1111/cp.12131>
- Foroughi-Koldaer, Z., & Sabzehara-Langeroodi, M. (2019). The Predicting Role of Aspirations, Self-Compassion, Self-Esteem, and Self-Knowledge on Death Anxiety among University Students. *SALĀMAT-I IJTIMĀ'Ī (Community Health)*, 7(1), 57-66. [Persian]
<https://doi.org/10.22037/ch.v7i1.23780>
- Furer, P., & Walker, J. R. (2008). Death anxiety: A cognitive-behavioral approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22(2), 167-182.
<https://doi.org/10.1891/0889-8391.22.2.167>
- Gerber, Z., & Anaki, D. (2018). Self-compassion as a buffer against concrete but not abstract threat. *Death Studies*, 43(10), 639-646.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1511195>
- Gürbüz, A., & Yorulmaz, O. (2024). Death Anxiety in Psychopathology: A Systematic Review. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 16(1), 159-174.
<https://doi.org/10.18863/pgy.1267748>
- Hasanah, C. I., Naing, L., & Rahman, A. R. A. (2003). World Health Organization quality of life assessment: brief version in Bahasa Malaysia. *Medical Journal of Malaysia*, 58(1), 79-88.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14556329/>
- Hashim, M., Azim, W., Hussain, W., Rehman, F. U., Salam, A., & Rafique, M. (2022). Quality of life, perceived social support and death anxiety among people having cardiovascular disorders: A cross-sectional study. *Pakistan Journal of Medical & Health Sciences*, 16(04), 460-460.
<https://doi.org/10.53350/pjmhs22164460>
- Hooman, H. A. (2014). *Structural equation modeling with Lisrel application*. Tehran: Samt Publications. [Persian]
- Ji, P., Zhang, L., Gao, Z., Ji, Q., Xu, J., Chen, Y., ... & Guo, L. (2024). Relationship between self-esteem and quality of life in middle-aged and older patients with chronic diseases: mediating effects of death anxiety. *BMC psychiatry*, 24(1), 7.
<https://doi.org/10.1186/s12888-023-05459-4>
- Joung, J. H., & Park, H. (2024). The effects of death anxiety and social support on the preferences for care near the end of life in older adults staying at long-term care hospitals: A cross-sectional, descriptive study. *Journal of Korean Gerontological Nursing*, 26(1), 102-112.
<https://doi.org/10.17079/jkgn.2023.00199>
- Karaoglu, G., Kurcer, M. A., & Erdogan, Z. (2021). Death anxiety of doctors and nurses with levels of depression related to death and the factors affecting them. *Annals of Medical Research*, 28(8), 1572-1576.
<https://www.annalsmedres.org/index.php/aomr/article/view/3887>
- Kavaklı, M., Ak, M., Uğuz, F., & Türkmen, O. O. (2020). The mediating role of self-compassion in the relationship between perceived COVID-19 threat and death anxiety. *Anxiety*, 4(5), 15-23.
<https://doi.org/10.5505/kpd.2020.59862>
- Kaya, Y., Osmanoğlu, N., Satıcı, S. A., & Deniz, M. E. (2024). Self-compassion and death distress among individuals affected by the February 6, 2023,

- Türkiye Earthquake: The mediating role of doomscrolling and resilience. *Journal of Health Psychology*, 13591053241282129. <https://doi.org/10.1177/13591053241282129>
- Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017). A meta-analysis of compassionbased interventions: Current state of knowledge and future directions. *Behavior Therapy*, 48(6), 778-792. [Doi:10.1016/j.beth.2017.06.003](https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.003)
- Kisomi, Z. S., Taherkhani, O., Mollaei, M., Esmaeily, H., Shirkhanloo, G., Hosseinkhani, Z., & Amerzadeh, M. (2024). The moderating role of social support in the relationship between death anxiety and resilience among dialysis patients. *BMC nephrology*, 25(1), 100. <https://doi.org/10.1186/s12882-024-03533-x>
- Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications.
- Khaki S, Khesali Z, Farajzadeh M, Dalvand S, Moslemi B, Ghanei Gheshlagh R. The relationship of depression and death anxiety to the quality of life among the elderly population. *Journal of Hayat*, 23 (2), 152-161. [Persian] <http://hayat.tums.ac.ir/article-1-1855-fa.html>
- Khosravi, S., Sadeghi, M., & Yabandeh, M.R (2013). Psychometric Properties of Self-Compassion Scale(SCS). *Psychological Models and Methods*, 4(13), 47-59. [Persian] https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_339.html?lang=fa
- MamSharifi, P., Akbari Bejandi, N., & Asadi, N. (2020). Internet addiction prediction modeling based on quality of life and life satisfaction: the mediating role of stress coping strategies. *Journal of psychologicalscience*, 19(89), 541-551. [Persian] <http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1399.19.89.11.5>
- Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. J. (2006). *Applied Multivariate Research: Design and Interpretation*. London: Sage.
