



رابطه بین مواجهه مذهبی و بهزیستی روان‌شناختی با احساس تنهایی در سالمندان

دکتر زهره هاشمی

دانشگاه مراغه، مراغه

✉ دکتر علی افشاری

دانشگاه مراغه، مراغه

از چالش‌های مهم فرآوردی سالمندان در دنیای امروز، احساس تنهایی در زندگی است. احساس تنهایی در همه گروه‌های سنی ایجاد می‌شود اما شیوع آن در سالمندی بیشتر است. بنابر این پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین مواجهه مذهبی و بهزیستی روان‌شناختی با احساس تنهایی سالمندان انجام شد. جامعه آماری پژوهش، کلیه سالمندان تحت پوشش اداره بهزیستی و کمیته امداد امام خمینی شهرستان مراغه بود. از جامعه مذکور با توجه به جدول مورگان و روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۱۶۸ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های مقابله مذهبی گلمن، احساس تنهایی راسل و بهزیستی روان‌شناختی طبعی زنجانی استفاده شد. نتایج با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون همزمان تحلیل شد. نتایج نشان داد بین احساس تنهایی با خرده‌مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی رابطه معکوس و معناداری وجود دارد ($P \leq 0/01$). همچنین نتایج نشان داد که احساس تنهایی با خرده‌مقیاس‌های مقابله فعال، مقابله منفعل و احساس منفی به خدا رابطه معکوس و معناداری دارد ($P \leq 0/05$). نتایج رگرسیون همزمان نشان داد که بهزیستی روان‌شناختی و مقابله مذهبی هر دو پیش‌بینی‌کننده منفی برای احساس تنهایی می‌باشند. با این حال بهزیستی روان‌شناختی با ضریب بتای $-0/479$ - پیش‌بینی‌کننده بهتری برای احساس تنهایی می‌باشد. از نتایج پژوهش اینگونه استنباط می‌شود که مواجهه مذهبی منجر به افزایش شادی، امید و رضایت از زندگی در سالمندی شده و احساس تنهایی‌شان را کاهش دهد.

دریافت: ۱۳۹۸/۰۶/۰۱

پذیرش: ۱۳۹۸/۰۷/۲۷

کلیدواژه‌ها: بهزیستی روان‌شناختی، مقابله مذهبی، احساس تنهایی

نحوه ارجاع‌دهی به مقاله:

افشاری، ع.، و هاشمی، ز. (۱۳۹۸). رابطه بین مواجهه مذهبی و بهزیستی روان‌شناختی با احساس تنهایی در سالمندان. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۵(۱)، ۶۵-۷۵.

علی افشاری، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه مراغه، مراغه، ایران؛ زهره هاشمی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه مراغه، مراغه، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به علی افشاری، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه مراغه، مراغه، ایران باشد.
پست الکترونیکی: a_afshari@maragheh.ac.ir

The Relationship Between Religious Exposure and Psychological Well-being with Loneliness in the Elderly

✉
Ali Afshari, PhD

University of Maragheh, Maragheh

Zohreh Hashaemi, PhD

University of Maragheh, Maragheh

Receive: 23/08/2019
Acceptance: 19/10/2019

Keywords: psychological well-being, religious coping, loneliness

How to cite this article:
Afshari, A., & Hashaemi, Z. (2019). The Relationship between religious exposure and psychological well-being with loneliness in the elderly. *Journal of Aging Psychology*, 5(1), 65-75.

One of the major challenges to elderly in modern world is loneliness. Feeling lonely is experienced in all age groups, though it is a stronger feeling at old ages. This study aimed to investigate the relationship between religious exposure and psychological well-being with loneliness in the elderly. The statistical population of the study included all elderly people covered by the Welfare Office and Imam Khomeini Relief Committee in Maragheh. According to Morgan table and using convenience sampling method, 168 individuals were selected accordingly. Golman religious coping questionnaire (2011), Russell's loneliness questionnaire (1966), and psychological well-being survey by Tabesei Zanjani (2004) were used for collecting data. The results were analyzed using Pearson correlation and simultaneous regression tests. Results showed an inverse and significant relationship between loneliness and subcategories of psychological well-being ($p \leq 0.01$). The results also reported that loneliness had an inverse and significant relationship with active coping subscales, passive coping and negative feelings toward God ($p \leq 0.05$). The results of simultaneous regression showed that psychological well-being and religious coping were both negative predictors for loneliness. Though, psychological well-being with a beta coefficient of -0.479 is a better predictor of loneliness. It was deduced from the results of the study that religious beliefs play an important role in preventing and reducing loneliness. In addition, a higher level of psychological well-being prevents loneliness occurring.

Ali Afshari, Assistant Professor of Psychology, Faculty of Human Science, Department of Psychology, University of Maragheh, Maragheh, I.R. Iran; Zohreh Hashaemi, Assistant Professor of Psychology, Faculty of Human Science, Department of Psychology, University of Maragheh, Maragheh, I.R. Iran.

✉ Correspondence concerning this article should be addressed to Ali Afshari, Assistant Professor of Psychology, Faculty of Human Science, Department of Psychology, University of Maragheh, Maragheh, I.R. Iran.

