

## Mengatasi Kecemasan terhadap Kematian pada Pasien Sakit Parah melalui Konseling Kelompok

Yuliana

Mahasiswa Program Studi Magister Sains Psikologi, Pasca Sarjana Universitas Muhammadiyah Malang

Yuliana7897@gmail.com

**ABSTRACT** This article aims to assess the anxiety of death in individuals who are terminally ill with intervention through group counseling, to help improve the quality of life, preserve the purpose of life and manage the anxiety of death. When a terminally ill patient is faced with his own see dead five reactions were carried out, namely, (1) denial, (2) anger, (3) bargaining to God, (4) depression, and (5) acceptance of the fact, if the reaction do not get immediate treatment can actually exacerbate the pain. Group counseling provides the opportunity for group members to be able to learn and teach each other how to deal with problems that arise both on the pain experienced, about the family or associated with other problems.

**Keywords:** death anxiety, terminally ill patients, group counseling.

### Latar belakang

Kematian merupakan sesuatu yang bersifat pasti dan nyata bagi semua orang. Walaupun begitu, kedatangannya tidak dapat diketahui dengan tepat, kapan dan bagaimana kematian itu akan datang. Sehingga semua konselor akan dihadapkan pada kebutuhan untuk membantu seseorang menyesuaikan diri menghadapi kecemasan terhadap kematian, baik itu kecemasan terhadap kematian mereka sendiri, kematian orang tua, pasangan, anak atau teman. Beberapa penelitian melaporkan bahwa tingginya tingkat kecemasan terhadap kematian terjadi pada orang memiliki kesehatan fisik dan emosional yang buruk (Christ, 1961; Rhudick & Dibner, 1961). Tujuan dari artikel ini adalah untuk menyajikan sebuah tinjauan literatur penelitian tentang cara mengatasi kecemasan terhadap kematian pada orang yang sakit parah melalui konseling kelompok.

### *Kecemasan terhadap Kematian*

Langs (1997) berpendapat kecemasan terhadap kematian merupakan kecemasan yang abnormal karena pikiran yang muncul secara terus-menerus tentang kematian dan sekarat. Individu yang menunjukkan tingkat kecemasan tinggi terhadap kematian memiliki kekhawatiran konstan dan ketidaknyamanan, dan mereka disibukkan dengan memikirkan proses sekarat, kemusnahan, atau apa yang terjadi setelah kematian. Demikian pula yang dikatakan Puolimatka & Solasaari (2006) ketika individu dihadapkan dengan ancaman kematian akan muncul perasaan kelumpuhan, tidak berdaya, dan keputusasaan terhadap ancaman tersebut.

Berbagai faktor psikologi telah diteliti dalam upaya untuk mengukur kecemasan terhadap kematian meliputi: gender, usia, dukungan sosial, kondisi fisik, integritas diri dan keyakinan beragama.

Gender merupakan faktor awal yang dapat mempengaruhi kecemasan terhadap kematian, berdasarkan penelitian Beydag (2012) menemukan ada perbedaan yang signifikan antara laki-laki dan perempuan pada kecemasan terhadap kematian. Perbedaan ini menunjukkan perempuan memperoleh skor yang lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki, alasannya karena perempuan lebih memiliki tanggung jawab secara sosial, peran perempuan yang banyak yaitu selain sebagai seorang ibu, sebagai istri, juga sebagai pendukung emosi dan finansial keluarga. Demikian pula penelitian Russac, Gatliff, Reece, & Spottswood (2007), menghasilkan kecemasan terhadap kematian pada perempuan lebih tinggi dari pada laki-laki.

Faktor kedua berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Beydag (2012), Hasilnya menunjukkan pada kelompok usia 17 - 30 tahun memperoleh skor yang paling tinggi tingkat kecemasan terhadap kematian, alasannya pada kelompok usia tersebut belum memiliki pengalaman yang cukup untuk melakukan koping dalam mengatasi rasa sakit yang di alami. Demikian pula pada penelitian Sinoff, Losipovici, Almog & Greens (2008) menunjukkan kecemasan terhadap kematian lebih tinggi pada anak-anak dibandingkan dengan orangtua. Penelitian lain yang dilakukan oleh Russac, et al (2007) menunjukkan pada kelompok dewasa awal memiliki kecemasan yang tinggi terhadap kematian.

