

## رابطه باورهای مذهبی و سلامت روانی از طریق واسطه‌گری هدفمندی در زندگی و ادراک پیری در معلمان بازنشسته

حمیده اداوی  
دانشگاه لرستان

محمد عباسی ✉  
دانشگاه لرستان

محمد حجتی  
آموزش و پرورش شهر هرسین

پذیرش: ۱۳۹۶/۰۴/۰۴

دریافت: ۱۳۹۶/۰۱/۲۵

در سال‌های اخیر به دلیل افزایش جمعیت سالمندان، توجه به این قشر خصوصاً توجه به سلامت جسمی و روانی آنان ضروری است. هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه باورهای مذهبی و سلامت روانی از طریق واسطه‌گری هدفمندی در زندگی و ادراک پیری در معلمان بازنشسته بود. پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی توصیفی از نوع همبستگی بود که در سال ۱۳۹۵ انجام شد. شرکت‌کنندگان این پژوهش شامل ۳۳۰ نفر (۱۷۳ مرد و ۱۵۷ زن) از معلمان بازنشسته بودند که با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب گردیدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه نگرش‌سنج مذهبی گلریز و براهنی، مقیاس هدفمندی در زندگی از پرسش‌نامه بهزیستی ریف، پرسش‌نامه ادراک پیری بارکر و همکاران، و پرسش‌نامه سلامت عمومی ۱۲ سؤالی گلدبرگ بود. تحلیل مسیر به عنوان یک روش آماری برای تحلیل داده‌های مطالعه به کار برده شد که حاکی از معناداری روابط بین متغیرهای پژوهش بود. به علاوه آزمون واسطه‌گری به وسیله روش بوت‌استراپ نشان‌دهنده معنی‌داری نقش واسطه‌ای هدفمندی در زندگی و ادراک پیری در رابطه باورهای مذهبی و سلامت روانی بود. بر اساس نتایج می‌توان گفت که باورهای مذهبی از طریق هدفمندی در زندگی و ادراک مثبت از پیری عامل مهمی در بهبود سلامت روانی در معلمان بازنشسته است. بنابراین متخصصان سلامت روان و افرادی که در حوزه‌ی سالمندی فعالیت می‌کنند باید فعالیت‌هایی را برای تعمیق باورهای مذهبی سالمندان انجام دهند.

کلیدواژه‌ها: باورهای مذهبی، هدفمندی در زندگی، ادراک پیری، سلامت روانی

نام گرفت. مطابق گزارش سازمان جهانی بهداشت جمعیت سالمندان در سال ۲۰۱۰ معادل ۵۲۴ میلیون نفر بوده که در سال ۲۰۵۰ به بیش از یک و نیم میلیارد نفر می‌رسد (فوستر، ۲۰۱۷). علی‌رغم این که توجه به مسائل و مشکلات سالمندان در حوزه پزشکی قدمتی طولانی دارد اما رشد فزاینده جمعیت سالمندان در سال‌های اخیر، زمینه‌ی نگرش‌های چندجانبه‌ای مانند نگرش‌های اجتماعی و روان‌شناختی را فراهم کرده است. در واقع در کنار نگرش زیست‌شناختی به فرایند پیری و بررسی شخصیت سالمندان بر حسب تغییرات زیستی آنها می‌توان از رویکردهای

دوره‌ی سالمندی به عنوان یک موضوع اساسی افکار متخصصان زیادی را در جهان به خود معطوف ساخته است به گونه‌ای که سال ۱۹۹۹ به عنوان سال جهانی سالمندان

---

محمد عباسی، استادیار گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران؛ حمیده اداوی، دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران؛ محمد حجتی، کارشناس ارشد علوم تربیتی، مسئول فناوری و نیروی انسانی آموزش و پرورش شهر هرسین، کرمانشاه، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به محمد عباسی، استادیار گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران باشد.

پست الکترونیکی: [abbasi.mohammad@hotmail.com](mailto:abbasi.mohammad@hotmail.com)

انزوای اجتماعی از جمله این مشکلات می‌باشند (براتی، فتحی، سلطانیان، و معینی، ۱۳۹۱).

مذهب و منابع معنوی یک عامل اصلی در زندگی بسیاری از انسان‌ها است (مور، ۲۰۱۷) و می‌توان میزان دینداری فرد و تعهد او به آداب و تعالیم دینی و مذهبی را یکی از عوامل بسیار مهم و تأثیرگذار بر بهداشت روانی او دانست (آلترمن و همکاران، ۲۰۱۰؛ اسپیندلا، وال و بلو، ۲۰۱۰؛ نوری و بوالهروی، ۱۳۹۰). به نقل از غلامی، حافظی، عسگری و نادری، (۱۳۹۵). اخیراً به تأثیر باورهای مذهبی در سلامت روان افراد توجه بیشتری می‌شود زیرا که مشخص شده باورهای مذهبی مانع ایجاد نگرش منفی و در نتیجه ایجاد اختلال تفکر و بیماری‌های روانی در فرد می‌شود (ماسوله، شیخ‌الاسلامی، خدادادی و یزدانی، ۱۳۸۹؛ گنجی و حسینی، ۱۳۸۹). در دهه‌های اخیر، مطالعه علمی دین و بررسی رابطه‌ی آن با متغیرهای روان‌شناختی، کانون توجه پژوهشگران مختلف قرار گرفته است. در واقع دین نیروی روان‌شناختی است که می‌تواند روی عملکرد زندگی انسانی تأثیر بگذارد (فکوری، پیلهور زاده، شمسی و قادری، ۱۳۹۴). نتایج کندلر (۲۰۰۳) نشان داده است که نگرش منفی افراد نسبت به زندگی که در اثر نداشتن باورهای مذهبی به وجود می‌آید موجب افزایش ریسک ایجاد بیماری‌های روانی می‌شود. ویلیام جیمز معتقد است در ایمان به خدا نیروی خارق‌العاده‌ای وجود دارد که نوعی قدرت معنوی به انسان می‌بخشد و در تحمل سختی‌های زندگی به او کمک می‌کند. داشتن معنا در زندگی و احساس تعلق به منبعی والا، امید به کمک خدا در شرایط مشکل‌زای زندگی و بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی، از جمله منابعی هستند که افراد مذهبی با بهره‌گیری از آن‌ها می‌توانند در رویارویی با حوادث فشارزای زندگی، آسیب کمتری را متحمل شوند (فکوری و همکاران، ۱۳۹۴). کسی که اعتقاد دارد خدا با اوست و به او کمک می‌کند، باعث احساس مثبت به محیط اطراف خود می‌شود و این خود باعث بهبود بسیاری از اختلال‌های روانی می‌گردد (جوانبخت، ضیایی، همام و رهنما، ۱۳۸۸). به طور کلی، پژوهش‌های متعددی در رابطه با مذهب و سلامت روان انجام شده و نتایج حاصل نشان‌دهنده‌ی اثر مثبت مذهب بر بهداشت روانی و اثر کاهنده‌ی آن بر نشانه‌های بیماری بوده است (عباسی و حجتی، ۱۳۹۵).

