

پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی بر اساس دین‌داری و خود شفقت‌ورزی در سالمندان

دکتر خدامراد مؤمنی
دانشگاه رازی

پیام ورعی
دانشگاه رازی

دکتر آسیه مرادی
دانشگاه رازی

پذیرش: ۱۳۹۶/۰۸/۱۰

دریافت: ۱۳۹۶/۰۶/۱۹

با توجه به اهمیت حیاتی بهزیستی سالمندان و رشد سریع جمعیت آنان، بررسی نقش متغیرهای مختلف در بهزیستی سالمندان ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بهزیستی روان‌شناختی با دین‌داری و خود شفقت‌ورزی در سالمندان انجام پذیرفت. این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوه‌ی اجراء، توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی سالمندان مقیم سراهای سالمندان نیمه وقت شهر کرمانشاه، به تعداد ۱۱۹۰ نفر است که از این تعداد، ۷۰۰ نفر مرد و ۴۹۰ نفر زن بالای ۵۵ سال می‌باشند. بر اساس جدول مورگان نمونه به تعداد ۳۰۰ نفر فقط از مردان انتخاب شد. ابزار پژوهش شامل پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی ریف، مقیاس نگرش مسلمانان به دین وایلد و جوزف و پرسش‌نامه فرم کوتاه خود شفقت‌ورزی ریس و همکاران بودند. در تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد. یافته‌ها نشان دادند که بین دین‌داری ($T=0/46$) و خودشفقت‌ورزی ($T=0/61$) با بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($P<0/001$). نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که بیش همانندسازی، کمک شخصی، ذهن آگاهی، انزوا و مناسک اسلامی قادر به پیش‌بینی ۵۷ درصد از واریانس بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان می‌باشند. بنابراین با افزایش دین‌داری در زندگی و خودشفقت‌ورزی، می‌توان بهزیستی روان‌شناختی را افزایش داد.

کلیدواژه‌ها: دین، بهزیستی روان‌شناختی، خود شفقت‌ورزی، سالمندان

سالمندان ایران در سال ۲۰۵۰ به رقم ۲۶ میلیون و ۳۹۳ هزار نفر یعنی ۲۶ درصد از کل جمعیت خواهد رسید (سازمان ملل متحد، ۲۰۱۳). شواهد پژوهشی در دسترس نشان می‌دهد که درصد قابل توجهی از سالمندان از مشکلات معطوف به سلامت جسمی و روانی در رنج هستند (لیون‌گرن، ۲۰۱۲) و شیوع بیماری‌های مزمن و ناتوانی در آنها در حال افزایش است بنابراین در دوره سالمندی سلامتی و بهزیستی از اهمیتی حیاتی و جدی برخوردار می‌شود (سیدلکی، سالت‌هاوس، اوئیشی و جسوانی، ۲۰۱۴) و دولت‌ها مجبور هستند خود را برای این مهم آماده کنند (سازمان ملل متحد، ۲۰۱۳) در نتیجه بررسی نقش متغیرهای مختلف در سلامتی و بهزیستی

سازمان ملل افراد ۶۰ سال به بالا را سالمند توصیف می‌کند، جمعیت سالمندان به سرعت در حال رشد است، به گزارش مرکز اطلاعات سازمان ملل متحد در تهران تعداد

پیام ورعی، کارشناس‌ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران؛ خدامراد مؤمنی دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران؛ آسیه مرادی استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران. مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی‌ارشد نویسنده مسئول است. این مقاله مورد حمایت مالی هسته دانشجویی پژوهش‌محور «سالمندی، نیمه دوم زندگی» دانشگاه رازی بوده است.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به پیام ورعی، کارشناس‌ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران باشد

پست الکترونیکی: payam.varaeae@gmail.com

سالمندان ضروری به نظر می‌رسد (هودیج، بونی‌فاس و چو، ۲۰۱۰).

در نگاهی جامع و مثبت‌نگر می‌توان بهزیستی را به‌عنوان مجموعه‌ای از احساسات و حالات عاطفی و شناختی مثبت نسبت به خود و دنیای اطراف تعریف کرد (گل‌پرور و عابدینی، ۲۰۱۴). یکی از مدل‌های اصلی که بهزیستی روان‌شناختی را مفهوم‌سازی و عملیاتی کرده است، مدل ریف و کیز (۱۹۹۵) است که در پژوهش حاضر از آن استفاده شد. ریف (۱۹۸۹) بهزیستی روان‌شناختی را به‌عنوان تلاش برای کمال و به حداکثر رساندن ظرفیت‌های شخصی تعریف می‌کند. بهزیستی روان‌شناختی شامل احساس خوب درباره خود و زندگی خود است احساسی که شامل تجربه استقلال، تسلط محیطی، رشد فردی، روابط مثبت با دیگران، هدف در زندگی و پذیرش خود است (ریف و سینگر، ۲۰۰۶). بهزیستی روانی بزرگ‌ترین آرزو و مهم‌ترین هدف زندگی بشر است که بیش از هر عامل دیگری بهداشت روانی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (دینر، ساه، لاکاس و اسمیت، ۱۹۹۹). زمانی که افراد از سلامت و بهزیستی روانی برخوردار باشند قادر خواهند بود در برابر مشکلات و ناملایمت‌های که برای آنها به وجود می‌آید چاره‌اندیشی کرده و راه‌حلی را انتخاب کنند (ریف و سینگر، ۲۰۰۶).