Ketiga, berdasarkan sebuah penelitian yang dilakukan oleh Khan, Afroz & Chakravarty (2011) pada pasien HIV dengan membagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok pertama merupakan pasien yang baru saja di diagnosa HIV positif dan baru akan menjalani terapi ARV, sedangkan pada kelompok kedua adalah pasien HIV yang lama dan telah menjalani terapi ARV minimal selama 6 bulan. Hasilnya menunjukkan korelasi yang negatif antara dukungan sosial dengan kecemasan terhadap kematian, artinya jika skor dukungan sosialnya tinggi maka kecemasan terhadap kematian rendah.

Keempat, berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Fortner & Neimeyer (1999) memprediksi kondisi fisik seseorang dapat menjadi penyebab kecemasan terhadap kematian karena pada penelitian hanya menggunakan subyek secara umum.

Kelima, berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Fortner & Neimeyer (1999) memprediksi kondisi psikologis seseorang dapat menjadi penyebab kecemasan terhadap kematian karena pada penelitian hanya menggunakan subyek secara umum. Penelitian lain yang dilakukan oleh Ens & Bond (2005) menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara kesedihan dan kecemasan terhadap kematian. Penelitian Bath (2010) menunjukkan kesedihan yang diakibatkan kehilangan orang yang disayangi dapat meningkatkan kecemasan terhadap kematian.

Keenam, berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Fortner & Neimeyer (1999) menunjukkan korelasi yang negatif antara integritas diri dengan kecemasan terhadap kematian, yang secara tidak langsung penelitian ini membuktikan teori perkembangan psikososial Erikson, yaitu pada tahap integritas versus putus asa pada dewasa akhir (65 tahun ke atas) menunjukkan jika penerimaan terhadap prestasi, kegagalan, dan keterbatasan adalah hal utama yang membawa pada sebuah kesadaran bahwa hidup seseorang adalah tanggung jawabnya sendiri, maka individu ini akan dapat mencapai kepuasan hidup dan kebijaksanaan, meskipun pada saat menghadapi kematian. Penelitian lain yang dilakukan oleh Roshani (2012) menunjukkan adanya korelasi negatif antara kepuasan hidup dengan kecemasan terhadap kematian.

Terakhir, berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Roshani (2012) menunjukkan korelasi negatif antara keyakinan beragama dengan kecemasan terhadap kematian, atau dengan kata lain keyakinan beragama yang kuat dapat menurunkan kecemasan terhadap kematian, alasannya karena manusia tidak mampu menjawab apa itu kematian, sehingga dengan pendekatan agama manusia mendapatkan jawabannya dan mencoba memahami tentang kematian dan kehidupan setelah mati.

Florian & Kravetz (1983) mengidentifikasi tiga komponen yang mereka percaya dapat mengekspresikan secara langsung dari kecemasan terhadap kematian. Komponen tersebut adalah intrapersonal, interpersonal, dan transpersonal. Aspek intrapersonal meliputi rasa cemas akan hilangnya pemenuhan diri dan pemusnahan diri. Aspek interpersonal meliputi rasa cemas kehilangan identitas sosial dan kehilangan orang-orang yang di cintai. Aspek transpersonal meliputi rasa cemas akan hukuman yang akan diterima di akhirat.

Kastenbaum & Aisenberg (1976) menyatakan bahwa kecemasan terhadap kematian terbagi dalam tiga dimensi, yaitu:

1. Kecemasan akan proses menuju kematian (*fear of dying*). Kecemasan ini dibagi ke dalam dua bagian, yaitu kecemasan akan penderitaan dan hilangnya harga diri (*martabat*). Individu merasa cemas akan kemungkinan penderitaan yang akan dialami menjelang kematiannya. Selain cemas akan penderitaan fisik yang mungkin dialami, individu juga takut bahwa integritasnya akan terpecah selama proses menuju kematian. Ia takut menjadi tergantung pada orang lain untuk memenuhi semua kebutuhannya, sehingga martabat atau harga dirinya merasa terancam.
2. Kecemasan akan kehidupan sesudah kematian (*fear of afterlife*). Kecemasan akan apa yang terjadi setelah kematian dapat meliputi rasa cemas akan datangnya hukuman serta penolakan yang akan dialami. Individu takut bahwa ia harus membayar semua dosa dan pelanggaran yang telah dilakukan semasa hidupnya. Selain hukuman yang mungkin diterima, individu juga cemas akan mengalami keterasingan dari Tuhan sebagai bentuk penolakan terhadap dirinya. Kecemasan ini terutama dirasakan oleh orang yang memiliki kepercayaan akan adanya Tuhan, dan menjadi pusat kekhawatiran sepanjang hidupnya.
3. Kecemasan akan kemusnahan diri (*fear of extinction*). Hal ini merupakan dasar dari kecemasan akan kematian. Merupakan hal yang sulit bagi individu untuk merasakan atau berpikir mengenai kemungkinan bahwa dirinya suatu saat musnah ke dalam suatu keadaan "tidak ada".

