

# خودشفقت‌ورزی، بازخورد به دین و اضطراب مرگ: پیش‌بین‌های بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان

## Self-Compassion, Attitude Towards Religion and Death Anxiety: Predictors of Psychological Well-Being in the Elderly

Payam Varaee  
MA in Psychology of Razi  
University

Khodamorad Momeni, PhD  
Razi University

خداامراد مؤمنی  
دانشیار دانشگاه رازی

پیام ورعی  
کارشناس ارشد دانشگاه رازی

Asie Moradi, PhD  
Razi University

آسیه مرادی  
استادیار دانشگاه رازی

### چکیده

این پژوهش با هدف تعیین رابطه بهزیستی روان‌شناختی با دین‌داری، خودشفقت‌ورزی و اضطراب مرگ در سالمندان انجام شد. به این منظور از مردان سالمند در مرکز نگهداری نیمه‌وقت سالمندان مهرگان شهر کرمانشاه، ۳۰۰ نفر به عنوان نمونه به روش غیرتصادفی داوطلبانه انتخاب شدند و به مقیاس بهزیستی روان‌شناختی (ریف، ۱۹۸۹)، فرم کوتاه‌مقیاس خودشفقت‌ورزی (ریس، پومیر، نف و ون گوچت، ۲۰۱۱)، مقیاس بازخورد مسلمانان به دین (وایلد و جوزف، ۱۹۹۷) و مقیاس اضطراب مرگ (تمپلر، ۱۹۷۰) پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد. نتایج نشان داد که بهزیستی روان‌شناختی با خودشفقت‌ورزی و دین‌داری رابطه مثبت و با اضطراب مرگ رابطه منفی دارد. نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام نیز نشان داد که به ترتیب اهمیت بیش‌همانندسازی، کمک شخصی، ذهن‌آگاهی، انزوا، اضطراب مرگ، خودقضاوتی و مناسک اسلامی قادر به پیش‌بینی ۵۹ درصد از تغییرات بهزیستی روان‌شناختی است؛ بنابراین با تقویت خودشفقت‌ورزی و دین‌داری در کنار توجه به راهکارهای کاهش اضطراب مرگ می‌توان بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان را افزایش داد.

واژه‌های کلیدی: سالمندان، بهزیستی روان‌شناختی، اضطراب مرگ، دین، خودشفقت‌ورزی

### Abstract

The aim of this study was to examine the relationships among psychological well-being, religiosity, self-compassion, and death anxiety in the elderly. A nonrandom and volunteer sample of 300 elderly people from Mehregan part-time elderly care center in Kermanshah, Iran participated in the study. The participants completed the Psychological Well-being (Ryff, 1989), the Self-Compassion Scale (Raes, Pommier, Neff & Gucht, 2011), the Muslim Attitudes toward Religion Scale (Wilde & Joseph, 1997) and the Death Anxiety Scale (Templer, 1970). Pearson correlation coefficient and stepwise regression were used to analyze the data. The results indicated that psychological well-being positively related to self-compassion and religiosity. The psychological well-being negatively related to death anxiety. The results of stepwise regression analysis indicated that over-identification, personal help, mindfulness, isolation, death anxiety, self-judging and Islamic rituals accounted for 59% of variances of psychological well-being. The findings suggested that psychological well-being in elderly people may be increased by strengthening self-compassion and religiosity and weakening death anxiety.

**Keywords:** elderly, psychological well-being, death anxiety, religion, self-compassion

received: 20 November 2017

accepted: 23 May 2018

Contact information: [Kh.momeni@razi.ac.ir](mailto:Kh.momeni@razi.ac.ir)

دریافت: ۹۶/۸/۲۹

پذیرش: ۹۷/۳/۲

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد و مورد حمایت مالی هسته دانشجویی پژوهش‌محور به نام «سالمندی، نیمه دوم زندگی» دانشگاه رازی است.

با توجه به افزایش امید به زندگی در قرن گذشته، جمعیت جهان به سرعت در حال پیرشدن است. این سرعت در قرن اخیر مشهود است و جمعیت سالمندان در سرتاسر جهان افزایش مشهود یافته است (استپتو، دیئون و استون، ۲۰۱۵). در ایران نیز تخمین می‌زنند که در سال ۲۰۵۰ میلادی جمعیت سالمندان به ۲۶ میلیون و ۳۹۳ هزار نفر برسد که معادل ۲۶ درصد کل جمعیت است (سازمان ملل متحد، ۲۰۱۳). در سالمندان بهزیستی روان‌شناختی اهمیت ویژه دارد (استپتو و دیگران، ۲۰۱۵؛ سیدلسکی، سالتنهاوس، اوی‌شی و جسوانی، ۲۰۱۴) زیرا به عنوان سازوکار کنترل‌گر در مقابله با مشکلات جسمانی و شناختی سالمندان عمل می‌کند و باعث می‌شود آنان هنگام مواجهه با مشکلات این دوره از تحول با چاره‌اندیشی راه‌حل‌های مناسب اتخاذ کنند (ریف و سینگر، ۲۰۰۶؛ یونگ، ۲۰۱۵).

بهزیستی بر دو نوع است (رایان و دسی، ۲۰۰۱). بهزیستی ذهنی (بهزیستی لذت‌گرا<sup>۱</sup>) که به معنی زندگی عاطفی دلپذیر و رضایت‌بخش است. این نوع بهزیستی معمولاً در عمل به صورت رضایت زیاد از زندگی، فراوانی احساسات مثبت و فراوانی اندک احساسات منفی در نظر گرفته می‌شود (دینر، سو، لوکاس و اسمیت، ۱۹۹۹). در این نوع بهزیستی نمره سالمندان به طور کلی بیشتر از افراد جوان‌تر است. به این پدیده پارادوکس بهزیستی<sup>۳</sup> می‌گویند. بهزیستی دیگر بهزیستی روانی است (که به آن بهزیستی فضیلت‌گرا<sup>۲</sup> هم می‌گویند). بهزیستی روانی برخلاف بهزیستی ذهنی، بر تحقق ظرفیت انسانی تمرکز دارد (کیز، اشماتکن و ریف، ۲۰۰۲). جامع‌ترین مدل بهزیستی روانی را ریف (۱۹۸۹) بر اساس توصیف عملکرد بهینه در رویکردهای انسانی‌نگر، تحولی و شخصیت کامل کرده است. در این مدل بهزیستی روانی شش بعد منحصر به فرد دارد که هر کدام شامل چالش‌هایی است که مردم برای داشتن زندگی غنی با آن‌ها روبه‌رو هستند (ریف، ۱۹۸۹). این ابعاد عبارت است از: ارزیابی مثبت از خود و زندگی خود (پذیرش خود)، احساس رشد و پیشرفت (رشد شخصی)، اعتقاد به معنا و هدف در زندگی

(هدفمندی زندگی)، تجربه کیفیت روابط با دیگران (روابط مثبت با دیگران)، توانایی اداره مؤثر زندگی (تسلط بر محیط) و احساس استقلال عمل (هومن، ۲۰۱۶). بهزیستی فضیلت‌گرا به طور معمول ارتباط متوسط با بهزیستی ذهنی دارد و این امر نشان می‌دهد که بهزیستی روانی جنبه‌ای متمایز از عملکرد روانی است (کیز و دیگران، ۲۰۰۲؛ ریف، ۱۹۸۹). طبق تعریف ریف (۱۹۸۹) بهزیستی روانی یعنی تلاش برای رسیدن به کمال و به حداکثر رساندن استعدادها و شخصی. علاوه بر این، همان‌طور که ریف و کیز (۱۹۹۵) اشاره کرده‌اند، فردی که تلاش می‌کند تا توان بالقوه‌اش را بالفعل کند، ممکن است در کوتاه‌مدت احساس لذت نکند، اما احتمالاً در بلندمدت سطح عمیق‌تری از تکامل و رضایت را احساس خواهد کرد (ریف و کیز، ۱۹۹۵).

بنابراین اساس بهزیستی روانی مفهوم تحولی رشد در گستره عمر (نف و جرمر، ۲۰۰۴) و حوزه‌ای مهم در پژوهش‌های مرتبط با سالمندی، بررسی عوامل مؤثر در رشد در دوره سالمندی است (هومن، ۲۰۱۶) و از آنجا که بهزیستی فضیلت‌گرا بر تحقق ظرفیت انسان متمرکز است، شناسایی و بررسی عواملی مهم است که توسعه آن را تسهیل می‌کند. به نظر می‌رسد خودشفقت‌ورزی (هومن، ۲۰۱۶) و اضطراب مرگ (تقی‌آبادی، کاووسی، میرحافظ، کشوری و مهربانی، ۲۰۱۷) و بازخورد دینی (تیوری، سینگ و چند، ۲۰۱۶) از عوامل مؤثر در رشد در دوره سالمندی و بنابراین بهزیستی روانی در این دوره است.

خودشفقت‌ورزی نوعی ارتباط مهربانانه با شکست‌ها، ضعف و ناامیدی و شامل سه مؤلفه مهربانی به خود، تجارب مشترک انسانی و ذهن‌آگاهی است (نف، ۲۰۰۳). با خود مهربان بودن یعنی رفتار کردن همراه با عفو، صمیمیت، حساسیت و پذیرش با خود، به ویژه در مواجهه با شکست‌ها یا ضعف‌های شخصی. تجارب مشترک انسانی شامل تشخیص این موضوع است که مشکلات، غم و اندوه و نواقص درحقیقت بخشی از تجربه انسانی است و افراد در مشکلات تنها نیستند و تمام نوع بشر هریک به گونه‌ای با یکی از این معضلات دست‌وپنجه نرم می‌کنند. ذهن‌آگاهی شامل توجه و تصدیق افکار و احساسات

این مرحله، موجب ایجاد نوعی ترس از مرگ شده که اضطراب مرگ نامیده می‌شود (نیمایر و مور، ۱۹۹۴). اضطراب مرگ مفهومی چندبعدی و دارای دو بعد اصلی است: ۱. ترس از مرگ که شامل ترس از فراموش شدن، جدایی، تاریکی و فروپاشی بدن است و ۲. ترس از مردن که شامل ترس از درد و رنجی که هنگام مرگ ممکن است احساس شود و همچنین ترس از از دست دادن حواس است (ورنر و کارمل، ۲۰۰۱).

