





The Effectiveness of Death-Thinking-Based Psychotherapy on Prisoners' Quality of Life, Life Expectancy, and Depression

Alireza Attariani 

PhD Candidate, Counseling and Psychological Department, Islamic Azad University, Bojnord Branch, Bojnord, Iran.
Email: ali.attareani2000@gmail.com

Bahramali Ghanbari Hasemabadi 

Professor, Department of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. (Corresponding Author), Email: ghanbarih@um.ac.ir

Mahmoud Azadi 

Assistant Professor, Department of Psychology, Hekmat Razavi Institute of Higher Education, Mashhad, Iran. Email: scientificpaper6@gmail.com

Received: 2023-10-22 Revised: 2024-03-02 Accepted: 2024-06-02 Published: 2024-06-19

Citation: Ghanbari Hashem Abadi, B. A.; Atariani, A; Azadi, M. (2022). Investigating the effectiveness of treatment based on death thoughts on quality of life, life expectancy, and depression in prisoners, 14(1), 43-66. doi: 10.22067/tpccp.2022.68102.1013

Abstract

Introduction: Death-mindedness is defined as concerning about death. Therefore, death-thinking individuals are aware of their own inevitable death and concerned about facing it. It can be said that death thinking is the way people deal with death and the way they understand it; both are related to the quality of life. According to Terror Management Theory, when thoughts of death are consciously focused on, the person's lifestyle becomes more involved in meaning, personal values, and authentic relationships, and as a result, the quality of life increases. On the other hand, when thoughts of death are on the sidelines of individuals' mental life, they are more likely to be involved in dysfunctional relationships and psychological disorders. Furthermore, thinking about death in the form of suicidal thoughts in depressed people means accepting the lack of control over death. In cases when people face with death in a dynamic and constructive way, their depression, anxiety, and hopelessness decrease and their life expectancy and life quality increase. Moreover, hopelessness and depression can be considered as the reactions to the issue of death. Due to the high psychological pressure felt as a result of anticipating imminent death, some prisoners show destructive and harmful behaviors such as using drugs and strong painkillers. As the consequences, depression, aggression, self-harm, and other behaviors that are harmful to them and also to other prisoners will also increase over time. Considering the role of constructive death thinking on the quality of life, conducting a study on the effectiveness of death-mindedness-based intervention is important. Death-thinking psychotherapy is assumed to be an intervention that may increase the prisoners' quality of life by facing them with a real, personal and realistic encounter with the phenomenon of death. The aim of this study was to explore the effectiveness of death-thinking treatment on the quality of life, life expectancy, and level of depression among prisoners.

Method: This research employed a quasi-experimental design with a control group using pre-test and post-test assessment. The statistical population consisted of all male prisoners



(N = 825) residing at the Counseling Center No. 3 of the Central Prison of Mashhad. Out of these population, 24 prisoners who met the inclusion criteria were selected and randomly assigned in two groups: experimental and control group (12 participants in each group). All participants completed then the questionnaires in the pre-test stage including the World Health Organization Quality of Life Brief Version (WHOQOL-BREF; 1998), Schneider's (1991) Life Expectancy Questionnaire, and Beck's Depression Inventory (1996). The members of the experimental group received 15 sessions of the Death Thinking-Based Psychotherapy while the members of the control group did not receive any intervention. After the intervention period, the participants of both groups were asked again to complete the study questionnaires for the post-test stage. Finally, the collected data were analyzed using Analysis of covariance (ANCOVA) and multivariate analysis of variance (MANCOVA) in SPSS-21.

Results: The ANCOVA analysis showed a significant difference between the quality of life of the members of the experimental and control groups. Therefore, it can be concluded that the intervention based on death-thinking significantly improved the quality of life of prisoners of experimental group compared to the quality of life of the members of the control group ($p < 0.05$). Moreover, the results of the between-subject effects test for the comparison of the groups regarding life expectancy variable showed that the F value observed for these variables is significant, as it showed a significant difference between experimental and control groups in terms of life expectancy. Accordingly, the intervention based on death-thinking improved prisoners' life expectancy ($P < 0.05$). Moreover, the MANCOVA analysis showed that there is a significant difference between the experimental group and control group regarding the level of depression. The intervention based on death-thinking significantly reduced the level of depression among prisoners of the experimental group ($P > 0.05$).

Discussion and Conclusion: This study was done to explore the effectiveness of the treatment based on death-thinking on the quality of life, life expectancy, and depression among prisoners. The results showed that the treatment based on death-thinking (independent variable) significantly improved the quality of life and life expectancy, and the level of depression (dependent variables). The evidence confirms the practical validity of the treatment based on death-thinking. On the other hand, the effectiveness of death-thinking on the improvement of the quality of life, life expectancy, and reducing the level of depression among prisoners was considerable. The clinical observations showed that these impacts were palpable in issues such as motivation and goal. The observations also showed that the prisoners who received the treatment based on death-thinking changed their internal and external goals. This finding is in line with the findings of Jamil and Gharibi (2018). Many people can use the findings of this study, including those who seek better life quality, and the psychologists whose clients are in situations with imminent death such as those sentenced to death or awaiting imminent death in prisons, or patients with incurable diseases such as cancer and AIDS, etc.

Keywords: Quality of Life, Depression, Life Expectancy, Death-thinking, Prisoner

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره



مقاله پژوهشی

<https://tpccp.um.ac.ir>

دسترسی آزاد

بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر مرگ‌اندیشی بر کیفیت زندگی، امید به زندگی و افسردگی در زندانیان

علیرضا عطاریانی ^{1b}دانشجوی دکتری، گروه مشاوره و روانشناختی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران. ali.attareani2000@gmail.comبهرامعلی قنبری‌هاشم‌آبادی ^{2id}استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران (نویسنده مسئول). ghanbarih@um.ac.irمحمود آزادی ^{3id}استادیار، گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی حکمت رضوی، مشهد، ایران. scientificpaper6@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۷/۳۰	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۱۱/۱۴	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۱۳	تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۳/۳۰
استناد: قنبری‌هاشم‌آبادی، ب؛ عطاریانی، ع؛ آزادی، م. (۱۴۰۲). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر مرگ‌اندیشی بر کیفیت زندگی، امید به زندگی و افسردگی در زندانیان. پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره، ۱۴(۱)، ۴۳-۶۶. doi: 10.22067/tpccp.2022.68102.1013			

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر مرگ‌اندیشی بر کیفیت زندگی، امید به زندگی و افسردگی در زندانیان است.

روش: روش پژوهش شبه‌آزمایشی است که در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش، مردان زندانی در واحد ۳ مشاوره زندان مرکزی شهر مشهد (۸۲۵ نفر) بود. از میان آن‌ها ۲۴ نفر که ملاک‌های ورود را دارا بودند، به صورت در دسترس به عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی (۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه کنترل) گمارده شدند و در پایان مداخله، داده‌های ۲۴ نفر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه کیفیت زندگی (فرم کوتاه سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۸)، پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۹۶) و مقیاس امید به زندگی اشنایدر (۱۹۹۱) به عنوان ابزار پژوهش استفاده گردید. هردو گروه آزمایش و کنترل پرسشنامه‌های مذکور را به عنوان پیش‌آزمون، تکمیل و سپس گروه آزمایش به مدت ۱۵ جلسه تحت درمان الگوی مداخله‌ای ارائه شده قرار گرفت. اما گروه کنترل در طول دوره پژوهش، الگوی مداخله‌ای را دریافت نکرد. سپس هردو گروه پرسشنامه‌های پژوهش را به عنوان پس‌آزمون تکمیل و در نهایت، داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و تحلیل واریانس چندمتغیره و با استفاده از نرم‌افزار

1 WHO QOL BREF

2 The Beck Depression Inventory

3 Snyder Hope Questionnaire

SPSS-21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، مداخله درمانی مبتنی بر مرگ‌اندیشی موجب بهبود کیفیت زندگی، امید به زندگی و همچنین کاهش میزان افسردگی زندانیان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل از مرحله پیش‌آزمون به مرحله پس‌آزمون تا مرحله پیگیری شده است؛ بنابراین، باتوجه به یافته‌های به‌دست‌آمده می‌توان نتیجه گرفت، مرگ‌اندیشی منجر به بهبود کیفیت زندگی، افزایش امید به زندگی و کاهش میزان افسردگی در زندانیان می‌شود.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، افسردگی، امید به زندگی، مرگ‌اندیشی.