بهزیستی روان‌شناختی وابسته به شرایط و عوامل گوناگون، از جمله فرهنگ و دین تغییر می‌کند (کمپداس، تیلور، کروجر، ۲۰۰۸). تجارب دینی مرکزی‌ترین بعد از تجارب انسان در طول زندگی است. حتی در بین افرادی که به‌زعم خود در مورد مسائل معنوی زیاد نگران نیستند، نگرانی‌های دینی فعال است (ایمونز، بارتلت و اسپینتیکر، ۲۰۰۸). دین متشکل از مجموعه‌ای از باور، عمل و احساس است که بر محور مفهوم حقیقت‌غایی، سامان یافته است (آذربایجانی، ۱۳۸۲). دین به‌عنوان نظامی از باورها به خدا و یا زندگی پس از مرگ تعریف می‌شود. این تعریف به درک روزمره انسان‌ها از واژه دین نزدیک است (کراوس و هود، ۲۰۱۳). نگرش به دین در مقایسه با جنبه‌های نسبتاً سطحی اشتغال دینی^۱، نشان‌دهنده ویژگی‌های هستند که از عوامل زمینه‌ای^۲، کمتر اثر می‌پذیرند و شاخص بهتری برای کارکرد عمومی فرد بوده (دزوتر، سونینس و

هاتسیبات، ۲۰۰۶) و نقش مهم‌تری در سلامت و بهزیستی دارد (آقابابائی و بلچنیو، ۱۳۹۳). نگرش به دین شاخص مناسبی برای سنجش دینداری است (مانند آقابابائی و همکاران، ۲۰۱۶؛ آقابابائی، سهرابی، اسکندری، برجلی و فرخی، ۱۳۹۵؛ آقابابائی و بلچنیو، ۱۳۹۳) بنابراین در این پژوهش نیز از نگرش به دین به‌عنوان ابزاری که دین‌داری فرد را می‌سنجد استفاده گردید.

تاریخچه دین و روان‌شناسی با مناقشه‌ای پیرامون نقش دین در بهزیستی فرد و جامعه همراه است (آقابابائی و همکاران، ۱۳۹۵). محور اصلی مجادله این مسئله است که دین در سلامت روان‌شناختی چه نقشی دارد؟ آیا دین در سلامت روان‌شناختی سهیم است یا مانع آن می‌شود؟ جدای از مجادلات نظری، پیشینه در حال رشد پژوهش‌ها پیشنهاد می‌کند که دین‌داری منجر به بهزیستی می‌شود برای مثال تیواری، سینق و چند (۲۰۱۶) در پژوهشی با موضوع معنویت و بهزیستی روان‌شناختی در ۲۰۰ سالمند نتیجه گرفتند سالمندانی که سطوح بالاتری از معنویت را دارند بهزیستی بالاتری خواهند داشت. در پژوهش دیگری آیوزن، چن، گردنرو پرشر (۲۰۱۳) پیوند دین و معنویت با بهزیستی روان‌شناسی را در ۲۰۵ بزرگسال مورد بررسی قرار دادند و اهمیت معنویت را فارغ از نوع و تجارب مذهبی شرکت‌کنندگان را بر بهزیستی روان‌شناختی تأیید کردند. این در حالی است که برخی از محققان رابطه منفی میان دین و بهزیستی برای مثال براون و تیرنی (۲۰۰۹) در پژوهشی دین و بهزیستی ذهنی را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه دست یافتند که رابطه منفی قوی میان فعالیت‌های دینی و بهزیستی وجود دارد. لازم به ذکر است گمانه‌زنی‌ها و تلاش‌هایی در راستای شناخت رابطه دین و بهزیستی صورت گرفته است؛ اما دین‌پژوهان این کوشش‌ها را برای نتیجه‌گیری بسنده نمی‌دانند (آقابابائی و همکاران، ۱۳۹۵).

متغیر دیگری که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفت خود شفقت‌ورزی می‌باشد. خود شفقت‌ورزی رویکردی تازه درباره بهزیستی روان‌شناختی است و به معنای پذیرش احساسات آسیب‌پذیر، مراقبت و مهربانی کردن نسبت به خود، نگرش غیر ارزیابانه نسبت به نارسایی‌ها و شکست‌های خویش و بازشناسی تجربیاتی که جزء تجربیات رایج فرد است، می‌باشد (رایس، ۲۰۱۰). خود شفقت‌ورزی در واقع یک شکل سالم خودپذیری است که

¹ religious involvement

² contextual factors

پیش‌بینی می‌کند و به آنها کمک می‌کند تا با تغییرات مرتبط با سن سازگار شوند. اگرچه این نوع از پژوهش‌ها به‌طور کلی در سطح جهان در نمونه سالمندان بسیار محدود است، اما زمانی که به پژوهش‌ها داخلی برمی‌گردیم این محدودیت و شکاف پژوهش‌های بسیار بیشتر می‌شود. بنابراین لازم است در جهت بررسی رابطه بهزیستی و خود شفقت‌ورزی در نمونه سالمندان داخل کشور پژوهش حاضر صورت گیرد و به تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش‌ها قبلی کمک کند. از طرفی طبق جستجوی پژوهشگران پژوهش حاضر، به نظر می‌رسد پژوهشی که به‌طور همزمان بخواهد بهزیستی روان‌شناختی را بر اساس خود شفقت‌ورزی و دین‌داری بررسی کند انجام نشده است. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه دین‌داری و خود شفقت‌ورزی با بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان است و فرضیه‌های این مطالعه عبارتند از اینکه (۱) دین‌داری با بهزیستی روان‌شناختی رابطه دارد و (۲) خود شفقت‌ورزی با بهزیستی روان‌شناختی رابطه دارد.

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی سالمندان مقیم سراهای سالمندان نیمه وقت شهر کرمانشاه، به تعداد ۱۱۹۰ نفر بود. از این تعداد، ۷۰۰ نفر مرد و ۴۹۰ نفر زن بالای ۵۵ سال بودند. که نمونه این پژوهش بر اساس جدول کرجسی و مورگان به تعداد ۳۰۰ نفر فقط از مردان انتخاب شد. لازم به ذکر است به دلیل این امر که ابزار تشخیصی مبتنی بر پرسش‌نامه می‌تواند، تحت تأثیر اختلال توجه، اختلال حواس و نقص ارتباطی سالمندان باشد بنابراین لازم است وجود یا عدم وجود اختلال‌های شناختی سالمندان بررسی شود تا از اعتبار پاسخ آنها اطمینان نسبی حاصل نمود. بدین منظور از پرسش‌نامه مختصر وضعیت روانی^۱ که روش عملی برای درجه‌بندی شناختی است استفاده شد. بنابراین ملاک‌های ورود برای این پژوهش عبارت بود از (۱) نمره بالای ۲۲ در آزمون وضعیت روانی، (۲) حداقل سن ۵۵ سال، (۳) میزان تحصیلات حداقل ابتدایی در حد خواندن و نوشتن، (۴) درآمد ماهیانه مالی (حقوق یا مستمری) حداقل برای گذراندن امور زندگی و (۵) کسب