روان‌شناختی و جامعه‌شناختی نیز به فرایند پیری نگریست (فردی‌نژاد و احدی، ۱۳۹۲). لازاروس و لازاروس (۲۰۰۶)، به نقل از تقوایی نیا و دلاوری زاده، (۱۳۹۵) معتقدند که دوران سالمندی دورانی است که در آن ممکن است مسائل و موضوعاتی که در جوانی و میانسالی برای شخص مهم بوده اند دیگر مهم جلوه نکنند. بنابراین دوره‌ی سالمندی دوره‌ای است که می‌توان برخی ایده‌ها را که روزی باور بودند، کنار گذاشت و به شادکامی پرداخت. با توجه به تغییر نگاه به سالمندان آنچه که امروزه پژوهشگران به دنبال آن هستند، تنها طولانی‌تر کردن دوران زندگی انسان‌ها نیست، بلکه بیشتر هدف این است که سال‌های پایانی عمر انسان در نهایت آرامش و سلامت جسمی و روانی سپری گردد (شاو و لانگمن، ۲۰۱۷؛ نیلسون، پارکر و کبیر، ۲۰۰۴).

بدون شک سلامت روانی نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی افراد هر جامعه ایفا می‌کند (نامدارارشتناب، ابراهیمی، صاحبی‌حق و ارشدی‌بستان‌آباد، ۱۳۹۲). منظور از سلامت روانی درجه‌ای از تعادل است که فرد در مواجهه با مشکلات اجتماعی و سازگاری اجتماعی با محیط پیرامون خود، بین رفتارهای خویش برقرار می‌کند و رفتار منطقی از خود نشان می‌دهد (قدم‌پور، ۱۳۹۴). سازمان بهداشت جهانی نیز سلامتی را رفاه و آسودگی کامل از نظر جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقدان بیماری جسمی تعریف نموده است (شجاعی‌زاده، حیدرنیا، غفرانی‌پور، پاکپورحاجی‌آقا، و صفاری، ۱۳۸۸). ابعاد سلامت روان شامل ناسازگاری جسمی، اضطراب و بی‌خوابی، سوء عملکرد اجتماعی و افسردگی شدید می‌باشد. مفهوم سالمندی از بعد روحی و روانی به معنی فرسودگی تدریجی روانی می‌باشد که باعث می‌شود طراوت و شادابی، اعتماد به نفس، جرأت ریسک کردن، احساس مفید بودن و تعلق داشتن کاهش یابد. برای شروع پیری و اختلالات فوق زمان معینی را نمی‌توان تعیین نمود، اما می‌توان گفت که فرسودگی روانی زمانی آغاز می‌شود که فرد خود را سربار دیگران احساس نماید. گذشت زمان برای فرد سالمند به سرعت در حرکت می‌باشد، او خود را در پایان راه دانسته و مطرود از جامعه احساس می‌کند. به این دلیل، مشکلات روانی به درجات مختلف و با فراوانی قابل ملاحظه‌ای در افراد سالمند مشاهده می‌شود. اختلالاتی مانند افسردگی، اضطراب، کاهش حافظه، تغییر الگوی خواب، احساس تنهایی و

غلامی و همکاران، ۱۳۹۵؛ فکوری و همکاران، ۱۳۹۴؛ بهرامی و رضمانی‌فرانی، ۱۳۸۴).

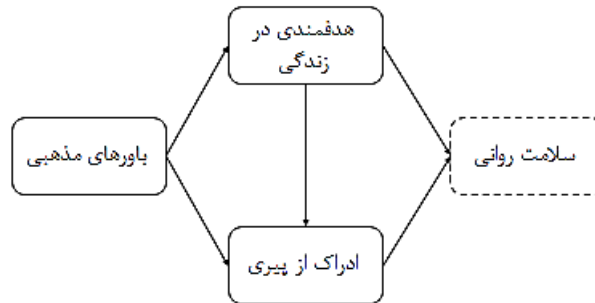
از دیگر عوامل مؤثر بر سلامت روان هدفمندی در زندگی است. در این راستا داشتن معنا و هدف در زندگی نشان‌دهنده سلامت روان است و باعث افزایش توانایی فرد در انجام کارها می‌شود (تقوایی‌نیا و دلاوری زاده، ۱۳۹۵؛ چراغی و مولوی، ۱۳۸۵). مفهوم هدف دارای تعاریف گوناگونی است. این واژه معمولاً در زندگی روزمره‌ی انسان‌ها کاربردهای فراوانی دارد و از آن در موقعیت‌ها و شرایط مختلف استفاده می‌شود. هدف در حقیقت یک موقعیت یا وضعیت بیرونی یا خارج از وجود انسان‌ها است که افراد سعی دارند با تلاش به آن دست پیدا کنند. علی‌رغم اینکه سلیقه‌ها و انگیزه‌ها از درون هدایت می‌کنند، هدف‌ها محرک‌های خارجی هستند که با تحریک انگیزه‌های انسانی، افراد را به سمت خود سوق می‌دهند. هدف و معنای زندگی از مهم‌ترین موضوعات دینی، مدیریتی، فلسفی و روان‌شناختی است. روان‌شناسانی چون آلپورت، لوین، اریک فروم، اریکسون، یونگ از هدف و معنای زندگی به‌طور ضمنی بحث کرده‌اند. از میان اندیشمندان مسلمان غزالی، مرتضی مطهری و محمدتقی جعفری بر موضوع هدف در زندگی تأکید کرده‌اند (قدیری و جانبزرگی، ۱۳۸۹). برخی از روان‌شناسان مانند آلپورت (۱۹۵۴)، فرانکل (۱۹۷۲) و مازلو (۱۹۶۲) وجود معنا در زندگی، را به عنوان مهم‌ترین عامل مؤثر بر کنش‌های روان‌شناختی مثبت می‌دانند. یافته‌های پژوهشی متعددی نشان داده‌اند که وجود معنا در زندگی عنصری اساسی در بهزیستی روانی-عاطفی است و به صورت نظام‌مندی با ابعاد گوناگونی از شخصیت، سلامت جسمی و ذهنی، سازگاری و انطباق با استرس‌ها، مذهب و فعالیت‌های مذهبی و اختلالات رفتاری ارتباط دارد (اسکنل و بکر، ۲۰۰۶).