Email: a_afshari@maragheh.ac.ir

کرده و باعث ایجاد احساس تنهایی در سالمندان می‌شود (چیانگ و همکاران، ۲۰۰۹). از چالش‌های مهم فراروی سالمندان در دنیای امروز، احساس تنهایی در زندگی است. احساس تنهایی در همه گروه‌های سنی ایجاد می‌شود اما شیوع آن در سالمندی، بیشتر است. پژوهشگران معتقدند عوامل بسیاری، از جمله افسردگی، اضطراب، وضعیت سلامت روانی، افکار خودکشی، حمایت کم خانواده، درآمد پایین، عملکرد جسمی ضعیف و بیماری، با احساس تنهایی در ارتباط اند (تاسی، ۲۰۱۰). بنابراین، همان‌گونه که یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد، احساس تنهایی یک عامل سبب شناختی در سلامت و بهزیستی است و پیامدهای آنی و دراز مدت جدی در بهداشت روانی دارد و اگر سالمندی احساس تنهایی نداشته باشد، عملکرد جسمانی و روانی بهتری خواهد داشت (والمینگ، هاومن نیس، وانت ویر و دگروت، ۲۰۱۰). احساس تنهایی، عدم توانایی در برقراری و حفظ روابط رضایت بخش با دیگران می‌باشد که به احتمال زیاد باعث تجربه حس محرومیت می‌گردد و افراد درگیر را با احساس خلأ، غمگینی و بی‌تعلقی مواجه کرده و به شیوه‌های مختلف بر تعاملات اجتماعی با دیگران، نحوه زندگی و سلامت جسمانی و روانی تأثیر می‌گذارد (هنریچ و گلون، ۲۰۰۶). احساس تنهایی در همه گروه‌های سنی ایجاد می‌شود اما شیوع آن در سالمندی، بیشتر است. احساس تنهایی مشکل پیچیده‌ای است که رفاه روانی اجتماعی را تحت الشعاع قرار می‌دهد و موجب عواقب جدی در سالمندان می‌گردد (شیخ الاسلامی، ماسوله، خدادادی و یزدانی، ۱۳۹۰). صاحب نظران معتقدند هرکوششی که منجر به رفع احساس تنهایی سالمندان شود، سدی است در برابر موج مشکلات پیچیده روانی افراد سالمند و از طرف دیگر باعث بهبود عزت نفس آنان می‌شود. همچنین درمان موفقیت آمیز احساس تنهایی ممکن است خطر عوارض جدی از جمله افسردگی را کاهش دهد. در این شرایط، لزوم توجه به منابع درونی و روان‌شناختی جهت مقابله با شرایط سالمندی، به وضوح احساس می‌شود. بنابراین با توجه به اینکه مطالعات اندکی در حوزه ی احساس تنهایی سالمندان انجام شده است، بسیار مهم است که پیش‌بینی کننده‌ها، هم‌بسته‌ها، متغیرها و عوامل مؤثر بر احساس تنهایی در زندگی سالمندان شناسایی، اندازه‌گیری و کنترل شوند تا در

در سال‌های اخیر توجه به سالمندان رو به افزایش است. به ویژه توجه به نیازهای جسمی و روانی آنان ضروری است. سالمندان سرمایه‌ای برای افراد خانواده، اجتماع و اقتصاد به شمار می‌آیند. سرمایه‌گذاری در امر بهداشت آنها، فوایدی را برای هر جامعه‌ای در بر خواهد داشت. به همین دلیل بررسی و مطالعه بیشتر در این مقوله، جهت ارائه راهکارهای مناسب به منظور تطابق با دوره سالمندی و مشکلات ناشی از آن، امری ضروری است. انسان‌ها طی فرایند زیستی، با مرحله ای به نام سالمندی رو به‌رو می‌شوند. این مرحله، در گذرگاه رشد طبیعی به دست می‌آید؛ به طوری که با سرنوشت آدمی عجین شده و ضرورتی گریزناپذیر محسوب می‌شود (آپاس و نویل، ۲۰۰۳). از سویی، کاهش نرخ رشد جمعیت و از سوی دیگر، بهبود مراقبت‌های پزشکی، به افزایش میانگین عمر در بیشتر کشورهای جهان منجر شده است (تاسی، ۲۰۱۰). در طول چند دهه اخیر، نسبت جمعیت سالمندان در دنیا در حال افزایش بوده است (فیروزه مقدم، برجعلی و سهرابی، ۱۳۹۲). براساس برآوردهای انجام شده، بیش از ۶۰ درصد سالمندان جهان، در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند. این تعداد تا سال ۲۰۵۰ به ۸۰ درصد خواهد رسید. وضعیت در کشور ایران نیز مشابه است و طی ۴۰ سال آینده، یک چهارم جمعیت ایران را سالمندان تشکیل خواهند داد (الهیاری و میرقلی خانی طهرانی، ۱۳۹۳). براساس آمارها جمعیت سالمندان ایران از سال ۱۴۱۹ رشد سریع‌تری نسبت به سایر نقاط و حتی میانگین جهان خواهد یافت و تا سال ۱۴۲۴ نیز از میانگین رشد جمعیت سالمند جهان و ۵ سال بعد، از آسیا پیش خواهد گرفت (راشدی، رضایی، غریب و نبوی، ۱۳۹۲). بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی، سالمندی عبور از شصت سالگی است (نوحی، کریمی و ایران‌منش، ۱۳۹۲). دوران گریزناپذیر سالمندی و ویژگی‌های ناشی از تحلیل قوای جسمی و روحی، افراد را در گروه‌های سنی بسیار آسیب پذیر جای می‌دهد (فیروزه مقدم و همکاران، ۱۳۹۲). تغییرات ایجادشده در دوران سالمندی، شامل این مسائل می‌شود: کاهش توانایی‌های فیزیکی، تغییر پاسخ بدن به داروها، تجربه وقایع مهم زندگی، همچون بازنشستگی، اقامت در خانه‌های سالمندان، کاهش درآمد و کم شدن موقعیت‌هایی برای برقراری ارتباط‌های اجتماعی که آنها را نسبت به افسردگی مستعد

مقابله مذهبی منفی (روگردانی از مذهب) نمایانگر رابطه کمتر ایمن با خدا، دیدگاه بدبینانه و نا مطمئن به دنیا و ستیزه جویی مذهبی در چالش برای جستجوی معناست و شامل زیرمقیاس‌های احساس منفی نسبت به خداوند و مقابله منفعل است (شریفی، احمدی و فاتحی زاده، ۱۳۹۱). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نگرش‌های مذهبی با احساس تنهایی ارتباط دارند و می‌توانند بر کاهش احساس تنهایی مؤثر باشند (کارون و بارون، ۲۰۰۱). ژانگ، دانان و لیندا (۲۰۱۱) در پژوهش خود نشان دادند که بین نگرش مذهبی با عوامل مرتبط با احساس تنهایی، از جمله بهزیستی و سلامت روانی، اضطراب و افسردگی، ارتباط وجود دارد. همچنین، مک اینیس و وایت (۲۰۰۱) در پژوهشی که انجام دادند، بیان کردند که سالمندان از ارتباط با خدا و عبادت، به مثابه یک شیوهٔ رویارویی با احساس تنهایی استفاده می‌کنند. پیمانفر، علی اکبری دهکردی و محتشمی (۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان مقایسه احساس تنهایی و احساس معنا در زندگی سالمندان با سطوح نگرش مذهبی متفاوت نشان دادند که سالمندانی که در سطح نگرش مذهبی قوی قرار دارند، کمتر از سالمندانی که سطوح نگرش مذهبی ضعیف و متوسط دارند، احساس تنهایی می‌کنند. هروری کریموی و همکاران (۱۳۸۰) از طریق پژوهشی روی سالمندان گزارش می‌دهد که اکثر سالمندان، انجام فرایض و فعالیتهای مذهبی را وسیله‌ای برای آرامش درونی خود معرفی کرده‌اند.