Kastenbaum (2000) mengatakan bahwa kecemasan terhadap kematian dengan tingkatan yang rendah pada sebagian besar orang mungkin dapat meningkat secara dramatis ketika seseorang mengalami

sebuah periode stress atau ancaman, seperti masalah kesehatan, penyakit, atau kematian dari seseorang yang dekat. Senada dengan Kastembaum, Mosher & Danoff-Burg (2007) berpendapat seseorang dengan sakit fisik dapat gagal untuk menyesuaikan diri terhadap harapannya hidup di dunia, selain itu melihat penyakit atau kecacatan yang diderita oleh orang lain juga dapat memicu ketakutan mengalami nasib yang sama. Mengamati keadaan orang lain yang rentan, dapat merusak pertahanan terhadap perlawanan dari kesadaran akan kematian, sehingga dapat menghasilkan kecemasan terhadap kematian yang lebih besar dan penghindaran sosial dari individu yang terpengaruh.

Salah satu pelopor dalam studi modern tentang kematian dan mati adalah Elizabeth Kubler-Ross (1969) berdasarkan wawancara yang dilakukan dengan sekitar 200 pasien yang sakit parah, menunjukkan bahwa emosi dan sikap pasien tersebut dapat membuat sakitnya menjadi semakin parah. Menurut Kubler-Ross ada lima model tahapan yang akan dilakukan seseorang ketika dihadapkan dengan kematian mereka sendiri, yaitu (1) Penolakan atau penyangkalan, ditandai dengan penolakan awal ketika diberitahu tentang kondisi kesehatannya, yang menjelaskan bahwa kondisinya baik-baik saja atau rasa tidak percaya hal ini benar terjadi pada dirinya. (2) Rasa marah, ditandai dengan pertanyaan “mengapa harus saya?” dan “apa yang telah saya lakukan sehingga ini terjadi pada saya?”. (3) Tawar-menawar, pada tahap ini seseorang mungkin mencoba menawar kepada Tuhan agar diberikan waktu yang lebih lama dengan berjanji untuk berperilaku yang lebih baik. (4) Depresi, pada tahap ini ditandai dengan rasa tak berdaya dan putus asa karena merasa hidupnya akan segera berakhir. (5) Penerimaan, pada tahap ini ditandai dengan perasaan damai dan mulai menerima bahwa kematian adalah sesuatu yang tidak dapat dihindari.

Parker (2004) berpendapat untuk membantu individu menghadapi kematian dan sekarat, perlu dipahami dengan lebih baik apa makna kecemasan terhadap kematian, karena mengalami penyakit yang parah memberikan arti baru dan mendesak tentang kematian itu sendiri, sehingga menuntun untuk berpikir ke arah konsep kematian yang lebih baik.

Menurut Emanuel & Emanuel (1998) kematian yang baik merupakan terpeliharanya hubungan yang baik dengan orang yang dicintai selama hari-hari terakhir, menerima bahwa kematian akan segera menjemput, meskipun sekarat di akhir hidup pemenuhan diri telah terpuaskan, dan tidak merasa menjadi beban bagi orang-orang tersayang. Sebaliknya Breitbart, Gibson, Poppito, & Berg (2004) berpendapat kematian menjadi tidak baik ketika mereka takut kehilangan martabat, menjadi sangat tergantung pada orang lain, tidak mendapatkan maaf dari orang lain, dan merasa bahwa mereka belum diampuni dosa-dosanya.

Neimeyer, Wittkowski, & Moser. (2004) memprediksi individu yang mampu memaknai positif kehidupannya mungkin juga akan mampu memaknai kematian sebagai hal yang positif, sehingga dapat meningkatkan penerimaan mereka terhadap kematian. Memang, orang-orang yang mampu menerima kematian mereka sendiri adalah yang memiliki keyakinan beragama dan kepuasan hidup tinggi. Sebaliknya Pinquart, Frohlich, Silbereisen, & Wedding (2006) berpendapat individu yang memiliki makna dan tujuan hidup yang kurang cenderung melihat kematian sebagai pelarian dari kehidupan yang keras.