از سوی دیگر، ادراک از پیری از دیگر عوامل اثرگذار بر سلامت روان سالمندان است (شاو و لانگمن، ۲۰۱۷؛ براون، برایانت، براون، بی و جود، ۲۰۱۵). برای آگاهی از وضعیت سلامتی، احساس خوب بودن، هویت فردی و پیامدهای رفتاری در دوران میانسالی و سالمندی، شناخت تجربه و درک از پیری اهمیتی اساسی دارد (فتحی و سرخیل، ۱۳۹۲). ادراک از پیری، معیاری برای رضایت هر فرد از پیری خود و بازتابی از تطابق فرد با تغییرات مرتبط

با پیری است (فریتاس، کیویترز و سوسا، ۲۰۱۰). همچنین، درک از پیری به درک هر شخص از فرایند پیری خودش در زمینه‌ی فرهنگی-اجتماعی که در آن قرار دارد، اطلاق می‌شود. می‌توان گفت توجه به تمام جنبه‌های آگاهی، درک، تجربه، ارزیابی، تفسیر و شناخت مراحل پیرشدن خود نیز در این مفهوم جای می‌گیرد (دماکاکوس، هیگر و جیچونکا، ۲۰۰۶). درک از پیری خود، یکی از شاخص‌های تعیین نگرش به پیری است که پژوهش در آن با کارهای مید (۱۹۳۴)، به نقل از صادق‌مقدم و همکاران، (۱۳۹۴) آغاز گردید. او درک از پیری را آگاهی هر فرد از نگرش دیگر افراد نسبت به خود و نیز دیدگاهی که خود به عنوان عضوی از گروه اجتماعی که به آن تعلق دارد (گروه سنی) درباره خودش دارد، توصیف می‌نماید. بر اساس این نظریه، نگرش مثبت و منفی نسبت به پیری خود، یک واکنش درونی‌شده و قسمتی از خود فردی سالمند است. مطالعات لوی (۲۰۰۳)، به نقل از سیلوا و بوئمر، (۲۰۰۹) یکی از منابع مهم در این زمینه به‌شمار می‌آید. طبق نظریه لوی، اولین مرحله‌ای که فرد در فرایند درک خود به عنوان فردی بالغ طی می‌کند، درونی کردن کلیشه‌های مرتبط با پیری است که قبل از رسیدن فرد به سن پیری صورت می‌گیرد. البته این کلیشه‌ها تا زمانی که فرد نمود خارجی آن را پیدا نکند، مؤثر واقع نمی‌شود. نکته مهم دیگر در این ادراک آن است که فرد خود را عضوی از گروه سالمندان بداند؛ یعنی پیر بودن خود را پذیرفته باشد (سیلوا و بوئمر، ۲۰۰۹). با پیر شدن، درک و تجارب افراد از پیری‌شان افزایش می‌یابد. این درک به درک فرد از بدن خود، ظرفیت روانی و روابط اجتماعی‌اش مربوط می‌شود. درک از پیری در مراحل مختلف چرخه‌ی پیری (سالمند جوان، سالمند پیر و سالمند خیلی‌پیر) متفاوت است (رایس، ۱۹۹۲). سالمندان با سن ۷۵ سال و بالاتر، نگرش منفی بیشتری دارند، در حالی که با افزایش سن، ادراک از پیری ثابت می‌گردد (بارکر، اوهانلون، مک‌جی، هیکی و کون‌روی، ۲۰۰۷). از این رو می‌توان پیش‌بینی کرد که درک از پیری بر رفتارهای فرد سالمند و روابط او با دیگران تأثیرگذار خواهد بود (موزایگر و دسوزا، ۲۰۰۹). در کل تعریف درک از پیری خود در سالمندان با توجه به بینش آنان نسبت به سالمندی و چگونگی برداشت آنان از این دوره از زندگی (برداشت مثبت یا منفی داشتن) و نیز با توجه به ویژگی‌های فرهنگی و ارزش‌های هر جامعه متفاوت خواهد بود (سیلوا و بوئمر،

بررسی رابطه‌ی میان باورهای مذهبی و سلامت روانی با واسطه‌گری هدفمندی در زندگی و ادراک از پیری در بین سالمندان است (شکل ۱ ملاحظه شود).

۲۰۰۹). در نتیجه با توجه به مطالب مطرح شده و اهمیت دوره‌ی سالمندی و ضرورت و اهمیت برنامه‌ریزی به منظور بررسی و شناخت عوامل مرتبط با زندگی سالمندان و کمک به افزایش سلامت روان آن‌ها، پژوهش حاضر در پی



شکل ۱. مدل کلی روابط مفروض در رابطه بین متغیرهای پژوهش

## روش

### طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه‌ی آماری مورد پژوهش شامل کلیه‌ی معلمان بازنشسته شهر هرسین کرمانشاه در سال ۱۳۹۵ بود، که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده ۳۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. از بین شرکت‌کنندگان این پژوهش ۱۷۳ نفر (معادل ۵۲/۴۲ درصد) مرد و ۱۵۷ نفر زن (معادل ۴۷/۵۷ درصد) زن بودند که دامنه سنی این افراد بین ۵۲ تا ۷۱ سال بود.

### ابزار

**پرسش‌نامه نگرش‌سنج مذهبی گلریز-براهنی<sup>۱</sup>.** پرسش‌نامه نگرش‌سنج مذهبی توسط گلریز و براهنی (۱۳۵۳) ساخته شده است. این پرسش‌نامه ۲۵ سؤال دارد و هر کدام دارای پنج مقیاس هستند و براساس طیف لیکرت از صفر تا ۴ امتیازبندی شده‌اند و نمره کل ۱۰۰ است. دسته‌بندی نمرات از صفر تا ۱۰۰ بر اساس چهار مقیاس به ترتیب عالی، خوب، متوسط و ضعیف که به صورت نمره (۱۰۰-۷۶) نگرش مذهبی عالی، (۷۵-۵۱) خوب، (۵۰-۲۶) متوسط و (۲۵ به پایین) نگرش مذهبی ضعیف طبقه‌بندی می‌شود. در پژوهش صادقی، باقرزاده‌لداری و حق‌شناس (۱۳۸۹) روایی این آزمون از طریق همبستگی با آزمون آلپورت ورنون و لیندزی به دست آمد که برابر با ۰/۸۰ بود.