نیمایر (۲۰۰۵) اضطراب مرگ را مجموعه‌ای از بازخوردهای فردی ایجادشده بر اثر روبه‌رو شدن فرد با مرگ می‌داند. این بازخوردها با احساسات منفی مانند ترس، اضطراب و ناراحتی مشخص می‌شود (یورین و کیلبورن، ۲۰۰۸) و بر سازگاری و کیفیت زندگی سالمندان به شدت تأثیر می‌گذارد (مکینزی، براون، مارک و چمبیرلین، ۲۰۱۷). پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهد اضطراب مرگ با مشکلات سلامت در سالمندان همبستگی مثبت دارد (مکینزی، براون، مارک و چمبیرلین، ۲۰۱۷). دیکشتین (۱۹۷۲) و نیمایر (۱۹۹۴) اضطراب مرگ را نوعی ویژگی شخصیتی می‌دانند که تاحدی بر اساس موقعیت شخصی فرد در چرخه زندگی تغییر می‌کند (یورین و کیلبورن، ۲۰۰۸). این تعریف مؤید نظریه اریکسون و مدیریت ترس است که می‌گوید اگر سالمند بتواند با مرور زندگی معنا و یکپارچگی به دست آورد ترس و اضطراب از مرگ در او کاهش می‌یابد و بهزیستی او ارتقا پیدا می‌کند (تقی‌آبادی و دیگران، ۲۰۱۷؛ راتلیج و دیگران، ۲۰۱۰؛ تامر، ۱۹۹۲).

پژوهش‌هایی در حوزه اضطراب مرگ و سلامت روانی صورت گرفته است. برای مثال مکینزی و دیگران (۲۰۱۷) در پژوهشی دریافتند که اضطراب مرگ بر سلامت روانی تأثیر می‌گذارد. همچنین سلیمانی، لهتو، نگارنده، بهرامی و شریف‌نیا (۲۰۱۶) به این نتیجه رسیدند که اضطراب مرگ، سطوح پایین کیفیت زندگی را پیش‌بینی می‌کند. راتلیج و دیگران (۲۰۱۰) نیز به این نتیجه رسیدند که شناخت مرتبط با مرگ، رضایت زندگی، هدف در زندگی و ارزش ذهنی را کاهش داده و عاطفه منفی، اضطراب و شدت اجتناب اجتماعی را در افراد با سطوح پایین

دردناک است، اما بدون آنکه این افکار ما را از پا دریاورند؛ به عبارت دیگر ذهن آگاهی یعنی پذیرفتن تجربه دردناک و سپس گذشتن از کنار آن (هومن، ۲۰۱۶).

شواهد متقنی وجود دارد که خودشفقت‌ورزی با بسیاری از پیامدهای روان‌شناختی مطلوب مرتبط است. خودشفقت‌ورزی با بسیاری از ساختارهای روانی مثبت، از جمله خوش‌بینی، خردمندی، کنجکاوی و ابتکار عمل همایند است (نف، رود و کریک‌پاتریک، ۲۰۰۷). علاوه بر این مطالعات همبستگی و مطالعات تجربی نیز نشان داده است که خودشفقت‌ورزی موجب افزایش عاطفه مثبت و کاهش احساسات منفی به خود می‌شود (لیری، تیت، ادامز، بتس‌آلن و هنکاک، ۲۰۰۷).

هومن (۲۰۱۶) نیز در پژوهشی خودشفقت‌ورزی و بهزیستی روانی را در ۱۲۱ سالمند بررسی کرد و نشان داد که خودشفقت‌ورزی با سن و بهزیستی روانی رابطه مثبت دارد. امتیاز (۲۰۱۶) نیز در پژوهش دیگری به این نتیجه رسید که مهربانی به خود، انزوا<sup>۱</sup>، ذهن‌آگاهی<sup>۲</sup> و تجارب مشترک انسانی<sup>۳</sup>، به صورت معنادار سلامت روانی را پیش‌بینی می‌کند. در پژوهش دیگری فیلیپس و فرگوسن (۲۰۱۲) به این نتیجه رسیدند که بین خودشفقت‌ورزی با عواطف مثبت، یکپارچگی خود و معنا در زندگی رابطه مثبت و با عواطف منفی رابطه منفی معنادار وجود دارد. آلن و لیری (۲۰۱۳) نیز نشان دادند که خودشفقت‌ورزی پاسخ مثبت به سالمندی را پیش‌بینی و به سالمندان کمک می‌کند با تغییرات مرتبط با سن سازگار شوند. همچنین یافته‌های آلن، گلدواسر و لری (۲۰۱۲) نشان می‌دهد که خودشفقت‌ورزی به‌عنوان متغیر واسطه‌ای در رابطه بین سلامت فیزیکی و بهزیستی ذهنی افراد سالمند عمل می‌کند، بدین ترتیب سالمندانی که سلامت فیزیکی کمتر را گزارش کرده‌اند زمانی بهزیستی ذهنی بالاتر را گزارش کرده‌اند که خودشفقت‌ورزی بالایی داشتند.

یکی دیگر از عوامل مؤثر بر بهزیستی روانی ممکن است اضطراب مرگ باشد. پدیده اجتناب‌ناپذیر مرگ، آخرین مرحله از رشد روانی انسان است (جعفری، ۲۰۱۶) که درک و آگاهی از

1. self-kindness  
2. isolation

3. mindfulness  
4. common humanity

حرمیت خود افزایش می‌دهد. یافته‌های سالم‌ن، گریب‌رگ و پس‌زنجسکی (۱۹۹۱) نیز حاکی از تأثیر منفی اضطراب مرگ بر بهزیستی بود. در حالی که شفایی، پیامی، امینی و پهلوان‌شریف (۱۳۹۵) در پژوهشی نشان داده‌اند که اضطراب مرگ با کیفیت زندگی رابطه معنادار ندارد. خاکی و دیگران (۱۳۹۶) نیز نشان داده‌اند که بین کیفیت زندگی با اضطراب مرگ رابطه معنادار وجود ندارد. هم‌چنین الیس و وهاب (۲۰۱۳) در پژوهشی با موضوع دین‌داری و ترس از مرگ، ۱۰۸ پژوهش را بررسی کردند. یافته‌های این پژوهش‌ها به‌اندازه‌ای غیرمعمول بود که آن‌ها نتوانستند فراتحلیل انجام دهند و به‌مرور نظام‌مند<sup>۱</sup> پرداختند، در ۴۰ پژوهش رابطه دین‌داری و ترس از مرگ وارونه و در ۹ پژوهش این رابطه به‌صورت منحنی بود. ۲۷ پژوهش گویای همبستگی مثبت بود و در ۳۲ پژوهش باقی‌مانده رابطه معناداری به دست نیامد. اگرچه این یافته‌ها متناقض است اما توجه به نیازهای معنوی و دینی سالمندان ضروری است، چراکه به عنوان عامل مهمی در کنترل درد و رنج و افزایش رضایت زندگی آن‌ها شناخته شده و درثانی بیشتر سالمندان معتقدند ایمان معنوی به آن‌ها کمک می‌کند از بیماری‌های خود بهبود پیدا کنند (براون و تیرنی، ۲۰۰۹)؛ بنابراین عامل دین متغیر دیگری است که بر بهزیستی روانی در سالمندان تأثیر می‌گذارد و اهمیت ویژه در زندگی دارد (کمپ‌داش، تیلور و کروگر، ۲۰۰۸). دین را نظامی از باور به خدا و زندگی پس از مرگ تعریف کرده‌اند. این تعریف به درک روزمره انسان‌ها از واژه دین نزدیک است (کراس و هود، ۲۰۱۳).

بازخورد به دین، شاخص بهتری برای سنجش کارکرد عمومی دینی فرد است و در مقایسه با جنبه‌های نسبتاً سطحی اشتغال دینی، ویژگی ریشه‌دارتری است که از عوامل زمینه‌ای کمتر متأثر می‌شود (دزوتر، سوننس و هاتسبات، ۲۰۰۶)؛ بنابراین می‌توان گفت بازخورد به دین شاخصی مناسب برای سنجش دین‌داری است (آقابابائی و بلچینو، ۱۳۹۳)؛ به همین دلیل در این پژوهش نیز از بازخورد به دین به‌عنوان ابزاری استفاده شده که دین‌داری فرد را می‌سنجد.