یکی دیگر از عواملی که می‌تواند در کاهش احساس تنهایی مؤثر باشد، بهزیستی روان‌شناختی است. بهزیستی روان‌شناختی شاخص مهمی در سلامت افراد سالمند است و اهمیت زیادی در دستیابی به سالمندی موفقیت آمیز در بین سالمندان جوامع مختلف دارد. روان‌شناسان مثبت‌نگر سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روان‌شناختی، تلقی نموده‌اند و آن را در قالب اصطلاح بهزیستی روان‌شناختی مفهوم سازی کرده‌اند. این گروه معتقدند که سلامت یک مفهوم چند بعدی است که علاوه بر بیمار و ناتوان نبودن، احساس شادکامی و بهزیستی را نیز در بر می‌گیرد (لارسون، ۱۹۹۱). بهزیستی روان‌شناختی اشاره به حسی از سلامتی دارد که آگاهی کامل از تمامیت و یکپارچگی در تمام جنبه‌های فرد را شامل می‌شود و از سه مؤلفه تشکیل شده که عبارت است از: رضامندی زندگی، عاطفه منفی،

نتیجه به کاهش احساس تنهایی در زندگی سالمندان کمک شود و بر احساس مثبت آنها از زندگی افزوده شود. بنابراین جهت بررسی راه‌کارهای لازم برای کاهش احساس تنهایی سالمندان، این پژوهش نقش دو متغیر بهزیستی روان‌شناختی و مقابله مذهبی را در احساس تنهایی سالمندان بررسی کرده است.

یکی از عوامل مؤثر در کاهش احساس تنهایی سالمندان، استفاده از مذهب و شیوه‌های مقابله مذهبی است؛ چرا که مذهب می‌تواند دارای ارزش مثبتی در پر کردن فضای خالی زندگی، حمایت اجتماعی از سالمندان، مواجهه با استرس و سازگاری مناسب برای موقعیت و معنادهی زندگی و مرگ داشته باشد (مکینتاش، گیلاندرز و راجرز، ۲۰۱۰). احساس تعلق مذهبی، انجام مناسک و اعمال مذهبی، و حضور در گروه‌های مذهبی، انرژی، آرامش درونی و احساس تعلق بی‌کران را برای سالمندان فراهم می‌آورد (رکاج، بائر و اورزک، ۲۰۰۳). در مقابله مذهبی، از منابع مذهبی مثل دعا و نیایش، توکل و توسل به خداوند و غیره برای مقابله استفاده می‌شود. در واقع مقابله مذهبی، منبعی درونی، جهت جستجوی معنا، افزایش صمیمیت با خدا، دریافت مفهوم زندگی و کسب آرامش است (پارگامنت، ۱۹۹۵). جیانین و مهتا (۲۰۰۳) معتقدند که مذهب می‌تواند در فرآیندهای پیر شدن، از جمله فرایندهای فیزیکی، اجتماعی و وجودی، نقش مکمل را بازی کند و سازگاری با فرایند پیری را تسهیل بخشد. همچنین نگرش‌های مذهبی به افراد کمک می‌کند تا زندگی تحمل پذیرتری داشته باشند و خود ارزشی آنها را می‌افزاید (امیری، ۱۳۸۴). مواجهه مذهبی به استناد بسیاری از تحقیقات به عنوان متغیری که تأثیری وسیع بر ابعاد روان‌شناختی و جسمانی افراد دارد، مورد توجه پژوهشگران بوده است. چرا که مذهب می‌تواند دارای ارزش مثبتی در پر کردن فضای خالی زندگی، حمایت اجتماعی از سالمندان، مواجهه با استرس و سازگاری مناسب برای موقعیت و معنادهی زندگی و مرگ داشته باشد (مکینتاش و همکاران، ۲۰۱۰). راهبردهای مقابله مذهبی به دو دسته مقابله مثبت و منفی تقسیم می‌شوند. مقابله مذهبی مثبت (گرایش به مذهب) بیانگر حس معنویت، رابطه ایمن با خدا، باور به معناداری زندگی و ارتباط معنوی با دیگران است و شامل زیر مقیاس‌های ارزیابی خیرخواهانه، مقابله فعال و فعالیت مذهبی است در حالی که

از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش، کلیه سالمندان تحت پوشش اداره بهزیستی و کمیته امداد امام خمینی شهرستان مراغه بود. از جامعه مذکور با توجه به جدول مورگان و با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۲۰۰ نفر از سالمندان مرد به عنوان نمونه انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت از (۱) داشتن سن بالاتر از ۶۰ سال، (۲) سکونت در منزل، (۳) داشتن سواد خواندن و نوشتن و (۴) عدم داشتن بیماری‌های جسمی و روان‌شناختی حاد بودند و ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت از (۱) عدم تمایل به شرکت در پژوهش و (۲) عدم مشارکت و همکاری در فرایند پژوهش بود. از مجموع شرکت‌کنندگان ۴۵/۸۴ درصد مرد و ۵۴/۱۶ درصد زن بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان بین ۷۶-۸۰ سال بود. از این تعداد ۴۰/۹۰ درصد بین رده سنی (۶۵-۶۰)، ۳۳/۳۳ درصد بین رده سنی (۷۰-۶۶) و ۱۹/۶۴ درصد بین رده سنی (۷۵-۷۱) بودند. در زمینه متغیر تحصیلات، ۸۸/۶۷ درصد افراد دارای مدرک زیر دیپلم، ۶/۵۴ دیپلم، ۲/۹۷ فوق دیپلم و ۱/۷۸ لیسانس بودند.

