

Prediction of psychological well-being based on attitude toward religion and death anxiety in the elderly men of Kermanshah's part-time elderly care center

Payam Varaee^{1*} , Khodamorad Momeni¹, Asie Moradi¹

1- Department of Psychology, Faculty of social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran.

*Correspondence should be addressed to Mr. Payam varaee; Email: varaee.payam@stu.razi.ac.ir

Article Info

Received: Des 16, 2017

Received in revised form:

Feb 14, 2018

Accepted: Mar 3, 2018

Available Online: Mar 21, 2018

Keywords:

Attitude toward religion

Death anxiety

Elderly

Psychological well-being

Abstract

Background and Objective: Considering the vital importance of the elderly's well-being and the rapid growth of their populations, studying the role of various variables in the well-being of the elderly is necessary; therefore, the present study was conducted with the aim of investigating the relationship between psychological well-being and religiosity and death anxiety in the elderly.

Method: This research adopted a descriptive, correlational design. The statistical population of this study consisted of all elderly men in Kermanshah's part-time elderly care centers comprising 700 people in total. Out of this population, 200 individuals were selected by simple random sampling. The research instruments were Psychological Well-Being Questionnaire (Ryff, 1989), Muslim Attitudes toward Religion (Wilde and Joseph, 1997), and Death Anxiety Inventory (Templer, 1970). Entry criteria included: 1) a score of 22 at the cognitive state test, 2) a minimum age of 60 years, 3) a minimum of junior high school education, 4) enough monthly earnings. People who did not have these conditions were excluded. Pearson correlation coefficient and stepwise multiple regression were used for data analysis. All ethical issues were observed in the study and the researchers declared no conflict of interests.

Results: The findings showed that there was a significant, positive relationship between psychological well-being and religiosity ($r=0.39$, $P<0.001$) and a measurable, negative association between psychological well-being and death anxiety ($r=-0.19$, $P<0.001$). The results of stepwise regression analysis also showed that Islamic attitude, death anxiety, and Islamic rituals can significantly predict 22% of psychological well-being in elderly people ($P<0.001$).

Conclusion: Overall, psychological well-being can be increased in the elderly through increasing attention to the role of religiosity in life and the application of strategies that reduce the anxiety of death.

Please cite this article as: Varaee P, Momeni Kh, Moradi A. Prediction of psychological well-being based on attitude toward religion and death anxiety in the elderly men of Kermanshah's part-time elderly care center. *J Res Relig Health*. 2018; 4(2): 54- 68.

Summary

Background and Objective: The population of elderly in Iran is growing quickly (1). This growing population faces mental needs, the most important of which is psychological well-being. Seniors with a high psychological well-being will be able to overcome the difficulties and challenges they encounter in this period of their lives (2, 3).

Religiosity is one of the main parts of individuals' lives that can influence their psychological well-being (4, 5). Death anxiety is also one of the most important existential challenges of the elderly (6). Therefore, death anxiety can affect seniors' psychological well-being. In the domain of the role of religion on well-being, and also the relationship between death anxiety and well-being, contradictions exist in the available literature. Therefore, the present study aimed to investigate the relationship between seniors' religiosity

and death anxiety, on the one hand, and psychological well-being, on the other hand.

Method: This research adopted a descriptive, correlational design. The statistical population of this study consisted of all elderly men in Kermanshah's part-time elderly care centers comprising 700 people in total. Out of this population, 200 individuals were selected by simple random sampling. Entry criteria included: (1) a score of 22 at the cognitive state test, (2) a minimum age of 60 years, (3) a minimum of junior high school education, (4) enough monthly earnings. People who did not have these conditions were excluded. Pearson correlation coefficient and stepwise multiple regression were used for data analysis.

The following instruments were used for data collection:

Mini-Mental State Examination: This questionnaire is used in psychological examinations for detecting cognitive impairment. The maximum score is 30 and grades equal to or lower than 23 represent cognitive impairment (7).

Ryff Scale Psychological Well-being: The short version of the Ryff Scale Psychological Well-being (18 items) was used in this study (8, 9). The correlation of the short version and the main scale range from 0.70 to 0.89 (2). Also, in this research, Cronbach's alpha for the entire questionnaire was 0.87.

Muslim Attitudes toward Religion Scale: This scale, which comprises 14 items, measures Muslims' attitudes toward Islam. This version consists of three factors (10). The internal reliability of the questionnaire in Iran (calculated via Cronbach's alpha) was 0.93 (11). Also, the obtained Cronbach's alpha reliability index for the questionnaire was 0.87 in the current study.

Templar Scale death anxiety: This scale, which was developed by Templer (1970), is the most widely used instrument for measuring death anxiety (12). The validity and reliability of this questionnaire was examined in Iran, with coefficients of 0.62 and 0.73 for split-half reliability and internal consistency, respectively (13). In this research, the obtained Cronbach's alpha for the questionnaire was 0.69.

Results: The findings showed that there was a significant, positive relationship between psychological well-being and religiosity ($r= 0.39$, $P<0.001$) and a measurable, negative association between psychological well-being and death anxiety ($r=-0.19$, $P<0.001$). The results of stepwise regression analysis also showed that Islamic attitude, death anxiety, and Islamic rituals can significantly predict 22% of psychological well-being in elderly people ($P<0.001$).