- Nasiri, H. (2006). Validity and reliability study of the World Health Organization's short quality of life scale and preparation of its Iranian version. *Third National Student Mental Health Seminar*. [Persian] <https://www.sid.ir/paper/493513/fa>
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Neff, K. D., & Beretvas, S. N. (2013). The role of self-compassion in romantic relationships. *Self and identity*, 12(1), 78-98. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.639548>
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and identity*, 9(3), 225-240. <https://doi.org/10.1080/15298860902979307>
- Neff, K., & Lamb, L. (2009). *Self Compassion*. In S. Lopez (Ed.), *The Encyclopedia of Positive Psychology*. Hoboken, NJ: Wiley Blackwell.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of research in personality*, 41(1), 139-154. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.03.004>
- Neff, K. D. (2016a). The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*, 7, 264-274. <https://doi.org/10.1002/jclp.22187>
- Neimeyer, R. A., & Van Brunt, D. (2018). *Death anxiety*. Dying, 49-88.
- Onu, D. U., Ifeagwazi, C. M., & Chukwuorji, J. C. (2020). Does Posttraumatic Growth Buffer the Association between Death Anxiety and Quality of Life among People living with HIV/AIDS? *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 28(2), 229-238. <https://doi.org/10.1007/s10880-020-09708-6>
- Ozdemir, K., Sahin, S., Guler, D. S., Unsal, A., & Akdemir, N. (2020). Depression, anxiety, and fear of death in postmenopausal women. *Menopause*, 27(9), 1030-1036. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001578>
- Pepping, C. A., Davis, P. J., O'Donovan, A., & Pal, J. (2015). Individual differences in self-compassion: The role of attachment and experiences of parenting in childhood. *Self and Identity*, 14(1), 104-117. <https://doi.org/10.1080/15298868.2014.955050>
- Rajabi, GH., Bohrani, M (2002). Item Factor Anaiysis of the Death Anxiety Scale, *Journal of Psychology*, 5 (4), 331-344. [Persian] <https://www.sid.ir/paper/54487/fa>
- Roshan, R., & Mogadashin, M. (2015). The Role of Big Five Personality Factors and Defense Mechanisms in Predicting Quality of Life in Sexually Dysfunctional Female Patients. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*, 5(1), 37-50. [Persian] https://cbs.ui.ac.ir/article_17347.html?lang=en
- Shafaii, M., Payami, M., Amini, K., Pahlevan, S. (2014). The relationship between death anxiety and quality

- of life in hemodialysis patients. *Journal of Hayat*, 22 (4), 325-338. [Persian]
<http://hayat.tums.ac.ir/article-1-1632-fa.html>
- Sherman, D. W., Norman, R., & McSherry, C. B. (2010). A comparison of death anxiety and quality of life of patients with advanced cancer or AIDS and their family caregivers. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 21(2), 99-112.
<https://doi.org/10.1016/j.jana.2009.07.007>
- Sinoff, G. (2017). Thanatophobia (death anxiety) in the elderly: The problem of the child's inability to assess their own parent's death anxiety state. *Frontiers in Medicine*, 4, 11.
<https://doi.org/10.3389/fmed.2017.00011>
- Sübeten, A. (2018). *Considerations of death anxiety, meaning in life, self-esteem, self-compassion and loneliness vis-a-vis terror management theory. Thesis (M.A.)-Bogazici University. Institute for Graduate Studies in the Social Sciences.*
<http://digitalarchive.boun.edu.tr/handle/123456789/19187>
- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of general psychology*, 82(2), 165-177.
<https://doi.org/10.1080/00221309.1970.9920634>
- Üstükuş, A., & Eskimez, Z. (2021). The effect of death anxiety in nurses on their approach to dying patients: A cross-sectional study. *Perspectives in psychiatric care*, 57(4).
<https://doi.org/10.1111/ppc.12768>
- Woo, J.-H., & Bae, S.-M. (2022). The Association Between Depression and Death Anxiety Among Older Adults: Moderating Effect of Ego-Integrity. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 90(3), 1025-1042. <https://doi.org/10.1177/00302228221115586>
- World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996 (No. WHOQOL-BREF)*. World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63529/WHOQOLBREF>
- Yousefi Afrashteh, M., & Rezaei, S. (2021). The Spirituality and Quality of Life in the Elderly: The Mediating Role of Self-Compassion and Sense of Cohesion. *Aging Psychology*, 7(2), 151-137. [Persian]
<https://doi.org/10.22126/jap.2021.6358.1526>