Pinquart, et al (2006) menunjukkan bahwa tantangan besar bagi pasien yang sakit parah adalah mengamati kematian sebagai realitas dan mengisi hari-hari terakhir mereka dengan kegiatan yang positif, termasuk memiliki kualitas hidup yang baik dari segi emosi, fisik, sosial, dan spiritual.

Menurut McClain-Jacobson, Rosenfeld, Kosinski, Pessin, Cimino & Breitbart (2004) religiusitas dianggap sebagai praktisi keyakinan, ritual dan tradisi yang menghubungkan kepada kekuatan yang lebih tinggi, yaitu Tuhan. Ini adalah sistem kepercayaan yang terorganisasi untuk menentukan bagaimana seseorang dapat menjalankan agamanya. Berbeda dengan religiusitas, spiritualitas adalah sebuah konsep universal yang menghubungkan orang-orang untuk pikiran atau keyakinan atas dan terlepas dari dunia materi. Spiritualitas membantu orang untuk mencari makna dan tujuan hidup menurut McClain-Jacobson et al (2004).

### **Konseling Kelompok**

Sebuah studi yang dilakukan oleh Akpama (2013) menunjukkan ada perbedaan yang signifikan antara pasien HIV/AIDS yang mengikuti konseling kelompok dengan yang mengikuti konseling individual. Disimpulkan bahwa konseling kelompok memiliki pengaruh yang lebih tinggi dan lebih baik terhadap kemampuan penyesuaian psikososial pasien HIV/AIDS daripada konseling individual.

Konseling kelompok merupakan salah satu alternatif terapi yang mempromosikan peningkatan kualitas hidup anggota kelompoknya. Sebuah studi yang dilakukan oleh Breitbart (2001) menunjukkan adanya

penurunan distress, kecemasan terhadap kematian dan peningkatan keterampilan coping pada pasien yang sakit parah setelah mengikuti konseling kelompok. Selain itu menurut Price, Tennant, Butow, Smith, Kennedy, Kossoff & Dunn (2001) dalam penelitiannya menunjukkan bahwa anggota kelompok yang sudah merasa dekat kematiannya menemukan kenyamanan dan dukungan satu sama lain karena mereka bisa berbagi pengalaman dengan seseorang yang bisa berhubungan dengan mereka tentang apa yang akan mereka lalui. Anggota kelompok ini juga dapat belajar satu sama lain dan saling mengajarkan bagaimana menangani masalah yang muncul baik itu tentang rasa sakit yang dialami, tentang keluarga atau berkaitan dengan masalah lainnya

Menurut Breitbart (2001) kebersamaan dapat membantu seseorang yang sedang sakit untuk dapat merasakan rasa memiliki, memberi makna dan tujuan pada hidup mereka. Seorang konselor harus dapat membimbing anggotanya dari tahap awal, tengah dan akhir pada konseling kelompok, konselor harus tahu kapan pindah ke tahap berikutnya dan memberikan kesempatan pada setiap anggota kelompok untuk berbagi. Kosoff (2003) berpendapat kohesi kelompok harus ada baik didalam maupun diluar dari sesi terapi, karena memungkinkan anggotanya untuk saling memberdayakan satu sama lain dan mengembangkan hubungan saling percaya serta untuk saling memberikan dukungan.

Sebuah penelitian yang dilakukan Breibart, Rosenfeld, Gibson, Pessin, Poppito, Nelson, Tomarken, Timm, Berg, Jacobson, Sorger, Abbey, & Olden (2010) bertujuan untuk membandingkan antara Meaning Centered Therapy Group (MCGP) dengan Supportive Group Therapy (SGT). MCGP adalah Konseling kelompok yang dilaksanakan selama 8 minggu yang dikembangkan oleh Breitbart dan rekan-rekan. Pertemuannya diadakan setiap minggu selama 90 menit untuk memberikan perasaan yang lebih baik terhadap makna, rasa damai dan tujuan mereka saat menghadapi kematian. Konselng ini berdasarkan teori eksistensial dari Viktor Frankl yang dirancang untuk menyampaikan informasi kepada pasien melalui experiential learning. SGT adalah gaya tradisional kelompok terapi untuk pasien kanker, yang berdasarkan pada format pendidikan dengan menyediakan informasi tentang penyakit mereka dan prosesnya. SGT ini juga mengajarkan pasien untuk memiliki keterampilan dan menyediakan jaringan dukungan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa MCGP memiliki manfaat yang lebih besar sebagai intervensi kelompok pada pasien yang sakit parah dengan memberikan dukungan emosional selain itu, MCGP juga meningkatkan spiritualitas dan membantu pasien memahami makna dan tujuan hidup yang lebih baik, yang mempromosikan kualitas hidup yang lebih baik pula.