چالش‌هایی درباره نقش دین در بهزیستی جامعه و فرد حول

این محور وجود دارد که دین در بهزیستی مشارکت دارد یا مانع آن می‌شود (آقابابائی، ۱۳۹۴؛ آقابابائی و بلچینو، ۱۳۹۳). بعضی از یافته‌ها حکایت از ارتباط باورهای مذهبی با خودمراقبتی‌های بهداشتی دارد (پارگمنت و دیگران، ۱۹۹۰). از طرفی گفته شده است که دین با همه ابعاد سلامت روان رابطه یکسانی ندارد (کوئینگ، ۲۰۰۹). برای مثال تیوری و دیگران (۲۰۱۶) با بررسی رابطه معنویت و بهزیستی روانی در نمونه‌ای ۲۰۰ نفری از سالمندان نشان دادند سطوح بالای معنویت با بهزیستی روانی بیشتر هم‌ایند است. هم‌چنین آی‌ویتزان، چن، گردنر و پراشر (۲۰۱۳) در نمونه‌ای ۲۰۵ نفری از بزرگسالان پیوند دین را با بهزیستی روانی بررسی کردند و نشان دادند که فارغ از نوع تجارب دینی شرکت‌کنندگان، معنویت مهم است و بر بهزیستی روانی تأثیر مثبت دارد. در حالی که پژوهش‌های فرانسیس، الکن و رابینز (۲۰۱۲) و هولدر، کولمن و والیس (۲۰۱۰) رابطه معناداری بین دین‌داری و بهزیستی نشان نمی‌دهد و حتی برخی از پژوهشگران به رابطه منفی میان دین و بهزیستی پی برده‌اند. برای مثال براون و تیرنی (۲۰۰۹) در پژوهشی با عنوان دین و بهزیستی ذهنی با تعداد ۹۶۱۹ نمونه از سالمندان چینی، به این نتیجه رسیدند که رابطه منفی قوی میان فعالیت‌های دینی و بهزیستی وجود دارد اما به نظر می‌رسد که آموزه‌های دینی از طریق تقویت سبک‌های مقابله‌ای موجب بهزیستی می‌شود (سالیفویاندروک و سامهلبا، ۲۰۱۷؛ آدر، ۱۹۹۳؛ ابراهیم، ۱۹۹۳) و می‌تواند مانع درمان شود و در نتیجه کاهش بهزیستی را به همراه دارد (پارگمنت، اسمیت، کوئینگ و پیرز، ۱۹۹۸). به دلیل همین تناقض در یافته‌ها، گمانه‌زنی‌ها و تلاش‌هایی که برای شناخت رابطه دین و بهزیستی صورت گرفته کافی نیست و نیاز به بررسی بیشتر دارد (آقابابائی، سهرابی، اسکندری، برجلی و فرخی، ۱۳۹۵)، به‌ویژه در نمونه سالمندان زیرا بیشتر پژوهش‌ها بر نمونه دانشجویی استوار است و این مسئله به‌تنهایی برای اثبات ضرورت این پژوهش کافی به نظر می‌رسد. هم‌چنین با توجه به محدودیت و تناقض یافته‌های مربوط به پیوند اضطراب مرگ و بهزیستی روانی (عبدالخالق، ۲۰۰۷؛ یورین و کیلبورن، ۲۰۰۸) و محدودیت پژوهش‌های خودشفقت‌ورزی در افراد مسن

نگهداری نیمه‌وقت سالمندان مهرگان شهر کرمانشاه و پس از برقراری ارتباط و جلب رضایت شرکت‌کنندگان، ابتدا هدف پژوهش را برای آن‌ها بیان کردند و با ارائه راهنمایی‌های لازم پرسشنامه‌ها را در اختیار آن‌ها قرار دادند و از آن‌ها خواستند به دقت سوالات را بخوانند و پاسخ‌های مورد نظر را متناسب با ویژگی‌های خود انتخاب کنند و سوالی را تا حد امکان بی‌جواب نگذارند. اطلاعات به صورت فردی جمع‌آوری شد. برای پاسخگویی شرکت‌کنندگان به پرسشنامه‌های پژوهش به سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات دریافت‌شده از آنان محرمانه خواهد ماند و کسانی که مایل نیستند به این سوالات 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 قلم‌کاغذی پاسخ دادند. هم‌چنین برای ممانعت از بروز خطای بینایی هنگام خواندن، پرسشنامه برای سالمندان با سواد به صورت خوانا و درشت تهیه شد و به منظور رعایت کدهای اخلاقی، رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از همه سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش اخذ شد. شایان ذکر است که ابزار تشخیصی مبتنی بر پرسشنامه ممکن است تحت تأثیر اختلال توجه، اختلال حواس و نقص ارتباطی سالمندان باشد و بنابراین لازم است وجود یا نبود اختلال‌های شناختی سالمندان بررسی و از اعتبار پاسخ آن‌ها اطمینان نسبی حاصل شود. بدین منظور از معاینه مختصر وضعیت شناختی<sup>۱</sup>، که ابزاری عملی برای درجه‌بندی شناختی است، استفاده شد؛ ملاک‌های ورود به این پژوهش عبارت بود از: ۱. نمره بالای ۲۲ در آزمون وضعیت روانی؛ ۲. داشتن حداقل ۵۵ سال سن؛ ۳. تحصیلات در حد راهنمایی یا بالاتر؛ ۴. درآمد ماهیانه مالی (حقوق یا مستمری) حداقل برای گذران زندگی. و ملاک خروج نیز علاوه بر نداشتن ملاک‌های ورود، نداشتن تمایل به ادامه همکاری با پژوهشگران و کسب نمره زیر ۲۲ در آزمون وضعیت روانی در نظر گرفته شد. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۶۰/۰۱ سال با انحراف استاندارد ۴/۸ و میانگین درآمد ماهیانه شرکت‌کنندگان ۱/۳۱ میلیون تومان با انحراف استاندارد ۱/۱۹ و حداقل ۹۰۰ هزار تومان تا حداکثر ۳

و با توجه به اینکه اغلب مطالعات مربوط به متغیرهای این پژوهش در غرب انجام شده و فقط معدودی پژوهش با استفاده از نمونه‌های آسیایی از جمله ایران انجام شده، در حالی که این متغیرها در متن فرهنگ و اجتماع و حتی شرایط اقتصادی کشور ایران هیئت متفاوت به خود می‌گیرند، این پژوهش ضروری به نظر می‌رسید و برای بررسی رابطه خودشفقت‌ورزی، بازخورد به دین و اضطراب مرگ به عنوان پیش‌بین‌های بهزیستی روانی در نمونه سالمندان داخل کشور نیاز به چنین پژوهشی احساس می‌شد تا به تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش‌های پیشین کمک کند. از طرفی با توجه به جست‌وجوی پژوهشگران در این پژوهش، به نظر می‌رسد پژوهشی که به‌طور همزمان بهزیستی روانی را بر اساس خودشفقت‌ورزی، بازخورد به دین و اضطراب مرگ بررسی کند انجام نشده است؛ بنابراین هدف در این پژوهش بررسی رابطه خودشفقت‌ورزی، بازخورد به دین و اضطراب مرگ به عنوان پیش‌بینی‌کننده بهزیستی روانی در سالمندان است و در این پژوهش درصد بررسی فرضیه‌های زیر برآمده‌ایم:

خودشفقت‌ورزی بهزیستی روانی را در سالمندان به‌طور مثبت پیش‌بینی می‌کند.

دین‌داری بهزیستی روانی را در سالمندان به‌طور مثبت پیش‌بینی می‌کند.

اضطراب مرگ بهزیستی روانی را در سالمندان به‌طور منفی پیش‌بینی می‌کند.

## روش

این پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی و جامعه آماری آن شامل تمام مردان مرکز نگهداری نیمه‌وقت سالمندان مهرگان (شهید یاری) شهر کرمانشاه، به تعداد حدوداً ۷۰۰ نفر بود؛ که ۳۰۰ نفر از آنان به عنوان نمونه به روش غیرتصادفی داوطلبانه انتخاب شدند. شایان ذکر است که این مرکز تنها مرکز نگهداری نیمه‌وقت سالمندان استان کرمانشاه و دولتی و تحت نظر سازمان بهزیستی استان است. برای اجرای این پژوهش پس از کسب مجوزهای لازم پژوهشگران در سه نوبت با مراجعه به مرکز

میلیون تومان بود. همه شرکت‌کنندگان دین خود را اسلام و مذهب خود را تشیع گزارش کردند.

**آزمون 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 می‌سنجد و برآورد کلی از وضعیت شناختی آزمودنی فراهم می‌کند. این آزمون در معاینات روانی برای تشخیص اختلالات شناختی استفاده می‌شود و پنج محدوده از عملکرد شناختی را آزمایش می‌کند (جهت‌یابی، ثبت، توجه و محاسبه، یادآوری و طراحی). حداکثر نمره آن ۳۰ است و نمره‌های ۲۳ یا پایین‌تر نشان‌دهنده اختلال شناختی است (اختلال شناختی شدید= صفر تا ۱۷، اختلال شناختی خفیف یا متوسط= ۱۸ تا ۲۳، نرمال = ۲۴ تا ۳۰) (مورین، ۱۹۹۹). هنجاریابی معاینه مختصر وضعیت شناختی سالمندان در شهر تهران از روایی رضایت‌بخش برخوردار بود ( $\alpha=0/78$ ) و در نقطه برش ۲۱ حساسیت ۹۰ درصد و ویژگی ۸۴ درصد به دست آمد. همبستگی نمره‌ها با سن و سطح تحصیلات در سطح ۰/۰۵ معنادار بود (فروغان، جعفری، شیرین‌بیان و قائم‌مقام‌فراهانی، ۱۳۸۷).

**مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف<sup>۱</sup>** (۱۹۸۹). فرم کوتاه (۱۸ ماده‌ای) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف را خانجانی، فتح‌آبادی، مظاهری و شکری (۱۳۹۳) اعتباریابی کرده‌اند. فرم اولیه را ریف در سال ۱۹۸۹ طراحی و در سال ۲۰۰۲ در آن تجدید نظر کرده است. این نسخه شامل ۶ عامل است. مجموع نمره‌های این ۶ عامل (استقلال عمل، ارتباط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، رشد شخصی، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود) به‌عنوان نمره کلی بهزیستی روانی محاسبه می‌شود. این مقیاس نوعی ابزار خودگزارش‌دهی است که در یک پیوستار ۶ درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم (یک تا شش) به آن پاسخ داده می‌شود و نمره بالاتر در آن نشان‌دهنده بهزیستی روانی بهتر است. همبستگی فرم کوتاه مقیاس بهزیستی روانی ریف با مقیاس اصلی از ۰/۷ تا ۰/۸۹ نوسان

داشته است (ریف و سینگر، ۲۰۰۶). هم‌چنین ضریب آلفای کرونباخ مقیاس در این پژوهش ۰/۸۹ به دست آمد.