همچنین ضریب پایایی آن به روش اسپیرمن براون برابر با ۰/۶۳ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد. **مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف فرم کوتاه<sup>۲</sup>.** مقیاس بهزیستی روان‌شناختی توسط ریف (۱۹۸۹) طراحی و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفته است. فرم کوتاه این پرسش‌نامه دارای ۴۲ سؤال و برگرفته از فرم اصلی با ۱۲۰ سؤال است. این نسخه، مشتمل بر ۶ عامل است که عبارت از استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، عامل ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، و پذیرش خود هستند. ضریب همسانی درونی پرسش‌نامه بر اساس محاسبه آلفای کرونباخ توسط ریف (۱۹۸۹) به این صورت بود: خودپیروی ۰/۸۳، تسلط بر محیط ۰/۸۵، رشد شخصی ۰/۸۵، ارتباط مثبت با دیگران ۰/۸۴ و پذیرش خود ۰/۹۱. خروشی (۱۳۸۶) در پژوهش خود پایایی پرسش‌نامه را به تفکیک خرده مقیاس‌ها بر حسب آلفای کرونباخ به شرح زیر محاسبه نمود: خودپیروی ۰/۵۱، تسلط بر محیط ۰/۶۷، رشد شخصی ۰/۵۸، ارتباط مثبت با دیگران ۰/۶۸ و پذیرش خود ۰/۵۸. در این پژوهش برای سنجش هدفمندی در زندگی از خرده مقیاس مربوط به این متغیر که ۷ سؤال را در بر می‌گیرد استفاده شد. در پژوهش حاضر ضریب پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

<sup>2</sup> Ryff Scale Psychological Wellbeing (RSPWB)

<sup>1</sup> Religious Attitude Questionnaire (Golris-Brahni)

**پرسش‌نامه ادراک از پیری-فرم کوتاه.** این پرسش‌نامه که یک ابزار خود گزارش‌دهی است توسط بارکر، هانلون، مک‌گی، هیکی و کونروی (۲۰۰۷) ساخته شده است و ارزیابی فرد از چگونگی فرایند پیر شدن را می‌سنجد. پرسش‌نامه شامل ۳۲ سؤال است (۱۷ سؤال به صورت بلی و خیر است و مربوط به تغییرات جسمانی که در پژوهش حاضر استفاده نشد) جواب‌ها در قالب ۵ مقیاس لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم تنظیم شده است. نمونه ای از سؤال‌ها عبارت است از «من سالمندی را مطلوب می‌دانم». نمره بالاتر نشان دهنده ادراک مثبت‌تر از پیری است. در پژوهش موسوی، الحسینی و میرمهدی (۱۳۹۳) ضریب پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمده است. در پژوهش حاضر ضریب پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

**پرسش‌نامه سلامت روانی-۱۲ سؤالی.** این پرسش‌نامه توسط گلدبرگ (۱۹۷۲)، به نقل از یعقوبی، کریمی، امید، باروتی و عابدی، (۱۳۹۱) و به منظور شناسایی اختلالات روانی در مراکز و محیط‌های مختلف تدوین شده است. این نسخه از ابزار دارای ۱۲ سؤال می‌باشد، به سبک خود

گزارش‌دهی تکمیل می‌شود و وضعیت توانایی تمرکز، بی‌خوابی، احساس مفید بودن، توانایی تصمیم‌گیری، احساس فشار، ناتوانی در غلبه بر سختی‌ها، لذت بردن از فعالیت‌های روزمره، توانایی رویارویی با مشکلات، احساس خوشحالی منطقی را در طول چند هفته گذشته بررسی می‌کند. مره پایین تر در این پرسش‌نامه نشان دهنده فقدان مشکلات روان شناختی و سلامت روانی بالاتر است. در پژوهش یعقوبی و همکاران (۱۳۹۱) ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه ۰/۹۲ و ضریب اعتبار تصنیف و اسپیرمن- براون ۰/۹۱ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

### یافته‌ها

در جدول ۱ ماتریس ضرایب همبستگی و میانگین و انحراف‌معیار و مربوط به باورهای مذهبی، هدفمندی در زندگی، ادراک پیری، و سلامت روانی نشان داده شده است. متغیرهای پژوهش به ترتیب در جدول ۱ آمده است. افزون بر این، مقدار کجی و کشیدگی نیز در جدول ۱ آمده است که حاکی از نرمال بودن داده‌ها می‌باشد.

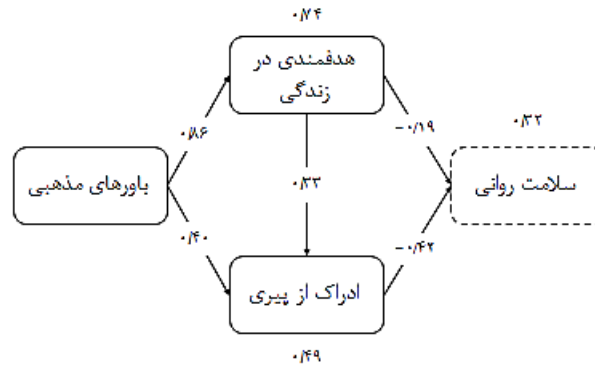
جدول ۱

ماتریس ضرایب همبستگی، میانگین، انحراف‌معیار، کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش				
متغیر	۱	۲	۳	۴
۱. باورهای مذهبی				
۲. هدفمندی در زندگی	۰/۸۵**			
۳. ادراک از پیری	۰/۶۸**	۰/۶۷**		
۴. سلامت روانی	-۰/۴۹**	-۰/۴۷**	-۰/۵۴**	
میانگین	۵۳/۴۳	۲۲/۷۰	۴۲/۸۶	۳/۹۵
انحراف استاندارد	۱۳/۹۱	۷/۷۹	۱۰/۶۱	۲/۵۴
کجی	-۰/۲۴	۰/۳۲	-۰/۴۷	۰/۵۳
کشیدگی	۰/۳۵	-۰/۰۴	-۰/۷۳	-۰/۸۱

\*\* $p < 0.001$

همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد، همبستگی بین تمامی متغیرهای پژوهش در سطح  $p < 0.001$  معنی‌دار است. دامنه همبستگی سلامت روانی با سایر متغیرهای پژوهش از -۰/۴۷ تا -۰/۵۹ می‌باشد. بیشترین و کمترین ضرایب همبستگی نیز به ترتیب بین باورهای مذهبی و هدفمندی در زندگی ( $r = 0.85, p < 0.001$ ) و سلامت و روانی و ادراک پیری ( $r = -0.47, p < 0.001$ ) می‌باشد.