مقدمه

در فرهنگ قرآن «فوت» به معنای زوال ابدی است، ولی «وفات» به معنای «اخذ تام و در اختیار گرفتن تمام و کمال یک حقیقت و انتقال آن به سرای دیگر» است (JavadiAmoli, 2009). مرگ‌اندیشی، داشتن دغدغه مرگ است و انسان مرگ‌اندیش، هم آگاه به مرگ محتوم خود است و هم دغدغه‌ی مواجهه با آن را دارد (Hasani et al., 2021). بررسی رابطه زمان، زندگی و عمر اخلاقی نشان داد کسب فضایل اخلاقی در طی زمان و متناسب با حرکت جوهری است و عمر اخلاقی همان مدت زمانی است که در طول زندگی؛ برای کسب غایت و کسب فضایل اخلاقی و رسیدن به هدف صرف می‌شود؛ در نتیجه، زمان لازمه کسب هدف زندگی یا معنای زندگی است (Hasani et al., 2021).

تئوری مدیریت ترور (مرگ)^۱ معتقد است: زمانی که افکار مرگ آگاهانه در کانون توجه قرار می‌گیرد سبک زندگی فرد بیشتر درگیر معنا، ارزش‌های شخصی و روابط اصیل و در نتیجه افزایش کیفیت زندگی می‌شود (Fitri et al., 2020). زمانی که افکار مرگ در حاشیه است، سبک زندگی فرد بیشتر درگیر روابط ناکارآمد و اختلالات روان‌شناختی است (Yetzer & Pyszczynski, 2019). مرگ صرفاً با ناامیدی در پیوند نیست بلکه گاهی امید را باز نمایی می‌کند. یعنی مرز بین مرگ و زندگی از بین می‌رود و مرگ، مفهوم زندگی و امید می‌یابد. زیرا ناامیدی بدون امید موجودیتی ندارد و این دو در دیالکتیکی همیشگی با یکدیگرند (Kermani et al., 2011).

یالوم مرگ را پایان زندگی می‌داند اما اندیشیدن درباره آن را برای زندگی معنا آفرین و ارزش بخش تلقی می‌کند. از نظر یالوم عوامل مهمی که انسان‌ها را متوجه مرگ خودشان می‌کند، قرار گرفتن در مواجهه نزدیک با مرگ خودشان، عامل زمان، بررسی دقیق رویاها و خیال پردازی‌های فردی و غیره است. و از جمله درمان‌های عملی اضطراب مرگ ایجاد اثری هنری، قرار گرفتن در کنار افرادی که در شرف مرگ هستند

و غیره می‌باشد. در پژوهشی با هدف تبیین الگوی اضطراب بر اساس همدلی عاطفی با میانجیگری معنویت در افراد میانسال نتایج نشان داد شد که معنویت بر همدلی عاطفی و اضطراب مرگ تأثیر دارد و به صورت منفی و معنادار میانجیگری می‌کند. بنابراین اضطراب مرگ را باید با دید تعاملی و همه جانبه نگریست (BadiaNia & Bashardoust, 2022). در پژوهشی رمضان‌ی و همکاران با مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنش و روایت درمانی بر اضطراب مرگ سالمندان به این نتیجه رسیدند که درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنش و روایت درمانی بر اضطراب مرگ سالمندان اثربخش است (Ramezani et al., 2023).

کرمی و همکاران در مطالعه‌ای با هدف بررسی رابطه بین کنجکاوی اجتماعی و سلامت معنوی با اضطراب مرگ در پرستاران نشان داد که بین کنجکاوی اجتماعی و سلامت معنوی با اضطراب مرگ رابطه منفی معنادار وجود دارد. بدین معنی که با افزایش میزان کنجکاوی اجتماعی و سلامت معنوی در افراد میزان اضطراب مرگ در آن‌ها کاهش می‌یابد (Karami et al., 2022). غلام نژاد و همکاران با مطالعه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی امید به زندگی و هراس از مرگ و تنظیم قند خون بیماران دیابتی مبتلا به نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی روی امید به زندگی و هراس از مرگ و HbA1c بیماران دیابتی افسرده تأثیر مثبت دارد (Gholamnejad et al., 2023).

در تحقیقی که حق دوست و همکارانش تحت عنوان اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر مدیریت استرس بر اضطراب مرگ، فاجعه پنداری درد، پذیرش و شدت درد بیماران مبتلا به سرطان پروستات انجام دادند، نتایج نشان داد ذهن آگاهی مبتنی بر مدیریت استرس نسبت به گروه کنترل، بر اضطراب مرگ، فاجعه پنداری درد، پذیرش و شدت درد اثربخش بوده است (Haghdoust et al., 2022).

یافته‌های جنگی جهان تیغ و همکاران نشان داد آموزش خودشفابخشی که شامل: شناسایی و اصلاح خاطرات مخرب و باورهای منفی از طریق آموزش تفکر واقع بینانه و مسئله‌مدار است، موجب کاهش اضطراب مرگ و بهبود کیفیت خواب سالمندان می‌شود (Zandi et al., 2004).

کیفیت زندگی و قدرت تحمل مشکلات نیز با مسئله مرگ ارتباط نزدیکی دارد. افرادی که جواب قانع‌کننده‌ای برای این موضوع دارند از تحمل و کیفیت زندگی بهتری برخوردارند (Abdel-khalek, 2010). بین تفکر در مورد مسئله مرگ و کیفیت زندگی ارتباط وجود دارد. زندگی و همکاران (Zandi et al., 2004) به این نتیجه رسیدند که تفکر واقع‌گرایانه در مورد مرگ موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌شود. حل مسئله مرگ از طریق بهبود کیفیت زندگی منجر به افزایش سلامت جسمی و روانی می‌گردد (Ghorbanpur, 2013).

آگاهی از مرگ، حوزه‌هایی از قبیل آینده، خانواده، کسب و کار، آموزش، سلامت و مراقبت، دولت، هنر و ورزش را تحت تأثیر قرار خواهد داد (McCabe et al., 2018). همه انسان‌های مرگ آگاه، مرگ‌اندیش نیستند. اگر کسی دغدغه مرگ را داشته باشد و به آن بیندیشد، علاوه بر مرگ آگاه؛ مرگ‌اندیش است (Akbarzadeh et al., 2014). بنابراین مرگ‌اندیشی به نحوه مواجهه انسان با پدیده مرگ گفته می‌شود و شیوه تفسیر او از این پدیده با کیفیت زندگی فرد مرتبط است (Goranson et al., 2017). نظریه مدیریت وحشت (مرگ) نشان می‌دهد آگاهی بشر از اجتناب‌ناپذیری مرگ بر جنبه‌های مختلف تفکر، احساسات، انگیزه و رفتار انسان تأثیر عمیقی می‌گذارد (Pyszczynski et al., 2015). متغیرهای ناامیدی و افسردگی نیز از واکنش‌های شایع در مواجهه با مسئله مرگ می‌باشد (Stoffer, 2000).

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۵) اعلام کرد که تا سال ۲۰۲۰ افسردگی اصلی‌ترین علت ناتوانی و بیماری در نوجوانان و جوانان خواهد بود (Diedrich et al., 2014). افسردگی اغلب با عنوان مجموعه‌ای از علائم و نشانه‌های منفی، مانند ناامیدی، کناره‌گیری، خلق پایین و منفی، شناخت‌های منفی و رفتارهای اجتنابی مفهوم‌سازی شده است (Sin et al., 2011). در پژوهشی ساوانت و همکاران (Sawant et al., 2015) دریافتند: وقتی افکار مرگ در حاشیه قرار دارند سبک زندگی فرد بیشتر درگیر روابط ناکارآمد و اختلالات روان‌شناختی است که به نوبه خود موجب کاهش سطح کیفیت و غنای زندگی اصیل می‌شود. تحقیقات دیبارنات و همکاران (Debarnot et al., 2015)، فارار و همکاران (Farrar et al., 2015)، واترسانگ (Bethel, 1990; Debarnot et al., 2015; Farrar et al., 2015; Moghdisi et al., 2016; Watersong, 2011)، نشان داد که آموزش تصویرپردازی موجب بهبود خواب، خود کارآیی، عواطف مثبت، تاب‌آوری و رضایت‌مندی از زندگی، و کاهش اضطراب، افسردگی و احساس درد بدنی شود. بارت و همکاران (Barnett et al., 2018) در تحقیقات خود دریافتند: تصویرسازی ذهنی، تکنیکی است که تأثیرات جسمی و روان‌شناختی دارد. این تکنیک برای بازآفرینی یا خلق یک تجربه مورد استفاده قرار می‌گیرد و در جهت افزایش عملکرد و بهبود کیفیت زندگی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

بوزو و همکاران (Bozo et al., 2009) برای سنجش اثربخشی افکار مرتبط با مرگ بر رفتارهای ارتقاء بخش سلامت، سیاهه‌ای از افکار مرتبط با مرگ را در اختیار اعضای گروه آزمایش قرار داد تا در مورد مرگ خود فکر کرده و صحبت کنند. پس از بررسی پاسخ‌های دو گروه آزمایش و کنترل، ملاحظه شد، میزان رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی در گروه آزمایش به‌طور معناداری بالاتر از گروه کنترل است (Bozo et al., 2009). برگر و همکاران (۱۹۹۸) در مطالعه‌ای نشان دادند که هرچه نگرش مذهبی قوی‌تر باشد میزان

اضطراب و افسردگی ناشی از انتظار مرگ کاهش می‌یابد (Berger et al., 1998). بر اساس تحقیقات الموستادی (۲۰۱۲)، جازما و همکاران (۲۰۱۰)، گولدن و همکاران (۲۰۰۴)، لین و همکاران (۲۰۰۰) همبستگی معناداری بین اضطراب مرگ و افسردگی مرگ مشاهده شده است (Almostadi, 2012; Goldney et al., 2004; Jaarsma et al., 2010; Lane et al., 2000). براساس پژوهش‌های فوق افسردگی و اضطراب پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی هستند. از طرفی طبق مبانی نظری در رویکردهای وجودی، روانکاوی و انسانگرا، اندیشه آگاهانه و اختیاری درباره مرگ از طریق آموزش یا تصویر سازی، موجب یک زندگی اصیل، غنی و موثر می‌شود.