**فرم کوتاه مقیاس خودشفقت‌ورزی<sup>۲</sup>** (ریس، پومیر، نف و ون‌گوچت، ۲۰۱۱). مقیاس ۱۲ ماده‌ای خودشفقت‌ورزی شامل ۶ زیرمقیاس مهربانی‌به‌خود، قضاوت کردن خود، تجارب مشترک انسانی، انزوا، ذهن‌آگاهی و همانندسازی افراطی است که ماده‌های آن در یک طیف لیکرت ۵ رتبه‌ای (هرگز= ۱، تقریباً هرگز= ۲، نظری ندارم= ۳، تقریباً همیشه= ۴ و همیشه= ۵) مرتب شده و حداقل و حداکثر نمره آن ۱۲ تا ۶۰ است. زیرمقیاس‌های مهربانی‌به‌خود و تجارب مشترک انسانی و ذهن‌آگاهی زیرمقیاس مثبت و زیرمقیاس‌های خودقضاوتی، انزوا و همانندسازی افراطی زیرمقیاس منفی است و نمره‌گذاری معکوس نیز دارد. به این ترتیب اگر فردی در زیرمقیاس‌های مثبت نمره بیشتر و در زیرمقیاس‌های منفی نمره کمتر کسب کند به معنای خودشفقت‌ورزی بیشتر است. ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای شش عامل همانندسازی افراطی ۰/۷۷، مهربانی‌به‌خود ۰/۸۳، ذهن‌آگاهی ۰/۹۲، انزوا ۰/۸۸، تجارب مشترک انسانی ۰/۹۱ و قضاوت خود ۰/۸۷ گزارش شده است (شهبازی، رجبی، مقامی و جلوداری، ۱۳۹۴). هم‌چنین آلفای کرونباخ کل مقیاس در این پژوهش ۰/۶۵ به دست آمد.

**مقیاس بازخورد مسلمانان به دین<sup>۳</sup>** (وایلد و جوزف، ۱۹۹۷). این مقیاس ۱۴ ماده‌ای سه زیرمقیاس مناسک اسلامی، بازخورد اسلامی و کمک شخصی دارد که برای سنجش بازخورد مسلمانان به اسلام ساخته شده است و شامل ماده‌هایی است که مشارکت فعالانه در مناسک مهم مسلمانان را می‌سنجد، مانند «نماز را مرتب می‌خوانم» و «کل ماه رمضان را روزه می‌گیرم». ماده‌های دیگر آن به جهان‌بینی مسلمانان مرتبط است (مانند «من فکر می‌کنم قرآن در زندگی مدرن کاربرد دارد»). دسته سوم از ماده‌ها نیز به باور پیامدهای مثبت مسلمان بودن مربوط می‌شود (مانند «اسلام در راه رسیدن به زندگی بهتر به من کمک می‌کند»). نمره کل این مقیاس که بازخورد به دین را می‌سنجد، حاصل جمع این سه بعد است و هر چقدر نمره فرد در آن بیشتر

و روایی آن در ایران نیز بررسی و بر این اساس ضریب اعتبار آن با روش دونیمه کردن  $0/62$  و ضریب همسانی درونی آن  $0/73$  گزارش شده است. برای روایی مقیاس اضطراب مرگ از پرسشنامه نگرانی مرگ و پرسشنامه اضطراب آشکار استفاده شد و ضریب همبستگی مقیاس اضطراب مرگ با هر کدام به ترتیب برابر  $0/40$  و  $0/43$  به دست آمد (رجبی و بحرانی،  $1380$ ). همچنین آلفای کرونباخ این مقیاس در این پژوهش  $0/61$  به دست آمده است.

به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون همبستگی پیرسون و از رگرسیون چندگانه به روش گام‌به‌گام برای پیش‌بینی بهزیستی روانی سالمندان استفاده شد.

### یافته‌ها

میانگین، انحراف استاندارد و نمره کمینه و بیشینه در جدول ۱ آمده است. همچنین توزیع داده‌ها نرمال است، چراکه در حالت کلی چنانچه چولگی و کشیدگی در بازه  $(2, -2)$  نباشند داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار نیستند و با توجه به نتایج جدول ۱ تمامی مقادیر در این بازه قرار می‌گیرند.

باشد نشان می‌دهد که بازخورد او به دین مثبت‌تر است. قربانی، واتسن، قراملکی، موریس و هود ( $2000$ ) روایی و اعتبار این مقیاس را در دانشجویان ایرانی تأیید کردند و روایی درونی آن را در گروهی از دانشجویان دانشگاه تهران با روش آلفای کرونباخ  $0/93$  به دست آوردند. آنان همبستگی این مقیاس را با علاقه‌به‌دین، دین‌داری درونی و دین‌داری برونی به ترتیب برابر با  $0/60$ ،  $0/67$  و  $0/31$  گزارش کردند. همچنین آلفای کرونباخ برای کل مقیاس در این پژوهش  $0/88$  به دست آمد.

**مقیاس اضطراب مرگ تمپلر (تمپلر،  $1970$ )**. این مقیاس ۱۵ ماده‌ای پرکاربردترین مقیاس برای سنجش اضطراب مرگ است. آزمودنی پاسخ خود را به هر ماده با گزینه‌های بلی یا خیر مشخص می‌کند و پاسخ بلی نشان‌دهنده اضطراب فرد است. نمره‌ها از صفر تا ۱۵ متغیر و نمره بالا معرف مقدار زیاد اضطراب مرگ است. بررسی روایی و اعتبار این مقیاس نشان می‌دهد که اعتبار مناسب دارد. در نسخه اصلی ضریب اعتبار بازآزمایی آن  $0/83$  گزارش شده است. روایی همزمان آن بر اساس همبستگی آن با پرسشنامه اضطراب آشکار  $0/27$  و بر اساس همبستگی با پرسشنامه افسردگی  $0/40$  در نسخه اصلی گزارش شده و اعتبار

جدول ۱

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	<u>M</u>	<u>SD</u>	پایین ترین نمره	بالا ترین نمره	کشیدگی	کجی
پذیرش خود	۱۱/۲۲	۴/۲۳	۳	۱۸	-۰/۹۹	-۰/۱۱
هدف‌مندی	۱۱/۹۱	۳/۰۲	۳	۱۸	-۰/۳۴	-۰/۳۰
روابط مثبت بادیگران	۱۱/۰۷	۳/۸۴	۳	۱۸	-۰/۷۶	-۰/۰۳
رشد شخصی	۱۲/۷۶	۳/۴۹	۳	۱۸	-۰/۶۸	-۰/۲۵
استقلال عمل	۱۱/۸۴	۳/۴۴	۴	۱۸	-۰/۶۲	-۰/۱۱
تسلط بر محیط	۱۳/۳۸	۲/۹۸	۴	۱۸	-۰/۳۹	-۰/۴۰
بهزیستی روان‌شناختی	۷۲/۲۰	۱۶/۶۶	۲۳	۱۰۵	-۰/۶۹	-۰/۰۷
مهربانی به خود	۴/۹۹	۱/۷۴	۲	۱۰	-۰/۴۰	-۰/۱۰
خودقضاوتی	۵/۵۹	۲/۲۰	۲	۱۰	-۰/۷۴	-۰/۲۳
تجارب مشترک انسانی	۴/۸۷	۲/۲۴	۲	۱۰	-۰/۶۱	-۰/۵۰
انزوا	۵/۶۷	۲/۲۶	۲	۱۰	-۰/۷۱	-۰/۲۴
ذهن‌آگاهی	۴/۵۴	۲/۴۵	۲	۱۰	-۰/۲۴	-۰/۹۲
هماندسازی افراطی	۵/۷۷	۲/۳۱	۲	۱۰	-۰/۷۴	-۰/۲۰
خودشفقت‌ورزی	۳۱/۴۴	۷/۱۸	۱۶	۴۹	-۰/۶۴	-۰/۰۸
کمک شخصی	۱۸/۶۴	۴/۷۷	۲	۲۴	-۰/۵۴	-۰/۸۹
بازخورد اسلامی	۱۴/۷۷	۴/۰۲	۲	۲۴	-۰/۲۴	-۰/۸۷
مناسک اسلامی	۵/۸۸	۳/۱۴	۰	۱۲	-۰/۷۴	-۰/۰۱
بازخورد دینی	۳۹/۳۰	۱۰/۱۶	۴	۵۵	-۰/۷۹	-۰/۹۲
اضطراب مرگ	۸/۴۶	۲/۶۹	۴	۱۴	-۰/۲۱	-۰/۲۹

به صفر) و انحراف استاندارد نزدیک به یک (۰/۹۹۵) است؛ ۳. نبود هم‌خطی بین متغیرهای مستقل که به منظور بررسی آن از دو آماره تحمل<sup>۱</sup> و عامل تورم واریانس<sup>۲</sup> استفاده شده است. همان‌طور که در جدول ۳ مشهود است مقدار تحمل‌ها نزدیک به یک و مقدار عامل تورم واریانس‌ها کمتر از دو و 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 این پژوهش استفاده کرد.

در جدول ۲ ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش آمده است. بررسی این ضرایب نشان می‌دهد که بهزیستی روانی با دین‌داری و مؤلفه‌های منفی خودشفقت‌ورزی، شامل خودقضاوتی، انزوا و همانندسازی افراطی، رابطه منفی معنادار و با مؤلفه‌های مثبت خودشفقت‌ورزی یعنی مهربانی به خود، تجارب مشترک انسانی و ذهن‌آگاهی، رابطه مثبت معنادار و با اضطراب مرگ نیز رابطه منفی معنادار دارد.