Conclusion: The results of this study showed that psychological well-being has a positive and significant relationship with religiosity, hence the first research hypothesis is approved. This finding is in line with the results of Tiwari et al. (14) and Ivtzan et al. (15). They are however in contrast with Brown and Tierney's (16) and Francis et al.'s (17) findings. This variety of findings can be attributed to the idea that, on the one

hand, religiosity has no equal relationship with all aspects of mental health and well-being and, on the other hand, all aspects of religion have no equal relationship with a particular aspect of mental health and well-being (18). More specifically, a certain aspect of religiosity may have positive effect on a particular dimension of mental health. The same aspect may exercise no effect, or even a negative impact, on other dimensions of mental health and well-being (19).

To explain the findings of the present research, it is argued that religion changes people's lifestyle in a certain way, exercising a positive impact on health. Through the provision of a framework for describing and interpreting life experiences and thus providing a sense of coherence and existential connectivity, and through the experience of communicating with others, religion enters a larger support system that can contribute to psychological well-being (20).

Furthermore, the results showed that psychological well-being had a negative and significant relationship with death anxiety. This finding was in line with the results of McKenzie et al. (21) and Routledge et al. (22). Conversely, it was in contradiction with the results of the research projects conducted by Abdel-Khalek (23) and Urien and Kilbourne (24). In explaining this finding, it can be argued that, according to fear management theory, awareness of death creates high anxiety and reduces psychological adaptive performance, leading to psychological problems and negatively affecting well-being because death anxiety conflicts with the evolutionary motive for survival (25).

In general, the results of this study showed that there is a positive relationship between psychological well-being in the elderly and their religiosity. On the other hand, there is a negative association between seniors' psychological well-being and their death anxiety. According to the results of this study, religiosity has a greater effect on psychological well-being in comparison with death anxiety. Considering the cultural and religious context of the society, besides the importance of decreasing the anxiety of death, religious components can be used to promote well-being among the elderly. In general, the results of this study can be effective in increasing the well-being of the elderly.

References

1. Nations U. World population ageing 2013. Department of Economic and Social Affairs PD. 2013.
2. Ryff CD, Singer BH. Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social Science Research*. 2006;35(4):1103-19.
3. Yeung DY. Aging and Psychological Well-Being. In: Pachana NA, editor. *Encyclopedia of Geropsychology*. Singapore: Springer Singapore; 2015. p. 1-6.
4. Emmons RA, Barrett JL, Schnitker SA. Personality

and the capacity for religious and spiritual experience. The Guilford Press: New York; 2010.

5. Kamp Dush CM, Taylor MG, Kroeger RA. Marital happiness and psychological well-being across the life course. *Family relations*. 2008;57(2):211-26.

6. Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*. 1995;69(4):719.

7. Cockrell JR, Folstein MF. Mini-mental state examination. *Principles and practice of geriatric psychiatry*. 2002:140-1.

8. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*. 1989;57(6):1069.

9. Khanjani M, Shahidi S, Fath Abadi J, Mazaheri M, Shokri O. Factor Structure and Psychometric Properties of Short Form (18 questions) Ryff Psychological Well-Being Scale in Male and Female Students. *Thought and behavior in clinical psychology*. 2014;8(32):27-36.(Full Text in Persian)

10. Wilde A, Joseph S. Religiosity and personality in a Moslem context. *Personality and Individual Differences*. 1997;23(5):899-900.

11. Ghorbani N, Watson PJ, Ghramaleki AF, Morris RJ, Hood Jr RW. Muslim attitudes towards religion scale: Factors, validity and complexity of relationships with mental health in Iran. *Mental Health, Religion & Culture*. 2000;3(2):125-32.

12. Templer DI. The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of general psychology*. 1970;82(2):165-77.

13. Rajabi G, Bohrani M. Factor Analysis of Death Anxiety Scale Questions. *Journal of Psychology*. 2001;4(20):331-44.(Full Text in Persian)

14. Tiwari S, Singh R, Chand H. Spirituality and Psychological Wellbeing of Elderly of Uttarakhand: A Comparative Study Across Residential Status. 2016.

15. Ivztan I, Chan CP, Gardner HE, Prashar K. Linking religion and spirituality with psychological well-being: Examining self-actualisation, meaning in life, and personal growth initiative. *Journal of religion and health*. 2013;52(3):915-29.

16. Brown PH, Tierney B. Religion and subjective well-being among the elderly in China. *The Journal of Socio-Economics*. 2009;38(2):310-9.

17. Francis LJ, Elken A, Robbins M. The affective dimension of religion and personal happiness among students in Estonia. *Journal of Research on Christian Education*. 2012;21(1):84-90.

18. Koenig HG. Faith and mental health: Religious resources for healing: Templeton Foundation Press; 2009.

19. Krauss SW, Hood Jr RW. A new approach to religious orientation: The commitment-reflectivity circumplex: Rodopi; 2013.

20. Levin JS. Dimensions and correlates of general well-being among older adults. *Journal of Aging and Health*. 1994;6(4):489-506.