۶۰ درصد بیماران افسرده فکر خودکشی دارند و ۱۵ درصدشان دست به خودکشی می‌زنند. دشواری در تمرکز، اختلال در تفکر، غمگینی، گریه بی‌دلیل، از دست دادن علاقه و ناتوانی از لذت بردن، بی‌حالی و خستگی، زود رنجی، مشکلات خواب نیز در آن‌ها زیاد مشاهده می‌شود (Kaplan & Zadok, 2003). افسردگی یک موضع‌گیری در برابر ابهام هستی و بی‌معنایی آن است. ماهیت اصلی این اختلال، خودداری از مواجهه، تصمیم‌گیری و درگیر شدن و همراه شدن با انتخاب‌های اجتناب‌ناپذیر حیات می‌باشد (Tillich, 2005). اگر افسردگی درمان نشود یا درمان آن ناکارآمد باشد، ممکن است به بروز رفتارهای ناسازگارانه‌ای منجر شود (Segal et al., 2002). همچنین، افسردگی اغلب با سطوح بالاتر اضطراب همراه شده و می‌تواند با حملات هراس و فوبی و افزایش یاس و ناامیدی کیفیت زندگی فرد را به مخاطره بیندازد (Chew, 2006).

شیوع افکار مرگ و خودکشی در افراد افسرده، نوعی تسلیم شدن در برابر عدم کنترل پدیده مرگ می‌باشد اگر افراد به شکلی متفاوت با مسئله مرگ مواجه شوند و تجربه‌ای پویا، سازنده و مثبت نسبت به مرگ پیدا کنند، افسردگی، اضطراب و ناامیدی آن‌ها کاهش و امید به زندگی و کیفیت آن افزایش می‌یابد (Moghdisi et al., 2016).

یالوم (Yalom, 2011) معتقد است برای مقابله با وحشت مرگ دفاع‌هایی ایجاد می‌کنیم که این دفاع‌ها بر پایه انکار بنا شده و منجر به ناسازگاری بالینی می‌شود. کوپلر راس معتقد است اگر ما بخواهیم زندگی کنیم باید جرات یادآوری آن را داشته باشیم که زندگی بسیار کوتاه است (May, 1981). از نظر فرانکل مرگ یک تهدید نیست بلکه انسان را وامی‌دارد حداکثر زندگی را تجربه کند (Scharf, 2023). این نگاه فرانکل، بدان معناست که مواجهه با مرگ می‌تواند اصول بنیادین، پایه‌ها و سبک زندگی را تغییر دهد (Moghdisi et al., 2016). کجیاف و همکاران (Kajbaf et al., 2015) تلفیق روان‌درمانی وجودی و معنوی

همراه با شرح تجربه‌های نزدیک به مرگ بر کاهش اضطراب مرگ و کاهش افسردگی تأثیر معناداری دارد. تلاش برای سرکوب آگاهی از مرگ، بر نگرش‌ها، رفتار و سبک زندگی افراد تأثیر می‌گذارد. دفاع‌های روان‌شناختی، از جمله انکار، حواس‌پرتی و...، منجر به نتایج معکوس شده و از اصالت یک زندگی با ارزش و مؤثر می‌کاهد (Pyszczynski et al., 2000). «معنای زندگی» و «مرگ‌اندیشی» در دیدگاه وجودگرایی^۱ دو مسئله جدایی‌ناپذیر محسوب می‌شوند. کیرکگور^۲ معتقد است: زندگی انسان در ارتباط با مرگ و مرگ‌اندیشی معنا پیدا می‌کند تا جایی که زندگی بدون آن، پوچ و بی‌معنا خواهد بود (Khedri, 2020).

یالوم از بین چهار دغدغه وجودی، ابتدا مرگ را مطرح می‌کند. چون اهمیتی بیش از سه دغدغه دیگر «آزادی، تنهایی و پوچی دارد» (Smith et al., 2012). در نگاه فلسفی، اندیشیدن، تقدیر انسان و اندیشه و تفکر، رکن اساسی و جزو ذاتی او و منشأ آگاهی و معرفت، بنیان و بنیاد، استکمال و کمال وی است (Alipour & Ghorbanighomi, 2020).. باتوجه به اینکه مهم‌ترین پدیده خارج از کنترل انسانی مرگ است، عدم مواجهه و حل و فصل این پدیده فرد را به سمت افسردگی سوق می‌دهد (Chew, 2006). مرگ‌اندیشی می‌تواند بر ابعاد گوناگون زندگی انسان اثر بگذارد بخصوص، برای نوجوانان که در ابتدای ترسیم طرح زندگی آتی خود هستند می‌تواند مسیر آینده زندگی آن‌ها را شکل دهد (Zandi et al., 2021).

طبق نظر هایدگر (۱۹۲۷)، مرگ‌اندیشی را عامل اصلی در فردیت انسان می‌داند و به نظر وی مرگ پایان همه امکان‌ها و رنج‌هاست. اما در اندیشه علامه طباطبایی، مرگ‌اندیشی نه تنها سبب یأس و نومیدی نمی‌گردد، بلکه منشأ پویایی و امید در آدمی گشته تا از همه ظرفیت‌ها برای تعالی خود و ساختن حیات پس از مرگ بهره‌گیرد (Ahmadbayi et al., 2020). معنابخشی به رنج‌های گریزناپذیر مانند مرگ آن‌ها را قابل تحمل‌تر کرده و به عامل رشد انسان بدل می‌شود (Jimenes, 2009).

ازاین‌رو پژوهش حاضر سعی دارد از طریق درمان مبتنی بر مرگ‌اندیشی، بر روی زندانیان در معرض مرگ قریب‌الوقوع، به آنها کمک کند تا به شکلی اصیل، شخصی و واقع‌بینانه با پدیده مرگ روبه‌رو شوند.

روش

هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی مرگ‌اندیشی بر بهبود کیفیت زندگی، امید به زندگی و کاهش میزان افسردگی در زندانیان است. روش پژوهش شبه‌آزمایشی است که در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش، مردان زندانی واحد

1. Existentialist
2. Kierkegaard

۳ مشاوره زندان مرکزی شهر مشهد (۸۲۵ نفر) بود. از میان آن‌ها ۲۴ نفر که دارای حکم قصاص بوده و ملاک‌های ورود را دارا بودند، به صورت در دسترس به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و به صورت تصادفی (۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه کنترل) گمارده شدند و در پایان مداخله درمانی، داده‌های ۲۴ نفر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزارهای پژوهش حاضر شامل پرسشنامه کیفیت زندگی (فرم کوتاه سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۸)، پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۹۶) و مقیاس امید به زندگی اشنايدر (۱۹۹۱) بود. داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که مرگ‌اندیشی منجر به بهبود کیفیت زندگی، امید به زندگی و کاهش میزان افسردگی در زندانیان شد. بنابراین، با توجه به نتایج پژوهش می‌توان بیان کرد که توجه به مشکلات روان‌شناختی زندانیان امری ضروری است و مرگ‌اندیشی می‌تواند در بهبود مشکلات روان‌شناختی زندانیان نقش اساسی داشته باشد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: عدم مشکل و ممانعت از طرف مسؤولین زندان برای حضور در دوره درمان، داشتن حکم قطعی، فرصت کافی برای شرکت در دوره درمان تا قبل از اجرای حکم، تجربه و درگیر بودن اشتغال ذهنی به مرگ، قرار داشتن در دامنه سنی بین ۲۰-۵۰ سال، دارای سواد حداقلی (خواندن و نوشتن). هر دو گروه آزمایش و کنترل پرسشنامه‌های مذکور را به‌عنوان پیش‌آزمون تکمیل و سپس گروه آزمایش به مدت ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان الگوی مداخله‌ای ارائه شده، قرار گرفت اما گروه کنترل در طول دوره پژوهش، الگوی مداخله‌ای را دریافت نکرد. البته در پایان پژوهش به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، افراد گروه کنترل نیز یک دوره درمان مبتنی بر مرگ‌اندیشی را دریافت کرد.