در ادامه به منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش، یعنی بررسی چگونگی پیش‌بینی بهزیستی روانی سالمندان بر اساس دین‌داری، خودشفقت‌ورزی و اضطراب مرگ از آزمون‌های همبستگی گشتاوری پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه گام‌به‌گام استفاده شده است. شایان ذکر است که آزمون رگرسیون چندگانه پیش‌فرض‌هایی دارد که عبارت است از:

۱. مستقل بودن خطاها از یکدیگر، که به منظور بررسی این مفروضه از آزمون دوربین-واتسون استفاده شد و با توجه به منابع معتبر می‌توان گفت که اگر مقدار آماره این آزمون بین ۱/۵ تا ۲ باشد استقلال مشاهدات پذیرفتنی است و می‌توان تحلیل را ادامه داد (تاباچنیک، ۲۰۰۱). مقدار این آماره در این پژوهش برابر با ۱/۹۱۵ است که نشان‌دهنده تأیید استقلال مشاهدات است؛ ۲. خطاها توزیع نرمال با میانگین صفر داشته باشد که این مفروضه نیز در این پژوهش برقرار است و خطاها توزیع نسبتاً نرمال دارد و میانگین خطاها بسیار کوچک (نزدیک

جدول ۲

ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱. بهزیستی روانی	-											
۲. مهربانی به خود	۰/۳۲**	-										
۳. خودقضاوتی	-۰/۳۷**	-۰/۱۷**	-									
۴. تجارب مشترک انسانی	۰/۲۲**	۰/۳۷**	۰/۰۷	-								
۵. انزوا	-۰/۵۹**	-۰/۱۸**	۰/۳۲**	-۰/۰۷	-							
۶. ذهن‌آگاهی	۰/۲۸**	۰/۳۶**	-۰/۱۶**	۰/۴۰**	-۰/۲۰**	-						
۷. همانندسازی افراطی	-۰/۶۹**	-۰/۲۴**	۰/۴۳**	-۰/۰۵	۰/۶۷**	-۰/۱۹**	-					
۸. خودشفقت‌ورزی	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**	-۰/۲۵**	۰/۳۹**	-			
۱۰. بازخورد اسلامی	۰/۴۰**	۰/۲۲**	۰/۱۶**	۰/۲۷**	-۰/۳۱**	۰/۲۲**	-۰/۳۵**	۰/۳۴**	۰/۷۵**	-		
۱۱. مناسک اسلامی	۰/۴۴**	۰/۱۸**	۰/۲۳**	۰/۱۶**	۰/۴۱**	-۰/۰۴	-۰/۴۰**	۰/۳۱**	۰/۴۳**	۰/۴۸**	-	
۱۲. بازخورد دینی	۰/۴۶**	۰/۲۷**	۰/۲۴**	۰/۴۰**	۰/۴۰**	۰/۴۰**	-۰/۳۸**	۰/۳۷**	۰/۹۰**	۰/۸۹**	۰/۷۰**	-
۱۳. اضطراب مرگ	-۰/۲۰**	-۰/۰۸	۰/۰۲	-۰/۰۷	-۰/۰۸	-۰/۰۵	۰/۱۶**	-۰/۰۲	۰/۲۶**	۰/۰۵	۰/۰۴	۰/۲۵**

\*P &lt; ۰/۰۵ \*\*P &lt; ۰/۰۱



جدول ۳

خلاصه تحلیل رگرسیون گام به گام بهزیستی روانی از طریق مؤلفه‌های خودشفقت‌ورزی، دین‌داری و اضطراب مرگ

گام	متغیر	T	F	R <sup>2</sup>	R	B	β	مفروضه هم‌خطی	دوربین-واتسون
								تورم واریانس	تحمل
۱	هماندسازی افراطی	-۱۶/۶۲	۲۷۶/۲۲	۰/۴۸	۰/۶۹	-۰/۶۹	-۴/۹۹	۱	۱
				۰/۵۱	۰/۷۱				
۲	هماندسازی افراطی	-۱۵/۴۴				-۰/۶۴	-۴/۶۵	۰/۹۳۶	۱/۰۶۹
	کمک شخصی	۴/۴۶				۰/۱۸	۰/۶۵۱	۰/۹۳۶	۱/۰۶۹
۳	هماندسازی افراطی	-۱۶/۴۰				-۰/۶۷	-۴/۸۸	۰/۹۰۷	۱/۱۰۳
	کمک شخصی	۴/۷۴				۰/۱۹	۰/۶۷	۰/۹۳۴	۱/۰۷۰
	ذهن‌آگاهی	۴/۳۱				۰/۱۷	۱/۱۷۳	۰/۹۶۲	۱/۰۳۹
۴	هماندسازی افراطی	-۱۰/۴۰				-۰/۵۴	-۳/۹۳	۰/۸۶۹	۱/۲۷۱
	کمک شخصی	۳/۹۹				۰/۱۶	-۰/۵۶	۰/۸۹۸	۱/۱۱۳
	ذهن‌آگاهی	۴/۷۹				۰/۱۸	۱/۳۷	۰/۹۵۲	۱/۰۵۰
	انزوا	-۳/۹۰				-۰/۲۰	-۱/۵۴	۰/۸۹۹	۱/۱۱۲
	هماندسازی افراطی	-۹/۹۸				-۰/۵۲	-۳/۷۶	۰/۸۲۳	۱/۳۳۷
۵	کمک شخصی	۴/۳۶				۰/۱۷	-۰/۶۱	۰/۸۸۹	۱/۱۲۵
	ذهن‌آگاهی	۴/۹۶				۰/۱۹	۱/۳۰	۰/۹۵۱	۱/۰۵۱
	انزوا	-۴/۰۱				-۰/۲۱	-۱/۵۶	۰/۸۱۳	۱/۳۸۱
	اضطراب مرگ	-۳/۱۸				-۰/۱۲	-۰/۷۶	۰/۹۶۲	۱/۰۴۰
	هماندسازی افراطی	-۸/۸۳				-۰/۴۸	-۳/۴۷	۰/۸۱۳	۱/۴۱۲
۶	کمک شخصی	۴/۱۰				۰/۱۶	-۰/۵۷	۰/۸۷۷	۱/۱۴۱
	ذهن‌آگاهی	۵/۲۰				۰/۲۰	۱/۳۶	۰/۹۴۳	۱/۰۶۱
	انزوا	-۴/۰۲				-۰/۲۱	-۱/۵۵	۰/۸۶۶	۱/۱۵۳
	اضطراب مرگ	-۳/۴۲				-۰/۱۳	-۰/۸۱	۰/۹۵۱	۱/۰۵۱
	خودقضاوتی	-۲/۳۱				-۰/۰۹	-۰/۷۴	۰/۸۸۷	۱/۲۸۶
۷	هماندسازی افراطی	-۸/۴۲				-۰/۴۶	-۳/۳۳	۰/۸۶۸	۱/۲۷۳
	کمک شخصی	۳/۰۹				۰/۱۳	-۰/۴۵	۰/۸۸۹	۱/۲۹۹
	ذهن‌آگاهی	۵/۰۵				۰/۱۹۵	۱/۳۲	۰/۹۳۷	۱/۰۶۷
	انزوا	-۳/۶۷				-۰/۱۹۴	-۱/۴۲	۰/۸۹۸	۱/۲۹۷
	اضطراب مرگ	-۳/۳۸				-۰/۱۳	-۰/۸۰	۰/۹۵۱	۱/۰۵۱
	خودقضاوتی	-۲/۲۷				-۰/۰۹۶	-۰/۷۲	۰/۸۷۷	۱/۲۸۶
	مناسک اسلامی	۲/۲۱				۰/۰۹۹	-۰/۵۲	۰/۸۸۹	۱/۳۱۴
			۶۰/۹۹	۰/۵۹	۰/۷۷				۱/۹۱۵

در جدول ۳ خلاصه تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام بهزیستی روانی از طریق مؤلفه‌های خودشفقت‌ورزی، دین‌داری و اضطراب مرگ نشان داده شده است. در این جدول مقادیر آماره  $F$  و  $t$ ، ضریب همبستگی  $R$  و ضریب تعیین  $R^2$  برای معناداری مدل‌های رگرسیونی به همراه مقادیر ضریب رگرسیونی غیراستاندارد  $B$  و ضریب رگرسیونی استاندارد شده  $\beta$  برای هر یک از متغیرهای مدل نشان داده شده است. طبق این جدول مقدار آماره  $F$  در گام اول ۲۷۶/۲۲، در گام دوم ۱۵۶/۸۶، در گام سوم ۱۱۶/۹۸، در گام چهارم ۹۵/۷۶، در گام پنجم ۸۱/۰۱، در گام ششم ۶۹/۴۰ و در گام هفتم ۶۰/۹۹ به دست آمده است، که همگی معنادار است. در واقع مدل کلی رگرسیون در هر هفت گام معنادار است. همچنین ضریب تبیین در گام اول ۰/۴۸، در گام دوم ۰/۵۱، در گام سوم ۰/۵۴، در گام چهارم ۰/۵۶، در گام پنجم ۰/۵۷، در گام ششم ۰/۵۸ و در گام هفتم ۰/۵۹ محاسبه شده است. همچنین از جدول ۳ مشخص است که در اولین گام همانندسازی افراطی بر اساس بیشترین همبستگی با بهزیستی روانی وارد شده و ضریب معنادار منفی دارد. در دومین گام کمک شخصی نیز به متغیر اول اضافه شده و تأثیر معنادار برای آن به دست آمده و از سومین گام تا هفتمین گام به ترتیب ذهن‌آگاهی، انزوا، اضطراب مرگ، خودقضاوتی و مناسک اسلامی به متغیرهای گام قبل از خود اضافه شده و تماماً اثر معنادار داشته است. بر اساس این یافته‌ها می‌توان گفت هر سه فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

## بحث

هدف این پژوهش بررسی رابطه خودشفقت‌ورزی، دین‌داری و اضطراب مرگ با بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان و نتایج پژوهش حاکی از آن بود که بهزیستی روانی با خودشفقت‌ورزی و دین‌داری رابطه مثبت و با اضطراب مرگ رابطه منفی دارد؛ بنابراین فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های هومن (۲۰۱۶)، امتیاز (۲۰۱۶)، فیلیپس و فرگوسن (۲۰۱۲)، آلن و لیری (۲۰۱۳) و آلن و دیگران (۲۰۱۲) هماهنگ است. در همه این پژوهش‌ها سطوح بالای خودشفقت‌ورزی پیش‌بینی‌کننده سطوح بالاتر بهزیستی است. در تبیین این یافته