بیانگر میزان پذیرش و قبول جنبه‌های نامطلوب خود و زندگی ما است. این سازه شامل سه مؤلفه اصلی مهربان بودن به خود، وجه مشترک انسانی و ذهن‌آگاهی است. شخصی که خودشفقت‌ورزی بالایی دارد، قادر است حتی هنگام مواجهه با ناکامی و بدبینی، نگرش توأم با ملایمت و مهربانی نسبت به خود داشته باشد. چنین فردی درک می‌کند که تمام انسان‌ها شکست‌خورده و درد را تجربه می‌کنند. داشتن چنین ویژگی‌هایی، فرد را قادر می‌سازد احساسات و هیجان‌های خود را به‌طور مناسب تجربه نماید، بدون اینکه آنها را از خود دور رانده یا کاملاً تحت سیطره آنها قرار بگیرد (نف، ۲۰۰۳). بنابراین می‌توان انتظار داشت که خود شفقت‌ورزی به‌طور مثبت با سلامت روان رابطه دارد (نف و ام‌سی‌جی، ۲۰۱۰). از طرفی خودشفقت‌ورزی نقش بسیار مهمی را در زندگی سالمندان بازی می‌کند، مطرح شده است که بهزیستی ذهنی افراد مسن بیشتر به تفسیر خودشان از شرایط خودشان بستگی دارد (سیدلکی، تکر-دور، ایشی و سالتوسه، ۲۰۰۸) و یک طرز فکر مشفقانه می‌تواند چشم‌انداز ملایمی از پذیرش بسیاری از آثار پیری را فراهم کند. شواهدی وجود دارد که از این ایده حمایت می‌کند. برای مثال خود شفقت‌ورزی در رابطه بین سلامت فیزیکی و بهزیستی ذهنی افراد سالمند به‌عنوان متغیر میانجی عمل می‌کند، به‌طوری که شرکت‌کنندگانی که سلامت فیزیکی کمتری را گزارش دادند زمانی بهزیستی ذهنی بالاتری را گزارش دادند که خود شفقت‌ورزی بالایی را داشتند (آلن، گلدواسر و لری، ۲۰۱۲). همچنین پژوهش هومن (۲۰۱۶) با موضوع خود شفقت‌ورزی و بهزیستی روان‌شناختی در ۱۲۱ سالمندان نشان می‌دهد که خود شفقت‌ورزی با سن و بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت دارد. در پژوهش دیگری بر روی ۲۰۹ سالمند با موضوع خود شفقت‌ورزی به‌عنوان پیش‌بینی کننده اندیشناکی، خوش‌بینی و بهزیستی روان‌شناختی، امتاز (۲۰۱۶) به این نتیجه رسید که خود مهربانی، انزوا، ذهن‌آگاهی و اشتراک انسانی، پیش‌بینی کننده معنی‌داری برای سلامت روانی بودند. خود شفقت‌ورزی فیلیپس و فرگوسن (۲۰۱۲) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که خود شفقت‌ورزی به‌صورت مثبت و معناداری با عواطف مثبت، یکپارچگی خود و معنا در زندگی و به صورت منفی با عواطف منفی مرتبط بود. آلن و لیری (۲۰۱۳) نیز نشان دادند که خود شفقت‌ورزی پاسخ‌های مثبت به پیری را

¹ mini-mental state examination

نمره کمتر از ۲۲ در آزمون وضعیت روانی بودند. ملاک خروج از مطالعه نیز شامل عدم تمایل به ادامه همکاری با پژوهشگران بود. نمونه نهایی مشتمل بر ۳۰۰ شرکت‌کننده بود که تمام آنها مرد بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۶۰/۰۱ سال با انحراف استاندارد ۴/۸ بود. ۸۷/۷ درصد (۲۶۳ نفر) شرکت‌کنندگان متأهل، ۸ درصد (۲۴ نفر) همسرشان فوت کرده، ۳/۷ درصد (۱۱ نفر) مجرد و ۰/۷ درصد (۲ نفر) مطلقه بودند. ۲۸/۷ درصد (۸۶ نفر) از آنها ۴ فرزند، ۱۸/۷ درصد (۵۶ نفر) ۵ فرزند، ۱۵/۷ درصد (۴۷ نفر) ۳ فرزند، ۱۲/۷ درصد (۳۸ نفر) ۲ فرزند، ۱۱ درصد (۳۳ نفر) ۱ فرزند، ۴/۳ درصد (۱۳ نفر) بدون فرزند، ۴ درصد (۱۲ نفر) ۶ فرزند و ۰/۷ درصد (۲ نفر) ۸ فرزند داشتند. ۶۹/۷ درصد (۲۰۹ نفر) هیچ‌گونه بیماری زمینه‌ای نداشتند؛ ۲۰ درصد (۶۰ نفر) فشارخون، ۵/۷ درصد (۱۷ نفر) بیماری قلبی و عروقی، ۳/۳ درصد (۱۰ نفر) دیابت، ۱ درصد (۳ نفر) میگرن و ۰/۷ درصد (۱ نفر) سرطان به‌عنوان بیماری زمینه‌ای خود گزارش دادند. میانگین درآمد ماهیانه شرکت‌کنندگان ۱/۳۱ میلیون تومان با انحراف استاندارد ۱/۱۹ و حداقل ۹۰۰ هزار تومان تا حداکثر ۳ میلیون تومان بود. ۸۶/۷ درصد (۲۶۰ نفر) در ملک شخصی خود، ۱۱/۷ درصد (۳۵ نفر) در ملک اجاره‌ای و ۱/۷ درصد (۵ نفر) در ملک پدری خود زندگی می‌کردند. سطح تحصیلات شرکت‌کنندگان به ترتیب به این ترتیب بود که ۳۲/۷ درصد (۹۸ نفر) ابتدایی، ۱۹ درصد (۵۷ نفر) راهنمایی، ۱۴/۷ درصد (۴۴ نفر) دبیرستانی، ۲۲ درصد (۶۶ نفر) دیپلم، ۶/۳ درصد (۱۹ نفر) فوق‌دیپلم، ۴/۷ درصد (لیسانس) و ۰/۷ درصد (۲ نفر) فوق‌لیسانس بودند. همه شرکت‌کنندگان دین خود را اسلام و مذهب خود را تشیع گزارش کردند.

