

## رابطه رویدادهای استرس‌زا با مشکلات روان‌شناختی سال‌مندان: نقش جهت‌گیری مذهبی

✉ دکتر حسن یعقوبی

دانشگاه شهید مدنی آذربایجان

امید حسینی

دانشگاه شهید مدنی آذربایجان

احمد محمودی

دانشگاه شهید مدنی آذربایجان

پذیرش: ۱۳۹۷/۰۲/۱۷

دریافت: ۱۳۹۶/۱۱/۰۹

سال‌مندان مشکلات هیجانی به نسبت بالایی را به هنگام مواجهه با رویدادهای استرس‌زا تجربه می‌کنند، که در این بین جهت‌گیری مذهبی می‌تواند به عنوان لایه محافظتی در افراد سالمند عمل کند. بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه رویدادهای استرس‌زا و مشکلات روان‌شناختی سال‌مندان با واسطه‌گری جهت‌گیری مذهبی انجام شد. روش مطالعه توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان و مردان سالمند ۶۰ سال به بالای ساکن در خانه‌های سالمندان شهر همدان بود. حجم نمونه ۹۲ نفر (۵۲ نفر مرد و ۴۰ نفر زن) بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسش‌نامه رویدادهای استرس‌زای زندگی پیکل و همکاران، مشکلات روان‌شناختی دراگوئیس و همکاران و جهت‌گیری مذهبی آلپورت بودند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با بهره‌گیری از آزمون‌های آماری تحلیل مسیر و ضریب همبستگی پیرسون با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS.22 و اسمارت PLS.2 صورت گرفت. نتایج نشان داد رویدادهای استرس‌زای زندگی با مشکلات روان‌شناختی رابطه مثبت معنی‌دار ( $P < 0.05$ ) و با جهت‌گیری مذهبی رابطه منفی معنی‌داری ( $P < 0.01$ ) دارد. همچنین جهت‌گیری مذهبی نقش واسطه‌ای در الگوی ارتباطی بین رویدادهای استرس‌زا و مشکلات روان‌شناختی ایفا می‌کند ( $P < 0.01$ ). نتیجه پژوهش حاضر گویای این موضوع بود که اگرچه رویدادهای استرس‌زا نقش مهمی در بروز مشکلات روان‌شناختی در دوران سالمندی دارد، اما جهت‌گیری مذهبی به عنوان یک متغیر میانجی در کاهش مشکلات روان‌شناختی در اواخر زندگی از اهمیت بسزایی برخوردار است.

کلیدواژه‌ها: رویدادهای استرس‌زا، جهت‌گیری مذهبی، مشکلات روان‌شناختی

طبق آمار سازمان ملل متحد جمعیت سال‌مندان ۶۰ سال و بالاتر در سال ۲۰۱۵ در حدود ۹۰۰ میلیون نفر بوده که

حدود ۱۲ درصد جمعیت را شامل می‌شود (سازمان ملل، ۲۰۱۵). با توجه به پیش‌بینی‌های به عمل آمده انتظار می‌رود در سال ۲۰۵۰ این تعداد به میزان ۲ میلیارد نفر برسد که در آن زمان نزدیک به ۲۲ درصد جمعیت جهان را تشکیل خواهد داد (سازمان ملل، ۲۰۱۵). در این خصوص، افزایش هزینه‌های مراقبت بهداشتی و نیازهای درمانی مرتبط با سلامتی، در میان جوامع مختلف، افراد غنی و فقیر با فرهنگ‌ها و زبان‌های مختلف، از جمله اثرات پیری بر پیکره خانواده و در کل نظام سلامت کشور به شمار می‌روند (زیمر و همکاران، ۲۰۱۶). تجربیات آسیب‌زا و

حسن یعقوبی، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران؛ امید حسینی، دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران؛ احمد محمودی، دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به حسن یعقوبی، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران باشد.

پست الکترونیکی: yaghoubi.hassan@yahoo.com

این رویدادهای استرس‌زا از اهمیت دوچندانی برخوردار است.

همانطور که افراد سال‌های زندگی خود را سپری می‌کنند، سودمندی‌های بسیاری را در شبکه روابط اجتماعی خود کسب می‌کنند. با این حال افزایش سن باعث انزوای اجتماعی می‌شود. متأسفانه انزوای اجتماعی به عنوان عامل مهمی در بدتر شدن مشکلات روان‌شناختی<sup>۲</sup> و جسمانی سالمندان نقش محوری بازی می‌کند (یسلدیک، هاسلام و هاسلام، ۲۰۱۳). طی نظرسنجی مؤسسه گالوپ، ۸۷ درصد از مردم جهان به نوعی دارای مذهب بوده و جهت‌گیری مذهبی<sup>۳</sup> مشخص دارند (برور و همکاران، ۲۰۱۵). پژوهش‌ها نشان داده‌اند آمریکایی‌های مذهبی به ویژه آنهایی که دارای جهت‌گیری مذهبی بالا هستند و در مراسم و آیین‌های مذهبی با افراد دیگر ارتباط و مشارکت دارند شادتر و دارای مشکلات روان‌شناختی پایین‌تری نسبت به افرادی که تنها در مراسم‌ها حضور دارند و با دیگران در ارتباط نیستند می‌باشند (گرینولد و کیمینی، ۲۰۰۷). بررسی آبدلانی، زاهاریم و میدین (۲۰۱۶) نشان داد بین آگاهی از انجام اعمال و فریضه‌های دینی و سلامتی روان‌شناختی نسبت به انجام صرف اعمال دینی رابطه بیشتری وجود دارد. در این رابطه پژوهش جی، پری و کلارک-پین (۲۰۱۱) نشان داد آگاهی و حس درونی از انجام اعمال مذهبی باعث کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب، کاهش مصرف موارد مخدر و افکار و اعمال خودکشی‌گرایانه می‌شود.

تلاش فرد برای سازگاری با شرایط زندگی در بعضی از مواقع منجر به استرس در فرد می‌شود. اگرچه تمام استرس‌ها منفی نیستند ولی نتایج پژوهش‌ها بیانگر آن است که استرس به عنوان یک عامل خطرزا در ابتلای به مشکلات روان‌شناختی نقش مهمی دارد (تی‌شانز و همکاران، ۲۰۱۳). برای مثال نورتون و همکاران (۲۰۱۱) گزارش کردند که مرگ یکی از والدین در کودکی خطر ابتلا به بیماری زوال عقل در دوران بعدی زندگی را افزایش می‌دهد.