جدول ۱: ساختار جلسات درمان گروهی، مبتنی بر الگوی مرگ‌اندیشی

جلسه	اهداف درمانی
جلسه ۱	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، ایجاد فضایی امن و قابل اعتماد، ایجاد زمینه برای همبستگی گروهی و ارتباط بیشتر؛ توضیح اصول و قوانین گروه درمانی مبتنی بر مرگ‌اندیشی؛ آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش؛ توضیح در مورد پرسشنامه‌ها و سنجش کلی سبک زندگی و اضطراب مرگ، پاسخ به سؤالات اعضا.
جلسه ۲	تلاش برای ارتباط بیشتر و افزایش همبستگی و مشارکت، گفتگوی اعضا در مورد مسائل و احساسات شخصی درباره موضوع مورد پژوهش، پرداختن به مفهوم اولیه مرگ و بررسی میزان انکار، مقاومت یا مواجهه اعضا با آن، تقویت حضور در این‌جا و اکنون و افزایش خود آگاهی.
جلسه ۳	آشنایی اجمالی با اقسام غم و رنج، بالاختص مرگ به عنوان بخش جدایی‌ناپذیر زندگی، و بحث پیرامون تفاوت مرگ‌اندیشی و مرگ‌هراسی و پیامدهای آن.

اهداف درمانی	جلسه
انواع مرگ‌اندیشی از دیدگاه‌های مختلف (عامیانه، زاهدانه، عارفانه، واقع‌بینانه). بیان ویژگی‌های مرگ‌اندیشی واقع‌بینانه و اثرات آن بر سبک و کیفیت زندگی.	جلسه ۴
بررسی چند راه‌کار نظری برای کاهش اضطراب مرگ مانند: لزوم جاری بودن اندیشه مرگ در زندگی انسان، تجربه پیاپی مرگ در لحظات و مراحل مختلف زندگی و فهم ناپایداری زندگی دنیایی.	جلسه ۵
دیدن خود در آینده مرگ، بیان این مسئله که آدمی از مرگ نمی‌ترسد، بلکه از اندکی توشه و ترس از دست دادن فرصت‌ها، و کامل نکردن موقعیت‌های نیمه تمام، می‌ترسد. توجه به رابطه استوار عمل و پاداش عمل، عشق بی‌پایان خدا به انسان، و گرفته شدن جان به دست محبوب.	جلسه ۶
پرداختن به مفهوم اولیه مرگ و بررسی میزان انکار یا مواجهه اعضا با آن، رویارویی ابتدایی اعضا با اضطراب ناشی از تصور مرگ و مردن، آشنایی با ابعاد متفاوت اضطراب مرگ. همچنین تبیین نقش تصویرسازی ذهنی و سفرهای روان‌شناختی در زندگی و آمادگی اعضا برای شرکت در فرآیند سفرهای روان‌شناختی.	جلسه ۷
راه کارهای عملی برای کاهش اضطراب مرگ مانند تمرین مرگ‌آزمایی، که موجب کاهش اضطراب مرگ می‌شود (سفر به ناشناخته‌ها، سفر به قلمرو مردگان، سفر گذر از کارهای ناتمام، سفر درد، سفر از بدن، سفر بدرود گفتن به نزدیکان، سفر به دشت تنهایی، سفر به سرزمین مجازات.	جلسه ۸ تا ۱۳
جمع بندی جلسات گذشته و مرور تغییرات روانی - رفتاری حاصل از ارائه راه کارهای نظری و عملی مرگ‌اندیشی در اعضا.	جلسه ۱۴ تا ۱۵

ابزارهای پژوهش

در این پژوهش از ۳ پرسشنامه استاندارد شده استفاده شد:

پرسشنامه کیفیت زندگی: منظور از کیفیت زندگی در این پژوهش نمره ای است که فرد در فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸) کسب کرده است و گستره آن از ۰ تا ۱۰۴ است و هر چه نمره فرد بالاتر باشد نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر خواهد بود. فرم کوتاه این پرسشنامه دارای ۲۶ سؤال است. ۲ سؤال اول نیز صرفاً حیطه کلی کیفیت زندگی را ارزیابی می‌کند. در این آزمون از یک مقیاس پنج گزینه‌ای استفاده شده است و آزمودنی بین ۰ تا ۴ نمره می‌گیرد و امتیاز بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است. نجات و همکاران (۱۳۸۵) برای بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه پژوهشی بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام دادند. پایایی آزمون برای زیرمقیاس‌ها به این صورت به دست آمد: سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵، سلامت محیط ۰/۸۴ به دست آمد. روایی نیز با استفاده از آلفای کرونباخ به این صورت محاسبه شد سلامت جسمی ۰/۷۱، سلامت روانی ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۵۱، سلامت محیط ۰/۸۴ (Nejat et al., 2006).

مقیاس امید شنایدر: در این پژوهش منظور از امید نمره‌ای است که فرد در مقیاس امید شنایدر کسب نموده است. این مقیاس ۱۲ سوالی توسط شنایدر (۱۹۹۱) تدوین شده و شامل دو خرده مقیاس «مسیرها» و «تفکر عامل» است. این مقیاس برای سنین ۱۵ سال به بالا طراحی شده و مدت زمان کوتاهی (۲ تا ۵) دقیقه برای پاسخ‌گویی به آن کفایت می‌کند. مجموع نمرات بین ۸ تا ۳۲ قرار دارد (Kermani et al., 2011). شنایدر و همکاران (۱۹۹۱) پایایی این مقیاس را از طریق روش بازآزمایی بعد از سه هفته، برای کل مقیاس، ۰/۸۵، برای خرده مقیاس تفکر عامل ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس مسیرها ۰/۷۴ گزارش نمودند. همچنین پایایی این مقیاس را از طریق روش بازآزمایی بعد از سه هفته، برای کل مقیاس، ۰/۸۵، برای خرده مقیاس تفکر عامل ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس مسیرها ۰/۷۴ گزارش نمودند (Snyder et al., 1991).

پرسشنامه افسردگی بک: منظور از افسردگی در این پژوهش نمره‌ای است که فرد در سیاهه افسردگی بک (۰-۶۳) کسب کرده است. نمره ۱۸ به بالا در این آزمون نشان‌دهنده تشخیص افسردگی است. این آزمون ۲۱ ماده دارد و دامنه نمره‌ها بین حداقل ۰ تا حداکثر ۶۳ قرار می‌گیرد. به طور معمول، نمره افراد افسرده از نظر بالینی و افراد ناسازگار غیربیمار در دامنه ۱۲ تا ۴۰ قرار می‌گیرد. بک و همکاران (۱۹۹۶) پایایی این پرسشنامه را در یک تحلیل سطح بالا نشان دادند که ضرایب به دست آمده از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ بوده است. همچنین روایی پرسشنامه افسردگی بک با ویرایش اول آن ۰/۹۳ بود (Beck et al., 1996).

یافته‌ها

در این بخش به بررسی یافته‌های توصیفی و فرضیه‌های پژوهشی پرداخته می‌شود.

اطلاعات جمعیت شناختی

در این قسمت فراوانی و درصد فراوانی متغیرهایی نظیر تحصیلات، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، محل زندگی، نوع جرم، اشتغال و طبقه اجتماعی شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل مورد بررسی قرار می‌گیرد.

جدول ۲. فراوانی و درصد فراوانی

گروه کنترل		گروه آزمایش		متغیر	
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۲۰	۳	۳۳/۳	۵	ابتدایی	تحصیلات
۴۰	۶	۴۰	۶	سیکل	
۲۶/۷	۴	۲۰	۳	دیپلم	
۱۳/۳	۲	۶/۷	۱	فوق دیپلم	

گروه کنترل		گروه آزمایش		متغیر	
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۳۳/۳	۵	۲۰	۳	مجرد	وضعیت تاهل
۶۶/۷	۱۰	۸۰	۱۲	متاهل	
۴۶/۷	۷	۲۶/۷	۴	۰	تعداد فرزندان
۲۰	۳	۲۶/۷	۴	۱	
۱۳/۳	۲	۲۶/۷	۴	۲	
۰	۰	۲۰	۳	۳	
۲۰	۳	۰	۰	۴	
۷۳/۳	۱۱	۸۰	۱۲	شهر	محل زندگی
۲۶/۷	۴	۲۰	۳	روستا	
۳۳/۳	۵	۲۰	۳	ضعیف	طبقه اجتماعی
۶۶/۷	۱۰	۷۳/۳	۱۱	متوسط	
۰	۰	۶/۷	۱	خوب	
۳۳/۳	۵	۲۰	۳	بیکار	اشتغال
۶۶/۷	۱۰	۸۰	۱۲	شاغل	
۷۳/۳	۱۱	۷۳/۳	۱۱	قتل	جرم
۲۶/۷	۴	۲۶/۷	۴	مواد	

در گروه آزمایش میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۶/۰۶ و انحراف معیار ۸/۱۶ و در گروه کنترل میانگین سنی ۳۵/۸۰ و انحراف معیار ۶/۶۰ بود. در این بخش یافته‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، برای متغیرهای پژوهش، در گروه آزمایش و کنترل مورد بررسی قرار گرفته است.