ابزار

پرسش‌نامه مختصر وضعیت روانی. معاینه مختصر وضعیت شناختی، متداول‌ترین ابزار غربالگری اختلالات شناختی در سطح جهان است که به زبان‌های مختلف ترجمه و در فرهنگ‌های مختلف استاندارد شده است. این آزمون کارکردهای مختلف شناختی را سنجیده و برآوردی کلی از وضعیت شناختی شرکت‌کننده فراهم می‌کند. این پرسش‌نامه در معاینات روانی جهت اختلالات شناختی مورد استفاده قرار می‌گیرد و پنج محدوده از عملکرد شناختی را آزمایش می‌کند (جهت‌یابی، ثبت، توجه و

پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی ریف. نسخه‌ی کوتاه (۱۸ سؤال) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف^۱ که توسط خانجانی، فتح‌آبادی، مظاهری و شکری (۱۳۹۳) اعتباریابی شده است مورد استفاده قرار گرفته است، فرم اولیه توسط ریف (۱۹۸۹) طراحی و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفته است. این نسخه مشتمل بر ۶ عامل است. مجموع نمرات این ۶ عامل (خودمختاری، ارتباط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، رشد شخصی، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود) به‌عنوان نمره‌ی کلی بهزیستی روان‌شناختی محاسبه می‌شود. این آزمون نوعی ابزار خودسنجی است که در یک پیوستار ۶ درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم (یک تا شش) پاسخ داده می‌شود که نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی بهزیستی روان‌شناختی بهتر است. نمره بالاتر بیانگر بهزیستی روان‌شناختی بهتر است. همبستگی نسخه کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف با مقیاس اصلی از ۰/۷ تا ۰/۸۹ در نوسان بوده است (ریف و سینگر، ۲۰۰۶). همچنین آلفای کورنباخ برای کل پرسش‌نامه در پژوهش حاضر ۰/۸۹ به دست آمد.

پرسش‌نامه فرم کوتاه خود شفقت ورزی. مقیاس ۱۲ ماده‌ای خود شفقت‌ورزی^۲ توسط ریس، پومیر، نف و ون گوچت (۲۰۱۱) تدوین شده و شامل ۶ خرده مقیاس (مهربانی به خود، قضاوت کردن خود، اشتراک انسانی، انزوا، ذهن‌آگاهی و همانندسازی افراطی) است که ماده‌های این مقیاس در یک طیف لیکرت ۵ رتبه‌ای (هرگز=۱، تقریباً هرگز=۲، نظری ندارم=۳، تقریباً همیشه=۴ و همیشه=۵) مرتب‌شده است، حداقل و حداکثر نمره این ابزار به ترتیب ۱۲ تا ۶۰ است. ضرایب آلفای کورنباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای شش عامل همانندسازی افراطی ۰/۷۷، مهربانی به خود ۰/۸۳، ذهن‌آگاهی ۰/۹۲، انزوا ۰/۸۸، تجارب مشترک انسانی ۰/۹۱ و قضاوت خود ۰/۸۷

^۱ ryff scale psychological well-being

^۲ self-compassion scale-short form

نیستند به این سؤالات پاسخ دهند می‌توانند در هر مرحله‌ای از پاسخگویی همکاری خود را ادامه ندهند. در نهایت ۳۰۰ نفر از شرکت‌کنندگان به مجموعه پرسش‌نامه‌های پژوهش به صورت قلم-کاغذی پاسخ دادند. همچنین جهت عدم خطاهای بینایی در هنگام خواندن پرسش‌نامه برای سالمندان باسواد، خوانا و درشت تهیه شد و به منظور رعایت کدهای اخلاقی، رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از تمام سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش اخذ شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های میانگین، انحراف‌استاندارد، ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون گام به گام در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش (شامل میانگین، انحراف استاندارد و نمره کمیته و بیشینه) در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱

اطلاعات روان‌سنجی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف پایین	انحراف بالا	استاندارد	ترین	ترین
بهبودی روان‌شناختی	۷۲/۲۰	۱۶/۶۶	۳۳	۱۰۵		
پذیرش خود	۱۱/۲۲	۴/۲۳	۳	۱۸		
هدف‌مندی	۱۱/۹۱	۳/۰۳	۳	۱۸		
روابط مثبت بادیگران	۱۱/۰۷	۳/۸۴	۳	۱۸		
رشد شخصی	۱۲/۷۶	۳/۴۹	۳	۱۸		
خودمختاری	۱۱/۸۴	۳/۴۴	۴	۱۸		
تسلط بر محیط	۱۳/۳۸	۲/۹۸	۴	۱۸		
خودشفقت‌ورزی	۳۱/۴۴	۷/۱۸	۱۶	۴۹		
خودمهربانی	۴/۹۹	۱/۷۴	۲	۱۰		
خودقضاوتی	۵/۵۹	۲/۲۰	۲	۱۰		
ویژگی مشترک	۴/۸۷	۲/۲۴	۲	۱۰		
انزوا	۵/۶۷	۲/۲۶	۲	۱۰		
ذهن‌آگاهی	۴/۵۴	۲/۴۵	۲	۱۰		
بیش همانندسازی	۵/۷۷	۲/۳۱	۲	۱۰		
نگرش دینی	۳۹/۳۰	۱۰/۱۶	۴	۵۵		
کمک شخصی	۱۸/۶۴	۴/۷۷	۲	۲۴		
نگرش اسلامی	۱۴/۷۷	۴/۰۳	۲	۲۴		
مناسک اسلامی	۵/۸۸	۳/۱۴	۰	۱۲		

گزارش شده است (شه‌بازی، رجیبی، مقامی و جلوداری، ۱۳۹۴). همچنین آلفای کورن باخ برای کل پرسش‌نامه در پژوهش حاضر ۰/۶۵ بدست آمد.