رویدادهای منفی زندگی در بیشتر موارد منجر به مشکلات روان‌شناختی به ویژه افسردگی و دوره‌های مانیا می‌شود (کوندرز و همکاران، ۲۰۱۴). اما در بعضی مواقع

عوامل مرتبط با آن که باعث تغییرات هیجانی می‌شوند، به طور عمیقی استرس‌زا می‌باشند. طلاق، مرگ یک دوست عزیز، از دست دادن شغل و بیماری‌های مزمن می‌توانند دنیای فرد را در گستره زندگی‌اش آشفته سازند (ژاو و همکاران، ۲۰۱۵). شناسایی عوامل روانی و اجتماعی زیربنای فرایند رویدادهای آسیب‌زا از جمله اهدافی می‌باشد که پژوهشگران بیش از دو دهه به دنبال آن هستند. افراد در مقابله با حوادث آسیب‌زا به طرق مختلفی عمل می‌کنند (ژو و همکاران، ۲۰۱۶). اگرچه بعضی در برابر تجربیات آسیب‌زا به خوبی عمل کرده و بر آن چیره می‌شوند، بعضی دیگر ممکن است به مشکلات روان‌شناختی متعددی دچار شوند که ماه‌ها و یا حتی سال‌ها در آن گرفتار بمانند. حوادث آسیب‌زا اثر منفی بر سلامتی و بهزیستی روانی دارند (مارکر و همکاران، ۲۰۱۳).

علاوه بر پژوهش اصلی درباره رویدادهای استرس‌زای زندگی<sup>۱</sup> در سال ۱۹۶۷ توسط هولمز و راهه که نشان داد ارتباط روشنی بین رویدادهای استرس‌زای زندگی با مشکلات روان‌شناختی وجود دارد، پژوهش‌های بالینی نیز نشان داده‌اند افرادی که دچار مشکلات روانی هستند ۲/۵ برابر بیشتر رویدادهای منفی زندگی را تجربه کرده‌اند (اثری و لنکرانی، ۲۰۱۶). همچنین پژوهشگران نشان داده‌اند افرادی که دچار افسردگی هستند در بیش از ۸۰ درصد موارد حداقل یک رویداد استرس‌زا را تجربه کرده‌اند (اثری و لنکرانی، ۲۰۱۶).

هر ساله انجمن روان‌پزشکی آمریکا نظرسنجی با عنوان *استرس در آمریکا* انجام می‌دهد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). طبق نظرسنجی سال ۲۰۱۳، حدود ۴۲ درصد از بزرگسالان گزارش کردند که سطوح استرس در آنها نسبت به ۵ سال گذشته افزایش پیدا کرده است و ۳۶ درصد نیز گفتند که میزان استرس آنها تغییری نکرده است؛ در حالی که ۶۱ درصد از بزرگسالان عنوان کردند که مدیریت استرس برای آنها اهمیت دارد، ولی تنها ۳۵ درصد به معنای واقعی به مدیریت استرس خود پرداختند؛ ۴۴ درصد بزرگسالان گزارش کردند که به اندازه کافی برای مدیریت استرس وقت نگذاشته‌اند و ۱۹ درصد نیز گفته‌اند که هرگز برای مدیریت استرس کار عملی انجام نداده‌اند. به همین خاطر شناسایی عوامل محافظت‌کننده در برابر

<sup>2</sup> psychological problems

<sup>3</sup> religious orientation

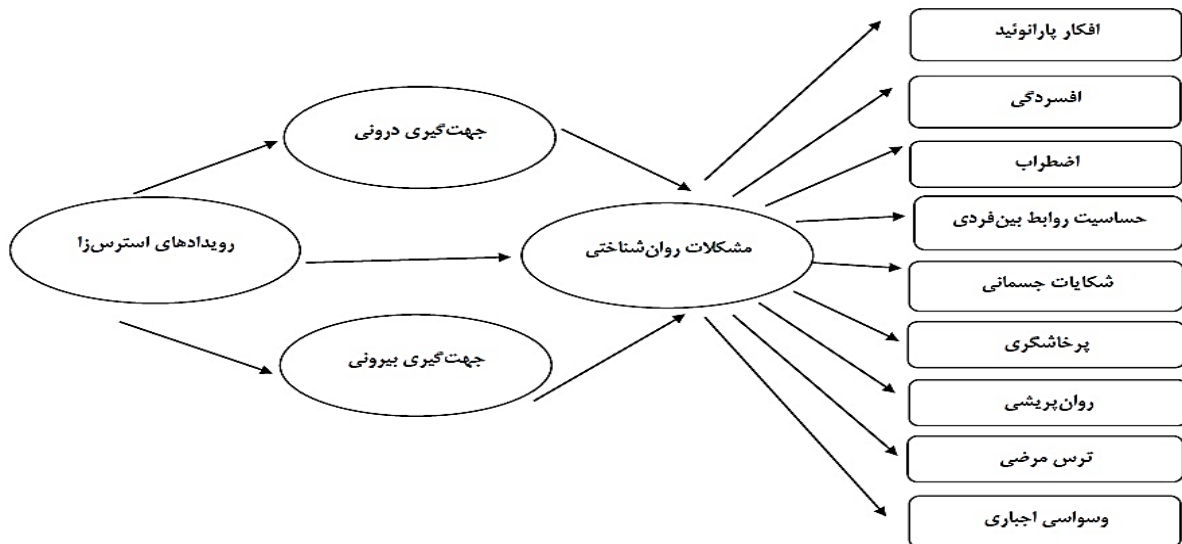
<sup>1</sup> stressful events

حتی با وجود مشکلات و رویدادهای استرس‌زا افراد دچار مشکلات چندانی نمی‌شوند. در این خصوص می‌توان به نقش مثبت مذهب اشاره کرد. بسیاری از پژوهشگران عقیده دارند مذهبی بودن و گرایش‌های مذهبی در ارتباط با افزایش سن، نقش مهمی در پیش‌بینی کیفیت زندگی و کاهش مشکلات روانی داشته و به عنوان جایگزین مناسبی در صورت ارتباط خانوادگی ضعیف و یا عدم رابطه با اعضای خانواده می‌باشد (لوین، ۲۰۱۲). برخی مطالعات نشان داده‌اند اثر مذهب و دین بر سلامت جسمانی و روان‌شناختی بسیار بالا است (کروز و هاوارد، ۲۰۱۴). به صورتی که سطوح بالای گرایش‌های مذهبی با بسیاری از پیامدهای مثبت مانند مرگ و میر پایین، بهزیستی روان‌شناختی بالا و حتی با طول عمر بیشتر در ارتباط است (کروز و هاوارد، ۲۰۱۴). در واقع جهت‌گیری مذهبی به عنوان لایه و اثر محافظتی در ارتباط با کاهش عملکرد در جمعیت سالمندان عمل می‌کند (سووا و همکاران، ۲۰۱۶). هوگلگت و کوئینگ (۲۰۰۹) عنوان کرده‌اند جهت‌گیری مذهبی باعث جلوگیری از بروز علائم افسردگی در بیماران می‌شود و در صورت رخداد چنین علائمی باعث کاهش نشانه‌ها و بهبود علائم افسردگی می‌شود. در خصوص ارتباط مثبت و دو جانبه جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان‌شناختی و کاهش مشکلات روانی می‌توان گفت، به احتمال زیاد عواملی چون سبک زندگی، رفتار اجتماعی، عوامل روان‌شناختی و حمایت‌های اجتماعی که در نتیجه مشارکت در فعالیت‌های مذهبی رخ می‌دهد می‌تواند در جریان این ارتباط مؤثر باشد (حسنویچ و پاژویچ، ۲۰۱۰).