می‌توان گفت سالمندان در اواخر عمر با چالش‌های متعدد زندگی مواجه‌اند و امکان دارد اتخاذ بازخورد خودشفقت‌ورزانه سبب حل‌وفصل مطلوب این چالش‌ها شود. برای مثال شناخت محدودیت‌های افزایش‌یافته متأثر از کهولت سن ممکن است بر احساسات مثبت به خود (خودکفایی) و حس استقلال خود (خودمختاری) تأثیر منفی بگذارد. با این حال خودشفقت‌ورزی باعث درک مناسب و آسودگی خاطر در مواجهه با کمبودهای احساس شده می‌شود و به فرد کمک می‌کند تغییرات جسمی یا اجتماعی را بدون ناتوان دانستن خود یا احساس رهاشدگی بپذیرد. افراد خودشفقت‌ورز سالمندی و تغییرات همراه آن را بخشی از تجارب مشترک انسانی می‌دانند و این شناخت به آنان کمک می‌کند در دوره سالمندی با موفقیت احساس پیوستگی با دیگران (ارتباطات مثبت با دیگران) و تلاش برای یافتن معنا در تغییرات مربوط به سن (هدف در زندگی) و پیگیری فعالیت‌های مرتبط با رشد (رشد شخصی) را به دست آورند، همچنین طبیعی است که سالمندان با خطر شکست در حوزه‌های عاطفی، جسمی و شناختی مواجه هستند، اما بازخورد خودشفقت‌ورزانه باعث می‌شود امکان تجربه شکست را بدون احساس شرم و خودقضاوتی داشته باشند و در نهایت احتمال دارد خودشفقت‌ورزی به عنوان ضربه‌گیر در مقابل تأثیر روانی مشکلات سلامت عمل کند (هومن، ۲۰۱۶). همچنین خودشفقت‌ورزی به عنوان ابزار کارا در عمل به وظایف تحولی در اواخر زندگی کمک می‌کند. بازخورد خودشفقت‌ورزانه باعث می‌شود فرد در مواجهه با چالش‌ها و تغییرات ناخوشایند سالمندی، که ممکن است شامل از دست دادن عزیزان و کاهش سلامت و عملکرد باشد، به جای پاسخ دادن به این تغییرات ناخوشایند زندگی با خشم و انتقاد از خود و نگرانی با برخورداری از مهربانی به خود و در نظر گرفتن شرایط خود به عنوان بخشی از تجربه مشترک انسانی و حفظ دیدگاه عینی در مورد احساسات منفی، با چالش‌های سالمندی به‌خوبی مقابله کند (نف، ۲۰۰۳)، بنابراین موجب افزایش بهزیستی فرد می‌شود.

از دیگر یافته‌های پژوهش رابطه مثبت انزوا و مناسک اسلامی است که در تبیین آن می‌توان گفت افراد سالخورده بر اثر تغییرات بیولوژیکی (سختی در رفت‌وآمد)، کهولت سن

در پایان هر روز به محاسبه کارهای خویش بپردازد و عملکرد خود را در زمینه خوبی‌ها و بدی‌ها، اطاعت و عصیان، خداپرستی و هواپرستی دقیقاً محاسبه و قضاوت کند. روشن است محاسبه چه در امر دین باشد چه دنیا یکی از دو فایده مهم را دارد: یا دلیل بر صحت عمل و درستی راه و لزوم تعقیب آن است یا دلیل بر وجود بحران و خطر است که باید هرچه زودتر برای اصلاح آن وضع کوشید. با این وصف می‌توان خودقضاوتی را در بازخورد اسلامی معادل محاسبه نفس دانست. البته به دلیل آنکه افراد سالمند فکر می‌کنند به پایان عمر خود نزدیک شده‌اند، اگر در بررسی خود متوجه شوند اشتباهی مرتکب شده‌اند که جبران‌ناپذیر است یا جبران آن به‌سختی ممکن است و زمان بر است ممکن است بهزیستی روانی آن‌ها را کاهش دهد و اگر فرد در این بررسی و خودقضاوتی متوجه شود که در مسیر بندگی قرار دارد با کاهش احساس گناه به افزایش بهزیستی روانی کمک می‌کند. البته باید توجه کرد که خودقضاوتی بعد منفی در نظریه خودشفقت‌ورزی نف (۲۰۰۳) است و رابطه منفی با خودشفقت‌ورزی دارد و موجب کاهش بهزیستی روانی می‌شود، اما در یافته‌های این پژوهش همان‌طور که گفته شد این رابطه با توجه به میزان دین‌داری فرد و محاسبه‌ای که در نگرش و دیدگاه اسلامی او مورد تأکید است تغییر می‌کند.

فرضیه دوم نیز با توجه به نتایج پژوهش تأیید شد، بنابراین یافته دیگر این پژوهش رابطه مثبت دین‌داری و بهزیستی روانی را نشان می‌دهد. این یافته با نتایج پژوهش‌های تیواری و دیگران (۲۰۱۶) و آی‌ویتزان و دیگران (۲۰۱۳) همسوست، اما با نتایج پژوهش بران و تیرنی (۲۰۰۹) که نشان دادند بین دین‌داری و بهزیستی رابطه منفی وجود دارد و همچنین با نتایج پژوهش‌های فرانسیس و دیگران (۲۰۱۲) و هولدر و دیگران (۲۰۱۰) که نشان دادند ارتباطی بین دین‌داری و بهزیستی وجود ندارد، همخوانی نداشت. در مورد چرایی این یافته‌های متناقض می‌توان گفت احتمالاً یکی از علل این گوناگونی این است که از طرفی دین رابطه یکسان با همه ابعاد سلامت روان و بهزیستی ندارد و از طرف دیگر همه جنبه‌های دین‌داری رابطه یکسان با یک جنبه خاص از سلامت روانی و بهزیستی ندارد (کوئینگ، ۲۰۰۹) یعنی احتمال دارد جنبه خاصی از دین‌داری

(استفاده مدام از سرویس‌های بهداشتی و مشکل در طهارت گرفتن) و کاهش توانایی‌های شناختی (نداشتن تمرکز حواس در محل‌های شلوغ و پرجمعیت) مانند جوانی و میانسالی قادر به پردازش شناختی مناسب در محیط‌های نسبتاً شلوغ برای انجام فعالیت‌های روزمره خود از جمله مناسک اسلامی نیستند. بنابراین ترجیح می‌دهند مناسک دینی را در تنهایی و در منزل به جا بیاورند و این امر ممکن است به انزوای آن‌ها منجر شود. همچنین در این سنین فرد سالمند با توجه به مرور زندگی و محاسبه نفس خود متوجه می‌شود برخی مناسک اسلامی مانند روزه و بعضی نمازهای او در دوره جوانی یا میانسالی قضا شده است. بنابراین برای کاهش احساس گناه خود و همچنین کاهش اضطراب مرگ خود به انجام مناسک اسلامی قضا شده می‌پردازد، که لازمه پرداختن به این امر خلوت شخص است که ممکن است به انزوای او منجر شود. از طرفی برای افراد سالمند، به دلیل کاهش وظایف اجتماعی، انزوا و تنهایی ممکن می‌شود و در این خلوت می‌توانند ارتباطی پرنشاط و مؤثر و بی‌ریا، دور از چشم دیگران با خداوند ایجاد کنند و از روی عشق و محبت به او روی آورند، زیرا پروردگار از هر مهربانی با انسان مهربان‌تر است و از این طریق با خودشفقت‌ورزی به بهزیستی روانی بیشتر دست یابند. در این صورت این انزوا به معنای خلوتی است که در دین اسلام بزرگان دین بر آن تأکید کرده‌اند و تأثیر مثبت بر بهزیستی روانی دارد. گرچه انزوا در نظریه خودشفقت‌ورزی نف (۲۰۰۳) زیرمقیاس منفی است و تأثیر منفی بر خودشفقت‌ورزی و بهزیستی روانی دارد، می‌توان گفت اگر این انزوا با مناسک اسلامی همراه شود در افزایش خودشفقت‌ورزی و بهزیستی روانی مؤثر است، به این صورت که تأثیر منفی انزوا را بر کاهش خودشفقت‌ورزی و بهزیستی روانی تاحدی کاهش می‌دهد و از این طریق به بهزیستی بیشتری منجر می‌شود.

از دیگر یافته‌ها رابطه مثبت خودقضاوتی با بازخورد دینی است. در تبیین این رابطه می‌توان گفت در آموزه‌های دین اسلام بارها بر این امر تأکید شده که فرد به محاسبه نفس خود بپردازد و خویشتن را از زشتی‌ها باز دارد. در روایات اسلامی مسئله محاسبه نفس از این هم گسترده‌تر و واضح‌تر مطرح شده و منظور این است که هرکس در پایان هر سال یا ماه و هفته یا