مقیاس نگرش مسلمانان به دین. این مقیاس ۱۴ گویه‌ای برای سنجش نگرش مسلمانان به اسلام^۱ ساخته شده است (وایلند و جوزف، ۱۹۹۷) و شامل سؤالاتی است که مشارکت فعالانه در مناسک مهم مسلمانان را می‌سنجد مانند «نماز را مرتب می‌خوانم» و «کل ماه رمضان را روزه می‌گیرم». سؤالاتی دیگر آن به جهان‌بینی مسلمانان مرتبط است مانند «من فکر می‌کنم که قرآن در زندگی مدرن قابل کاربرد است». دسته سوم از سؤالات نیز به باور پیامدهای مثبت مسلمان بودن می‌پردازد مانند «اسلام در راه رسیدن به یک زندگی بهتر به من کمک می‌کند». نمره کل این مقیاس که نگرش به دین را می‌سنجد، حاصل جمع این سه بعد می‌باشد و هر میزان نمره فرد در آن بیشتر باشد به این معنی است که نگرش او به دین مثبت‌تر است یعنی فرد دین‌دارتر است. قربانی، واتسن، قراملکی، موریس و هود (۲۰۰۰) روایی و پایایی این مقیاس را در میان دانشجویان ایرانی تأیید کردند. آنها پایایی درونی این پرسش‌نامه را در گروهی از دانشجویان دانشگاه تهران با روش آلفای کورنباخ برابر ۰/۹۳ به دست آوردند. آنها همبستگی این مقیاس را با علاقه به دین، دین‌داری درونی و دین‌داری برونی را به ترتیب برابر با ۰/۶۰، ۰/۳۱ و ۰/۶۷ گزارش کردند. آلفای کورنباخ برای پرسش‌نامه در پژوهش حاضر ۰/۸۸ به دست آمد.

روش اجرا

پس از کسب مجوزهای لازم پژوهشگران در سه نوبت با مراجعه به سراهای سالمندان شهر کرمانشاه و پس از ارتباط‌گیری و جلب رضایت شرکت‌کنندگان، ابتدا هدف پژوهش برای آنها بیان شد و با ارائه راهنمایی لازم پرسش‌نامه‌ها در اختیار آنها قرار گرفت و از آنها خواسته شد که به دقت سؤالات را بخوانند و پاسخ‌های مورد نظر را متناسب با ویژگی‌های خود انتخاب کنند و تا حد امکان سؤالی را بی‌جواب نگذارند. اطلاعات به صورت فردی جمع‌آوری شد. برای پاسخگویی شرکت‌کنندگان به پرسش‌نامه‌های پژوهش به سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش این اطمینان داده شد که اطلاعات دریافت شده از آنان به صورت محرمانه خواهد ماند و کسانی که مایل

¹ muslim attitudes toward religion scale

فیدل، ۲۰۰۱) و مقدار این آماره در پژوهش حاضر برابر با ۱/۶۳۲ است که نشان‌دهنده‌ی تأیید استقلال خطاها است و (۲) عدم هم‌خطی بین متغیرهای مستقل که به منظور بررسی آن از دو آماره تحمل و عامل تورم واریانس استفاده شده است و میزان تحمل نزدیک به یک و میزان عامل تورم واریانس کمتر از دو بوده که نسبتاً مطلوب است. بنابراین پدیده هم‌خطی بین متغیرهای مستقل وجود ندارد و در نتیجه با رعایت پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل رگرسیون می‌توان از این آزمون برای بررسی فرضیه‌های پژوهش حاضر استفاده کرد.

در ادامه به‌منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش یعنی بررسی رابطه و چگونگی پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی سالمندان بر اساس دین‌داری و خود شفق‌ورزی از آزمون‌های ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام به گام استفاده شد. آزمون رگرسیون چندگانه پیش‌فرض‌هایی دارد که عبارت‌اند از (۱) مستقل بودن خطاها از یکدیگر است که به‌منظور بررسی این مفروضه از آزمون دوربین-واتسون استفاده شد که با توجه به منابع معتبر می‌توان گفت که اگر مقدار آماره این آزمون بین ۱/۵ تا ۲ قرار داشته باشد می‌توان استقلال مشاهدات را پذیرفت و تحلیل را دنبال کرد (تاباچنیک و

جدول ۲

ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱. بهزیستی روان‌شناختی											
۲. خودمهربانی	**۰/۳۲										
۳. خودقبضاتوی	**۰/۳۷	**۰/۱۷									
۴. ویژگی مشترک	**۰/۲۲	**۰/۳۷	۰/۰۷۳								
۵. انزوا	**۰/۵۹	**۰/۱۸	**۰/۳۲	۰/۰۷۹							
۶. ذهن‌آگاهی	**۰/۲۸	**۰/۳۶	**۰/۱۶	**۰/۴۰۸	**۰/۲۰۶						
۷. بیش همانندسازی	**۰/۶۹	**۰/۲۴	**۰/۴۳	۰/۰۵	**۰/۶۷	**۰/۱۹					
۸. خودشفقت‌ورزی کل	**۰/۶۱	**۰/۶۲	**۰/۵۶	**۰/۴۸	**۰/۵۸	**۰/۳۸	**۰/۶۴				
۹. کمک شخصی	**۰/۳۵	**۰/۲۶	**۰/۲۲	**۰/۳۴	**۰/۳۱	**۰/۵۴	**۰/۳۹	**۰/۲۵			
۱۰. نگرش اسلامی	**۰/۰۴	**۰/۲۲	**۰/۱۶	**۰/۲۷	**۰/۳۱	**۰/۲۲	**۰/۳۴	**۰/۳۵	**۰/۷۵		
۱۱. مناسک اسلامی	**۰/۴۴	**۰/۱۸	**۰/۲۳	**۰/۱۶	**۰/۴۱	۰/۰۴	**۰/۴۱	**۰/۳۱	**۰/۴۳	**۰/۴۸	
۱۲. نگرش دینی	**۰/۴۶	**۰/۲۷	**۰/۲۴	**۰/۰۴	**۰/۰۴	**۰/۰۴	**۰/۳۸	**۰/۳۷	**۰/۰۹	**۰/۱۸۹	**۰/۰۷

**P<۰/۰۰۱

دین‌داری و خود شفق‌ورزی با بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت و معنی‌داری دارند.