21. McKenzie EL, Brown PM, Mak AS, Chamberlain P. 'Old and ill': death anxiety and coping strategies influencing health professionals' well-being and dementia care. *Aging & mental health*. 2017;21(6):634-41.

22. Routledge C, Ostafin B, Juhl J, Sedikides C, Cathey C, Liao J. 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*. 2010;99(6):897.

23. Abdel-Khalek AM. Happiness and death distress: Two separate factors. *Death studies*. 2005;29(10):949-58.

24. Urien B, Kilbourne W. On the role of materialism in the relationship between death anxiety and quality of life. *ACR North American Advances*. 2008.

25. Solomon S, Greenberg J, Pyszczynski T. A terror management theory of social behavior: The psychological functions of self-esteem and cultural worldviews. *Advances in experimental social psychology*. 1991;24:93-159.

التنبؤ بمستوى الرفاه النفسي على اساس الموقف من الدين وقلق الموت لدى كبار السن في مركز كرمشاه لرعاية المسنين

بيام ورعي^{١*}، خدامراد مؤمني^١، آسيه مرادي^١

١- قسم علم النفس العام، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الرازي، كرمشاه، إيران.

* المراسلات موجهة إلى السيد بيام ورعي؛ البريد الإلكتروني: varaee.payam@stu.razi.ac.ir

معلومات المادة

الوصول: ٢٧ ربيع الأول ١٤٣٩
وصول النص النهائي: ٢٧ جمادى الأولى
١٤٣٩
القبول: ١٤ جمادى الثاني ١٤٣٩
النشر الإلكتروني: ٤ رجب ١٤٣٩

الملخص

خلفية البحث وأهدافه: بالنظر إلى الدور المهم والمتصاعد لرفاه المسنين، فإن دراسة دور المتغيرات المختلفة في الرفاهية تبدو ضرورية، لذلك يستهدف البحث الحالي، دراسة العلاقة بين الرفاه النفسي والتدين والقلق من الموت لدى الرجال المسنين.

منهجية البحث: هذه الدراسة الوصفية هي من نوع الارتباط. لقد تألف المجتمع الإحصائي في الدراسة من ٧٠٠ رجل مسن مقيم في دور رعاية المسنين، تم اختيار ٢٠٠ منهم بواسطة عينة عشوائية بسيطة. وشملت أدوات البحث، استبيان "ريف" للرفاه النفسي، مقياس موقف المسلمين من الدين ل"وايلد وجوزيف"، واستبيان قلق الموت ل"تمبلر". وتشمل معايير القبول للانضمام في البحث، الحصول على درجة أكثر من ٢٢ في اختبار الوضع النفسي، العمر أكثر من ٦٠ سنة، امتلاك شهادة ثانوية على الأقل، والراتب الشهري بما فيه الكفاية. تم رفض الأشخاص الذين ليس لديهم هذه الشروط. وتحليل البيانات، تم استخدام معامل ارتباط بيرسون وتحليل الانحدار التدريجي. تمت مراعاة جميع الموارد الأخلاقية في هذا البحث، وإضافة إلى هذا، فإن مؤلفي المقالة لم يشيروا إلى تضارب المصالح.

الكشوفات: أظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية هامة بين الرفاه النفسي والتدين ($r=0.39$) وعلاقة سلبية ($r=-0.19$) بين الرفاه النفسي وقلق الموت ($P<0.001$). وأظهرت نتائج تحليل الانحدار التدريجي أن النظرة الدينية والقلق من الموت والمناسك الدينية (على حسب الأهمية) يمكن أن تتنبأ بنسبة ٢٢٪ من الرفاه النفسي لدى كبار السن ($P<0.001$).

النتيجة: إذن، مع تصاعد الاهتمام بدور التدين في الحياة وتطبيق الاستراتيجيات التي تقلل من قلق الموت، يمكن رفع مستوى الرفاه النفسي في كبار السن.

الألفاظ الرئيسية:

الرفاه النفسي
الشيخوخة
القلق من الموت
الموقف تجاه الدين

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Varaee P, Momeni Kh, Moradi A. Prediction of psychological well-being based on attitude toward religion and death anxiety in the elderly men of Kermanshah's part-time elderly care center. J Res Relig Health. 2018; 4(2): 54- 68.

پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی بر اساس نگرش به دین و اضطراب مرگ در مردان سالمند مرکز نگهداری نیمه‌وقت شهر کرمانشاه

پیام ورعی*^۱، خدامراد مؤمنی^۱، آسیه مرادی^۱

۱- گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

مکاتبات خطاب به آقای پیام ورعی؛ رایانامه: varaee.payam@stu.razi.ac.ir

اطلاعات مقاله

دریافت: ۲۵ آذر ۹۶

دریافت متن نهایی: ۲۵ بهمن ۹۶

پذیرش: ۱۲ اسفند ۹۶

نشر الکترونیکی: ۱ فروردین ۹۷

واژگان کلیدی:

اضطراب مرگ

بهزیستی روان‌شناختی

سالمندی

نگرش به دین

چکیده

سابقه و هدف: با توجه به نقش مهم و روزافزون بهزیستی سالمندان، بررسی نقش متغیرهای مختلف در بهزیستی ضروری به نظر می‌رسد؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه‌ی بهزیستی روان‌شناختی با دین‌داری و اضطراب مرگ در سالمندان مرد صورت گرفته است.