یافته‌های توصیفی پژوهش

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون- پس‌آزمون متغیرهای پژوهش

گروه کنترل		گروه آزمایش		زمان	مولفه‌ها	متغیر
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین			
۴/۹۴	۱۷/۸۴	۲/۰۶	۱۸/۲۶	پیش‌آزمون	تفکر عامل	امید به زندگی
۴/۰۶	۱۶/۴۶	۳/۷۷	۲۰/۸۴	پس‌آزمون		

متغیر	مولفه‌ها	زمان	گروه آزمایش		گروه کنترل
			انحراف معیار	میانگین	
	مسیرها	پیش‌آزمون	۲/۸۸	۱۸/۷۱	۳/۱۴
		پس‌آزمون	۳/۳۱	۱۷/۹۷	۳/۲۵
کیفیت زندگی	-	پیش‌آزمون	۸/۸۳	۶۰/۰۶	۱۰/۹۳
		پس‌آزمون	۱۱/۰۲	۵۷/۹۳	۱۰/۷۶
افسردگی	-	پیش‌آزمون	۱۰/۰۳	۱۷/۶۰	۸/۳۷
		پس‌آزمون	۹/۵۶	۱۹	۸/۸۶

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود در گروه آزمایش میانگین امید به زندگی در مولفه تفکر عامل از ۱۸/۲۶ به ۲۰/۸۴، و در مولفه مسیرها از ۱۶/۰۳ به ۲۱/۶۷ افزایش معناداری یافته است. همچنین میانگین نمرات کیفیت زندگی نیز از ۴۹/۱۳ به ۶۰/۱۳ افزایش معناداری داشته، و در نهایت میانگین نمرات افسردگی از ۱۹/۸۰ به ۱۴/۹۳ کاهش معناداری یافته است. اما در گروه کنترل همان‌طور که مشخص است میانگین نمرات در متغیرهای کیفیت زندگی، امید به زندگی و افسردگی افزایش و کاهش معناداری را نشان نمی‌دهد.

بررسی استنباطی فرضیه‌های پژوهش

با توجه به این که پژوهش حاضر، شبه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است و با توجه به وجود متغیر وابسته، برای مقایسه‌ی اثربخشی هر گروه از آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیره (آنکووا)^۱ و چندمتغیره (مانکووا)^۲ استفاده شده است. در تحلیل کوواریانس با کنترل آماری پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش (کوریت)، میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌ها تعدیل و مقایسه می‌شوند. قبل از اجرای آزمون ابتدا به بررسی پیش فرض‌های اجرای تحلیل کوواریانس می‌پردازیم. در صورت رعایت این پیش فرض‌ها مجاز به استفاده از این آزمون می‌باشیم. در ادامه به بررسی استنباطی فرضیات این پژوهش می‌پردازیم.

پیش فرض نرمال بودن

جهت بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش در مرحله پس‌آزمون از آزمون کالموگروف اسمیرنوف استفاده شد. که نتایج آزمون بدین شرح بود: در متغیر کیفیت زندگی $K-S = ۰/۱۴$ و $sig = ۰/۰۹$ ، در متغیر امید به زندگی $K-S = ۰/۱۲$ و $sig = ۰/۱۹$ و در متغیر افسردگی $K-S = ۰/۱۳$ و $sig = ۰/۱۹$. همان‌طور که مشاهده می‌شود آزمون کالموگروف در هر سه متغیر از لحاظ آماری معنادار نبود و فرض نرمال بودن داده‌ها مورد تایید قرار گرفت ($P > ۰/۰۵$).

1. Univariate Analysis of Covariance (ANCOVA)

2. Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA)

آزمون فرضیه اول

فرضیه اول: الگوی مداخله‌ای مبتنی بر مرگ‌اندیشی در بهبود کیفیت زندگی زندانیان مؤثر است. به منظور پاسخ‌گویی به فرضیه‌ی مطرح شده، از روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره (ANCOVA) استفاده شد. آزمون لون جهت بررسی همگنی واریانس‌های دو گروه، از لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($P = ۰/۸۹$)، $P = ۰/۰۵$ ، $F =$ بنابراین فرض همگونی واریانس‌ها مورد تأیید قرار گرفت ($P > ۰/۰۵$).

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره جهت مقایسه گروه آزمایش و کنترل در متغیر کیفیت زندگی زندانیان

منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	معناداری	ضریب Eta
پیش‌آزمون	۶۹۴/۰۹	۱	۶۹۴/۰۹	۱۲/۴۸	۰/۰۰۲	۰/۳۱
گروه	۱۸۲۱/۶۷	۱	۱۸۲۱/۶۷	۳۲/۷۶	۰/۰۰۰	۰/۵۵
خطا	۱۵۰۰/۹۸	۲۷	۵۵/۵۹			
کل	۳۳۵۸/۹۶	۲۹				

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل از نظر کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد ($p < ۰/۰۵$)، $F = ۳۲/۷۶$. همان‌طور که در جدول ۳ نیز مشاهده شد میانگین کیفیت زندگی در پیش‌آزمون ۴۹/۱۳ بود که در پس‌آزمون به ۶۰/۱۳ افزایش یافت. بنابراین می‌توان استنباط کرد که مداخله‌ای درمانی مبتنی بر مرگ‌اندیشی در مقایسه با گروه گواه بطور معناداری باعث بهبود کیفیت زندگی در زندانیان شده است ($p < ۰/۰۵$)، بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

آزمون فرضیه دوم

فرضیه دوم: الگوی مداخله‌ای مبتنی بر مرگ‌اندیشی در افزایش امید به زندگی زندانیان مؤثر است. به منظور پاسخ‌گویی به فرضیه‌ی مطرح شده، از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) استفاده شد. ابتدا پیش‌فرض‌های آزمون مانکوا که شامل فرض نرمال بودن متغیرهای وابسته بود با آزمون کالموگروف اسمیرنف بررسی شد و نتایج آزمون کالموگروف اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن توزیع در سه گروه نشان‌دهنده نرمال بودن متغیرهای وابسته بود. پیش‌فرض همگنی واریانس در همه متغیرها پژوهش در مراحل پس‌آزمون تأیید شد. به منظور بررسی همگنی کوواریانس‌ها یا روابط بین متغیرهای وابسته از آزمون ام‌باکس استفاده شد. آزمون ام‌باکس محاسبه شده، از لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($P = ۰/۲۱$)، $F = ۲/۱۱$ ، بنابراین فرض همگونی کوواریانس‌ها نیز مورد تأیید قرار گرفت ($P > ۰/۰۵$). پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون نیز بررسی شد که مقدار F که تعامل بین متغیر هم‌پراش و مستقل را محاسبه می‌کند نیز معنادار

همانطور که در جدول ۸ مشاهده می‌شود، نتایج آزمون تحلیل کواریانس تک متغیری نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل از نظر میزان افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد ($F=62/40, p < 0/05$). همان‌طور که در جدول ۳ نیز مشاهده شد میانگین افسردگی در پیش‌آزمون ۱۹/۸۰ بود که در پس‌آزمون به ۱۴/۹۳ کاهش یافت. بنابراین می‌توان استنباط کرد که مداخله‌ای درمانی مبتنی بر مرگ‌اندیشی در مقایسه با گروه گواه به طور معناداری باعث کاهش میزان افسردگی در زندانیان شده است ($P > 0/05$). بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

اولین یافته پژوهش با توجه به داده‌های جدول شماره ۵ نشان داد که مداخله درمانی مبتنی بر مرگ‌اندیشی در مقایسه با گروه گواه به طور معناداری باعث بهبود کیفیت زندگی در زندانیان شده است. در گروه آزمایش از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون، میانگین نمرات کیفیت زندگی پس از دریافت الگوی مداخله ای نسبت به گروه کنترل افزایش معناداری پیدا کرده بود در حالی که میانگین نمرات در گروه کنترل کاهش یا افزایش معناداری پیدا نکرده بود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت مداخله درمانی مبتنی بر مرگ‌اندیشی باعث بهبود کیفیت زندگی در زندانیان شد.