جدول ۲ ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. بررسی این ضرایب نشان می‌دهد که

جدول ۳

گام	متغیر	F	R	R ²	β	B
۱	بیش همانندسازی	۲۷۶/۲۲۵	۰/۶۹۴	۰/۴۸۱	-۰/۶۹۴	-۴/۹۹۹
۲	بیش همانندسازی کمک شخصی	۱۵۶/۸۶۰	۰/۷۱۷	۰/۵۱۴	-۰/۶۴۶ ۰/۱۸۷	-۴/۶۵۷

خلاصه تحلیل رگرسیون گام به گام بهزیستی روان‌شناختی از طریق مؤلفه‌های دین‌داری و خودشفقت‌ورزی

		۰/۵۴۲	۰/۷۳۷	۱۱۶/۹۸۴	
	-۴/۸۸۴	-۰/۶۷۸			بیش همانندسازی
	۰/۶۷۳	۰/۱۹۳			کمک شخصی
	۱/۱۷۳	۰/۱۷۳			ذهن‌آگاهی
		۰/۵۶۵	۰/۷۵۲	۹۵/۷۶۴	
	-۳/۹۳۷	-۰/۵۴۶			بیش همانندسازی
	۱/۰۲۷۹	۰/۱۶۲			کمک شخصی
	-۱/۵۴۱	۰/۱۸۹			ذهن‌آگاهی
		-۰/۲۰۹			انزوا
		۰/۵۷۳	۰/۷۵۷	۷۸/۷۹۴	
	-۳/۷۷۷	-۰/۵۲۴			بیش همانندسازی
	۰/۴۴۳	۰/۱۲۷			کمک شخصی
	۱/۲۳۳	۰/۱۸۲			ذهن‌آگاهی
	-۱/۴۰۶	-۰/۱۹۱			انزوا
	۰/۵۵۷	۰/۱۰۵			مناسک اسلامی

جدول ۳ خلاصه تحلیل رگرسیون گام به گام بهزیستی روان‌شناختی از طریق مؤلفه‌های دینداری و خود شفقت‌ورزی را نشان می‌دهد. در این جدول مقادیر R ، F و R^2 برای معنی‌داری مدل‌های رگرسیونی به همراه مقادیر B و β برای هر یک از متغیرهای حاضر در مدل ارائه شده است. طبق این جدول مقدار F در گام اول ۲۷۶/۲۲۵، در گام دوم ۱۵۶/۸۶۰، در گام سوم ۱۱۶/۹۸۴، در گام چهارم ۹۵/۷۶۴ و در گام پنجم ۷۸/۷۹۴ به دست آمده است که همگی معنی‌داری دارند. در واقع مدل کلی رگرسیون در هر پنج گام معنی‌دار است. همچنین ضریب تبیین در گام اول ۰/۴۸۱، در گام دوم ۰/۵۱۴، در گام سوم ۰/۵۴۲، در گام چهارم ۰/۵۶۵ و در گام پنجم ۰/۵۷۳ حاصل شده است. همچنین از جدول مشخص است که در اولین گام بیش همانندسازی بر اساس بیشترین همبستگی با بهزیستی روان‌شناختی وارد معادله شده است و ضریب معنی‌دار و منفی (-۰/۶۹۴) دارد. در دومین گام کمک شخصی نیز به متغیر اول اضافه شده است و تأثیر معنی‌داری برای آن به دست آمده است همچنین در سومین گام ذهن‌آگاهی به دو متغیر اضافه شده و در گام چهارم انزوا و در گام آخر مناسک به متغیرهای مرحله قبل از خود اضافه شدند که تماماً اثر معنادار داشتند. در نتیجه این یافته‌ها می‌توان گفت هر دو فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه دین‌داری و خود شفقت‌ورزی با بهزیستی روان‌شناختی سالمندان و چگونگی

پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی بر اساس دین‌داری و خود شفقت‌ورزی در سالمندان بود. نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن بود که بهزیستی روان‌شناختی هم با دین‌داری و هم خود شفقت‌ورزی رابطه مثبت و معناداری دارد. بنابراین فرضیه اول پژوهش مبنی بر اینکه دین‌داری با بهزیستی روان‌شناختی رابطه داشته و قادر است تغییرات بهزیستی روان‌شناختی را در سالمندان پیش‌بینی کند مورد تأیید قرار می‌گیرد. این یافته از پژوهش حاضر، با نتایج پژوهش‌های تیواری، سینق و چن (۲۰۱۶)، و آیوزن و همکاران (۲۰۱۳) همسو است اما با نتایج پژوهش بران و تیرنی (۲۰۰۹) که نشان دادند بین دین‌داری و بهزیستی رابطه منفی وجود دارد همخوانی ندارد. رابطه دین‌داری و بهزیستی روان‌شناختی ممکن است پیچیده باشد. در حقیقت همان‌طور که ذکر آن رفت یافته‌های پژوهشی در این زمینه متناقض هستند. یک علت برای این گوناگونی یافته‌ها می‌تواند این باشد که از یک‌سو، دین‌داری رابطه یکسانی با همه ابعاد سلامت روان و بهزیستی ندارد و از سوی دیگر، همه جنبه‌های دین و دین‌داری رابطه یکسانی با یک جنبه خاص از سلامت روانی و بهزیستی ندارند (کوئینگ، ۲۰۰۵). یعنی محتمل است جنبه خاصی از دین‌داری تنها برای جنبه خاصی از سلامت روانی مفید باشد و همان جنبه برای بعد دیگری از سلامت روانی و بهزیستی فرد بی‌اهمیت بوده و یا حتی امکان دارد اثر منفی داشته باشد (کرواس و هود، ۲۰۱۳). در تبیین این یافته می‌توان گفت دین چهره جهان را در نظر فرد دین‌دار

عزیزان زندگی و کاهش سلامتی و عملکرد همراه است. در واکنش به این وقایع خود شفقت‌ورزی باعث می‌گردد تا بجای پاسخ به این وقایع ناخوشایند با خشم و خود سرزنشی، افراد با مهربانی و مراقبت رفتار کنند و این وقایع و تجربیات را جزئی از تجارب مشترک انسانی بدانند (نف، ۲۰۰۳). بنابراین ارزیابی مشفقانه از خود، پذیرش خود را افزایش داده و کیفیت روابط بین فردی را بهتر می‌کند (هومن، ۲۰۱۶) و میل افراد برای رشد را افزایش می‌دهد و توانایی آنها را برای مدیریت کردن زندگی و تسلط بر محیط بیشتر می‌کند (هومن، ۲۰۱۶) و از این طریق می‌تواند موجب افزایش بهزیستی فرد شود.