روش کار: این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل ۷۰۰ مرد سالمند سراهای نگهداری نیمه‌وقت سالمندان شهر کرمانشاه است، که ۲۰۰ نفر از آنان به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه‌ی بهزیستی روان‌شناختی ریف، مقیاس نگرش مسلمانان به دین وایلد و جوزف و پرسش‌نامه‌ی اضطراب مرگ تمپلر بود. معیارهای ورود به پژوهش نیز شامل کسب نمره‌ی بالای ۲۲ در آزمون وضعیت روانی، داشتن سن حداقل ۶۰ سال، داشتن تحصیلات راهنمایی یا بالاتر و داشتن حداقل درآمد ماهیانه برای گذراندن زندگی بود. افرادی که دارای این شرایط نبودند از مطالعه خارج شدند. برای تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد. در این پژوهش همه‌ی موارد اخلاقی رعایت شده است. علاوه‌براین، نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بین بهزیستی روان‌شناختی با دین‌داری ($r=0/39$) رابطه‌ی مثبت و با اضطراب مرگ ($r=-0/19$) رابطه‌ی منفی و معنی‌داری وجود دارد ($P<0/001$). نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام نیز نشان داد که به‌ترتیب اهمیت؛ نگرش اسلامی، اضطراب مرگ و مناسک اسلامی به‌طور معناداری قادر به پیش‌بینی ۲۲ درصد از بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان بودند ($P<0/001$).

نتیجه‌گیری: بنابراین با توجه به نقش دین‌داری در زندگی و به‌کارگیری راهبردهایی که موجب کاهش اضطراب مرگ می‌شود، می‌توان بهزیستی روان‌شناختی را در سالمندان افزایش داد.

استناد مقاله به این صورت است:

Varaee P, Momeni Kh, Moradi A. Prediction of psychological well-being based on attitude toward religion and death anxiety in the elderly men of Kermanshah's part-time elderly care center. *J Res Relig Health*. 2018; 4(2): 54- 68.

مقدمه

سالمندی عبور از مرز ۶۰ سالگی است. پیش‌بینی شده است در سال ۲۰۵۰ تعداد سالمندان کشور به رقم ۲۶ میلیون و ۳۹۳ هزار نفر، یعنی ۲۶ درصد از کل جمعیت برسد (۱). سالمندانی که از سلامت و بهزیستی روانی برخوردار باشند، کاهش توانایی شناختی و جسمی متأثر از کهولت سن در آنان بسیار کند می‌شود (۲) و قادر خواهند بود در برابر مشکلاتی که در این دوران برایشان اتفاق خواهد افتاد، چاره‌اندیشی کرده و راه‌حل‌های مناسبی را اتخاذ کنند (۳). بنابراین بهزیستی روان‌شناختی در این دوران از اهمیت حیاتی برخوردار است و لازم است محققان به نقش متغیرهای دخیل در آن توجه کرده و آنها را بررسی کنند (۴).

مدل بهزیستی روان‌شناختی ریف^۱ بر مفاهیم تحولی نظریه‌پردازانی از جمله اریکسون^۲، بوهرلر^۳ و نیوگارتن^۴ که رشد را فرآیندی مداوم در طول عمر توصیف می‌کنند، استوار است؛ این مدل برای ارزیابی بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان از اهمیت ویژه‌ی برخوردار است (۵)؛ از این‌رو، در پژوهش حاضر از آن استفاده شده است. بهزیستی روان‌شناختی عبارت است از تلاش برای کمال و به حداکثر رساندن استعدادها و شخصی (۶). ریف و کیس^۵ بهزیستی روان‌شناختی را برداشت افراد از ابعاد مختلف فردی و اجتماعی زندگی که شامل پذیرش خود، خود پیروی، هدفمندی در زندگی، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران و تسلط بر محیط است، تعریف کرده‌اند (۷).

دین^۶ از مهم‌ترین مسائل زندگی افراد است (۸) که می‌تواند بر بهزیستی روان‌شناختی تأثیر بگذارد (۹). دین یعنی مجموعه‌ی از باورها، اعمال و احساس که حول محور مفهوم حقیقت غایی، سامان گرفته است (۱۰). نگرش به دین^۷ اهمیت بیشتری در سلامت و بهزیستی دارد (۱۱) و در مقایسه با جنبه‌های به‌نسبت سطحی اشتغال دینی^۸، نشان‌دهنده‌ی ویژگی‌های ریشه‌دارتری بوده است که از عوامل زمینه‌ی^۹ کمتر تأثیر می‌پذیرند و شاخص بهتری برای کارکرد عمومی دینی فرد است (۱۲). بنابراین نگرش به دین را دین‌داری فرد به حساب می‌آورند (۱۱ و ۱۳). در نتیجه در پژوهش حاضر نیز