فقط برای جنبه خاصی از سلامت روانی مفید باشد و همان جنبه در بعد دیگری از سلامت روانی و بهزیستی فرد بی‌تأثیر باشد یا حتی امکان دارد اثر منفی داشته باشد (کراس و هود، ۲۰۱۳). در تبیین یافته حاصل از تأیید فرضیه دوم می‌توان گفت اعتقادات مذهبی و معنوی بر نحوه برخورد سالمندان با بیماری خود و چگونگی پیدا کردن راه‌هایی برای مقابله با آن و پیدا کردن معنای بیماری تأثیر می‌گذارد. همچنین تجربیات و باورهای مذهبی مانند درخواست کمک از خدا یا داشتن چشم امید به خدا، منابع انعطاف‌پذیری فرد را گسترش می‌دهد و با بهبود در نتایج مراقبت‌های بهداشتی همراه است (پارگمنت و دیگران، ۱۹۹۰). دستورات دین (در اینجا دین اسلام) حاوی آموزه‌های مربوط به رفتار، بازخوردها و روابط شخصی است که فرد را در انجام امور روزمره هدایت می‌کند. آموزه‌هایی که به مسائل عمومی جامعه مربوط است و اگر به درستی اعمال شود، به دستیابی به اهداف کلی مانند آزادی، عدالت و بهبود شرایط اقتصادی منجر می‌شود. همه این تعالیم کمک می‌کند یک فرد متعادل، با سطح عاطفی مناسب و موفق شکل بگیرد، فردی که توانایی تصمیم‌گیری بهتر و تحقق دستاوردهای بیشتری را در زندگی دارد. چنین فردی بهزیستی بهتری هم دارد و در نتیجه دارای وضعیت عاطفی بهتر و وضعیت فیزیکی سالم‌تر است (آدر، ۱۹۹۳؛ ابراهیم، ۱۹۹۳)؛ بنابراین دین از طریق تشویق احساسات مثبت و کمک به فرایند مقابله و همچنین پرورش دادن تاب‌آوری و امیدواری و ایجاد چشم‌انداز خوش‌بینانه موجب افزایش بهزیستی می‌شود (سالیفویاندروک و سامهلبا، ۲۰۱۷) البته باید خاطر نشان کرد که بیماران بعضی اوقات بر اساس باورهای مذهبی از درمان پزشکی خودداری می‌کنند که این امر ممکن است مانع درمان فرد شود و بهزیستی او را به خطر بیندازد (پارگمنت و دیگران، ۱۹۹۸).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که اضطراب مرگ با بهزیستی روانی رابطه منفی معنادار دارد و بنابراین فرضیه سوم پژوهش نیز تأیید شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های مکینزی و دیگران (۲۰۱۷) و سلیمانی و دیگران (۲۰۱۶) همسوست، اما با نتایج پژوهش یوری و کیلبورن (۲۰۰۸)، خاکی و دیگران (۱۳۹۶) و شفایی و دیگران (۱۳۹۵) همخوانی ندارد. در تبیین

این یافته می‌توان گفت، همان‌طور که نظریه مدیریت ترس بیان می‌کند، آگاهی از مرگ موجب اضطراب شدید و در نتیجه سبب افت عملکرد روانی سازگارانه می‌شود و مشکلات روانی را در پی دارد. همچنین اضطراب مرگ با انگیزه تحولی برای بقا در تضاد قرار دارد. بنابراین به صورت منفی بر بهزیستی تأثیر می‌گذارد (سالمن و دیگران، ۱۹۹۱). این نظریه نیز اشاره می‌کند که افراد به‌رغم داشتن آگاهی به مرگ می‌توانند آرامش نسبی داشته باشند و از این طریق به بهزیستی بیشتر دست یابند (راتلیدج و دیگران، ۲۰۱۰). در این راستا نظریه روانی-اجتماعی اریکسون نظام مفهومی پر قدرتی برای بررسی اضطراب مرگ و درک این رابطه فراهم می‌کند. این نظریه بر مفهوم خود و تحولات خود متمرکز است. آخرین مرحله رشدی همان یکپارچگی خود در برابر ناامیدی است. یکپارچگی خود به عنوان سپری محافظ در برابر اضطراب مرگ عمل می‌کند (تامر، ۱۹۹۲)؛ اما افرادی که توانایی مهار اضطراب خود را ندارند، یعنی سالمندانی که فکر می‌کنند زندگی خود را هدر داده‌اند و خوب زندگی نکرده‌اند و از گذشته خود و دستاوردهای خود ناراضی‌اند، ناامید می‌شوند. در نتیجه آگاهی از مرگ در آن‌ها سبب افزایش اضطراب مرگ و در نتیجه کاهش بهزیستی می‌شود (مکینزی و دیگران، ۲۰۱۷). از دیگر یافته‌های این پژوهش همبستگی مثبت بازخورد دینی با اضطراب مرگ است. در تبیین این یافته می‌توان گفت اگرچه دین ما را از استمرار زندگی پس از مرگ مطمئن می‌کند، غالباً با مرگ به‌عنوان همبسته شر روبه‌رو می‌شود. دین از طریق مرگ است که امید، گناه و ترس به وجود می‌آورد. افراد متدین ممکن است بر اثر گناهان واقعی یا خیالی دچار نگرانی یا احساس گناه بشوند و از عقوبت در زندگی دنیوی یا زندگی پس‌ازمرگ بیمناک باشند (آقابابائی، ۱۳۹۴). در مورد اضطراب، دین شمشیر دولبه است که در برخی شرایط آن را افزایش می‌دهد و در برخی دیگر از آن می‌کاهد (کوئینگ، ۲۰۰۵/۱۳۹۴). انسان مؤمن گرچه از مرگ به معنای «نیست شدن» ترس و اضطراب کمتر خواهد داشت، از مرگ به معنای دروازه ورود به جایی که با لذت ابدی (در بهشت برین) یا رنج غیرقابل توصیف (درک‌های جهنم) همراه است نگران می‌شود و همین دل‌نگرانی او را وامی‌دارد زندگی‌اش را مطابق آموزه‌های اسلامی پیش ببرد.

به اینکه خودشفقت‌ورزی مفهوم جدیدی در روان‌شناسی است، می‌توان در کنار اهمیت به دین‌داری فرد در بافت فرهنگی و دینی جامعه و کشور و در کنار اهمیت به راهبردهای کاهش اضطراب مرگ از این سازه نسبتاً جدید و کاربردی در ایجاد بهزیستی سالمندان بهره گرفت.

هم‌چنین باید اشاره کرد که این پژوهش چندین محدودیت داشته است. اولین محدودیت حجم بالای پرسشنامه‌ها برای سالمندان است که ممکن است موجب خستگی جسمانی و روانی آنان شود و به تبع آن بر نتایج تأثیر بگذارد. دومین محدودیت طبیعی روش خودگزارش‌دهی این است که خصوصاً در حوزه متغیرهایی مانند دین‌داری با توجه به فرهنگ و عرف جامعه معمولاً تمایل افراد به این است که خود را بهتر و دین‌دارتر نمایش دهند. با توجه به محدودیت اول، پیشنهاد می‌شود استفاده از پرسشنامه‌های فرم کوتاه برای پژوهش‌های سالمندان در اولویت قرار گیرد. هم‌چنین با توجه به محدودیت دوم می‌توان گفت برای پرداختن به فرایندهای پویای مرتبط با دین، پژوهشگران باید افراد را در گذر زمان و در بافت‌های متعدد بررسی کنند؛ هم‌چنین پیشنهاد می‌شود این پژوهش در جامعه زنان سالمند نیز اجرا شود تا بتوان ضمن مقایسه نتایج به تعمیم‌پذیری نتایج نیز کمک کرد.

### تشکر و قدردانی

در پایان نویسندگان از اداره کل بهزیستی استان کرمانشاه، کارکنان محترم مرکز نگهداری نیمه‌وقت سالمندان مهرگان (شهید یاری) شهر کرمانشاه به‌خصوص سالمندان عزیز تشکر می‌کنند که با صبر و صداقت ما را در به ثمر رساندن این پژوهش یاری کردند.

### منابع

آقابابائی، ن. و بلچنیو، آ. (۱۳۹۳). رابطه میان مدل شخصیتی هگزاکو، دین‌داری و بهزیستی فاعلی در دانشجویان ایرانی و لهستانی. *روان‌شناسی معاصر*، ۹(۱)، ۲۸-۱۷.

آقابابائی، ن.، سهرابی، ف.، اسکندری، ح.، برجلی، ا. و فرخی، ن. (۱۳۹۵). تدوین مدل علی بهزیستی ذهنی بر پایه جهت‌گیری دین با

اسلام نیز از همین نگرانی استفاده می‌کند تا او را برای انجام اعمال صالحه بیشتر برانگیزاند (آقابابائی، ۱۳۹۴). در نتیجه اولاً داشتن مقداری اضطراب مرگ در همگان طبیعی است، همچنان که در نظریه منحنی‌شکلی در رابطه دین و اضطراب مرگ ادعا شده است (الیس و وهاب، ۲۰۱۳). ثانیاً نوعی اضطراب مرگ (اضطراب از پیامد رفتارهای این‌جهانی برای زندگی آن‌جهانی) ممکن است سازگارانه باشد. به این معنا که انسان را وامی‌دارد به‌گونه‌ای زندگی کند که از پیامدهای ناگوار زندگی پس‌ازمرگ در امان بماند (آقابابائی، ۱۳۹۴). این یافته نظریه بیم مرگ را هم تأیید می‌کند. در نظریه یادشده رابطه دین با اضطراب مرگ مثبت پیش‌بینی شده است. اما این یافته نظریه مدیریت وحشت را تأیید نمی‌کند. در این دو نظریه رابطه دین و اضطراب مرگ وارونه پیش‌بینی شده است. هم‌چنین شایان ذکر است که اگرچه پژوهش‌های زیادی درباره رابطه دین‌داری و اضطراب مرگ انجام شده، بررسی نمونه‌های مسلمان اندک بوده و اغلب پژوهش‌های اضطراب مرگ در جوامع غربی و غیراسلامی انجام شده و یافته‌های آن پژوهش‌ها را نمی‌توان به جوامع اسلامی و شرقی تعمیم داد. به‌علاوه شواهدی، هرچند اندک، در دست است که نشان می‌دهد اضطراب مرگ در میان مسلمانان متفاوت با مسیحیان و افراد بی‌دین است. مثلاً پژوهش موریس<sup>۱</sup> و مکادی<sup>۲</sup> (۲۰۰۹ نقل از الیس و وهاب، ۲۰۱۳) شامل سه نمونه مسلمان، مسیحی و بی‌دین نشان داد سطح اضطراب مرگ در گروه مسیحی کمتر از گروه بی‌دین بود، اما اضطراب مرگ گروه مسلمان بیش از گروه بی‌دین، این یافته هم‌گویای آن است که نتایج بررسی پیروان یک دین را به ادیان دیگر نمی‌توان تعمیم داد.