Breitbart & Heller (2002) percaya bahwa pengalaman emosional merupakan proses belajar yang lebih efektif, sehingga dengan mengembangkan MCGP dapat membantu mereka yang sedang sakit untuk menemukan tujuan hidup, kedamaian, kesejahteraan spiritual dan harapan di akhir hidup mereka.

Block (2000) berpendapat konseling pasien yang sakit parah melibatkan pertanyaan-pertanyaan dapat menarik mereka keluar dari keprihatinan tentang proses kematian dan sekarat. Pasien yang menghadapi kematian sering kehilangan kontrol atas sebagian besar hidupnya. Mereka terpaksa melepaskan kebebasannya karena sakit yang dialami dan bergantung pada anggota keluarga atau tim medis untuk membantu mereka menurut Chochinov (2010). Ketika dihadapkan dengan kematian orang yang dicintai, emosi kecemasan, ketakutan, kebencian, dan kemarahan dapat muncul ke permukaan. Bloche (2005) berpendapat anggota keluarga yang takut akan kematian orang yang dicintai sering membuat keputusan berdasarkan emosi bukannya apa yang terbaik bagi pasien. Menurut Chibnall, Videen, Duckro, & Miller (2002) seorang konselor menyadari bahwa pasien yang memaknai hidup dan mati secara berbeda dapat dibantu dengan pengertian dan kasih sayang serta membantu mereka menjalani kehidupan yang terbaik sampai mereka mati.

## **Kesimpulan**

Masalah menurunnya kesehatan, sakit parah dan kematian orang yang disayangi memiliki hubungan yang erat dengan kecemasan terhadap kematian, selain itu faktor lain yang mempengaruhi kecemasan terhadap kematian seperti gender, usia, dukungan sosial, integritas diri dan keyakinan beragama menunjukkan dinamika terbentuknya kecemasan tersebut. Di sisi lain apabila individu mampu memaknai hidupnya secara positif maka akan mampu untuk memaknai kematian dengan lebih baik. Konseling kelompok berperan untuk meningkatkan kualitas hidup individu yang mengalami kecemasan terhadap kematian, membantu menemukan tujuan dan makna dalam hidup mereka sehingga dapat mengurangi kecemasan terhadap kematian.