از ابزار نگرش به دین برای سنجش میزان دین‌داری شرکت‌کنندگان بهره گرفته شده است. در حوزه‌ی نقش دین در بهزیستی فرد و جامعه مناقشاتی وجود دارد که محور اصلی آن پاسخ به این سؤال است که آیا دین در سلامت روان‌شناختی سهیم است یا مانع آن می‌شود (۱۱). فارغ از تنازعات نظری، بدنه‌ی پژوهش‌های در حال رشد پیشنهاد می‌دهند که دین‌داری می‌تواند به بهزیستی منجر شود. برای نمونه تیواری و همکاران^{۱۰} در پژوهش خود نشان دادند سالمندانی بهزیستی بالاتری خواهند داشت که سطوح بالاتری از معنویت را نشان دادند (۱۴). آیویتزان و همکاران^{۱۱} نیز در پژوهشی اهمیت معنویت را جدای از نوع و تجارب مذهبی بر بهزیستی روان‌شناختی در میان سالمندان تأیید کرده‌اند (۱۵). الحق^{۱۲} نیز رابطه‌ی بین دین و بهزیستی افراد سال‌خورده را در پاکستان بررسی کرده که نتایج حاصل از این مطالعه‌ی کیفی نشان داده است سالمندانی که از زندگی رضایت داشتند، زندگی بعد از مرگ را هدف نهایی خود قرار می‌دادند (۱۶). در پژوهشی دیگر کربی و همکاران^{۱۳} معنویت را موجب بهبود بهزیستی روان‌شناختی در افراد مسن یافتند (۱۷). احمدی و همکاران نیز در پژوهشی فراتحلیلی ۱۶ مطالعه را بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که ۱۰ مطالعه نشان‌دهنده‌ی رابطه‌ی مثبت و معناداری بین معنویت و بهزیستی است، در حالی که دو مطالعه‌ی دیگر بیانگر این بود که هیچ ارتباطی بین آنها وجود ندارد و چهار مطالعه نشان داد که معنویت هم می‌تواند اثر مثبت، هم اثر منفی بر بهزیستی داشته باشد (۱۸). همچنین هولمس و فیندلای^{۱۴} در پژوهش دیگری به این نتیجه رسیدند که معنویت به‌طور مثبت و معناداری می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی کند (۱۹). روزمارین و واچپولتز^{۱۵} نیز رابطه‌ی بین معنویت و بهزیستی را بررسی کردند و نشان دادند که معنویت با بهزیستی همبستگی مثبت و معنی‌داری دارد (۲۰). کیم و همکاران^{۱۶} همچنین دریافتند که معنویت و دین‌داری با بهزیستی روان‌شناختی رابطه‌ی مثبت و معناداری را نشان می‌دهد (۲۱). حافظ و رفیقو^{۱۷} نیز در پژوهشی درباره‌ی سالمندان مسلمان دریافتند که معنویت و دین‌داری به‌طور معناداری بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی می‌کند (۲۲). این در حالی است که پژوهش‌های

^۱) Ryff's psychological well-being model

^۲) Erikson

^۳) Buhler

^۴) Neugarten

^۵) Ryff, Keyes

^۶) Religion

^۷) Attitude towards religion

^۸) Religious involvement

^۹) Contextual factors

^{۱۰}) Tiwari et al.

^{۱۱}) Ivtzan et al.

^{۱۲}) Ul Haq

^{۱۳}) Kirby et al.

^{۱۴}) Holmes & Findlay

^{۱۵}) Rosmarin & Wachholtz

^{۱۶}) Kim et al.

^{۱۷}) Hafeez & Rafique

نگرش‌ها و واکنش‌های مرتبط با مرگ سازگاری و کیفیت زندگی سالمندان را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳۱). در این زمینه، نظریه‌ی اریکسون^۹ و مدیریت ترس^{۱۰} بیان می‌کنند سالمندی که بتواند با مرور زندگی معنا و یکپارچگی را به دست آورد، ترس و اضطراب از مرگ در او کاهش و بهزیستی او ارتقا می‌یابد (۳۲ و ۳۳). پژوهش‌هایی که در آن رابطه‌ی اضطراب مرگ و بهزیستی روانی بررسی شده، محدود است؛ از سوی دیگر پژوهش‌های این حوزه نیز دارای مناقشاتی است. برای مثال عبدالخالق^{۱۱} در پژوهش خود بین شادکامی و پریشانی مرگ همبستگی معناداری به دست نیآورد (۳۴)، اما در تحقیق دیگری به‌طور همزمان عبدالخالق و السابوا^{۱۲} بین رضایت از زندگی و پریشانی مرگ رابطه‌ی منفی ضعیف معناداری گزارش کردند (۳۵). آنان در مورد ارزش پیش‌بینی‌پذیری و کاربردی این یافته‌ها اذعان داشتند که مورد اعتماد نیستند و توصیه کردند که پژوهش‌هایی مانند پژوهش حاضر رابطه‌ی عوامل^{۱۳} مرتبط با مرگ (مانند اضطراب مرگ) و بهزیستی را بیشتر بررسی کنند (۲۸). از راه‌های مشابه، این تعارض برای رابطه‌ی اضطراب مرگ و کیفیت زندگی نیز برقرار است؛ برای مثال در پژوهشی سلیمانی و همکاران نشان دادند اضطراب مرگ، سطوح پایین کیفیت زندگی را پیش‌بینی می‌کند (۳۶)؛ این در حالی است که یوری و کیلبورن^{۱۴} نشان دادند که اضطراب مرگ بر کیفیت زندگی تأثیر مستقیم ندارد (۳۷). همچنین شفایی و همکاران به این نتیجه رسیدند که بین اضطراب مرگ و کیفیت زندگی رابطه‌ی معناداری وجود ندارد (۳۸). در پژوهش دیگری نیز خاکی و همکاران به این نتیجه رسیدند که بین کیفیت زندگی و اضطراب مرگ رابطه‌ی معناداری وجود ندارد (۳۹). همان‌طور که مشاهده شد، این نتایج نیز متناقض است. در ادامه به دیگر یافته‌های پژوهشی مرتبط با تحقیق حاضر اشاره شده است که می‌تواند در جهت تأیید رابطه‌ی اضطراب مرگ و بهزیستی باشد. مکینزی و همکاران^{۱۵} در پژوهشی نشان دادند که اضطراب مرگ می‌تواند بر سلامت روان تأثیرگذار باشد (۴۰). در پژوهش دیگری روتلیدج و همکاران^{۱۶} نیز نشان دادند که شناخت مرتبط با مرگ می‌تواند رضایت زندگی، ارزش ذهنی، هدف در زندگی و کاوش را کاهش دهد و عاطفه‌ی منفی، اضطراب و شدت