به‌طورکلی نتایج این پژوهش نشان داد که بین بهزیستی روانی در سالمندان با خودشفقت‌ورزی و دین‌داری رابطه مثبت معنادار و با اضطراب مرگ رابطه منفی معنادار وجود دارد و می‌توان بر این اساس بهزیستی روانی سالمندان را پیش‌بینی کرد. هم‌چنین با توجه به نتایج این پژوهش متغیر خودشفقت‌ورزی تأثیری بیشتر از دین‌داری و دین‌داری تأثیری بیشتر از اضطراب مرگ بر بهزیستی روانی دارد؛ بنابراین با توجه

- Brown, P. H., & Tierney, B. (2009). Religion and subjective well-being among the elderly in China. *The Journal of Socio-Economics*, 38(2), 310-319.
- 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.
- Dickstein, L. S. (1972). Death concern: Measurement and correlates. *Psychological Reports*, 30(2), 563-571.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276.
- Ebrahim, A. F. M. (1993). *Biomedical Issues: Islamic Perspectives*. Kuala Lumpur: A.S.
- Ellis, L., & Wahab, E. A. (2013). Religiosity and fear of death: A theory-oriented review of the empirical literature. *Review of Religious Research*, 55(1), 149-189.
- Francis, L. J., Elken, A., & Robbins, M. (2012). The affective dimension of religion and personal happiness among students in Estonia. *Journal of Research on Christian Education*, 21(1), 84-90.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., Ghramaleki, A. F., Morris, R. J., & Hood Jr, R. W. (2000). Muslim attitudes towards religion scale: Factors, validity and complexity of relationships with mental health in Iran. *Mental Health, Religion & Culture*, 3(2), 125-132.
- Holder, M. D., Coleman, B., & Wallace, J. M. (2010). Spirituality, religiousness, and happiness in children aged 8-12 years. *Journal of Happiness Studies*, 11(2), 131-150.
- 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.
- Ivtzan, I., Chan, C. P., Gardner, H. E., & Prashar, K. (2013). Linking religion and spirituality with واسطه‌گری امیدواری، اضطراب مرگ و معنای زندگی. *پژوهش‌نامه روان‌شناسی اسلامی*، ۱(۲)، ۶۰-۳۲.
- آقابابائی، ن. (۱۳۹۴). تدوین مدل علی بهزیستی ذهنی بر پایه جهت‌گیری دین با واسطه‌گری امیدواری، اضطراب مرگ و معنای زندگی در دانشجویان. پایان‌نامه دکترای تخصصی. دانشگاه علامه طباطبائی. دانشکده علوم انسانی.
- خاکی، س.، خالصی، ز.، فرج زاده، م.، دالوند، س.، مسلمی، ب. و قانع‌قشلاقی، ر. (۱۳۹۶). ارتباط بین افسردگی و اضطراب مرگ با کیفیت زندگی در زندگی سالمندان. *مجله حیات*، ۲۳(۲)، ۱۶۱-۱۵۲.
- خانجانی، م.، شهیدی، ش.، فتح‌آبادی، ج.، مظاهری، م. و شکری، ا. (۱۳۹۳). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه (۱۸ سؤالی) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف در دانشجویان دختر و پسر. *مجله اندیشه و رفتار*، ۸(۳۲)، ۳۶-۲۷.
- رجبی، غ. و بحرانی، م. (۱۳۸۰). تحلیل عاملی سؤال‌های مقیاس اضطراب مرگ. *مجله روان‌شناسی*، ۵(۴)، ۳۴۴-۳۳۱.
- شفایی، م.، پیامی، م.، امینی، ک. و پهلوان‌شریف، س. (۱۳۹۵). بررسی ارتباط بین اضطراب مرگ و کیفیت زندگی در بیماران تحت درمان با همودیالیز. *مجله حیات*، ۲۲(۴)، ۳۳۸-۳۲۵.
- شهبازی، م.، رجبی، غ.، مقامی، ا. و جلوداری، آ. (۱۳۹۴). ساختار عاملی تأییدی نسخه فارسی مقیاس درجه‌بندی تجدیدنظر شده شفقت خود در گروهی از زندانیان. *فصلنامه علمی-پژوهشی روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۱۹(۶)، ۴۶-۳۱.
- فروغان، م.، جعفری، ز.، شیرین‌بیان، پ. و قائم‌مقام‌فراهانی، ض. (۱۳۸۷). هنجاریابی معاینه مختصر وضعیت شناختی سالمندان شهر تهران. *تازه‌های علوم شناختی*، ۳۸(۱۰)، ۳۷-۲۹.
- کوئینگ، ه. (۲۰۰۵). *ایمان و سلامت روان (منابع مذهبی جهت شفا جستن)*. ترجمه ن. طهماسبی‌پور و م. شعبانی تهران: آوای نور (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۱۳۹۴).
- Abdel-Khalek, A. M. (2007). Love of life and death distress: Two separate factors. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 55(4), 267-278.
- 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.
- Athar, S. (1993). *Islamic perspective in medicine*. Indianapolis7 American Trust Publications.

- positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 908-916.
- Neff, K., & Germer, C. (2004). *Self-compassion and psychological well-being*. In The Oxford Handbook of Compassion Science.
- Neimeyer, R. A. (1994). *Death Anxiety Handbook*. Washington D. C.: Taylor and Francis.
- Neimeyer, R. A. (2005). From death anxiety to meaning making at the end of life: Recommendations for psychological assessment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(3), 354-357.
- Neimeyer, R. A., & Moore, M. K. (1994). Validity and reliability of the Multidimensional Fear of Death Scale. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Series in death education, aging, and health care. Death anxiety Handbook: Research, instrumentation, and application* (pp. 103-119). Philadelphia, PA, US: Taylor & Francis.
- Pargament, K. I., Ensing, D. S., Falgout, K., Olsen, H., Reilly, B., Van Haitsma, K., & Warren, R. (1990). God help me: (I): Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. *American Journal of Community Psychology*, 18(6), 793-824.
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(4) 710-724.
- Phillips, W. J., & Ferguson, S. J. (2012). Self-compassion: A resource for positive aging. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(4), 529-539.
- 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(3), 250-255.
- Routledge, C., Ostafin, B., Juhl, J., Sedikides, C., Cathey, C., & Liao, J. (2010). Adjusting to death: the effects of mortality salience and self-esteem on psychological well-being, growth motivation, and maladaptive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(6), 897.
- psychological well-being: Examining self-actualisation, meaning in life, and personal growth initiative. *Journal of Religion and Health*, 52(3), 915-929.
- Jafari, F. (2016). The role of Perception of God and Attitude to Death in Psychological Well-being of students. *International Journal of Humanities and Cultural Studies 1* (1), 2356-5926.
- Kamp Dush, C. M., Taylor, M. G., & Kroeger, R. A. (2008). Marital happiness and psychological well-being across the life course. *Family Relations*, 57(2), 211-226.
- Keyes, C. L., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007.
- Koenig, H. G. (2009). *Faith and mental health: Religious resources for healing*. Templeton Foundation Press.
- Krauss, S. W., & Hood Jr, R. W. (2013). *A new approach to religious orientation: The commitment-reflectivity circumplex*. Amsterdam: Rodopi.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Batts Allen, A., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 887.
- Maureen, M. (1999). Mini-mental state examination. *Galter Health science's library. Last updated: June, 6.*
- McKenzie, E. L., Brown, P. M., Mak, A. S., & Chamberlain, P. (2017). 'Old and ill': Death anxiety and coping strategies influencing health professionals' well-being and dementia care. *Aging & Mental Health*, 21(6), 634-641.
- Nations, U. (2013). World population ageing. *Department of Economic and Social Affairs PD.*
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101.
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to

- Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*, 385(9968), 640-648.
- Tabachnick, B. G. (2001). Clearing Up Your Act: Screening Data Prior to Analysis, Tabachnick, BG & Fidell, LS (eds), Using Multivariate Statistics.
- Taghiabadi, M., Kavosi, A., Mirhafez, S. R., Keshvari, M., & Mehrabi, T. (2017). The association between death anxiety with spiritual experiences and life satisfaction in elderly people. *Electronic Physician*, 9(3), 3980.
- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of General Psychology*, 82(2), 165-177.
- Tiwari, S., Singh, R., & Chand, H. (2016). Spirituality and Psychological Wellbeing of Elderly of Uttarakhand: A Comparative Study Across Residential Status. *Journal of Psychology*, 7(2), 112-118..
- Tomer, A. (1992). Death anxiety in adult life-theoretical perspectives. *Death Studies*, 16(6), 475-506.
- Urien, B., & Kilbourne, W. (2008). *On the role of materialism in the relationship between death anxiety and quality of life*. ACR North American Advances.
- Werner, P., & Carmel, S. (2001). Life-sustaining treatment decisions: Health care social workers' attitudes and their correlates. *Journal of Gerontological Social Work*, 34(4), 83-97.
- Wilde, A., & Joseph, S. (1997). Religiosity and personality in a Moslem context. *Personality and Individual Differences*, 23(5), 899-900.
- Yeung, D. Y. (2015). Aging and Psychological Well-Being. *Encyclopedia of Geropsychology*, 1-6.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166.
- 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.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2006). Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social Science Research*, 35(4), 1103-1119.
- Salifu Yendork, J., & Somhlaba, N. Z. (2017). "I am happy because of God": Religion and spirituality for well-being in Ghanaian orphanage-placed children. *Psychology of Religion and Spirituality*, 9(S1), S32.
- Siedlecki, K. L., Salthouse, T. A., Oishi, S., & Jeswani, S. (2014). The relationship between social support and subjective well-being across age. *Social Indicators Research*, 117(2), 561-576.
- Soleimani, M. A., Lehto, R. H., Negarandeh, R., Bahrami, N., & Nia, H. S. (2016). Relationships between death anxiety and quality of life in Iranian patients with cancer. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 3(2), 183.
- Solomon, S., Greenberg, J., & Pyszczynski, T. (1991). A terror management theory of social behavior: The psychological functions of self-esteem and cultural worldviews. *Advances in Experimental Social Psychology*, 24, 93-159.
- Steptoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2015).