ابزار

پرسش‌نامه تنهایی راسل^۱. مقیاس تنهایی راسل (۱۹۶۶) دارای ۲۰ گویه می‌باشد که در یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای طراحی شده است. دامنه نمرات این آزمون، از ۲۰ تا ۸۰ بوده و میانگین نمرات ۵۰ است. نمره بالاتر از میانگین بیانگر شدت بیشتر احساس تنهایی است. دامنه آلفا از ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ برای این پرسشنامه به دست آمده است. همچنین همبستگی آزمون-بازآزمون ۰/۷۳ گزارش شده است که رضایت بخش می‌باشد. در ضمن، از تحلیل عاملی مقیاس، چهار عامل انزوا، اجتماعی‌بودن، نداشتن فردی صمیمی و نداشتن احساس تنهایی به دست آمد که بر روی هم ۴۴٪ واریانس نمره تنهایی را تبیین کردند. در پژوهش حاضر نیز اعتبار برای پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ بدست آمده است.

پرسش‌نامه مقابله مذهبی^۲. پرسش‌نامه مقابله مذهبی توسط افلاک سیر و کلمن (۲۰۱۱) تهیه شده است و دارای ۲۲ گویه است که هر یک از ابعاد فعالیت‌های مذهبی در (۶ عبارت)، احساسات منفی نسبت خدا (۴ عبارت)، ارزیابی‌های خیر خواهانه (۶ عبارت)، مقابله مذهبی منفعل (۳ عبارت) و

عاطفه مثبت (بهادری خسرو شاهی و هاشمی نصرت آباد، ۱۳۹۱). در پژوهشی وینهوون (۲۰۰۸) نشان داد که عوامل روان‌شناختی بر کارکرد جسمی تأثیر می‌گذارند و کسانی که بهزیستی روان‌شناختی بالاتری دارند از سلامت جسمی بالاتری برخوردارند همچنین شاد، خوش بین و مثبت‌نگرند و از ثبات عاطفی بالایی برخوردارند. این افراد برای حل مسائل خود مستقیماً تلاش کرده و از زندگی خود راضی هستند، احساس خوشبختی می‌کنند و احساس تنهایی کمتری دارند. یکی از مهمترین مدل‌هایی که بهزیستی روان‌شناختی را مفهوم‌سازی و عملیاتی کرده الگوی ریف است. بر اساس این الگو بهزیستی روان‌شناختی از ۶ عامل تشکیل می‌شود. پذیرش خود (داشتن نگرش مثبت به خود)، رابطه مثبت با دیگران (برقراری روابط گرم و صمیمی با دیگران و توانایی همدلی)، خودمختاری (احساس استقلال و توانایی ایستادگی در برابر فشارهای اجتماعی)، زندگی هدفمند (داشتن هدف در زندگی و معنا دادن به آن)، رشد شخصی (احساس رشد مستمر)، تسلط بر محیط (توانایی فرد در مدیریت محیط) (ریف، ۱۹۸۹؛ ریف و کیز، ۱۹۹۵). همچنین حالت روان‌شناختی مثبت، احتمال شادمانی و آرام بودن و میزان سلامتی و سرزندگی را در سال‌های آخر عمر افزایش می‌دهد و به ارتقای عملکرد افراد برای حیات منجر می‌شود. ماسوله و همکاران (۱۳۸۹) نشان دادند که سالمندانی که متأهل بوده و از محل زندگی خود رضایت داشتند، احساس تنهایی کمتری را تجربه می‌کردند. همچنین مطابق با یافته‌های این پژوهش سالمندانی که از سطح سلامت عمومی خوبی برخوردار بودند احساس تنهایی کمتری داشتند. بنابراین باتوجه به افزایش روبه رشد سالمندان و همچنین جهت بررسی راهکارهای لازم برای کاهش احساس تنهایی سالمندان، این پژوهش نقش دو متغیر مقابله مذهبی و بهزیستی روان‌شناختی را در احساس تنهایی سالمندان بررسی کرده است. فرضیه‌های مطالعه عبارت بودند از اینکه (۱) بین مواجهه مذهبی با احساس تنهایی در سالمندان رابطه وجود دارد، (۲) بین بهزیستی روان‌شناختی با احساس تنهایی در سالمندان رابطه وجود دارد.

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های بنیادی است و روش تحقیق مورد استفاده در این پژوهش روش تحقیق توصیفی

¹ UCLA Lonliness Scale

² Iranian Religious Coping Scale

آزمونهای فرعی بین ۹۰٪ و ۶۲٪ بدست آمده است. (زنجانی طبسی، ۱۳۸۳). در پژوهش حاضر پایایی مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بدست آمد.

روش اجرا

برای جمع‌آوری اطلاعات، به اداره بهزیستی و کمیته امداد امام خمینی (ره) شهرستان مراغه مراجعه شد و از کارکنان ادارات مذکور تقاضا شد که برای انجام پژوهش حاضر همکاری نمایند. پس از قبول همکاری، کلیه سالمندان به عنوان نمونه انتخاب شدند. تکمیل پرسش‌نامه به صورت انفرادی بود که یا در سازمان بهزیستی یا کمیته امداد امام (ره) و یا در منازل مددجویان با رضایت کامل آنها انجام شد. بدین صورت که، پس از بیان هدف از انجام پژوهش و ارائه توضیحات لازم در مورد نحوه پر کردن آنها، پرسش‌نامه‌ها توزیع و تکمیل گردید. در صورت ابهام در فهم برخی سؤالات، توضیح داده می‌شد و برای سالمندان بیسواد سؤالات پرسش‌نامه به زبان محلی (ترکی) خوانده شد و از بین پاسخ‌های خوانده شده پاسخی که شرکت‌کننده انتخاب می‌کرد، علامت زده می‌شد. مدت زمانی که هر شرکت‌کننده برای پر کردن پرسش‌نامه‌ها صرف می‌کرد، به طور میانگین ۳۰ دقیقه بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از برخی شاخص‌های توصیفی مثل میانگین و انحراف استاندارد و از شاخص‌های آمار استنباطی همبستگی و رگرسیون همزمان استفاده می‌شود. تحلیل داده‌ها با نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ انجام شد.

یافته‌ها

برای بررسی وضعیت پاسخگویی شرکت‌کننده‌ها به متغیرهای پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) استفاده شد که نتایج حاصل از کل نمونه در جدول ۱ ارائه شده است.