## Daftar Pustaka

- Akpama, G. E. (2013). Effect of grup counseling on the psychological adjustment of people living with HIV/AIDS in central senatorial zone, cross river state, Nigeria. *Vol. 3*.377-385.
- Bath, D. M. (2010). Separation from loves one in the fear of death. *Death Studies*, 34.404-425.
- Beydag, K. D. (2012). Factors affecting the death anxiety levels of relatives of cancer patients undergoing treatment. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, Vol. 13. 2405-2408.
- Breitbart, W. (2001). Spirituality and meaning in supportive care: Spirituality and meaning centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Journal of Supportive Care in Cancer*, 10, 1-14.
- Breibart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., Pessin, H., Poppito, S., Nelson, C., Tomarken, A., Kosinski, T., Berg, A., Jacobson, C., Sorger, J. A., & Olden, M. (2010). Meaning centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Journal of Psycho-Oncology*, 19, 21-28.
- Breitbart, W., & Heller, K.S. (2002). Reframing hope: Meaning Centered Care for patients near the end of life: An interview with William Breitbart. *Innovations in End of life Care*, 4, 1-12.
- Block, S. D. (2000). Assessing and managing depression in the terminally ill patient. *American College of Physicians. American Society of Internal Medicine*, 132, 209-218.
- Bloche, M. (2005). Managing conflict at the end of life. *New England Journal of Medicine*, 23, 352.
- Bozo, O., Tunca, A. & Simsek, Y. (2009). The Effect of death anxiety and age on health promoting behaviors: A terror management theory perspective. *The Journal of Psychology*.143 (4).377-389.
- Breitbart, W., Gibson, C., Poppito, S. & Berg, A. (2004). Psychotherapeutic interventions at the end of life: A focus on meaning and spirituality. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 366-372.
- Chuin, C. L. & Choo, Y. C. (2008). Age, gender, and religiosity as related to death anxiety. *Sunway Academic Journal*6.
- Chibnall, J., Videen, S., Duckro, P., & Miller, D. (2002). Psychosocial spiritual correlates of death distress in patients with life-threatening medical conditions. *Journal of Palliative Medicine*, 16, 331-338.
- Chochinov, H. M. (2010). Dying, dignity, and new horizons in Palliative end of life care. *A Cancer Journal for Clinicians*, 56, 84-103.
- Christ, P. E. (1961) Attitudes toward death among a group of acute geriatric psychiatric patients. *Journal of Gerontology*, 125, 64-74.
- Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1998). The promise of a good death. *Lancet*, 351, 1-9.
- Ens, C. & Bond, Jr. (2005). Death anxiety and personal growth in adolescents experiencing the death of a grandparent. *Death studies*. 29. 171-178.
- Fortner. & Neimeyer. (1999). Death anxiety in older adults : A quantitative review. *Death studies*, 23, 387-411.
- Florian, V. & Kravetz, S. (1983). Fear of personal death: attribution, structure and relation to religious belief. *Journal of Personality and Social Psychology*.44. ,600-607.
- Kastenbaum, R. & Costa, P. T. Jr. (1977). Psychological perspectives on death. *Annual Review of Psychology*, 28, 225-249.
- Kastenbaum, R. & Aisenberg, R. (1976). *The psychology of death*. New York: Springer.
- Kastenbaum, R. 2000. *The Psychology of Death*, 3rd ed. Springer Publishing company: New York.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dving*. New York: Macmillan.
- Khan, H., Afroz, N. & Chakravarty, J (2011). Effect of social support on death anxiety among HIV positive people. *Social Science International*, Vol.27. 2.219-226.
- Langs, R. (1997). *Death anxiety and clinical practice*. London: Karnac Books.
- McClain-Jacobson, C., Rosenfeld, B., Kosinski, A., Pessin, H., Cimino, J. E. & Breitbart, W. (2004). Belief in an afterlife, spiritual well being and end of life despair in patients with advanced cancer. *General Hospital Psychiatry*, 26, 484-486.
- Mosher, C. E. & Danoff-Burg, S. (2007). Death anxiety and cancer-related stigma: A terror management analysis. *Death Studies*, 31(10), 885-907.
- Neimeyer, R. A., Wittkowski, J., & Moser, R. P. (2004). Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation. *Journal of Death Studies*, 28, 309-340.
- Nevid, J. F., Rathus, S. A. & Greene, B. (2005). *Psikologi Abnormal*. Jakarta: Erlangga.
- Parker, M. (2004). Medicalizing meaning: Demoralization syndrome and the desire to die. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 38. 765-773.

- Pinquart, M., Frohlich, C., Silbereisen, R. K., & Wedding, U. (2006). Death acceptance in cancer patients. *Omega Journal*, 52, 217-235.
- Puolimatka, T. & Solasaari, U. (2006). Education for death. *Educational Philosophy & Theory*, 38, 201-213.s
- Price, M. A., Tennant, C. C., Butow, P. N., Smith, R. C., Kennedy, S. J., Kossoff, M. B., & Dunn, S. M. (2001). The role of psychosocial factors in the development of breast carcinoma: Part II. Life event stressors, social support, defense style, and emotional control and their interactions. *Cancer*, 91, 686-697.
- Rhudick, P. J., & Dibner, A. S. (1961) Age, personality, and health correlate of death concern in normal aged individuals. *Journal of Gerontology*, 16, 44-50.
- Roshani, K. (2012). Relationship between religious beliefs and life satisfaction with death anxiety in the elderly. *Annals of Biological Research*. 3.4400-4405.
- Russac, R. T., Gatliff, C., Reece, M., & Spottswood, D. (2007). Death anxiety across the adult years: an examination of age and gender effects. *Death Studies*, 31, 546-61.
- Sinoff, G., Losipovici, A., Almog, R. & Greens, B. (2008). Children of the elderly are inapt in assessing death anxiety in their own parents. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 23. 1207-1208.
- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *Journal of General Psychology*, 82, 165-177.