شواهد گویای آن است که سالمندان با جهت‌گیری‌های مذهبی، روابط بیرونی بیشتری در ارتباط با مردم دارند و در بسیاری از فعالیت‌های خیرخواهانه و نودوستانه شرکت می‌کنند (کوئینگ و همکاران، ۲۰۱۴). باورهای مذهبی باعث تقویت اتخاذ سبک زندگی سالم شده و از بروز تکانه‌های مربوط به مصرف الکل، مواد مخدر و سیگار جلوگیری می‌کند (دین، کوک و کوئینگ، ۲۰۱۲). در واقع افرادی که گرایش‌های مذهبی دارند نه تنها از رفتارهایی که ممکن است به سلامتی آنها صدمه بزند اجتناب می‌کنند، بلکه بیشتر به سمت رفتارهایی مانند دریافت واکسن آنفولانزا، کنترل چربی خون و غیره که برای آنها پیامدهای مثبتی در پی دارد روی می‌آورند (سووا و همکاران، ۲۰۱۶).

پژوهش‌های انجام شده در داخل و خارج ایران به نقش دین و جهت‌گیری مذهبی در خصوص کاهش نشانه‌های مشکلات روانی پرداخته‌اند. برای مثال میری، صالحی‌نیا، طیوری، بهلگردی و تقی‌زاده (۱۳۹۳) نشان دادند جهت‌گیری مذهبی در افراد فاقد اختلال روانی به طور معنی‌داری بیشتر است و بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی و زیرمقیاس‌های آن شامل کارکرد اجتماعی، اضطراب، علائم جسمی و افسردگی ارتباط معنی‌داری وجود دارد. نعیمی، کاظمی و دهقان (۱۳۹۵) در پژوهشی که روی ۱۰۰ سالمند ساکن در آسایشگاه انجام دادند، پی بردند که جهت‌گیری مذهبی درونی می‌تواند ۰/۶۲ از واریانس باورهای غیرمنطقی سالمندان را پیش‌بینی کند. علیزاده، طهماسبی‌فر، شاهمرادی و شیخی (۱۳۹۶) در پژوهش خود بر روی سالمندان نشان دادند که بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی و اضطراب مرگ رابطه مثبت و معنی‌دار وجود ندارد، اما بین جهت‌گیری مذهبی درونی با اضطراب مرگ رابطه منفی و معنی‌دار وجود دارد که این موضوع می‌تواند در کاهش مشکلات روانی تأثیرگذار باشد. نتایج پژوهش احمدی (۱۳۹۱) نشان داد جهت‌گیری مذهبی مثبت و منفی نقش میانجی معنی‌داری در بهبود سلامت روان والدین کودکان با نیازهای ویژه دارد. همچنین تحقیقات متعدد نیز به نقش مثبت جهت‌گیری مذهبی در کاهش مشکلات روان‌شناختی سالمندان و افزایش سلامت روانی آنان تأکید کرده‌اند (مانند کروز و هاوارد، ۲۰۱۴؛ سووا و همکاران، ۲۰۱۶؛ هوگلگت و کوئینگ، ۲۰۰۹؛ دین و همکاران، ۲۰۱۲). روتر و بیگاتی (۲۰۱۴) نشان دادند مذهب و معنویت در ارتباط با ناامیدی، افسردگی و رفتارهای خودکشی‌گرایانه نقش میانجی معنی‌داری دارند.

بنابراین می‌توان عنوان کرد که مذهب و به عبارتی جهت‌گیری مذهبی می‌تواند به عنوان لایه محافظتی در ارتباط بین رویدادهای استرس‌زای زندگی و مشکلات هیجانی سالمندان عمل کند. از این رو با توجه به مطالبی که مطرح شد پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا جهت‌گیری مذهبی به عنوان نقش میانجی می‌تواند بین رویدادهای استرس‌زا و مشکلات روان‌شناختی سالمندان اثرگذار باشد؟ در این راستا مدل مفهومی پژوهش در شکل ۱ عنوان گردید.



شکل ۱. مدل مفهومی نقش میانجی جهت‌گیری مذهبی در ارتباط رویدادهای استرس‌زا با مشکلات روان شناختی

## روش

### طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

روش پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری شامل تمامی سالمندان ساکن در سراهای سالمندان شهر همدان بود که از جامعه فوق، نمونه‌ای به تعداد ۹۲ نفر (۵۲ نفر مرد و ۴۰ نفر زن) به صورت روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. اعضای نمونه بر اساس شماره پرونده آنان که مقیم در خانه سالمندان بودند انتخاب گردید. ملاک‌های ورود افراد عبارت از (۱) داشتن سن بالای ۶۰ سال، (۲) رضایت کامل برای مشارکت در پژوهش، (۳) نداشتن اختلال‌های روانی و مشکلات ذهنی مثل آلزایمر، و (۴) نداشتن بیماری‌های جسمانی شدید بر اساس پرونده‌های پزشکی آنان بودند. با توجه به اطلاعات گردآوری شده از شرکت‌کنندگان، میانگین سنی آنها ۶۴/۳ حداقل سن ۶۰ سال و حداکثر ۸۲ سال و مدت اقامت در خانه سالمندان ۹-۲ سال بود. از نظر تحصیلات ۵۳ نفر بی‌سواد (۵۷ درصد) و بقیه از سواد کافی برای خواندن و نوشتن برخوردار بودند. ۴۹ نفر از شرکت‌کنندگان بیوه، ۳ نفر مجرد، ۲۱ نفر متأهل و ۱۹ نفر مطلقه بودند.

**پرسش‌نامه رویدادهای مهم زندگی** این پرسش‌نامه توسط پیکل<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۷۱)، به نقل از قاسمی، معتمدی و سهرابی، (۱۳۹۴) تهیه شده است و در اصل شامل ۶۹ رویداد مهم زندگی بوده که شرکت‌کننده رویدادهایی که به طور مشخص طی ۲ سال گذشته یا پیش از آن تجربه کرده است را علامت می‌زند و سپس

میزان فشار روانی خود را در زمان آن رویداد با نمره‌ای بین صفر تا ۲۰ تعیین می‌کند. این پرسش‌نامه از نظر جامعیت و روایی محتوا نسبت به سایر مقیاس‌ها در این زمینه کارایی بیشتر دارد و از طریق اجرا بر روی گروه‌های مختلف مورد تأیید قرار گرفته است. پایایی بازآزمون این پرسش‌نامه در پژوهشی که توسط حکمی و همکاران (۱۳۹۰)، به نقل از قاسمی‌نواب، معتمدی و سهرابی، (۱۳۹۴) بر روی یک نمونه ۳۰ نفری انجام شد، برای رویدادهای زندگی ۰/۷۹ و برای استرس‌زا بودن ۰/۸۲ بدست آمد. قاسمی‌نواب و همکاران (۱۳۹۴) ضریب پایایی بازآزمون ۰/۷۱ برای رویدادها و ۰/۷۶ برای استرس‌زا بودن بدست آوردند. در این پژوهش آلفای کرونباخ رویدادهای مهم زندگی ۰/۷۲ بدست آمد.