مقابله مذهبی فعال (۳ عبارت) را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نحوه پاسخدهی به پرسش‌نامه به صورت لیکرت ۵ گزینه ای است و دامنه پاسخ‌ها از اصلاً تا خیلی زیاد متغیر است. نمره گذاری آن از صفر تا چهار است. دامنه نمرات این آزمون از صفر تا هشتاد و هشت است. پایایی این ابزار با آلفای کرونباخ برای فعالیت مذهبی ۰/۸۹٪، ارزیابی‌های خیر خواهانه، ۰/۷۹٪، احساسات منفی نسبت به خدا ۰/۷۹٪، مقابله منفعل ۰/۷۲٪ و مقابله فعال ۰/۷۹٪ گزارش شده است (افلاک سیر و گلن، ۲۰۱۱). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ بدست آمد.

پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی. این مقیاس توسط زنجانی طبسی (۱۳۸۳) به منظور سنجش بهزیستی روان‌شناختی ابداع شده است. این مقیاس دارای ۷۷ سؤال (گویه) است که براساس روش و اصول روانسنجی تهیه شده است. این آزمون از ۶ خرده مقیاس تشکیل شده است: خرده مقیاس رضایت از زندگی که متشکل از ۱۹ سؤال است، خرده مقیاس معنویت که دارای ۱۳ سؤال است، خرده مقیاس شادی و خوش بینی که ۱۹ سؤال از پرسش-نامه را به خود اختصاص داده است، خرده مقیاس رشد و بالندگی فردی که شامل ۸ سؤال است، خرده مقیاس ارتباط مثبت با دیگران که متشکل از ۸ سؤال است و بالاخره خرده مقیاس خود پیروی که ۱۰ سؤال را شامل می‌شود. این مقیاس به صورت لیکرت مقیاس پنج گزینه-ای نمره‌گذاری شده است که هر گزینه نشان دهنده نوع نظر شرکت‌کنندگان درباره خودشان است. دامنه نمرات این آزمون از ۷۷ تا ۳۸۵ است. پایایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی از طریق دو روش همسانی درونی و بازآزمایی مورد سنجش قرار گرفته است. به منظور برآورد همسانی درونی مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده گردیده است، ضریب قابلیت اعتماد کل ۹۴٪ است. این ضریب در

جدول ۱

اطلاعات توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش و آزمون کولموگروف-اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر	کولموگروف-اسمیرنف	سطح معناداری
احساس تنهایی	۴۳/۵۷	۱۰/۶۷	۲۲	۷۳	۱/۲۳	۰/۰۹
بهزیستی روان‌شناختی	۲۵۵/۸۶	۳۴/۵۵	۱۷۲	۳۵۸	۱/۵۴	۰/۱۷
رضایت از زندگی	۶۱/۵۵	۱۰/۷۱	۲۹	۸۹	۱/۰۰	۰/۲۶
معنویت	۴۷/۶۵	۶/۸۱	۳۰	۶۳	۱/۲۴	۰/۰۹
شادی	۶۱/۶۰	۱۱/۰۷	۴۱	۱۲۰	۱/۱۲	۰/۱۵

۰/۴۹	۱/۳۶	۳۴	۱۵	۳/۹۷	۲۵/۴۰	رشد و بالندگی
۰/۱۵	۱/۱۳	۱۱۸	۲۴	۱۰/۲۴	۳۲/۹۱	خودپیروی
۰/۱۱	۱/۱۸	۳۸	۱۳	۵/۳۳	۲۶/۷۲	ارتباط مثبت
مقابله مذهبی مثبت						
۰/۱۶	۱/۲۲	۲۴	۱	۴/۳۶	۱۵	فعالیت مذهبی
۰/۱۴	۱/۱۴	۲۴	۸	۳/۵۷	۱۵	ارزیابی خیرخواهانه
مقابله مذهبی منفی						
۰/۱۳	۱/۲۱	۱۲	۲	۲/۳۷	۷	مقابله فعال
۰/۱۹	۱/۱۱	۱۲	۱	۲/۵۴	۷	مقابله منفعل

بودن متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد که هیچکدام در سطح ۰/۰۵ معنی دار نمی‌باشند و می‌توان از این آزمون برای متغیرهای تحقیق استفاده کرد.

طبق جدول ۱ بیشترین میانگین مربوط به متغیر شادی (۶۱/۶۰) و کمترین میانگین مربوط به متغیرهای مقابله فعال و مقابله منفعل می‌باشد (۷). آزمون پیش‌فرض نرمال

جدول ۲

ماتریس همبستگی پیرسون برای بهزیستی روان‌شناختی و مواجهه مذهبی با احساس تنهایی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱. احساس تنهایی	-											
۲. بهزیستی روان‌شناختی	۰/۴۸**	-										
۳. رضایت از زندگی	۰/۴۴**	۰/۶۱**	-									
۴. معنویت	۰/۴۴**	۰/۵۳	۰/۲۸**	-								
۵. شادی	۰/۳۶**	۰/۸۳*	۰/۶۶**	۰/۶۶**	-							
۶. رشد و بالندگی	۰/۳۳**	۰/۷۱*	۰/۴۶**	۰/۵۶**	۰/۶۸**	-						
۷. خودپیروی	۰/۱۲**	۰/۴۱**	۰/۲۹**	۰/۵۳**	۰/۵۹**	۰/۶۷**	-					
۸. ارتباط مثبت	۰/۴۵**	۰/۴۱**	۰/۵۶**	۰/۵۸**	۰/۶۲**	۰/۴۰**	۰/۴۱	-				
۹. مواجهه مذهبی	۰/۱۹*	۰/۲۵	۰/۳۲**	۰/۸۲	۰/۲۵**	۰/۳۵**	۰/۳۰**	۰/۲۷	-			
۱۰. فعالیت مذهبی	۰/۱۲	۰/۳۱**	۰/۴۰**	۰/۱۵**	۰/۳۵**	۰/۴۹**	۰/۳۱**	۰/۳۷*	۰/۷۱**	-		
۱۱. ارزیابی خیرخواهانه	۰/۱۱	۰/۴۷**	۰/۴۹**	۰/۶۱**	۰/۴۷**	۰/۵۴**	۰/۲۵**	۰/۵۱**	۰/۳۵**	۰/۴۸**	-	
۱۲. مقابله فعال	۰/۱۷*	۰/۵۸**	۰/۵۱**	۰/۵۱**	۰/۵۳**	۰/۴۸**	۰/۵۲**	۰/۳۵**	۰/۵۲**	۰/۴۳**	۰/۲۱**	-
۱۳. مقابله منفعل	۰/۱۸۰*	۰/۳۶**	۰/۳۲**	۰/۴۷**	۰/۳۲**	۰/۳۱**	۰/۲۲**	۰/۲۱**	۰/۳۳**	۰/۲۱**	۰/۱۲**	۰/۱۱**

روان‌شناختی رابطه معکوس و معناداری در سطح ۰/۰۱ وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد که احساس تنهایی با خرده مقیاس‌های مقابله فعال، مقابله منفعل و احساس منفی به خدا رابطه معکوس و معناداری در سطح ۰/۰۵ دارد.