دیگری مانند پژوهش فرانسیس و همکاران^۱ و هولدر و همکاران^۲ رابطه‌ی معناداری بین دین و بهزیستی نیافتند (۲۳ و ۲۴). حتی در پژوهشی دیگر هربرت و همکارانش^۳ یادآور می‌شوند که برخی از مؤمنان ممکن است معنای زندگی خود را از دین درک نکنند؛ بنابراین دین تأثیر منفی بر سلامت آنها داشته باشد (۲۵). کوهن و کرنس^۴ نیز استدلال می‌کنند اگرچه دین موجب افزایش بهزیستی شده است، اما می‌تواند به نارضایتی از زندگی، ناکامی و افسردگی نیز مربوط باشد (۲۶). همچنین براون و تیرنی^۵ در ۹۶۱۹ نمونه از سالمندان چینی رابطه‌ی منفی قوی بین معنویت و بهزیستی گزارش کردند (۲۷)؛ با توجه به اینکه گمانه‌زنی‌ها و تلاش‌هایی در جهت شناخت بیشتر و بهتر رابطه‌ی دین و بهزیستی صورت گرفته است؛ اما دین‌پژوهان این کوشش‌ها را هنوز برای نتیجه‌گیری کافی نمی‌دانند (۱۳)؛ بنابراین ضروری به نظر می‌رسد که پژوهش‌های بیشتری در این زمینه صورت گیرد.

از دیگر متغیرهای مؤثر بر بهزیستی روان‌شناختی، اضطراب مرگ^۶ است. سالمندان می‌دانند روزی خواهند مرد و این روبه‌رو شدن با مرگ یکی از مهم‌ترین چالش‌های وجودی آنان است که حل‌وفصل کردن این چالش کمک شایانی به بهزیستی‌شان می‌کند (۷). از سویی طبق گفته‌ی لهتو^۷ و تمپلر^۸ شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد اضطراب مرگ با سازگاری روان‌شناختی، هنگامی که معیارهای وجودی مانند خودشکوفایی، هدف در زندگی و رضایت از زندگی تعریف می‌شود، رابطه‌ی معکوسی دارد (۲۸)؛ بنابراین منطقی است فرض کنیم اضطراب مرگ و بهزیستی روان‌شناختی (فارغ از نوع رابطه‌ی که با هم دارند، که البته همین نوع رابطه نیز مورد مناقشه است) که چالش‌های دوره‌ی سالمندی محسوب می‌شوند، دو مفهوم و معیار وجودی هستند که ضرورت دارد به رابطه‌ی آنها در فرهنگ ایرانی - اسلامی با توجه به ضعف پیشینه‌ی تحقیقاتی مبتنی بر فرهنگ ایرانی و دین اسلام بیشتر توجه شود.

اضطراب مرگ، نوعی ترس از مرگ است که افراد تجربه می‌کنند و دلیل آن درک و آگاهی از اجتناب‌ناپذیر بودن مرگ است (۲۹). مرگ برای سالمندان اهمیت بیشتری دارد، زیرا آنان مرگ را به خود نزدیک‌تر می‌بینند (۳۰). از طرفی

^۹ Erikson's theory
^{۱۰} Terror management theory
^{۱۱} Abdel-Khalek
^{۱۲} Al-Sabwah
^{۱۳} Factors
^{۱۴} Urien & Kilbourne
^{۱۵} McKenzie et al.
^{۱۶} Routledge et al.