**پرسش‌نامه جهت‌گیری مذهبی آلپورت**<sup>۲</sup>. این پرسش‌نامه در سال ۱۹۵۰ توسط آلپورت و راس (به نقل از میری و همکاران، ۱۳۹۳) طراحی گردید و دارای ۲۱ ماده است که جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی را مورد سنجش قرار می‌دهند. در مطالعات اولیه‌ای که بر این مینا صورت گرفت، مشاهده گردید که همبستگی جهت‌گیری بیرونی با درونی ۰/۲۱ است (آلپورت و راس، ۱۹۵۰، به نقل از میری و همکاران، ۱۳۹۳). در این مقیاس ۲۱ سؤال عبارات ۱ تا ۱۲ برای سنجش جهت‌گیری بیرونی مذهب و عبارات ۱۳ تا ۲۱ جهت‌گیری درونی مذهب را می‌سنجد و بر اساس طیف لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. این پرسش‌نامه توسط جان‌بزرگی (۱۳۸۶) ترجمه و هنجاریابی شده است و در مطالعات متعدد بکار رفته است و همسانی درونی آن با

<sup>2</sup>Allport and Ross Religious Orientation Scale (ROS)

<sup>1</sup> Pequel

اطمینان داد شد که اطلاعات دریافت شده به صورت محرمانه باقی خواهد ماند و کسانی که مایل به پاسخگویی به سؤالات نیستند می‌توانند در هر مرحله‌ای همکاری خود را ادامه ندهند. همچنین جهت عدم خطاهای بینایی در هنگام خواندن، پرسش‌نامه‌ها خوانا و درشت تهیه شد. برای پاسخگویی به سؤال پژوهش از روش ضریب همبستگی پیرسون و مدلی‌یابی ساختاری با روش PLS استفاده گردید. برای آزمون مدل مفهومی پژوهش از PLS که یک فن مدل‌سازی مسیر واریانس محور است استفاده شد. این تکنیک امکان بررسی روابط متغیرهای پنهان و سنجه‌ها (متغیرهای قابل مشاهده) را بصورت همزمان فراهم می‌سازد و در صورت حجم کم نمونه و حتی نرمال نبودن داده‌ها می‌توان از آن استفاده کرد (محسنین، ۱۳۹۶). تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS.22 و اسمارت PLS.2 صورت گرفت.

### یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرها را نشان می‌دهد.

جدول ۱

میانگین و انحراف معیار رویدادهای استرس‌زای زندگی، جهت‌گیری مذهبی و مشکلات روان‌شناختی

متغیرها	میانگین	انحراف معیار
<b>رویدادهای استرس‌زا</b>	۲۸/۵۰	۵/۰۱
<b>جهت‌گیری مذهبی</b>	۵۶/۵۵	۶/۰۹
جهت‌گیری بیرونی	۳۴/۹۲	۳/۰۶
جهت‌گیری درونی	۲۱/۶۳	۴/۰۴
<b>مشکلات روان‌شناختی</b>	۲۸۱/۵۹	۳۲/۵۸
روان‌پریشی	۳۷/۵۳	۴/۸۴
افکار پارانوئیدی	۱۹/۴۰	۳/۱۷
ترس مرضی	۲۸/۶۱	۴/۳۸
پرخاشگری	۲۵/۹۸	۳/۶۹
اضطراب	۳۸/۴۰	۵/۴۴
افسردگی	۴۷/۱۵	۶/۲۰
حساسیت در روابط بین‌فردی	۲۸/۰۷	۵/۷۸
وسواس اجباری	۲۸/۳۴	۵/۸۰
شکایت جسمانی	۲۹/۰۷	۸/۲۱

طبق جدول ۱، میانگین و انحراف معیار رویدادهای استرس‌زای زندگی  $28/50 \pm 5/01$ ، جهت‌گیری مذهبی  $56/55 \pm 6/09$  و مشکلات روان‌شناختی  $281/59 \pm 32/58$  می‌باشد. جدول ۲، ضریب همبستگی بین متغیرهای مطالعه را نشان می‌دهد.

استفاده از آلفای کرونباخ  $0/71$  و پایایی بازآزمایی  $0/74$  تأیید شده است (قادری، ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای جهت‌گیری مذهبی درونی و جهت‌گیری مذهبی بیرونی به ترتیب برابر  $0/757$  و  $0/802$  بدست آمد. **چک لیست نشانگان روان‌شناختی**<sup>۱</sup>. فرم اولیه فهرست تجدیدنظر شده علائم روانی به وسیله دراگوتیس، ریکلز و راک (۱۹۷۳) به نقل از انیسی، اسکندری، بهمن آبادی، نوحی و تولایی، (۱۳۹۳) تهیه گردید. دراگوتیس<sup>۲</sup> و همکاران پرسش‌نامه مذکور را مورد تجدید نظر قرار داده و فرم نهایی آن را با نام فهرست تجدید نظر شده علائم روانی تهیه نمودند. این فهرست شامل ۹۰ سؤال پنج درجه‌ای (هیچ، کمی، تا حدی، زیاد، خیلی زیاد) است. مواد این آزمون ۹ بعد مختلف را می‌سنجد که عبارت از شکایات جسمانی، وسواس اجباری، حساسیت در روابط بین‌فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی، و روان‌پریشی هستند. این پرسش‌نامه در داخل خارج از ایران مورد استفاده قرار گرفته است و اعتبار آن در خارج از ایران بین  $0/72$  تا  $0/90$  و روایی آن بین  $0/36$  تا  $0/73$  بدست آمده است (شیرازی، فتحی آشتیانی، امینی و طباطبایی، ۱۳۸۷). در پژوهش دراگوتیس، ریکلز و راک (۱۹۷۳)، به نقل از انیسی و همکاران، (۱۳۹۳) ضرایب پایایی سلامت روانی کلی و در هر یک از ابعاد نه‌گانه این آزمون به روش بازآزمایی، آلفای کرونباخ و کودر ریچاردسون ۲۰، درحد مطلوب و رضایت‌بخش گزارش شده است و دامنه این ضرایب بین  $77\%$  تا  $90\%$  در نوسان بوده‌اند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ مقیاس کلی نشانگان روان‌شناختی برابر  $0/907$  بدست آمد.