در جدول ۲ ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش گزارش شده است. مطابق با جدول ۲ بین تمامی متغیرها به غیر از ارزیابی خیرخواهانه با احساس تنهایی رابطه منفی و معناداری وجود دارد. همچنین نتایج همبستگی نشان داد بین احساس تنهایی با خرده مقیاس‌های بهزیستی

جدول ۴

خلاصه تحلیل رگرسیون گام به گام احساس تنهایی براساس مواجهه مذهبی و بهزیستی روان‌شناختی

گام	متغیر	F	R	R ²	β	B
۱	مواجهه مذهبی	۵/۴۷	۰/۱۸	۰/۰۲۶	-۰/۱۷	-۰/۱۵
۲	مواجهه مذهبی بهزیستی روان‌شناختی	۳	۰/۵۱	۰/۵۸	-۰/۱۳	-۰/۱۱
					-۰/۴۸	-۰/۱۸

مارک (۲۰۰۷)، هنریچ و گلون (۲۰۰۶)، ساراسینو (۲۰۱۰)، هاوکلی، بورلسون، برنستون و کاسیویو (۲۰۰۳)، وینهون (۲۰۰۸)، ایرینا، سزیلفر و مارک (۲۰۰۷)، رونی و همکاران (۲۰۰۳)، دینر و لوکاس (۲۰۰۰)، همسو است. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که ابعاد بهزیستی روان‌شناختی جزء نیازهای اساسی زندگی هستند. بنابراین برآورده شدن این نیازها در دوره سالمندی موجب می‌شود افسردگی و اضطراب و در نتیجه احساس تنهایی در آنها کاهش می‌یابد. سالمندانی که بهزیستی روان‌شناختی بالاتری دارند شاد، خوش بین و مثبت نگرند و از ثبات عاطفی بالایی برخوردارند، برای حل مسائل خود مستقیماً تلاش و از زندگی خود راضی بوده و احساس خوشبختی می‌کنند و همچنین سطوح بالاتر شادکامی موجب ارتقاء مهارت‌های اجتماعی می‌شود و از افسردگی و در نتیجه از بروز احساس تنهایی جلوگیری می‌کند. بدین معنا که افراد با احساس بهزیستی بالا هیجانات مثبت را تجربه و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند؛ در حالی که افراد با احساس بهزیستی پایین، حوادث و وقایع زندگی شان را نامطلوب ارزیابی کرده، بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می‌کنند (چاو، ۲۰۰۷). فرضیه دوم بیان می‌کند که بین ابعاد مقابله مذهبی با احساس تنهایی در سالمندان ارتباط معناداری وجود دارد که نتایج حاصله این فرضیه را تأیید می‌کند. نتایج نشان داد که احساس تنهایی با خرده مقیاس‌های مقابله فعال، مقابله منفعل و احساس منفی به خدا رابطه معکوس و معناداری دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های کارون و بارون (۲۰۰۱)، ژانگ و همکارانش (۲۰۱۱)، مک اینیس و وایت (۲۰۰۱)، تروینو، آرچامبائولت، ریچاردسون و موی (۲۰۱۱)، سیموندز و همکاران (۲۰۱۱)، فرگوسن (۲۰۰۱)، ریپنتروپ، آلتمایر، چن، فوند و کفالا (۲۰۰۵) و والتینگتون (۲۰۰۶)

جدول ۴ خلاصه تحلیل رگرسیون گام به گام احساس تنهایی را از طریق مواجهه مذهبی و بهزیستی روان‌شناختی نشان می‌دهد. در این جدول مقادیر F ، R و R^2 برای معنی داری 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 ۵/۴۷ و در گام دوم ۲۹/۹۹ به دست آمده است که هر دو معنی‌دارند. در واقع مدل کلی رگرسیون در هر دو گام معنی‌دار است. همچنین ضریب تبیین در گام اول ۰/۱۴۸- و در گام دوم ۰/۱۴۷- حاصل شده است. همچنین از جدول مشخص است که در اولین گام احساس تنهایی بر اساس بیشترین همبستگی با مواجهه مذهبی وارد معادله شده است و ضریب معنی‌دار و مثبت (۰/۱۷-) دارد. در دومین گام بهزیستی روان‌شناختی نیز به متغیر اول اضافه شده است و تأثیر معنی‌داری برای آن به دست آمده است (۰/۴۸-). در نتیجه این یافته‌ها می‌توان گفت هر دو فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش نقش بهزیستی روان‌شناختی و مقابله مذهبی در احساس تنهایی سالمندان مورد بررسی قرار گرفت، نتایج طی دو فرضیه بررسی شدند. که فرضیه‌ها نقش بهزیستی روان‌شناختی و مقابله مذهبی در احساس تنهایی سالمندان را مورد تأیید قرار دادند. فرضیه اول بیان کرد که بین ابعاد بهزیستی روان‌شناختی با احساس تنهایی در سالمندان ارتباط معناداری وجود دارد. که نتایج حاصله این فرضیه را تأیید می‌کند. نتایج نشان داد که احساس تنهایی با خرده مقیاس‌های رضایت از زندگی، معنویت، شادی، رشد و بالندگی، خودپیری و ارتباط مثبت رابطه معکوس و معناداری وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های جورج (۲۰۱۰)، لیو و گایو (۲۰۰۷)، ایرینا، لگال و

نگرش‌های مذهبی را نشان داده است، می‌توان بر مذهب به مثابه یک عامل برای تعدیل مشکلات در این دوره حساس تمرکز کرد. هر پژوهش دارای محدودیت‌هایی می‌باشد که این پژوهش میری از آن نمی‌باشد. یکی از محدودیت‌های پژوهش در خصوص اعتبار بیرونی یافته‌های پژوهش می‌باشد که تعمیم یافته‌ها به سالمندان ساکن در خانه سالمندان را با محدودیت‌هایی مواجه می‌سازد چون جامعه آماری این پژوهش سالمندان ساکن و محدود در منازل شخصی بودند. از محدودیت‌های دیگر پژوهش، استفاده از پرسش‌نامه و شیوه خودگزارش‌دهی می‌باشد.