^۱ Francis et al.
^۲ Holder et al.
^۳ Hebert et al.
^۴ Cohen & Cairns
^۵ Brown & Tierney
^۶ Death anxiety
^۷ Lehto
^۸ Templer

ابزارهای استفاده شده در این پژوهش عبارت است از:

مقیاس مختصر وضعیت روانی

از این پرسش‌نامه در معاینه‌های روانی برای اختلالات شناختی استفاده می‌شود و پنج محدوده از عملکرد شناختی (جهت‌یابی، ثبت، توجه و محاسبه، یادآوری و طراحی) را آزمایش می‌کند. حداکثر نمره‌ی آن ۳۰ است؛ و نمره‌های ۲۳ یا پایین‌تر اختلال شناختی را نشان می‌دهد (اختلال شناختی شدید=۰-۱۷، خفیف یا متوسط=۱۸-۲۳ و نرمال=۲۴-۳۰). این پرسش‌نامه که روایی و پایایی آن نیز تأیید شده است، در صورتی کاربرد دارد که افراد دست‌کم تحصیلات راهنمایی یا هشتم متوسطه داشته باشند (۴۲). هنجاریابی معاینه‌ی مختصر وضعیت شناختی سالمندان در شهر تهران از روایی رضایت‌بخشی برخوردار بود و آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۸ گزارش شد. این ابزار در نقطه‌ی برش ۲۱ حساسیت ۹۰ درصد و ویژگی ۸۴ درصد به دست آمد. همچنین همبستگی نمره‌ها با سن و سطح تحصیلات در سطح ۰/۰۵ معنادار بود (۴۳).

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف

در این پژوهش از نسخه‌ی کوتاه ۱۸ سؤالی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف^۲ (۶) که خان‌جانی و همکاران آن را اعتباریابی کرده‌اند، استفاده شده است (۴۴). ریف در سال ۱۹۸۹ فرم اولیه‌ی آن را طراحی؛ و در سال ۲۰۰۲ در آن تجدیدنظر کرد. این نسخه، مشتمل بر ۶ عامل است. مجموع نمره‌های این ۶ عامل به‌عنوان نمره‌ی کلی بهزیستی روان‌شناختی محاسبه می‌شود. نمره‌ی بالاتر، نشان‌دهنده‌ی بهزیستی روان‌شناختی بهتر است. همبستگی نسخه‌ی کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف با مقیاس اصلی از ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ در نوسان بوده است (۳). همچنین آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه در پژوهش حاضر ۰/۸۷ به دست آمده است.

مقیاس نگرش مسلمانان به دین و ایلد و جوزف

ایلد و جوزف^۳ این مقیاس ۱۴ گویه‌ی را برای سنجش نگرش مسلمانان به اسلام^۴ ساخته‌اند. این نسخه، مشتمل بر سه عامل است. نمره‌ی کل این مقیاس نگرش به دین را می‌سنجد و هرچقدر نمره‌ی فرد در آن بیشتر باشد به این معنی است که نگرش او به دین مثبت‌تر است؛ یعنی دین‌دارتر است (۴۵). پایایی درونی پرسش‌نامه در ایران با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۳ است و همبستگی این مقیاس را با علاقه به دین، دین‌داری درونی و دین‌داری برونی به‌ترتیب ۰/۶۰ و ۰/۳۱

اجتناب اجتماعی را در افرادی که عزت نفس پایینی دارند، افزایش دهد (۳۲). مؤیدی و همکاران نیز نشان دادند که بین اضطراب مرگ و سلامت روانی رابطه‌ی منفی وجود دارد (۴۱)؛ بنابراین با توجه به آنچه بیان شد، بررسی رابطه‌ی اضطراب مرگ و بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان ضروری به نظر می‌رسد.

به‌طورکلی، تحقیقاتی که رابطه‌ی دین و اضطراب مرگ را با بهزیستی روان‌شناختی در سطح جهان در نمونه‌ی سالمندان بررسی کند، بسیار محدود است. از طرفی با توجه به جستجوی پژوهشگران، به نظر می‌رسد پژوهشی که به‌طور هم‌زمان بخواهد بهزیستی روان‌شناختی را بر اساس اضطراب مرگ و دین‌داری بررسی کند، انجام نشده است؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه‌ی دین‌داری و اضطراب مرگ با بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان است و درصدد بررسی فرضیه‌های ذیل برآمده است:

فرضیه‌ی اول: دین‌داری با بهزیستی روان‌شناختی رابطه دارد و قادر است تغییرات بهزیستی روان‌شناختی را در سالمندان پیش‌بینی کند. فرضیه‌ی دوم: اضطراب مرگ با بهزیستی روان‌شناختی رابطه دارد و قادر است تغییرات بهزیستی روان‌شناختی را در سالمندان پیش‌بینی کند.

روش کار

این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه‌ی آماری آن شامل ۷۰۰ مرد سالمند سراهای نگهداری نیمه‌وقت سالمندان شهر کرمانشاه است؛ که ۲۰۰ نفر از آنان به‌روش تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزارهای تشخیصی مبتنی بر پرسش‌نامه می‌تواند تحت تأثیر اختلال توجه، اختلال حواس و نقص ارتباطی سالمندان باشد. بنابراین لازم است وجود یا نبود اختلال‌های شناختی سالمندان بررسی شود تا از اعتبار پاسخ آنان اطمینان نسبی حاصل کرد. بدین منظور از پرسش‌نامه‌ی مختصر وضعیت روانی^۱ که روش عملی برای درجه‌بندی شناختی است، استفاده شده است؛ بنابراین ملاک‌های ورود برای این تحقیق عبارت بود از: داشتن نمره‌ی بالای ۲۲ در آزمون وضعیت روانی، داشتن دست‌کم ۶۰ سال، داشتن تحصیلات راهنمایی یا بالاتر و داشتن حداقل درآمد ماهیانه برای گذراندن زندگی. نداشتن هرکدام از این ملاک‌ها به‌تنهایی موجب خروج آزمودنی می‌شد.