### روش اجرا

پس از کسب مجوزهای لازم، در سه نوبت با مراجعه به سرای سالمندان شهر همدان و پس از ارتباط 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 آنها این

<sup>1</sup> Psychological Symptoms Checklist

<sup>2</sup> Dragotis

جدول ۲

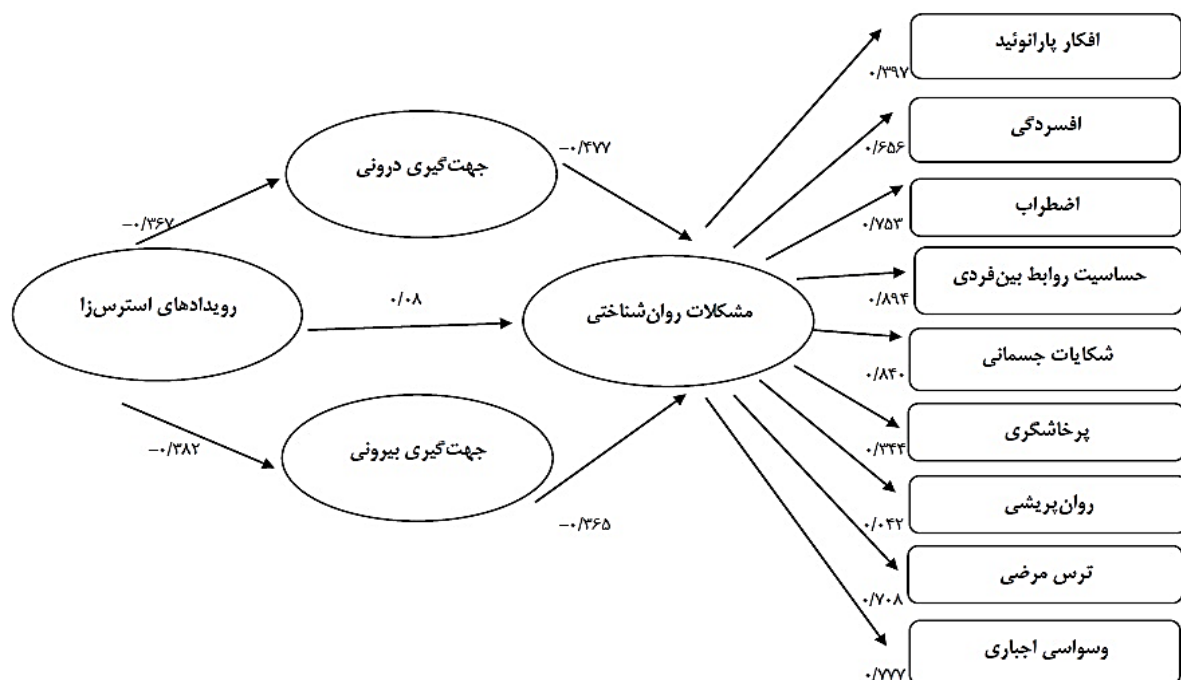
ضریب همبستگی بین رویدادهای استرس‌زای زندگی، جهت‌گیری مذهبی و مشکلات روان‌شناختی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳
۱. رویداد استرس‌زا													
۲. جهت‌گیری درونی	-.۰/۳۶**												
۳. جهت‌گیری بیرونی	-.۰/۳۸**	.۰/۴۶**											
۴. شکایات جسمانی	.۰/۲۲	-.۰/۴۵**	-.۰/۵۲**										
۵. وسواسی اجباری	.۰/۳۵**	-.۰/۹۵**	-.۰/۴۸**	-.۰/۵۹**									
۶. حساسیت بین فردی	.۰/۲۶*	-.۰/۴۸**	-.۰/۵۱**	.۰/۷۹**	.۰/۶۲**								
۷. افسردگی	.۰/۱۶	-.۰/۱۲	-.۰/۲۹*	.۰/۳۸**	.۰/۲۳*	.۰/۴۴**							
۸. اضطراب	.۰/۱۲	-.۰/۱۷	-.۰/۴۰**	-.۰/۴۹**	.۰/۲۸*	.۰/۶۳**	.۰/۸۵**						
۹. پرخاشگری	.۰/۱۶	.۰/۰۷	-.۰/۰۱	.۰/۰۷	.۰/۴۹**	.۰/۲۸**	.۰/۷۵**	.۰/۵۴**					
۱۰. ترس مرضی	.۰/۱۳	-.۰/۱۱	-.۰/۳۹**	.۰/۴۷**	.۰/۲۳*	.۰/۶۲**	.۰/۷۷**	.۰/۹۳**	.۰/۴۶**				
۱۱. افکار پارانوئیدی	.۰/۱۶	-.۰/۱۳	-.۰/۱۰	.۰/۲۲	.۰/۱۹	.۰/۱۵	.۰/۷۴**	.۰/۴۴**	.۰/۵۸**	.۰/۲۷*			
۱۲. روان‌پریشی	.۰/۰۵	.۰/۱۰	-.۰/۲۸*	-.۰/۰۹	.۰/۰۶	-.۰/۰۱	.۰/۲۱	-.۰/۱۴	.۰/۳۳**	.۰/۱۰	.۰/۰۸		
۱۳. مشکل روان‌شناختی	.۰/۲۸*	-.۰/۴۲**	-.۰/۵۵**	.۰/۷۳**	.۰/۵۷**	.۰/۸**	.۰/۸۴**	.۰/۸۷**	.۰/۵۸**	.۰/۸**	.۰/۵۴**	.۰/۲۳*	

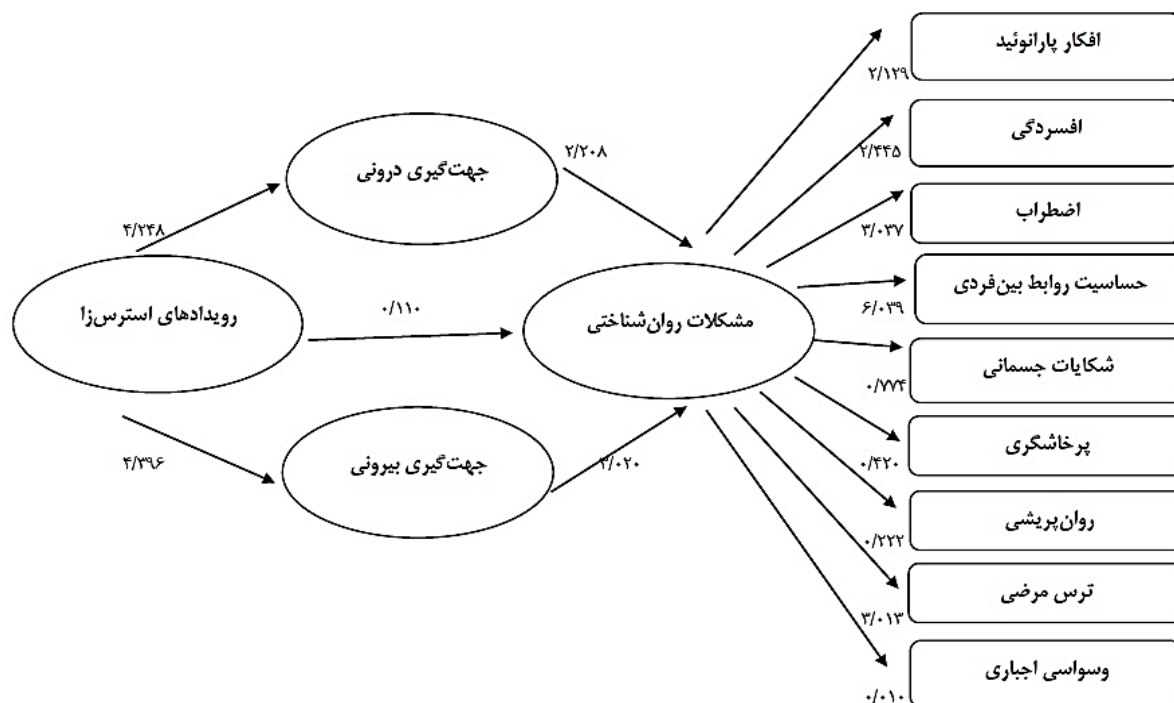
\*\*p<۰/۰۱ \*p<۰/۰۵

جهت‌گیری مذهبی در ارتباط بین رویدادهای استرس‌زای زندگی با مشکلات روان‌شناختی از تحلیل مسیر با استفاده از نرم‌افزار اسمارت 2.PLS استفاده گردید. شکل ۲ و ۳ و جدول ۳ نتایج آزمون فرضیه اصلی به روش تحلیل مسیر را نشان می‌دهند. شکل ۲ نمایانگر ضریب استاندارد (R) و رابطه علی پیشنهاد شده میان جهت‌گیری مذهبی و رویدادهای استرس‌زای زندگی با مشکلات روان‌شناختی، و جدول ۳ نیز ضریب استاندارد و ارزش t را نشان می‌دهد.