نتایج حاصل از این فرضیه پژوهش با پژوهش‌های پیشین از جمله نظریه مدیریت مرگ یترز و پیژینسکی، (۲۰۱۹)، ساطع و براز (۲۰۲۳)، طباطبایی و ساطع (۲۰۲۳)، جان تیغ و همکاران (۲۰۲۳)، ساوانت و همکاران (۲۰۱۵)، بوزو و همکاران (۲۰۰۹)، زامانیان و همکاران (۲۰۱۶)، بهرامی و همکاران (۱۳۹۲)، طل و همکاران (۱۳۹۰) همخوانی دارد (Bahrami et al., 2013; Bozo et al., 2009; Pyszczyski et al., 2000; Tol et al., 2011; Yetzer & Pyszczyski, 2019; Zamaniyan et al., 2016).

دومین یافته پژوهش: با توجه به داده‌های جدول شماره ۷ نشان داد مداخله درمانی مبتنی بر مرگ‌اندیشی به طور معناداری موجب افزایش امید به زندگی در زندانیان شده است. در گروه آزمایش از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون، میانگین نمرات هر دو مؤلفه امید به زندگی (تفکر عامل و مسیرها) پس از دریافت الگوی مداخله‌ای نسبت به گروه کنترل افزایش معناداری نشان می‌داد. در حالی که میانگین نمرات در گروه کنترل کاهش یا افزایش معناداری نداشته است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت مداخله درمانی مبتنی بر مرگ‌اندیشی باعث افزایش امید به زندگی در زندانیان شد (Gholamnejad et al., 2023; Iranzadeh & Arsh Akmal, 2021).

نتایج حاصل از این فرضیه پژوهش نیز با پژوهش‌های پیشین از جمله تحقیقات ایران زاده و همکاران (۲۰۲۰)، غلام نژاد و همکاران (۲۰۲۲)، (Gholamnejad et al., 2023; Iranzadeh & Arsh Akmal, 2021)،

پژوهش‌های دبارنات و همکاران (۲۰۱۵)، فارار و همکاران (۲۰۱۵)، واترسانگ (۲۰۱۱)، بارنت و همکاران (۲۰۱۷)، مقدسی و همکاران (۱۳۹۵) همخوانی دارد (Bethel, 1990; Debarnot et al., 2015; Farrar et al., 2015; Moghdisi et al., 2016; Watersong, 2011).

سومین یافته پژوهش، با توجه به داده‌های جدول شماره ۸ نشان داد مداخله درمانی مبتنی بر مرگ‌اندیشی بطور معناداری موجب کاهش افسردگی در زندانیان شده است. در گروه آزمایش از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون، میانگین نمرات افسردگی پس از دریافت الگوی مداخله‌ای نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری نشان می‌داد. در حالی که میانگین نمرات در گروه کنترل کاهش یا افزایش معناداری نداشته است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت مداخله مبتنی بر مرگ‌اندیشی باعث کاهش میزان افسردگی در زندانیان شد. نتایج حاصل از این پژوهش همچنین با پژوهش‌های پیشین از جمله تحقیقات بدیع نیا و همکاران (۲۰۲۲)، رمضان‌ی و همکاران (۲۰۲۳)، کرمی و همکاران (۲۰۲۲)، حق دوست و همکاران (۲۰۲۲)، (BadiaNia & Bashardoust, 2022; Haghdoost et al., 2022; Karami et al., 2022; Ramezani et al., 2023) و پژوهش‌های الموستادی (۲۰۱۲)، جاززما و همکاران (۲۰۱۰)، گولدنی و همکاران (۲۰۰۴)، لین و همکاران (۲۰۰۰)، برگر و همکاران (۱۹۹۸)، احمدبایی و همکاران (۱۳۹۹)، کجباف و همکاران (۱۳۹۴) همخوانی دارد (Ahmadbayeri et al., 2020; Almostadi, 2012; Berger et al., 1998; Goldney et al., 2000; Lane et al., 2000; Jaarsma et al., 2010; Kajbaf et al., 2015).

تبیین نهایی

در مجموع، نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که بسته درمانی مبتنی بر مرگ‌اندیشی (متغیر مستقل) که برای اولین بار در این پژوهش از نظر تأثیر بر سازه‌های مهمی چون کیفیت زندگی، امید به زندگی و اضطراب مرگ، مورد اعتباریابی قرار می‌گرفت (با گروه آزمایش و یک گروه کنترل)، تأثیر معناداری بر بهبود کیفیت زندگی، امید به زندگی و کاهش میزان افسردگی (متغیرهای وابسته) نشان داد. این شواهد می‌تواند اعتبار کاربردی بسته درمانی مبتنی بر مرگ‌اندیشی را نشان دهد. علی‌رغم این که اغلب، این انتظار بین پژوهشگران وجود دارد که بسته‌های درمانی نوین و تازه تدوین شده نظیر مرگ‌اندیشی که در این پژوهش برای اولین بار تدوین و تهیه شده، به عنوان شواهدی برای به کارگیری آن‌ها در درمان نسبت به درمان‌های شناخته و به کار گرفته شده قبلی باشد و حتی دارای اثرات نیرومندتری باشند، ولی باید به این نکته توجه داشت که بنیان‌های بسیاری از درمان‌های مبتنی بر مرگ‌اندیشی و مرگ آگاهی دارای تشابه جدی است، فقط این درمان‌ها ممکن است از مسیرهای متفاوت اجرا شوند. بنابراین دستیابی به اثرات مشابه در پژوهش حاضر امر دور از انتظاری نبوده است. از طرف دیگر با توجه به شیوه‌های متفاوت درمانی در این حوزه اکنون

این نوع درمان به عنوان درمان‌های قابل جایگزین برای دیگر رویکردها و روش‌های درمانی، با تمایل و نیاز افراد، در دسترس درمانگران قرار دارد. این امر خود از یک طرف به بسط و گسترش دانش و از طرف دیگر به بسط و گسترش فنون درمانی برای استفاده در میان درمانجویان با انتظارات و تمایلات متفاوت منجر خواهد شد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که تأثیرات مداخله درمانی مبتنی بر مرگ‌اندیشی محدود به زمان اجرا یا بلافاصله بعد از اتمام درمان نمی‌شود، بلکه ماه‌ها بعد از اجرای درمان نیز هنوز اثرات مداخله درمانی قابل مشاهده است. این یافته نیز یافته‌ای است که لازم است مورد توجه جدی قرار گیرد.

در زندان، برخی زندانیان به دلیل فشار روانی ناشی از مرگ قریب‌الوقوع به رفتارهای مخرب و آسیب‌زا مانند مصرف مواد مخدر، قرص‌های مسکن و آرامبخش‌های قوی پناه می‌برند، که نهایتاً به افسردگی، پرخاشگری، خودزنی و سایر رفتارهای آسیب‌زا برای خود و دیگران منجر می‌شود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد مرگ‌اندیشی اثرات و نتایج مثبتی بر کیفیت زندگی، امید به زندگی و کاهش میزان افسردگی در زندانیان دارد. این اثرات در (بخش کمی پژوهش) از طریق اعتبارآزمایی کیفیت زندگی، امید به زندگی و میزان افسردگی با گروه آزمایش و یک گروه کنترل قابل مشاهده است. اثربخشی مرگ‌اندیشی بر کیفیت زندگی، امید به زندگی، و کاهش میزان افسردگی زندانیان (در بخش کیفی پژوهش) نیز از طریق مشاهدات بالینی و گزارش‌های شخصی قابل ملاحظه بود. در مشاهدات بالینی این اثرات در حوزه‌هایی مانند انگیزش و هدف قابل مشاهده بود. مشاهدات نشان داد زندانیانی که مداخله مرگ‌اندیشی را دریافت کرده‌اند در اهداف درونی و بیرونی خود تغییراتی ایجاد کردند که این مورد با نتایج پژوهش (Amirbeigi et al., 2019) همخوانی دارد. همچنین مداخله مرگ‌اندیشی باعث ایجاد افکار رشد دهنده‌تر، شخصی‌تر و واقع‌گرایانه‌تری از طریق رو به رو شدن مجرمین با افکار مرگ شد، و در نتیجه باعث شد ایشان سطح اضطراب و فشار روانی کمتری را تجربه کنند، که این مورد نیز با نظریه مدیریت مرگ یتزر و پیچنسکی (Yetzer & Pyszczynski, 2019) همخوانی دارد.