به منظور ارزیابی مدل پیشنهادی، روش تحلیل مسیر با استفاده از نرم‌افزار AMOS نسخه ۲۴ مورد استفاده قرار گرفت. برازندگی مدل پیشنهادی بر اساس ترکیبی از نسخه های برازندگی جهت تعیین کفایت برازش مدل پیشنهادی با داده‌ها مورد استفاده قرار گرفتند. ضرایب رگرسیون و سطح معنی‌داری آنها در شکل ۲ و شاخص‌های برازندگی مدل در جدول ۲ آمده است.



شکل ۲. مدل کلی روابط مفروض در رابطه بین متغیرهای پژوهش

جدول ۲

شاخص‌های برازندگی مدل پیشنهادی

RMSEA	TLI	IFI	CFI	GFI	df/x <sup>2</sup>	df	x <sup>2</sup>	شاخص‌های برازش متغیر
۰/۰۷	۰/۹۷	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۹۹	۳/۸۶	۱	۳/۸۶	الگوی پیشنهادی

ضرایب مسیرهای مستقیم به طور کامل معنی‌دار به دست آمده است. نتایج آزمون بوت‌استراپ نیز نشان داد که همه روابط غیرمستقیم معنی‌دار ( $P < ۰/۰۰۱$ ) هستند. نتایج حاصل از روابط غیرمستقیم در جدول ۳ است.

همان‌طور که در جدول ۲ دیده می‌شود در مدل شاخص‌های برازش بسیار خوبی حاصل شده است، که حاکی از برازش مناسب داده‌ها با این مدل می‌باشد. به علاوه، همان‌طور که در شکل ۲ مشاهده می‌گردد، همی

جدول ۳

نتایج بوت‌استراپ برای مسیر رابطه باورهای مذهبی با سلامت روانی به واسطه‌گری هدفمندی در زندگی و ادراک از پیری

مسیر	اثر غیرمستقیم	حد پایین	حد بالا	سطح معنی‌داری
باورهای مذهبی ← هدفمندی در زندگی ← ادراک از پیری ← سلامت روانی	-۰/۴۴	-۰/۵۰	-۰/۳۷	۰/۰۲
باورهای مذهبی ← هدفمندی در زندگی ← ادراک از پیری	۰/۲۸	۰/۱۵	۰/۴۱	۰/۰۰۶
هدفمندی در زندگی ← ادراک از پیری ← سلامت روانی	-۰/۱۳	-۰/۲۳	-۰/۰۷	۰/۰۰۵

آن‌ها (-۰/۰۷) است. سطح اطمینان برای این فواصل اطمینان ۹۵ و با توجه به اینکه صفر بیرون از این فاصله اطمینان قرار می‌گیرد، بنابراین رابطه‌های واسطه‌ای معنی‌دار بوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه میان باورهای مذهبی و سلامت روان با واسطه‌گری هدفمندی در زندگی و ادراک از پیری در بین سالمندان بود. نتایج نشان داد که بین باورهای مذهبی و سلامت روان رابطه معنی‌دار وجود دارد

مطابق با جدول ۳ حد پایین فاصله اطمینان برای هدفمندی در زندگی و ادراک پیری به عنوان واسطه‌ها، در رابطه بین باورهای مذهبی و سلامت روانی، (-۰/۵۰) و حد بالای آنها (-۰/۳۷) است، همچنین حد پایین برای هدفمندی در زندگی در رابطه بین باورهای مذهبی و ادراک از پیری به عنوان واسطه (۰/۱۵) و حد بالای آن (۰/۴۱) است. در نهایت، مطابق با جدول ۳ حد پایین فاصله اطمینان برای ادراک از پیری به عنوان واسطه، در رابطه بین باورهای مذهبی و سلامت روانی (-۰/۲۳) و حد بالای

برای برخوردار بودن از یک زندگی خوب و شاد، امری انکارناپذیر و غیر قابل کتمان است (کینگ، هیکس، کرول و دلگاسیو، ۲۰۰۶) و اینکه وجود احساس معنا و هدف در زندگی مانند کلیدی است که می‌تواند قفل و گره مشکلات زندگی را باز نماید و باعث شود تا افراد کنش‌های مثبتی انجام دهند (فرانکل، ۱۹۸۴، ۱۹۶۳)، به همین لحاظ اغلب زندگی معنادار را از عوامل مهم سلامت روان‌شناختی می‌دانند (فلدمن و اسنایدر، ۲۰۰۵).

از دیگر یافته‌های این پژوهش رابطه‌ی معنی‌دار بین ادراک پیری و سلامت روان بود. پر واضح است که اگر فرد سالمندی از پیری خود راضی باشد و نگرش مثبتی به این مرحله از زندگی‌اش داشته باشد مشخص است که از وضعیت روانی بهتری در برابر کسانی که نسبت به این مرحله از زندگی خود دید منفی دارند، برخوردار باشد (وورم و بنیامین، ۲۰۱۴)، چرا که ادراک از پیری را به عنوان معیاری برای رضایت هر فرد از پیری خودش و بازتابی از تطابق فرد با تغییرات مرتبط با پیری می‌دانیم (فریتاس و همکاران، ۲۰۱۰). بر اساس نظریه مید (۱۹۳۴)، به نقل از صادق‌مقدم و همکاران، (۱۳۹۴)، نگرش مثبت و منفی نسبت به پیری، یک واکنش درونی‌شده و قسمتی از خود فردی سالمند است.