طبق جدول ۲ رویدادهای استرس‌زای زندگی با مشکلات روان‌شناختی رابطه مثبت ( $r=۰/۲۸, P=۰/۰۵$ ) و با جهت‌گیری مذهبی درونی ( $r=-۰/۳۶, P=۰/۰۱$ ) و بیرونی ( $r=-۰/۳۸, P=۰/۰۱$ ) رابطه منفی معنی‌داری دارد. بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی با مشکلات روان‌شناختی و بین جهت‌گیری مذهبی درونی با مشکلات روان‌شناختی ( $r=-۰/۵۵, P=۰/۰۱$ ) با مشکلات روان‌شناختی ( $r=-۰/۴۲, p=۰/۰۱$ ) رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد. به منظور آزمون نقش میانجی



شکل ۲. مدل پیش‌بینی مشکلات روان‌شناختی بر اساس رویدادهای استرس‌زای زندگی و جهت‌گیری مذهبی در حالت تخمین استاندارد



شکل ۳. مدل پیش‌بینی مشکلات روان‌شناختی بر اساس رویدادهای استرس‌زای زندگی و جهت‌گیری مذهبی در حالت معنی‌داری (t-value)

استفاده شد که خروجی حاصل ضرایب t را نشان می‌دهد (شکل ۲). وقتی مقادیر t در بازه‌ی بیشتر از ۱/۹۶+ باشند، بیانگر معنادار بودن پارامتر مربوطه و متعاقباً تأیید فرضیه پژوهشی است.

جدول ۳، نتایج اجرای مدل ساختاری میان رویدادهای استرس‌زای زندگی و جهت‌گیری مذهبی با مشکلات روان‌شناختی را نشان می‌دهد. برای تأیید فرضیه اصلی پژوهش از فرمان Bootstrapping نرم‌افزار smart PLS

جدول ۳  
نتایج اجرای مدل ساختاری

نتیجه	t- value	ضریب استاندارد (R)	فرضیه‌های تحقیق
معنی‌دار نیست	۰/۱۱۰	۰/۰۸	رویدادهای استرس‌زای زندگی ← مشکلات روان‌شناختی
معنی‌دار است	۴/۲۴۸	-۰/۳۶۷	رویدادهای استرس‌زای زندگی ← جهت‌گیری مذهبی درونی
معنی‌دار است	۴/۳۹۶	-۰/۳۸۲	رویدادهای استرس‌زای زندگی ← جهت‌گیری مذهبی بیرونی
معنی‌دار است	۲/۲۰۸	-۰/۴۷۷	جهت‌گیری مذهبی درونی ← مشکلات روان‌شناختی
معنی‌دار است	۳/۰۲۰	-۰/۳۶۵	جهت‌گیری مذهبی بیرونی ← مشکلات روان‌شناختی

رابطه منفی و معنی‌داری دارد ( $t=2/208, r=-0/477$ ). جهت‌گیری مذهبی بیرونی با مشکلات روان‌شناختی رابطه منفی معنی‌داری دارد ( $t=3/02, r=-0/365$ ). نقش میانجی جهت‌گیری مذهبی درونی ( $-0/367 \times -0/477 = -0/175$ ) و جهت‌گیری مذهبی بیرونی ( $-0/382 \times -0/365 = -0/139$ ) در ارتباط بین رویدادهای استرس‌زای زندگی با مشکلات هیجانی مورد تأیید می‌باشد.

طبق جدول ۳ رویدادهای استرس‌زای زندگی با مشکلات روان‌شناختی رابطه معنی‌داری ندارد ( $t=0/11, r=0/08$ ). رویدادهای استرس‌زای زندگی با جهت‌گیری مذهبی درونی رابطه منفی معنی‌داری دارد ( $t=4/248, r=-0/367$ ). رویدادهای استرس‌زای زندگی با جهت‌گیری مذهبی بیرونی رابطه منفی معنی‌داری دارد ( $t=4/396, r=-0/382$ ). جهت‌گیری مذهبی درونی با مشکلات روان‌شناختی

## جدول ۴

اثرات مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای پژوهش بر یکدیگر

اثرات			مسیر
اثر کلی	اثر غیرمستقیم	اثر مستقیم	
-۰/۲۵۵	-۰/۱۷۵	۰/۰۸	رویدادهای استرس‌زای زندگی ← مشکلات روان‌شناختی الف
-۰/۲۱۹	-۰/۱۳۹	۰/۰۸	رویدادهای استرس‌زای زندگی ← مشکلات روان‌شناختی الف
-۰/۳۶۷	.	-۰/۳۶۷	رویدادهای استرس‌زای زندگی ← جهت‌گیری مذهبی درونی
-۰/۳۸۲	.	-۰/۳۸۲	رویدادهای استرس‌زای زندگی ← جهت‌گیری مذهبی بیرونی
-۰/۴۷۷	.	-۰/۴۷۷	جهت‌گیری مذهبی درونی ← مشکلات روان‌شناختی
-۰/۳۶۵	.	-۰/۳۶۵	جهت‌گیری مذهبی بیرونی ← مشکلات روان‌شناختی

الف از طریق جهت‌گیری مذهبی درونی

معنی‌داری در ارتباط با رویدادهای استرس‌زا با مشکلات روان‌شناختی سالمندان داشت. این نتایج با یافته‌های روتر و بیگاتی (۲۰۱۴)، دین و همکاران (۲۰۱۲)، کوئینگ و همکاران (۲۰۱۴)، سوا و همکاران (۲۰۱۶)، لوین (۲۰۱۲)، زیمر و همکاران (۲۰۱۶)، همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان به نقش جهت‌گیری مذهبی در ارتباط با کاهش مشکلات روانی و افزایش سلامت روان‌شناختی اشاره کرد. یکی از این عوامل اشاره به نقش «باور» دارد. باورها در جهت‌گیری مذهبی به عنوان عامل یک حس خوش‌بینی که منجر به هدف‌مندی در زندگی می‌شود عمل می‌کنند. در واقع اثرات روان‌شناختی مذهب همانند پلاسیبو یا دارونما عمل کرده و باعث ایجاد حس بهتر می‌شود (مک‌فادن و برنانف، ۲۰۱۴). عامل بعدی می‌تواند به احتمال زیاد حمایت اجتماعی یا شبکه روابط اجتماعی باشد (لیچ، ۲۰۱۴). افراد سالمند مذهبی در مقایسه با سایر افراد، حس انزوای کمتر، مشارکت اجتماعی بیشتر و روابط خانوادگی نزدیک‌تری را گزارش کرده‌اند (موریرا لمدیا، ۲۰۱۳). برای افراد سالمندی که تنها زندگی می‌کنند مشارکت در فعالیت‌های مذهبی ممکن است از آنها در برابر حس تنهایی در زندگی یا تنها مردن و نداشتن همدم به واسطه شبکه روابط اجتماعی یا حمایت اجتماعی گسترده‌تر محافظت کند (کوئینگ، ۲۰۰۹). در واقع باورهای مذهبی باعث کاهش اثرات رویدادهای منفی زندگی از قبیل بیماری، مشکلات کاری و یا بستری شدن می‌شود. در این راستا هوگلت و کوئینگ (۲۰۰۹) معتقدند مذهب به عنوان مهم‌ترین عامل مقابله که به عنوان منبعی از حس آرامش عمل می‌کند به بیماران