به‌طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین دین‌داری و خود شفقت‌ورزی با بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد و می‌توان بر این اساس بهزیستی روان‌شناختی سالمندان را می‌کند پیش‌بینی کرد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر متغیر خود شفقت‌ورزی تأثیر بیشتری از دین‌داری دارد و با توجه به اینکه خود شفقت‌ورزی مفهوم جدیدی در روان‌شناسی است می‌توان در کنار اهمیت به دین‌داری فرد از آن در ایجاد بهزیستی سالمندان بهره گرفت. به‌طور کلی می‌توان گفت نتایج این پژوهش می‌تواند در افزایش بهزیستی سالمندان مؤثر باشد. در آخر باید اشاره گردد که این پژوهش از چندین محدودیت برخوردار است. اولین محدودیت حجم بالای پرسش‌نامه‌ها برای سالمندان که می‌تواند موجب خستگی جسمی و روانی سالمندان گردد و بر نتایج بی‌تأثیر نیست. دومین محدودیت روش خود گزارش‌دهی و پرسش‌نامه‌ای بودن که محدودیت‌های خود را به همراه دارد خصوصاً در حوزه متغیرهایی مانند دین‌داری با توجه به فرهنگ و عرف جامعه که بعضاً تمایل دارند خود را بهتر و بیشتر دین‌دارتر نمایش دهند. با توجه به محدودیت اول، پیشنهاد می‌گردد استفاده از پرسش‌نامه‌های فرم کوتاه برای پژوهش‌ها سالمندان را در اولویت قرار داده و تا جایی که ممکن است از پژوهش‌های که پرسش‌نامه‌های طولانی دارد پرهیز گردد. همچنین با توجه به محدودیت دوم می‌توان گفت برای پرداختن به فرایندهای پویای مرتبط با دین، پژوهشگران باید افراد را در گذر زمان و بافت‌های متعدد مطالعه کنند. همچنین پیشنهاد می‌گردد این پژوهش در جامعه زنان سالمند نیز اجرا شود تا بتوان ضمن مقایسه نتایج به‌تعمیم‌پذیری آنها نیز کمک کرد.

دگرگون می‌سازد و طرز تلقی او را از کل هستی هدف‌دار و دارای معنی باشد و فرد به انسجام و آرامش برسد. بنابراین مذهب موجب صبر و بردباری، احساس همدلی و انعطاف‌پذیری در روابط با دیگران می‌شود (کاکرو، بدروسیان، فونتس و بورنستین، ۲۰۰۶). علاوه بر این، فرد دین‌دار خود را تحت حمایت و لطف همه‌جانبه خداوند، یعنی بزرگ‌ترین نیروی موجود در هستی می‌بیند. بدین ترتیب قادر است تا از نظر شناختی، عاطفی و فیزیولوژیکی استرس و ناتوانی‌اش را کنترل کند. او خداوند را منشأ خیر و برکت می‌داند؛ بنابراین چنین فردی همه رویدادها، حتی بلاها و مصائب و مشکلات (مثل مشکلات دوره سالمندی) و سختی‌ها را جزء جدایی‌ناپذیر این دنیا می‌بیند و با توکل بر خدای هستی به مقابله با مشکلات می‌پردازد و کمتر دچار اختلالات روانی می‌شود. او خود را موظف می‌داند که سختی‌هایی را که حتی اگر با قدرت عقل توجیه‌پذیر نیست با قدرت ایمان تحمل نماید تا به تکامل دست یابد. چنین فردی به‌واسطه ناملايمات و ناکامی‌های زندگی دچار ناامیدی و اضطراب نمی‌گردد، زیرا خداوند را حامی خویش می‌داند. بنابراین دین می‌تواند موجب بهزیستی فرد گردد (نونى، ۲۰۰۵؛ میلر و تورسن، ۲۰۰۳).

فرضیه دوم نیز با توجه به نتایج پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. بنابراین یافته‌ی دیگر این پژوهش بیانگر رابطه مثبت خود شفقت‌ورزی و بهزیستی روان‌شناختی است. این یافته با نتایج پژوهش‌های هومن (۲۰۱۶)، امتاز (۲۰۱۶)، فیلیپس و فرگوسن (۲۰۱۳)، آلن و لیری (۲۰۱۳) و آلن، گلدواسر و لیری (۲۰۱۲) همسو و هماهنگ است. به‌طور کلی در پژوهش‌های صورت پذیرفته مشخص شده است که افراد سالخورده‌ای که سطوح بالایی از خود شفقت‌ورزی را داشتند بهزیستی بیشتری را تجربه می‌کنند. در تبیین این یافته می‌توان گفت خودشفقت‌ورزی در واقع یک شکل سالم خودپذیری است که بیانگر میزان پذیرش و قبول جنبه‌های نامطلوب خود و زندگی فرد است (نف، ۲۰۰۳). خود شفقت‌ورزی به افراد کمک می‌کند که از تجارب منفی زندگی دوری کنند چراکه بهزیستی ذهنی افراد مسن بیشتر به تفسیر خودشان از شرایط خودشان بستگی دارد (سیدلکی و همکاران، ۲۰۰۸) و یک طرز فکر مشفقانه می‌تواند چشم‌انداز ملایمی از پذیرش بسیاری از آثار پیری را فراهم کند و به حل تکلیف رشدی خود انسجامی در برابر ناامیدی در سالمندان کمک کند. سالخورده‌گی با از دست دادن