در مورد یافته دیگر پژوهش مبنی بر رابطه غیرمستقیم باورهای مذهبی با سلامت روانی از طرق هدفمندی در زندگی و ادراک پیری می‌توان گفت که معنویت در افراد حس معنا و هدف ایجاد می‌کند. گومز و فیشر (۲۰۰۳)، به نقل از حاجلو و جعفری، (۱۳۹۳) معتقدند بهزیستی معنوی موجب می‌شود فرد دارای هویت یکپارچه، نگرش مثبت، عشق، احترام، هدف و جهت در زندگی باشد. به‌علاوه، تالبورن (۲۰۰۷) بیان می‌کند اعتقاد به خدا به انسان قدرت می‌دهد و پیروان بسیاری از ادیان یاد می‌گیرند که در مقابل مشکلات تنها نیستند و خدا یار و یاورشان است. به عبارت دیگر، آن‌ها معتقدند پشتیبانی و حمایت خدا به انسان‌ها نیرو می‌دهد تا به اهدافشان برسند. این باور به خداوند، زندگی را هدفمندانه‌تر نموده و زمینه را برای پذیرش مشکلات سالمندی مهیا می‌کند. سالمندان با باورهای مذهبی به دعا و راز و نیاز رو می‌آورند تا از این طریق به یک قدرت معنوی پناه ببرند. درچنین شرایطی، حس امید و نشاط در فرد به وجود می‌آید و این حس

که با یافته‌های بهرامی و رضانی‌فرانی (۱۳۸۴)، ماسوله و همکاران (۱۳۸۹)، صادقی و همکاران (۱۳۸۹) و سپیندلا و همکاران (۲۰۱۰) همخوانی دارد. در همین راستا میری، صالحی‌نیا، طیوری، بهلگردی و تقی‌زاده (۱۳۹۳) در پژوهشی نشان دادند بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان در سالمندان رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد و با افزایش جهت‌گیری و درونی‌تر شدن آن سلامت‌روانی سالمندان بهبود می‌یابد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که مقابله مذهبی به ارتباط با خداوند و وصل شدن به یک منبع لایتناهی اشاره دارد که در مواجهه با رخدادهایی زندگی پذیرش و کنار آمدن را راحت‌تر می‌کند. در همین راستا، میتون (۱۹۸۹)، به نقل از رحمانی و رحمانی، (۱۳۹۱) در گزارش پژوهشی خود نشان دادند حمایت معنوی ناشی از احساس ارتباط با خدا، اثرات موقعیت‌های ضربه‌آمیز اساسی را کاهش داده و بر عزت نفس اثر مثبتی می‌گذارد. همچنین، باور به اینکه خداوند پاداش‌دهنده است و انسان را تنها نمی‌گذارد می‌تواند در همدلی و کمک کردن به دیگران بدون چشم داشت کمک کننده باشد.

در قسمت دیگری از یافته‌های پژوهش، بین هدفمندی در زندگی با سلامت روان رابطه معنی‌دار مشاهده شد که با یافته‌ی هدبرگ، گاستافون و برالین (۲۰۱۰) همخوانی دارد. در این مورد می‌توان گفت که داشتن معنا و هدف در زندگی نشان‌دهنده سلامت روان است و باعث افزایش توانایی فرد در انجام کارها می‌شود (چراغی و مولوی، ۱۳۸۵). فرانکل (۱۹۸۴) معتقد است هنگامی که انسان به فعالیت‌های مورد علاقه‌اش می‌پردازد، با دیگران ملاقات می‌کند، به تماشای آثار هنری، ادبی می‌پردازد و یا به دامان طبیعت پناه می‌برد، وجود معنا را در خود احساس می‌کند. از طرفی، هنگامی که احساس می‌کند وجود و هستی‌اش به یک منبع لایزال پیوند خورده است و خود را متکی به چارچوب‌ها و تکیه‌گاه‌های گسترده و قابل اتکایی مانند مذهب و فلسفه‌ای که برای زندگی کردن انتخاب کرده است می‌بیند، معنا را در می‌یابد و آن را احساس می‌کند. با این تفاسیر می‌توان این‌گونه برداشت کرد که معنا روشی کلی و عام از ارزیابی زندگی است و منجر به پایین آمدن سطح عواطف منفی (چون افسردگی و اضطراب) و کاهش خطر ابتلا به بیماری روانی می‌شود (فلدمن و اسنایدر، ۲۰۰۵). در مجموع معناداری زندگی و جایگاه و اهمیت آن

- بازنشسته سالمند. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۲(۲)، ۱۲۴-۱۱۵.
- جوانبخت، م.، ضیایی، ع.، همام، س.، و رهنما، ع. (۱۳۸۸). بررسی تأثیر روزه‌داری در ماه رمضان بر عزت نفس و سلامت روانی دانشجویان. *اصول بهداشت روانی*، ۴(۱۱)، ۲۶۶-۲۷۳.
- چراغی، م.، و مولوی، ح. (۱۳۸۵). رابطه بین ابعاد مختلف دینداری و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه اصفهان، *مجله پژوهش‌های تربیتی و روان‌شناختی*، ۲(۲)، ۱-۲۲.
- حاجلو، ن.، و جعفری، ع. (۱۳۹۳). رابطه بین بهزیستی معنوی و امید با رضایت از زندگی در سالمندان. *روان‌شناسی دین*، ۴(۲۸)، ۷۹-۷۹.
- خروشی، پ. (۱۳۸۶). *بررسی رابطه جو یادگیری دبیرستان‌های دخترانه شهر اصفهان با رضایتمندی روانی دانش‌آموزان* (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه تهران، تهران.
- رحمانی، م.، و رحمانی، ع. (۱۳۹۱). ارتباط بین جهت‌گیری‌های مذهبی درونی و بیرونی با سازگاری و عزت نفس دانشجویان. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۲(۷)، ۸۴-۷۱.
- شجاعی‌زاده، د.، حیدرنیا، ع.، غفرانی‌پور، ف.، پاکپورحاجی‌آقا، ا.، و صفاری، م. (۱۳۸۸). *نظریه‌ها، مدل‌ها و روش‌های آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. تهران: انتشارات سبحان.
- شریفی، م.، فاتحی‌زاده، م. (۱۳۹۱). رابطه مقابله مذهبی با افسردگی و فرسودگی مراقبتی در مراقبین خانوادگی. *مراقبت‌های نوین. فصلنامه علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*، ۹(۴)، ۳۳۵-۳۲۷.
- صادق‌مقدم، ل.، فروغان، م.، محمدی، ف.، احمدی، ف.، فرهادی، ا.، نظری، ش.، و صادقی، ن. (۱۳۹۴). ادراک پیری در سالمندان: یک مطالعه مروری. *سالمندی (مجله سالمندی ایران)*، ۱۰(۴)، ۲۰۹-۲۰۲.
- صادقی، م.، باقرزاده‌لداری، ر.، و حق‌شناس، م. (۱۳۹۴). وضعیت نگرش مذهبی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مازندران. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۰(۷۵)، ۷۵-۷۱.
- عباسی، م.، حجتی، م. (۱۳۹۵). بررسی اثرات تعدیل‌کنندگی مقابله مذهبی مثبت و منفی در رابطه بین استرس ادراک شده و همدلی. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۶(۲۴)، ۱-۱۶.