جدول ۴ اثرات مستقیم و غیرمستقیم دو متغیر رویدادهای استرس‌زای زندگی و جهت‌گیری مذهبی بر مشکلات روان‌شناختی را نشان می‌دهد. آن چه در این جدول دارای اهمیت می‌باشد اثرات غیر مستقیم است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، اثر غیرمستقیم برای رویدادهای استرس‌زای زندگی بر مشکلات روان‌شناختی (از طریق جهت‌گیری مذهبی درونی)  $-۰/۱۷۵$  و اثر غیرمستقیم برای رویدادهای استرس‌زای زندگی بر مشکلات روان‌شناختی (از طریق جهت‌گیری مذهبی بیرونی)  $-۰/۱۳۹$  به دست آمده است. پس می‌توان نتیجه گرفت که رویدادهای استرس‌زای زندگی به صورت غیرمستقیم می‌تواند مشکلات روان‌شناختی را پیش‌بینی کند همچنین به صورت اثر کل نیز می‌توان از روی رویدادهای استرس‌زای زندگی قادر به پیش‌بینی مشکلات روان‌شناختی بود.

## بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه رویدادهای استرس‌زا و مشکلات روان‌شناختی سالمندان با واسطه‌گری جهت‌گیری مذهبی انجام شد. با توجه به نتایج، بین رویدادهای استرس‌زای زندگی با مشکلات روان‌شناختی و جهت‌گیری مذهبی رابطه معنی‌داری بدست آمد. همچنین جهت‌گیری مذهبی به عنوان عامل واسطه‌ای نقش معناداری بین رویدادهای استرس‌زا و مشکلات روان‌شناختی داشت. به عبارت دیگر، سالمندان مشکلات هیجانی به نسبت بالایی را به هنگام مواجهه با رویدادهای استرس‌زا تجربه می‌کنند که در این بین جهت‌گیری مذهبی می‌تواند به عنوان لایه محافظتی آنها عمل کند. نتایج یافته‌های پژوهش نشان داد که جهت‌گیری مذهبی به عنوان نقش واسطه‌ای اثر



انیسی، ج.، اسکندری، م.، بهمن‌آبادی، س.، نوحی، س.، و تولایی، ع. (۱۳۹۳). هنجاریابی چک‌لیست نشانه‌های اختلالات روانی (SCL-90-R) در کارکنان یک واحد نظامی. *روان‌شناسی نظامی*، ۵(۱۷)، ۶۷-۵۷.

جان‌بزرگی، م. (۱۳۸۶). جهت‌گیری مذهبی و سلامت‌روان. *مجله پژوهش در پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی*، ۳۱(۴)، ۳۵۰-۳۴۵.

شیرازی، م.، فتحی‌آشتیانی، ع.، امینی، م.، و طباطبایی، س. (۱۳۸۷). مقایسه سطح سلامت روانی بیماران مبتلا به سندرم روده‌تحریک‌پذیر، بیماری التهابی روده و افراد سالم. *علوم روان‌شناختی*، ۱(۲۹)، ۱-۹.

علیزاده، ن.، طهماسبی‌فر، م.، شاهمرادی، م.، و شیخی، س. (۱۳۹۶). بررسی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی و درونی، شوخ‌طبعی با اضطراب مرگ در بین سالمندان مرد شهرستان آبدان. *مطالعات روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ۱۱(۱)، ۱۳-۱.

قادری، د. (۱۳۸۹). رابطه جهت‌گیری مذهبی و شادکامی سالمندان. *مجله سالمندی ایران*، ۵(۱۸)، ۷۱-۶۴.

قاسمی نواب، ا.، معتمدی، ع.، و سهرابی، ف. (۱۳۹۴). پیش‌بینی ارتباط با خدا بر اساس رویدادهای زندگی، هوش معنوی و ترسیم روند زندگی در سالمندان. *سلامت و مراقبت*، ۱۷(۱)، ۶۹-۵۷.

محسنین، ش. (۱۳۹۶). *معادلات ساختاری مبتنی بر رویکرد حداقل مربعات جزئی به کمک نرم‌افزار Smart-PLS آموزشی و کاربردی*. تهران: مؤسسه کتاب مهربان نشر.

میری، م.، ر.، صالحی‌نیا، ح.، طیوری، ا.، بهلگردی، م.، و تقی‌زاده، ع. ا. (۱۳۹۳). بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان در سالمندان. *فصلنامه علمی-پژوهشی تاریخ پزشکی*، ۶(۲۱)، ۱۰۲-۸۳.

نعیمی، ا.، کاظمی، ز.، و دهقان، ک. (۱۳۹۵). تحلیل کانونی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و باورهای غیرمنطقی در سالمندان. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۶(۲۳)، ۱۹۹-۱۷۹.

AbdAleati, N. S., Zaharim, N. M., & Mydin, Y. O. (2016). Religiousness and mental health: Systematic review study. *Journal of Religion and Health*, 55(6), 1929-1937. doi: 10.1007/s10943-014-9896-1

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5<sup>th</sup> Eds.)*. Washington DC: Author.

مسئ در رفع شرایط فقدان به سمت یک موقعیت مثبت و فراهم ساختن احساس هدف‌مندی و معنی در زندگی کمک می‌کند.

یکی دیگر از راه‌های روانی-اجتماعی که باورهای مذهبی و دین بر سلامت روان‌شناختی سالمندان تأثیر می‌گذارد، کاهش بلاتکلیفی و بی‌ثباتی است (ویل و همکاران، ۲۰۱۰). جهت‌گیری مذهبی اغلب راهی برای پاسخ دادن به سؤالات بالقوه ناشی از اضطراب در مورد معنای زندگی، اهمیت فرد در جهان و آنچه بعد از مرگ اتفاق می‌افتد ارائه می‌دهند. علاوه بر این، مشارکت در یک جامعه مذهبی متشکل از دیگران که با اعتقادات مشابه عمل می‌کنند باعث فراهم آوردن حس اطمینان بیشتر در شخص در برخورد با این شک و بلاتکلیفی می‌شود (براشیرز، ۲۰۱۰).