سپاس‌گزاری

از همکاری مسئولین اداره بهزیستی و کمیته امداد امام خمینی شهرستان مراغه و کلیه سالمندانی که در این پژوهش شرکت داشتند صمیمانه قدردانی می‌شود.

منابع

امیری، ر. (۱۳۸۴). رابطه عمل به باورهای دینی و میزان صمیمیت زنان دانشجوی تهرانی با همسرانشان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی، تهران، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهرا (س).

الهیاری، ط.، و میرقلی‌خانی طهرانی، ن. (۱۳۹۳). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر افسردگی در بین زنان سالمند ساکن آسایشگاه کهریزک. *علوم اجتماعی*، ۱۸ (۷۴)، ۳۳-۲۸.

بهادری خسروشاهی، ج.، و هاشمی نصرت‌آباد، ت. (۱۳۹۱). رابطه اضطراب اجتماعی، خوش‌بینی و خود کارآمدی با بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۳ (۲)، ۱۱۵-۱۲۲.

پیمانفر، ا.، علی اکبری دهکردی، م.، و محتشمی، ط. (۱۳۹۱). مقایسه احساس تنهایی و احساس معنا در زندگی سالمندان با سطوح نگرش مذهبی متفاوت. *روانشناسی و دین*، ۵ (۴)، ۵۴-۴۱.

راشدی، و.، رضایی، م.، غریب، م.، و نبوی، ج. (۱۳۹۲). حمایت اجتماعی سالمندان: مقایسه سرای سالمندان و خانواده. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۵ (۲)، ۳۵۶-۳۵۱.

زنجانی طبسی، ر. (۱۳۸۳). *ساخت و هنجاریابی مقدماتی آزمون بهزیستی روان‌شناختی*، (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده)، دانشگاه تهران.

همسو می‌باشد. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت سالمندان از ارتباط با خدا و عبادت، به‌مثابه یک شیوه رویارویی با احساس تنهایی استفاده می‌کنند. باور به قدرت خداوند و سر نهادن به خواست و اراده الهی در تسکین دردها به انسان توان تحمل می‌دهد. در این حال است که نیازهای روحی تأمین می‌شود و انسان توان آن را می‌یابد که از جسم خود دور گردد و درد را حس نکند، یا آن چنان آرامش یابد که تنش را تجربه نکند (کارون و بارون، ۲۰۰۱). مذهب و مقابله همگرا هستند و مذهب نقش جدایی‌ناپذیری در مقابله افراد با تنیدگی ایفا می‌کند (فکس، ۲۰۰۱). از دیدگاه پارگامنت (۱۹۹۷) فرد می‌تواند وقایع زندگی را از نقطه نظر مذهبی تعبیر و تفسیر کند، در واقع یک ارزیابی مذهبی برای تنظیم و ساخت مجدد واقعه تنش‌زا و تهدیدکننده به منظور مقابله با آن صورت می‌گیرد. مذهب به افراد در تمام سنین، شیوه‌های منحصر به فردی برای مقابله ارائه می‌دهد و در نهایت می‌تواند این موضوع را القا کند که افراد توسط فرایندهای مقابله با تنیدگی به اهدافی که از نظر مذهبی ارزشمند هستند، دست می‌یابند. همچنین در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که مقابله مذهبی منفی (روگردانی از مذهب) که شامل خرده‌مقیاس مقابله منفعل و احساس منفی به خدا هست، نمایانگر رابطه کمتر ایمن با خدا، دیدگاه بدبینانه و نامطمئن به دنیا و ستیزه‌جویی مذهبی در چالش برای جستجوی معناست و با پیامدهای منفی مانند افسردگی، آشفتگی هیجانی، سلامت جسمی و کیفیت زندگی پایین و حل مسئله ضعیف همراه است (پارگامنت، ۱۹۹۷). در مقابله منفعل فرد منفعل است و مسئولیت مقابله به خدا واگذار می‌شود (پارگامنت و هاتاوی، ۱۹۹۱). و به طور منفعلانه منتظر تغییر یافتن وضعیتش از طرف خداوند بوده و غالباً بر تقدیر تکیه می‌کند. به نظر می‌رسد سالمند در شرایط رویارویی با فقدان و احساس تنهایی با اتخاذ مقابله مذهبی منفعلانه با پذیرش بیشتر فقدان و سلب مسئولیت از خود در زمینه فقدان، با تنهایی سازگاری بیشتری پیدا می‌کند. بنابراین استفاده از شیوه‌های مقابله مذهبی در سالمندان باعث سازگاری، افسردگی کمتر، احساس شادی و نشاط، امید به زندگی، رضایت کامل از زندگی، درازی عمر، نوع دوستی و در نتیجه بهزیستی روانی فرد می‌شود و در نتیجه سالمند احساس تنهایی کمتری می‌کند. از آنجا که نتایج پژوهش حاضر و پژوهش‌های پیشین اثر مثبت مذهب و