همچنین گزارشات و مشاهدات بالینی بیانگر این بود گروه آزمایش که مداخله مرگ‌اندیشی را دریافت کرده بودند نسبت به گروه کنترل تلاش بیشتر و سطح بالاتری از انرژی را (در کارگاه‌های حرفه‌آموزی و فعالیت‌های اجتماعی زندان) از خود نشان می‌دادند و استفاده بهینه‌تری از زمان و وقت موجود می‌کردند. و از سویی گزارشات کمتری در مورد رفتارهای خلاف قوانین زندان از آن‌ها ارائه گردید. بطور کل زندانیانی که مداخله مرگ‌اندیشی را دریافت کردند (گروه آزمایش) نسبت به گروهی که مداخله درمانی را دریافت نکردند (گروه کنترل) رفتارهای سلامت‌محور بیشتری را در پیش گرفتند و از

سوی دیگر از رفتارهای تهدید کننده سلامتی اجتناب بیشتری داشتند. با توجه به اثربخشی نتایج پژوهش حاضر و با توجه به این مسئله که اکثر قریب به اتفاق پژوهش‌ها در حوزه مرگ‌اندیشی جنبه کیفی، تطبیقی و مقایسه‌ای داشته و در پژوهش‌های داخلی هیچ‌گونه تحقیق مداخله‌ای - درمانی در رابطه با مرگ‌اندیشی مشاهده نگردید. امید است پژوهش حاضر بتواند توجه پژوهشگران را برای درمان‌های مداخله‌ای بیشتر در این حوزه جلب نماید. در حقیقت پژوهش حاضر به دنبال ارائه راه‌کاری برای کشاندن مرگ‌اندیشی صحیح به زندگی روزمره در جهت اصالت دادن و معنابخشی به زندگی می‌باشد.

از نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر به طور اخص روانشناسانی که مراجعین آن‌ها در شرایط تجربه مرگ قرار دارند مثل (محکومین به مرگ یا در انتظار مرگ قریب الوقوع در زندان‌ها یا بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج مثل سرطان و ایدز و... در بیمارستان‌ها) و به طور اعم همه انسان‌هایی که مایل به ارتقاء کیفیت زندگی خود هستند می‌توانند استفاده کنند. البته لازم به ذکر است با توجه به این که این پژوهش در زندان مشهد و بر روی زندانیان در معرض مرگ قریب الوقوع صورت گرفته در تعمیم آن به جوامع دیگر باید با احتیاط بیشتری اقدام گردد. از محدودیت‌های این پژوهش نیز می‌توان به دوره کوتاه مداخلات آموزشی - درمانی و همچنین مدت زمان کم دوره پیگیری اشاره داشت و پیشنهاد می‌شود که این دوره‌ها طولانی‌تر و با استمرار بیشتری انجام شود تا فرصت بیشتری برای تفکر و تمرین مهارت‌های کسب شده باشد. در این صورت می‌توان امیدوار بود که تغییرات درونی‌تر و پایدارتر باشد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی پیگیری‌هایی با مدت زمان بیشتر از سه ماه، در رابطه با اثربخشی درمان مبتنی بر مرگ‌اندیشی بر متغیرهای وابسته پژوهش صورت گیرد و به منظور مقایسه نتایج، از دیگر رویکردهای جدید و معتبر نیز استفاده شود.

تشکر و قدردانی

از تمامی افراد شرکت کننده در پژوهش و اداره کل سازمان زندان‌های خراسان رضوی که با حسن نیت امکان انجام این پژوهش را فراهم آوردند، سپاسگزاری می‌شود.

References

- Abdel-khalek, A. M. (2010). Quality of life, subjective well-being, and religiosity in muslim college students. *Journal of Quality of Life Research*, 19, 1133–1143. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9676->
- Ahmadbayi, M., Mahdavi Azadboni, R., & Ghasemitoosi, M. E. (2020). Metaphysical study of death thinking and its consequences in the viewpoint of allamah tabatabai and heidegger. *Journal of Ontological Researches*, 17(9), 99-122. <https://doi.org/10.22061/orj.2020.1404> (In Persian)
- Akbarzadeh, F., Dehbashi, M., & Shanazari, J. (2014). A comparative study and analysis of death and its relationship with the meaning of life in rumi and heidegger. *Comparative Theology*, 5(11), 1-20. <https://doi.org/20.1001.1.20089651.1393.5.11.1.8> (In Persian)
- Alipour, I., & Ghorbanighomi, A. (2020). The leap of the theological-philosophical thought in the shadow of the corona crisis; an overview of the meaning of life and death thinking. *Qabasat*, 25(96), 181-210. https://qabasat.iict.ac.ir/article_45863_en.html (In Persian)
- Almostadi, D. A. (2012). *The relationship between death depression and death anxiety among cancer patients in saudi arabia* [University of South Florida]. <https://digitalcommons.usf.edu/etd/3947/>
- Amirbeigi, M., Mansoori, J., & Gharibi, H. (2019). Effect of conscious and unconscious death thought on goal orientations [Research]. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ)*, 7(10), 335-346. <http://frooyesh.ir/article-1-716-fa.html>
- BadiaNia, F., & Bashardoust, S. (2022). The effect of death anxiety pattern based on emotional empathy mediated by s spirituality in middle-aged people. 22(4), 101-111 <https://doi.org/10.30486.2019.1876659.2008> (In Persian)
- Bahrami, N., Moradi, M., Soleiman, M. A., Kalantari, Z., & Hosseini, F. (2013). Death anxiety and its relationship with quality of life in women with cancer. *IRAN JOURNAL OF NURSING (IJN)*, 26(82), 51-61. <http://ijn.iuums.ac.ir/article-1-1562-en.html> (In Persian)
- Barnett, M. D., Anderson, E. A., & Marsden, A. D. (2018). Is death anxiety more closely linked with optimism or pessimism among older adults? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 77, 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.05.003>
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. (1996). Comparison of beck depression inventories-ia and -ii in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67(3), 588-597. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6703_13
- Berger, A. M., Portenoy, R. K., & Weissman, D. E. (1998). *Supportive oncology. Principle & practice.* Lippincott Williams & Wilkins https://books.google.com/books?hl=fa&lr=&id=LngD6RFX_Y_AC&oi=fnd&pg=PR14&dq=+Supportive+Oncology.+Principle+%26+Practice.&ots=TNeIC6Vt21&sig=RVbjkT1KvumtBHhPObzCIWWAY_0#v=onepage&q=Supportive%20Oncology.%20Principle%20%26%20Practice.&f=false
- Bethel, H. C. (1990). *Use of guided imagery in christian psychotherapy in treating minor depression in adults* [University of Massachusetts Amherst]. https://scholarworks.umass.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2164&context=dissertations_1
- Bozo, O., Tunca, A., & Simsek, Y. (2009). The effect of death anxiety and age on health promoting behaviors: A terror-management theory perspective. *J Psychol*, 143(4), 89-377. <https://doi.org/10.3200/JRLP.143.4.377-389>

- Chew, C. E. (2006). *The effect of dialectical behavioral therapy on moderately depressed adults: A multiple baseline design* University of Denver]. <https://www.proquest.com/openview/925e2594973505b66708ab5edf80c284/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Debarnot, U., Abichou, K., Kalenzaga, S., Sperduti, M., & Piolino, P. (2015). Variable motor imagery training induces sleep memory consolidation and transfer improvements. *Neurobiology of learning and memory*, 119, 85-92. <https://doi.org/10.1016/j.nlm.2014.12.010>
- Diedrich, A., Grant, M., Hofmann, S. J., Hiller, W., & Berking, B. (2014). Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 58, 43-51. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.006>
- Farrar, S., Stopa, L., & Turner, H. (2015). Self-imagery in individuals with high body dissatisfaction: The effect of positive and negative self-imagery on aspects of the self-concept. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 46, 8-13. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.07.011>
- Fitri, R. A., Asih, S. R., & Takwin, B. (2020). Social curiosity as a way to overcome death anxiety: Perspective of terror management theory. *Heliyon*, 6(3), e03556. [https://www.cell.com/heliyon/pdf/S2405-8440\(20\)30401-1.pdf](https://www.cell.com/heliyon/pdf/S2405-8440(20)30401-1.pdf)
- Gholamnejad, S., Bahar, A., & Fazl Ali, M. (2023). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on life expectancy, fear of death and glycemic control in diabetic patients with depression [Research(Original)]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 32(216), 105-114. <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-16824-en.html> (In Persian)
- Ghorbanpur, N. (2013). *Investigating the effectiveness of spiritual-religious group therapy on the quality of life and resilience of families of psychotic patients* Ferdowsi University of Mashhad]. <https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/ab67d7e7a83a97e24443111351a7e56f>
- Goldney, R. D., Phillips, P. J., Fisher, L. J., & Wilson, D. H. (2004). Diabetes, depression, and quality of life. *Diabetes care*, 27(5), 1166-1070. <https://doi.org/10.2337/diacare.27.5.1066>
- Goranson, A., Ritter, R. S., Waytz, A., Norton, M. I., & Gray, K. (2017). Dying is unexpectedly positive. *Psychol. Sci*, 28(7), 988-999. <https://doi.org/10.1177/0956797617701186>
- Haghdost, M., Sarajkhorrani, N., & Makvandi, B. (2022). The effectiveness of mindfulness based on stress management on death anxiety, disaster of imagination, acceptance and severity of pain in prostat cancer patients [Research]. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 29(6), 48-58. <http://dx.doi.org/10.52547/sjimu.29.6.48> (In Persian)
- Hasani, Z., Hoseini, S. M., & Akbarnejad, M. (2021). The fundamentals of thinking about death in the teachings of the quran and hadith. *Pazhouhesh Dnih*, 20(42), 73-105. <http://pdmag.ir/article-1-1315-fa.pdf> (In Persian)
- Iranzadeh, N., & Arsh Akmal, S. (2021). The representation of the tenet of death thinking in relation to hope and hopelessness in malakut. *Literary Text Research*, 25(88), 8-32. <https://doi.org/10.22054/ltr.2020.44782.2764> 2251-7138
- Jaarsma, T., Johansson, P., Ågren, S., & Strömberg, A. (2010). Quality of life and symptoms of depression in advanced heartfailure patients and their partners. *Current Opinion in*