- in China. *The Journal of Socio-Economics*, 38, 310-319.
- Cecero, J. J., Bedrosian, D. R., Fuentes, A., & Bornstein, R. F. (2006). Religiosity and healthy dependency as predictors of spiritual well-being. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 16(3), 225-238.
- Dezutter, J., Soenens, B., & Hutsebaut, D. (2006). Religiosity and mental health: A further exploration of the relative importance of religious behaviors vs. religious attitudes. *Personality and Individual Differences*, 40(4), 807-818.
- Diener, E. d., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological bulletin*, 125(2), 276.
- Emmons, R. A., Barrett, J. L., & Schnitker, S. A. (2008). Personality and the capacity for religious and spiritual experience. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 634-653) (3rd ed). New York: The Guilford Press.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., Ghramaleki, A. F., Morris, R. J., & Hood, R. W. (2000). Muslim Attitudes towards Religion Scale: Factors, validity, and complexity of relationships with mental health in Iran. *Mental Health, Religion and Culture*, 3(2), 125-132.
- Golparvar, M., & Abedini, H. (2014). The relationship between spirituality and meaning at work and the job happiness and psychological well-being: A spiritualaffective approach to the psychological well-being. *International Journal of Management and Sustainability*, 3(3), 160-175.
- Hodge, D. R., Bonifas, R. P., & Chou, R. A. (2010). Spirituality and older adults: Ethical guidelines to enhance service provision. *Advances in Social Work*, 11(1), 1-16.
- Homan, K. J. (2016). Self-compassion and psychological well-being in older adults. *Journal of Adult Development*, 23(2), 111-119.
- Imtiaz, S. (2016). Rumination, Optimism, and Psychological Well-Being among the Elderly: Self-Compassion as a Predictor. *Journal of Behavioural Sciences*, 26(1), 32-50.
- ## سیاسگزاری
- در پایان نویسندگان از اداره کل بهزیستی استان کرمانشاه، کارکنان محترم سراهای سالمندان شهر کرمانشاه و به‌خصوص تمامی سالمندان عزیز که با صبر و صداقت خود لازمه به ثمر رسیدن این پژوهش شدند تشکر و قدردانی را به عمل می‌آورند.
- ## منابع
- آذربایجانی، م. (۱۳۸۲). تهیه و ساخت آزمون جهت‌گیری مذهبی با تکیه بر اسلام. قم: پژوهشکده حوزه و دانشگاه.
- آقابابائی، ن.، سهرابی، ف.، اسکندری، ح.، برجلی، ا. و فرخی، ن. (۱۳۹۵). تدوین مدل علی بهزیستی ذهنی بر پایه جهت‌گیری دین با واسطه‌گری امیدواری، اضطراب مرگ و معنای زندگی. *پژوهش‌نامه روان‌شناسی اسلامی*، ۲(۲)، ۳۲-۶۰.
- آقابابایی، ن.، و بلچینو، آ. (۱۳۹۳). رابطه میان مدل شخصیتی هگزا کو، دین‌داری و بهزیستی فاعلی در دانشجویان ایرانی و لهستانی. *روانشناسی معاصر*، ۱(۱)، ۱۷-۲۸.
- خانجانی، م.، شهیدی، ش.، فتح‌آبادی، ج.، مظاهری، م. و شکری، ا. (۱۳۹۳). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه (۱۸ سوالی) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف در دانشجویان دختر و پسر. *مجله اندیشه و رفتار*، ۱(۳۲)، ۲۷-۳۶.
- شهبازی، م.، رجبی، غ.، مقامی، ا. و جلوداری، آ. (۱۳۹۴). ساختار عامل تأییدی نسخه فارسی مقیاس درجه‌بندی تجدیدنظر شده شفقت-خود در گروهی از زندانیان. *فصلنامه علمی-پژوهشی روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۶(۱۹)، ۳۱-۴۶.
- Aghababaei, N., Sohrabi, F., Eskandari, H., Borjali, A., Farrokhi, N., & Chen, Z. J. (2016). Predicting subjective well-being by religious and scientific attitudes with hope, purpose in life, and death anxiety as mediators. *Personality and Individual Differences*, 90, 93-98.
- Allen, A. B., & Leary, M. R. (2013). Self-compassionate responses to aging. *The Gerontologist*, 54(2), 190-200.
- Allen, A. B., Goldwasser, E. R., & Leary, M. R. (2012). Self-compassion and well-being among older adults. *Self and Identity*, 11(4), 428-453.
- Brown, P. H., & Tierney, B. (2009). Religion and subjectivewell-being among the elderly

- Ivtzan, I., Chan, C. P., Gardner, H. E., & Prashar, K. (2013). Linking religion and spirituality with psychological well-being: Examining self-actualisation, meaning in life, and personal growth initiative. *Journal of religion and health, 52*(3), 915-929.
- Kamp Dush, C. M., Taylor, M. G., Kroeger, R. A. (2008). Marital happiness and psychological well-being across the life course. *Family Relation, 57*(2), 211-226.
- Koenig, H. G. (2005). *Faith and mental health: Religious resources for healing*. West Conshohocken: Templeton Foundation Press.
- Krauss, S. W., & Hood, R. W. (2013). *New approach to religious orientation. The Commitment-Reflectivity Circumplex*. New York: Rodopi.
- Ljunggren, M. (2012). *Elderly abuse and depression in developed countries: Does religion/spirituality matter?* (Doctoral Dissertation No. HPPC-H11-4). Retrieved from <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:hig:diva-11410>.
- Maureen, M. (1999). *Mini-mental state examination. Galter Health science's library. Last updated: June, 6*.
- Miller, W. R., & Thoresen, C. E. (2003). Spirituality, religion, and health: An emerging research field. *American psychologist, 58*(1), 24.
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity, 2*(2), 85-101.
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity, 9*, 225-240.
- Nooney, J. G. (2005). Religion, stress, and mental health in adolescence: Findings from add health. *Review of Religious Research, 34*1-354.
- Perez-Blasco, J., Sales, A., Meléndez, J. C., & Mayordomo, T. (2016). The effects of mindfulness and self-compassion on improving the capacity to adapt to stress situations in elderly people living in the community. *Clinical Gerontologist, 39*(2), 90-103.
- Phillips, W. J., & Ferguson, S. J. (2012). Self-compassion: A resource for positive aging. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 68*, 529-539.
- Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences, 48*, 757-761.
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 18*, 250-255.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology, 57*(6), 1069-1081.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology, 69*(4), 719-727.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2006). Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social Science Research, 35*, 1103-1119.
- Siedlecki, K. L., Salthouse, T. A., Oishi, S., & Jeswanin, S. (2014). The relationship between social support and subjective well-being across age. *Social Indicators Research, 117*(2), 561-576.
- Siedlecki, K. L., Tucker-Drob, E. M., Oishi, S., & Salthouse, T. A. (2008). Life satisfaction across adulthood: Different determinants at different ages? *Journal of Positive Psychology, 3*, 153-164.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics*. Boston: Allyn and Bacon.
- Tiwari, S., Singh, R., & Chand, H. (2016). Spirituality and Psychological Wellbeing of Elderly of Uttarakhand: A Comparative Study Across Residential Status.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). *World Population Ageing 2013*. ST/ESA/SER.A/348.
- Wilde, A., & Joseph, S. (1997). Religiosity and personality in a Moslem context. *Personality and Individual Differences, 23*, 899-900.