موجب رضایت از زندگی می‌شود (حاجلو و جعفری، ۱۳۹۳). بنابراین، امید به داشتن منبعی آرامش‌بخش درک مثبت‌تری از پیری به وجود می‌آورد (صادق‌زاده و همکاران، ۱۳۹۴). به‌طور کلی، باورهای مذهبی و معنویت به‌وسیله فراهم کردن چارچوبی برای علت وقایع منفی و ارائه چشم‌اندازی امیدوارانه از زندگی، می‌تواند سازگاری افراد با شرایط پرفشار را تحت تأثیر قرار دهد. در واقع التزام مذهبی، به مثابه سپر ضربه‌گیر در برابر تنش عمل نموده و پیامدهای زیانبار تنش را کاهش و سلامت روانی را افزایش می‌دهد (شریفی، فاتحی‌زاده، ۱۳۹۱).

در پایان باید خاطر نشان نمود، عدم دستیابی به رابطه علی و تممیم‌پذیری محدود نتایج از محدودیت‌های این پژوهش است. اما نظر به اهمیت دوره‌ی سالمندی و حساس بودن این قشر از جامعه، و اینکه ما در یک کشور مذهبی زندگی می‌کنیم، پایبندی به آموزه‌های دینی و تحکیم کردن باورهای مذهبی سد محکمی در برابر آسیب‌های دوران سالمندی است. بر همین مبنا و مطابق با نتایج پژوهش، باورهای مذهبی هم به‌طور مستقیم و هم غیرمستقیم از طریق هدفمندی در زندگی و درک مثبت‌تر از پیری موجب افزایش سلامت روانی می‌شود. لذا، رجوع به دین و تقویت باورهای مذهبی پیشنهاد می‌شود، همچنین تولید برنامه‌هایی در رابطه با آگاهی دادن در خصوص مثبت بودن پیری برای ایجاد ادراک مثبت از پیری در سالمندان با اهمیت است.

### سپاس‌گزاری

از کلیه معلم‌های بازنشسته محترم شهر هرسین که ما را در انجام این پژوهش حمایت کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

### منابع

- براتی، م.، فتحی، ی.، سلطانیان، ع.، و معینی، ب. (۱۳۹۱). بررسی وضعیت سلامت روانی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی در سالمندان شهر همدان. *مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان*، ۲۰(۳)، ۱۲-۲۲.
- بهرامی، ف.، و رضوانی‌فرانی، ع. (۱۳۸۴). نقش باورهای مذهبی درونی و بیرونی در سلامت روان و میزان افسردگی سالمندان. *توانبخشی*، ۶(۲۰)، ۴۲-۴۷.
- تقوایی‌نیا، ع.، دلاوری‌زاده، س. (۱۳۹۵). اثر بخشی معنادارمانی به شیوه گروهی بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی زنان