نتایج این پژوهش نشان داد جهت‌گیری مذهبی و عمل به باورهای دینی می‌تواند عامل مهم در پایین آوردن مشکلات روان‌شناختی سالمندان باشد. مذهب به عنوان یک عامل محافظتی و حمایتگر در برابر رویدادهای استرس‌زا و پیامدهای روانی و جسمانی ناشی از آن عمل کند. یکی از مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش در ارتباط با پرسش‌نامه‌ها و به عبارتی خودگزارشی بودن ابزارهای پژوهش بود. محدودیت دیگر نیز مربوط به حافظه افراد سالمند در یادآوری اطلاعات مربوط به گذشته و رویدادهای استرس‌زایی که برای آنها اتفاق افتاده مربوط می‌شود. به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی نقش میانجی متغیرهایی چون سبک‌های مقابله‌ای سازگاران و ناسازگاران و همچنین حمایت‌های اجتماعی را در رابطه بین رویدادهای استرس‌زا و مشکلات روان‌شناختی سالمندان مورد بررسی قرار دهند. از جمله کاربردهای این پژوهش می‌توان به مواردی چون بکارگیری مراسم‌ها و آیین‌های مذهبی در خانه‌های سالمندان اشاره کرد که این مراسم می‌توانند به احتمال زیاد در باور سالمندان مبنی بر اینکه قدرت بزرگی چون خدا وجود دارد که یاریگر و حل‌کننده مشکلات آنها در روزهای سخت زندگی است.

## منابع

احمدی، ب. (۱۳۹۱). نقش واسطه‌گری مقابله مذهبی در سبک دل‌بستگی نسبت به خدا و سلامت‌روان والدین کودک با ناتوانی ویژه. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۱۰، ۲۰-۷.

- Assari, S., & Lankarani, M. M. (2016). Association between stressful life events and depression; intersection of race and gender. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 3(2), 349-356.
- Brashears, M. E. (2010). Anomia and the sacred canopy: Testing a network theory. *Social Networks*, 32, 187-196.
- Brewer, G., Robinson, S., Sumra, A., Tatsi, E., & Gire, N. (2015). The influence of religious coping and religious social support on health behavior, health status and health attitudes in a British Christian sample. *Journal of religion and health*, 54(6), 2225-2234.
- Dein, S., Cook, C. C., & Koenig, H. (2012). Religion, spirituality, and mental health: current controversies and future directions. *The Journal of nervous and mental disease*, 200(10), 852-855.
- Gruenewald, T. L., & Kemeny, M. E. (2007). Psychoneuroimmunological processes in aging and health. *Handbook of health psychology and aging*, 6, 97-118.
- Hasanović, M., & Pajević, I. (2010). Religious moral beliefs as mental health protective factor of war veterans suffering from PTSD, depressiveness, anxiety, tobacco and alcohol abuse in comorbidity. *Psychiatria Danubina*, 22(2), 203-210.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*, 11(2), 213-218.
- Huguelet, P., & Koenig, H. G. (Eds.). (2009). *Religion and spirituality in psychiatry*. Cambridge University Press.
- Ji, C. H. C., Perry, T., & Clarke-Pine, D. (2011). Considering personal religiosity in adolescent delinquency: The role of depression, suicidal ideation, and church guideline. *Journal of Psychology and Christianity*, 30(1), 3-16.
- Koenders, M. A., Giltay, E. J., Spijker, A. T., Hoencamp, E., Spinhoven, P., & Elzinga, B. M. (2014). Stressful life events in bipolar I and II disorder: cause or consequence of mood symptoms? *Journal of affective disorders*, 161, 55-64.
- Koenig, H. G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 283-291.
- Koenig, H. G., Berk, L. S., Daher, N. S., Pearce, M. J., Bellinger, D. L., Robins, C. J., ... & King, M. B. (2014). Religious involvement is associated with greater purpose, optimism, generosity and gratitude in persons with major depression and chronic medical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 77(2), 135-143.
- Krause, N., & Hayward, R. D. (2014). Hostility, religious involvement, gratitude, and self-rated health in late life. *Research on Aging*, 36(6), 731-752.
- Leach, M. M. (2014). *Cultural diversity and suicide: Ethnic, religious, gender, and sexual orientation perspectives*. Routledge.
- Levin, J. (2012). Religion and physical health among older Israeli Jews: findings from the Share-Israel study. *Israel Medical Association Journal*, 14(10), 595-601.
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloutre, M., Reed, G. M., van Ommeren, M., ... & Rousseau, C. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *The Lancet*, 381(9878), 1683-1685.
- McFadden, S. H., & Brennan, M. (2014). *New directions in the study of late life religiousness and spirituality*. Routledge.
- Moreira-Almeida, A. (2013). Religion and health: the more we know the more we need to know. *World Psychiatry*, 12(1), 37-38.
- Norton, M. C., Smith, K. R., Østbye, T., Tschanz, J. A. T., Schwartz, S., Corcoran, C., ... & Welsh-Bohmer, K. A. (2011). Early parental death and remarriage of widowed parents as risk factors for Alzheimer disease: the Cache County study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(9), 814-824.
- Reutter, K. K., & Bigatti, S. M. (2014). Religiosity and spirituality as resiliency resources: Moderation, mediation, or moderated mediation? *Journal for the Scientific Study of Religion*, 53(1), 56-72.
- Sowa, A., Golinowska, S., Deeg, D., Principi, A., Casanova, G., Schulmann, K., ... & Gelenkamp, H. (2016). Predictors of religious participation of older Europeans in good and poor health. *European Journal of Ageing*, 13(2), 145-157.
- Tschanz, J. T., Pfister, R., Wanzek, J., Corcoran, C., Smith, K., Tschanz, B. T., ... & Norton, M. C. (2013). Stressful life events and cognitive decline in late life:

- moderation by education and age. The Cache County Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(8), 821-830.
- United Nations (2015). *World population prospects: The 2015 revision*. New York: United Nations.
- Vail, K. E., Rothschild, Z. K., Weise, D. R., Solomon, S., Pyszczynski, T., & Greenberg, J. (2010). A terror management analysis of the psychological functions of religion. *Personality and Social Psychology Review*, 14, 84-94.
- Ysseldyk, R., Haslam, S. A., & Haslam, C. (2013). Abide with me: religious group identification among older adults promotes health and well-being by maintaining multiple group memberships. *Aging & Mental Health*, 17(7), 869-879.
- Zhao, Y., Kershaw, T., Ettinger, A. S., Higgins, C., Lu, M. C., & Chao, S. M. (2015). Association between life event stressors and low birth weight in African American and White populations: findings from the 2007 and 2010 Los Angeles Mommy and Baby (LAMB) surveys. *Maternal and child health journal*, 19(10), 2195-2205.
- Zhu, H., Luo, X., Cai, T., He, J., Lu, Y., & Wu, S. (2016). Life event stress and binge eating among adolescents: the roles of early maladaptive schemas and impulsivity. *Stress and Health*, 32(4), 395-401.
- Zimmer, Z., Jagger, C., Chiu, C. T., Ofstedal, M. B., Rojo, F., & Saito, Y. (2016). Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review. *SSM-Population Health*, 2, 373-381.