- Chiang, K. J., Chu, H., Chang, H. J., Chung, M. H., Chen, C. H., Chiou, H. Y. (2009). The Effect of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(4), 380-388.
- Diener, E., & Lucas, R. E. (2000). Explaining differences in societal levels of happiness: Relative standard, need fulfillment, culture, and evaluation theory. *Journal of Happiness Studies*, 1, 41-78.
- Ferguson, D. S. (2001). *New Age Spirituality*. Louisville, KY: Westminster/Johenknon.
- Fox, R.B. (2001). *Religious identity, religious practices, and spiritual coping in adults* (PhD dissertation). University of Kansas.
- George, L.K. (2010). Still happy after all these years: Research frontiers on subjective well-being in Later Life. *Journal of Gerontology. Social sciences*, 65(3), 331-339.
- Hawley, L. C, Burlison, M. H, Bernston, G. G., & Cacioppo, J. T. (2003). Loneliness in everyday life: Cardiovascular activity, psychosocial context, and health behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 105-120.
- Henrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26, 695-718.
- Irina, P., Igal, S., & Mark, A. (2007). Ratner, Chirality on Surfaces: Modeling and Behaviour, *Chemistry Today*, *Chimica Oggi*, 25(5), 18-22.
- Jianbin, X.U., & Mehta, K. (2003). The Effect of Religion on Subjective Aging in Singapore: An Interreligious Comparison. *Archives of Gerontology*, 17(4), 485- 502.
- Larson, J. S. (1991). *The measurement of health: Concepts and indicators*. New York: Green Wood Press.
- شریفی، م، احمدی، ا، و فاتحی زاده، م. (۱۳۹۱). رابطه مقابله مذهبی با آثار سوگ سوگ در دانشجویان داغ‌دیده. *روانشناسی و دین*، ۵(۲)، ۱۱۵-۱۲۷.
- شیخ‌الاسلامی، ف، خدادادی، ن، و یزدانی، م. ع. (۱۳۹۰). احساس تنهایی و سلامت عمومی سالمندان. *پرستاری و مامایی جامع نگر*، ۲۱(۲)، ۲۸-۳۴.
- فیروزه مقدم، س، برجعلی، ا، و سهرابی، ف. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش شادکامی بر افزایش امید در سالمندان. *مجله سالمندی ایران*، ۸(۴)، ۶۷-۷۲.
- ماسوله، ر. ش، شیخ‌الاسلام، ف، خدادادی، ن، یزدانی، م. ع. (۱۳۸۹). نقش باورهای مذهبی در سلامت عمومی سالمندان عضو کانون بازنشستگان دانشگاه علوم پزشکی گیلان در شهر رشت. *دو فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی استان گیلان*، ۲۰(۶۳)، ۲۲-۲۶.
- نوحی، ع، کریمی، ط، و ایران منش، ص. (۱۳۹۲). مقایسه ترس از مرگ در سالمندان ساکن منازل با سالمندان ساکن سرای سالمندان شهر اصفهان. *مجله سالمندی ایران*، ۸(۴)، ۲۴-۳۱.
- هروی کریموی، م، مهشید فروغان، شیخی، م. ت، حاجی‌زاده، ا، سید باقر مداح، م، محمدی، ع، و احمدی، ف. ا. (۱۳۸۶). «تبیین دیدگاه سالمندان پیرامون پدیده احساس تنهایی: یک پژوهش کیفی پدیدارشناسی». *سالمند*، ۲(۶)، ۴۱۰-۴۲۰.
- Aflakseir, A., & Colman, P. G. (2011). Initial development of the Iranian religious coping scale. *Journal of Muslim Mental Health*, 6(1), 44-61.
- Alpass, F. M., & Neville, S. (2003). Loneliness, Health and Depression in older males. *Aging & Mental health*, 7(2), 212-216.
- Carone, A. D., & Barone, F. D. (2001). A Social Cognitive Perspective on Religious beliefs: Their Functions and Impact on Coping and Psychotherapy. *Clinical psychology Review*, 21(7), 989-1003.
- Chow, H. P. (2007). Psychological well-being and scholastic achievement among university students in a Canadian prairie city. *Sociology Psychology Education*, 10, 483-493.

- Liu, L. J., & Guo, Q. (2007). Loneliness and health-related quality of life for the empty nest elderly in the rural area of a mountainous county in China. *Quality of Life Research*, 16(8), 1275-1280.
- McInnis, G.J., & White, J.H. (2001). A Phenomenological Exploration of Loneliness in the Older Adult. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15(3), 128-139.
- McIntosh, E., Gillanders, D., & Rodgers, S. (2010). Rumination, goaling, daily hassles and life events in major depression. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 17(1), 33-43.
- Paragament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping*. New York: Guilford Press.
- Rippentrop, A. E., Altmaier, E. M., Chen, J. J., Found, E. M., & Keffala, V. J. (2005). The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain*, 116, 311-321.
- Roini, C., Ottolini, F., Raffanelli, C., Tossani, E., Ryff, C.D., & Fave, A.G. (2003). The Relationship of psychological well-being distress and personality. *Psychotherapy Psychosomatics*, 72, 286 - 375.
- Rokach, A., Bauer, N., Orzeck, T. (2003). The Experience of Loneliness of Canadian and Czech youth. *Journal of Adolescence*, 26(3), 267-82.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1996). Psychological well-being meaning measurement and implication for psychotherapy. *Psychotherapy Psychosomatics*. 65, 14-23.
- Ryff, C.D., & Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 716-727.
- Sarracino, F. (2010). Social capital and subjective well-being trends: Comparing 11 western European countries. *The Journal of Socio-Economics*, 39(4), 482-517.
- Symonds, L.L., Yang, L., Mande, M.M., Mande, L.A., Blow, A.J., Osuch, J.R., ... Smith, S.S. (2011). Using Pictures to Evoke Spiritual feelings in Breast Cancer Patients: Development of a New Paradigm for Neuroimaging Studies. *Journal of Religion and Health*, 50(2), 437-446.
- Trevino, K. M., Archambault, E., Richardson, J. S., & Moye, J. (2012). Religious Coping Distress in Military Veteran Cancer Survivors. *Journal of Religion and Health*, 51(1), 87-98.
- Tsai, H.H. (2010). Videoconference Program Enhances Social Support, Loneliness, and Depressive Status of Elderly Nursing Home Residents. *Sigma Theta Tau International*, 8, 947-54.
- Veenhoven, R. (2008). Healthy happiness: effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *Journal of Happiness Studies*, 9(3), 449-469.
- Vlaming, R. D., Haveman-Nies, A., Van't Veer, P., & de Groot, L.C. (2010). Evaluation design for a complex intervention program targeting loneliness in noninstitutionalized elderly Dutch people. *BMC Public Health*, 10, 552-560.
- Waltington, M. (2006). The roles of religion and spirituality among African-American survivors of domestic violence. *Journal of Clinical Psychology*, 62(7), 837-857.
- Zeng, Yi., Danan, G. U., & Linda, K. (2011). Association of Religious Participation with Mortality among Chinese Old Adults. *Research on Aging*, 33(1), 51-83.