- غلامی، م.، حافظی، ف.، عسگری، پ.، نادری، ف. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی ذهن‌آگاهی و مهارت‌های مقابله‌ای معنوی بر اضطراب مرگ و فشارخون سالمندان مبتلا به فشارخون بالا. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۲(۲)، ۱۵۱-۱۴۳.
- فتحی، ا.، و سرخیل، ب. (۱۳۹۲). چشم‌اندازی به سالمندی جمعیت در ایران و جهان. *مجله دو ماهنامه آمار*، ۱، ۲۷-۲۳.
- فردی‌نژاد، ز.، و احدی، ح. (۱۳۹۲). رابطه سلامت عمومی حمایت اجتماعی ادراک‌شده با رضایت از زندگی در سالمندان. *فصلنامه علوم رفتاری*، ۵(۱۵)، ۸۷-۱۰۰.
- فکوری، ا.، پیلهورزاده، م.، شمسی، ا.، و قادری، م. (۱۳۹۴). ارتباط باورهای مذهبی با عزت نفس در دانشجویان. *مجله علوم پزشکی زانکو*، ۱۶(۴۹)، ۶۰-۵۰.
- قدمپور، ع. (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین عوامل سازمانی با سلامت روانی کارکنان سازمان‌های دولتی استان لرستان. *مجله علمی پژوهشی یافته*، ۱۷(۳)، ۹۵-۱۰۵.
- قدیری، م.، و جان بزرگی، م. (۱۳۸۹). بررسی رابطه‌ی هدف در زندگی با عوامل جمعیت‌شناختی (با تکیه بر اسلام). *روان‌شناسی و دین*، ۲(۶)، ۱۵۶-۱۳۱.
- گلریز، گ.، و براهنی، م. ت. (۱۳۵۳). پژوهشی برای تهیه مقیاس نگرش مذهبی و بررسی رابطه بین نگرش مذهبی با سایر بازخوردها و خصوصیات شخصیتی (پایان نامه کارشناسی چاپ نشده). دانشگاه تهران، تهران.
- گنجی، ط. و حسینی، آ. (۱۳۸۹). باورهای مذهبی دانشجویان پرستاری کارشناسی و ارتباط آن با میزان اضطراب آنان. *نشریه پرستاری ایران*، ۲۳(۶۴)، ۵۱-۴۴.
- ماسوله، ش.، شیخ‌السلامی، ف.، خدادادی، ن.، و یزدانی، م. (۱۳۸۹). نقش باورهای مذهبی در سلامت عمومی سالمندان عضو کانون بازنشستگان دانشگاه علوم پزشکی گیلان. *دوفصل‌نامه دانشکده‌های پرستاری و مامایی استان گیلان*، ۲۰(۶۲)، ۲۶-۲۲.
- موسوی‌پور، س.، الحسینی، م.، و میرمهدی، ر. (۱۳۹۳). تأثیر انتقال تجربیات سالمندان زن بر میزان افسردگی، احساس پیری و تغییرات جسمانی سالمندان ساکن در مؤسسه خیریه توان‌بخشی اراک. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۱۷(۱۰)، ۸۲-۷۴.
- میری، م.، صالحی‌نیا، ح.، طیوری، ا.، بهلگردی، م.، و تقی‌زاده، ع. (۱۳۹۳). بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی و سلامت‌روان در سالمندان. *فصلنامه تاریخ پزشکی*، ۶(۲۱)، ۱۰۲-۸۳.
- نامدارارشتاب، ح.، ابراهیمی، ح.، صاحبی‌حق، م.، و ارشدی‌بستان‌آباد، م. (۱۳۹۲). سلامت روان و ارتباط آن با پیشرفت تحصیلی در دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۱۳(۲)، ۱۵۲-۱۴۶.
- یعقوبی، ح.، کریمی، م.، امید، ع.، باروتی، ع.، و عابدی، م. (۱۳۹۱). اعتباریابی و ساختار عاملی پرسش‌نامه سلامت عمومی (GH-12) در دانشجویان. *مجله علوم رفتاری*، ۶(۲)، ۱۶۰-۱۵۳.
- Allport, G. W. (1954). *The Individual and His Religion*. New York: Macmillan.
- Alterman, A. I., Cacciola, J. S., Ivey, M. A., Coviello, D. M., Lynch, K. G., Dugosh, K. L., & Habing, B. (2010). Relationship of mental health and illness in substance abuse patients. *Personality and individual differences*, 49(8), 880-884. doi:10.1016/j.paid.2010.07.022
- Barker, M., O'Hanlon, A., McGee, H. M., Hickey, A., & Conroy, R. M. (2007). Cross-sectional validation of the Aging Perceptions Questionnaire: a multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging. *BMC geriatrics*, 7(1), 9. doi: 10.1186/1471-2318-7-9
- Brown, L., Bryant, C., Brown, V., Bei, B., & Judd, F. (2015). Self-compassion, attitudes to ageing and indicators of health and well-being among midlife women. *Aging & Mental Health*, 20(10), 1035-1043. doi:10.1080/13607863.2015.1060946
- Demakakos, P., Hacker, E., Gjonça, E., (2006). Perceptions of ageing. Retirement, health and relationships of the older population in England. In: Banks J, Breeze E, Lessof C, Nazroo J, editors. *Retirement, health and relationships of the older population in England: The 2004 English Longitudinal Study of Ageing (Wave 2)*. London: The Institute for Fiscal Studies, 339-366.
- Espíndula, J. A., Valle, E. R. M. D., & Bello, A. A. (2010). Religion and spirituality: the perspective of health professionals. *Revista latino-americana de enfermagem*, 18(6), 1229-1236. doi:10.1590/S0104-11692010000600025
- Feldman, D. B., Snyder C. R. (2005). Hope and the Meaningful Life: Theoretical and Empirical Associations between Goal-

- directed Thinking and Life Meaning. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(3), 401-421. doi: 10.1521/jscp.24.3.401.65616
- Foster, L. (2017). Active Ageing, Pensions and Retirement in the UK. *Journal of Population Ageing*. doi:10.1007/s12062-017-9181-7
- Frankl, V. (1972). The Feeling of Meaninglessness: A Challenge to Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 32(1), 85- 89. doi:10.1007/BF01872487
- Frankl, V. (1984). *Man's Search for Meaning (3rd. Ed.)*. New York: First Washington Square Press (Original Work Published 1963).
- Frankl, V.E. (1963). *Man's Search for Meaning: An Introduction to Logo therapy*. New York: Washington Square Press.
- Freitas, M. C., Queiroz, T. A., Sousa, J. A. (2010). The meaning of old age and the aging experience of in the elderly. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44 (2), 407-412. doi:10.1590/s0080-62342010000200024
- Hedberg, P., Gustafson, Y., Brulin C. (2010). Purpose in Life among Men and Women Aged Years and Older. *Journal of Aging and Human Development*, 70(3), 213-229. doi: 10.2190/AG.70.3.c
- King, A., Hicks J. A., Krull J. L., Delgasio A. (2006). Positive Affect and the Experience of Meaning in Life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(1), 179- 196. doi: 10.1037/0022-3514.90.1.179
- Maslow, A. H. (1963). *The Farther Reaches of Human Nature*. New York: Viking.
- Moore, J. T. (2017). Multicultural and idiosyncratic considerations for measuring the relationship between religious and secular forms of spirituality with positive global mental health. *Psychology of Religion and Spirituality*, 9(1), 21-33. doi: 10.1037/rel0000083
- Musaiger, A. O., D'Souza R. (2009). Role of age and gender in the perception of aging: A community-based survey in Kuwait. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(1), 50-57. doi: 10.1016/j.archger.2007.10.002
- Nilsson, J. Parker, M.G., Kabir Z. N. (2004). Assessing Health- Related Quality Of Life among Older People in Rural Bangladesh. *Journal of Trans Cultural Nursing*, 15(4), 298-307. doi:10.1177/1043659604268968
- Rice, F. (1992). *Human development: A life-span approach*. London: Macmillan Publishing Company.
- Ryff, C. D. (1989). Beyond ponce de Leon and life satisfaction: new directions in quest of successful ageing. *International journal of behavior development*, 12(1), 35-55. doi: 10.1177/016502548901200102
- Schenell, T., Becker, P. (2006). Personality and Meaning in life. *Personality and Individual Differences*, 41(1), 117- 129. doi:10.1016/j.paid.2005.11.030
- Shaw, R., & Langman, M. (2017). Perceptions of Being Old and the Ageing Process. *Ageing International*, 42(1), 115-135. doi:10.1007/s12126-017-9279-5
- Silva, M. D., Boemer, M. R. (2009). The experience of aging: A phenomenological perspective. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(3), 380-386. doi: 10.1590/S0104-11692009000300016
- Thalbourne, M. A. (2007). Potential psychology predictors of religiosity. *International journal for psychology of religion*, 17, 333-336. doi: 10.1080/10508610701572853
- Wurm, S., & Benyamini, Y. (2014). Optimism buffers the detrimental effect of negative self-perceptions of ageing on physical and mental health. *Psychology & Health*, 29(7), 832-848.