- Supportive and Palliative Care*, 4(4), 233-237.
<https://doi.org/10.1097/SPC.0b013e328340744d>
- JavadiAmoli, A. (2009). *Afterlife in quran*. (6th ed ed.). NashrEsra.
<https://www.gisoom.com/book/11388245/> (In Persian)
- Jimenes, S. (2009). *Suffering. Encyclopedia of positive psychology; shane j. Lopez (ed.)*. Blackwell Publishing Ltd.
https://books.google.com/books?id=KEEcMQAACAAJ&source=gbs_book_other_versions
- Kajbaf, M., GhasemiannejadJahromi, A., & AhmadiForushani, S. (2015). The effectiveness of spiritual and existential group therapy on the rates of depression, death anxiety and afterlife belief among students: A study based on the reports of people with death experience. *knowledge & research in applied psychology*, 16(4), 4-13. https://jsr-p.isfahan.iau.ir/article_533985_cd0a4701197c3e62ca77133c5ebc17eb.pdf (In Persian)
- Kaplan, H., & Zadok, B. (2003). *Summary of psychiatry* (7 ed., Vol. 2). Nusratulla.
<https://www.gisoom.com/book/1431768/> (In Persian)
- Karami, E., Karami, J., & Jebraeili, H. (2022). The relationship between social curiosity and spiritual health with death anxiety in nurses [Research]. *Journal of Nursing Education*, 10(1), 28-36. <https://doi.org/10.22034/ijpn.10.1.28> (In Persian)
- Kermani, Z., khodapanahi, M., & Heldari, M. (2011). Psychometrics features of the snyder hope scale. *Journal of Applied Psychology*, 5(3), 7-23.
<https://www.sid.ir/paper/151686/en> (In Persian)
- Khedri, G. (2020). A critical explanation of the relationship between thinking about death and the meaning of life in kierkegaard's philosophy. *Philosophy of Religion*, 17(2), 235-258.
<https://doi.org/10.22059/JPHT.2019.288307.1005693> (In Persian)
- Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beevers, D., & Lip, G. (2000). Effects of depression and anxiety on mortality and quality-of-life 4 months after myocardial infarction. *J Psychosom Res*, 49(4), 229-238. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(00\)00170-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(00)00170-7)
- May, R. (1981). *The meaning of anxiety*. W. W. Norton & Company Inc.
<https://psycnet.apa.org/record/2005-05008-000>
- McCabe, S., Kenneth, E., & Arndt, J. (2018). The impact of death awareness on sizes of self-representational objects. *British Journal of Social Psychology*, 57(1), 174-188.
<https://doi.org/10.1111/bjso.12227>
- Moghdisi, R., HassanAbadi, H., & GolParor, M. (2016). *Compilation of a treatment package of analytical dreaming and comparing its effectiveness with analytical visualization of psychological journeys based on solving the problem of death on depression, death anxiety, sleep quality, resilience, quality of lif* Islamic Azad University, Khorasan Branch]. <https://www.sid.ir/paper/404497/fa>
- Nejat, S., Montazeri, A., HolakouieNaieni, K., & Mohammad, K. (2006). The world health organization quality of life (whoqol-bref) questionnaire: Translation and validation study of the iranian version. *sjsph*, 4(4), 1-12. https://sjsph.tums.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-25-187&slc_lang=en&sid=1 (In Persian)
- Pyszczynski, T., Solomon, S., & Greenberg, J. (2015). Thirty years of terror management theory: From genesis to revelation. *In Advances in Experimental Social Psychology*, 52(4), 1-70. <https://doi.org/10.1016/bs.aesp.2015.03.001>

- Pyszczynski, T., Greenberg, J., & Solomon, S. (2000). A dualprocess model of defense against conscious and unconscious death-related thoughts: An extension of terrormanagement theory. *Psychol Rev*, 106, 835-845. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.106.4.835>
- Ramezani, F., Leil Abadi, L., & Emamipour, S. (2023). Comparing the effectiveness of “mindfulness therapy based on stress reduction” and “narrative therapy” on death anxiety in the elderly [Research]. *Journal of Health Promotion Management*, 12(4), 28-39. <https://doi.org/10.22034/jhpm.12.4.28> (In Persian)
- Sawant, N. S., Vanjari, N. A., Khopkar, U., & Adulkar, S. (2015). A study of depression and quality of life in patients of lichen planus. *The Scientific World Journal*, Article ID 817481. <https://doi.org/10.1155/2015/817481>
- Scharf, R. (2023). *Psychotherapy and counseling theories book* (M. Firoozbakht, Trans.). Rasa cultural publications. <https://www.adinehbook.com/gp/product/9643175065> (In Persian)
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford press. <https://psycnet.apa.org/record/2001-05895-000>
- Sin, N. L., Dellaporta, M. D., & Lyubomirsky, S. (2011). *Tailoring positive psychology interventions to treat depressed individuals* (Donald ed.). Rutledge. <https://uplift-psych.sites.olt.ubc.ca/files/2022/01/Sin-Della-Porta-Lyubomirsky-2011-Tailoring-positive-psychology-interventions-to-depressed-individuals.pdf>
- Smith, D., Wright, C., & Cantwell, C. (2012). Beating the bunker: The effect of pettlep imagery on golf bunker shot performance. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 79(3), 385-391. <https://doi.org/10.1080/02701367.2008.10599502>
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., & Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal personality social psychology*, 60(4), 570-585. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.4.570>
- Stoffer, E. S. (2000). *The effect of discussion and selffocushng on interpersonal problemsolving among dysphoric and nondysphoric individuals* [University of Calgary Canada]. Canada. <https://prism.ucalgary.ca/server/api/core/bitstreams/160beef3-4018-41ab-8962-73e0d657cd71/content>
- Tillich, P. (2005). *The courage to be* (M. Farhadpoor, Trans.). Scientific and Cultural Publishing Company. <https://dehlinks.ir/fa/book/sellbook/book/39461/> (In Persian)
- Tol, A., Tavassoli, E., Shariferad, G. R., & Shojaezadeh, D. (2011). The relation between health-promoting lifestyle and quality of life in undergraduate students at school of health, isfahan university of medical sciences. *Health System Research*, 7(4), 442-448. <https://sid.ir/paper/592934/en> (In Persian)
- Watersong, A. (2011). Surplus reality: The magic ingredient in psychodrama. *Australian and Aotearoa New Zealand Psychodrama Association Journal*(20), 18-28. <https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.727942529883448>
- Yalom, E. (2011). *Confronting death and other existential issues in psychotherapy*, <https://discovered.ed.ac.uk/>
- Yetzer, A. M., & Pyszczynski, T. (2019). Chapter 18 - terror management theory and psychological disorder: Ineffective anxiety-buffer functioning as a transdiagnostic vulnerability factor for psychopathology. In C. Routledge & M. Vess (Eds.), *In handbook*

- of terror management theory* (pp. 417-447). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-811844-3.00018-4>
- Zamaniyan, S., Bolhari, J., Naziri, G., Akrami, M., & Hosseini, S. (2016). Effectiveness of spiritual group therapy on quality of life and spiritual well-being among patients with breast cancer. *Iran J Med Sci*, *41*(2), 140-144. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-811844-3.00018-4> (In Persian)
- Zandi, M., Alavian, S., Memarian, R., & KazemNejad, A. (2004). Assessment of the effect of self care program on quality of life in patients with cirrhosis referred to tehran hepatitis center in 2003. *RJMS*, *11*(41), 411-421. <http://rjms.iums.ac.ir/article-1-29-en.html> (In Persian)
- Zandi, S., Rahimi, A., & Mousavinasl, M. (2021). Consequences of death awareness in adolescents' lives: A qualitative study. *Counseling Research And Development*, *19*(76), 209-233. <http://irancounseling.ir/journal/article-1-1441-en.html> (In Persian)