^۲) Ryff Scale Psychological Well-being

^۳) Wilde & Joseph

^۴) Muslim Attitudes toward Religion Scale

^۱) Mini-Mental State Examination

انحراف‌استاندارد و مقادیر بیشینه و کمینه؛ و در بخش استنباطی از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه‌ی گام‌به‌گام برای پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی سالمندان استفاده شد.

یافته‌ها

نمونه‌ی نهایی مشتمل بر ۲۰۰ شرکت‌کننده‌ی مرد با میانگین سنی ۶۴/۰۷ و انحراف‌استاندارد ۳/۴۱ بود. ۸۶/۵ درصد از آنان (۱۷۳ نفر) متأهل، ۱۱ درصد (۲۲ نفر) بدون همسر -به‌دلیل فوت- ۲ درصد (۴ نفر) مجرد و ۰/۵ درصد (۱ نفر) مطلقه بودند. ۵۹ درصد از نمونه‌های پژوهش (۱۱۸ نفر) هیچ‌گونه بیماری زمینیه‌ی نداشتند؛ ۲۷/۵ درصد (۵۵ نفر) فشارخون، ۸/۵ درصد (۱۷ نفر) بیماری قلبی و عروقی، ۴/۵ درصد (۹ نفر) دیابت و ۰/۵ درصد (۱ نفر) سرطان را بیماری زمینیه‌ی خود گزارش کردند. میانگین درآمد ماهیانه‌ی افراد ۱/۸۶ میلیون تومان با انحراف‌استاندارد ۰/۸۶ و حداقل ۱ میلیون و ۲۰۰ هزار تومان تا حداکثر ۳ میلیون تومان بود. سطح تحصیلات آنان به‌ترتیب به این قرار بود که ۲۸/۵ درصد (۵۷ نفر) دارای تحصیلات راهنمایی، ۲۲ درصد (۴۴ نفر) دبیرستانی، ۳۳ درصد (۶۶ نفر) دیپلم، ۹/۵ درصد (۱۹ نفر) فوق‌دیپلم، ۶ درصد (۱۲ نفر) لیسانس و ۱ درصد (۲ نفر) فوق‌لیسانس بودند. همه‌ی شرکت‌کنندگان دین خود را اسلام و مذهب خود را تشیع گزارش کردند. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول شماره‌ی ۱ آمده است.

درصد گزارش کردند (۴۶). همچنین آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه در پژوهش حاضر ۰/۸۷ به دست آمده است.

مقیاس اضطراب مرگ تمپلر

مقیاس اضطراب مرگ تمپلر^۱ مقیاسی ۱۵ گویه‌ی است که از پرکاربردترین مقیاس‌ها برای سنجش اضطراب مرگ محسوب می‌شود (۴۷). نمره‌های فرد بین صفر تا ۱۵ متغیر است و نمره‌ی بالا معرّف میزان بالای اضطراب مرگ است. در فرهنگ اصلی ضریب پایایی بازآزمایی آن ۰/۸۳ گزارش شده است. روایی هم‌زمان آن در فرهنگ اصلی، با همبستگی آن با مقیاس‌های اضطراب آشکار ۰/۲۷ و افسردگی ۰/۴۰ گزارش شده است (۴۸). پایایی و روایی این پرسش‌نامه در ایران نیز بررسی شد و بر این اساس ضریب پایایی تصنیفی ۰/۶۲ و ضریب همسانی درونی ۰/۷۳ گزارش شده است. برای روایی مقیاس اضطراب مرگ از دو آزمون مقیاس نگرانی مرگ و مقیاس اضطراب آشکار استفاده شده است و ضریب همبستگی مقیاس اضطراب مرگ با هر کدام به‌ترتیب ۰/۴۰ و ۰/۴۳ به دست آمده است (۴۸). آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه در پژوهش حاضر نیز ۰/۶۹ به دست آمده است.

پس از دریافت مجوزهای لازم، در سه نوبت با مراجعه به مراکز نگهداری نیمه‌وقت سالمندان شهر کرمانشاه و پس از ارتباط با شرکت‌کنندگان و جلب رضایت آنان، ابتدا هدف پژوهش برای افراد توضیح داده شد و با راهنمایی‌های لازم پرسش‌نامه‌ها در اختیارشان قرار داده شد و از آنان خواسته شد که به‌دقت سؤال‌ها را بخوانند و پاسخ‌های موردنظر را متناسب با ویژگی‌های خود انتخاب کنند و سؤالی را تا حد امکان بدون جواب نگذارند. اطلاعات به‌صورت فردی جمع‌آوری شد. برای پاسخگویی شرکت‌کنندگان به پرسش‌نامه‌های پژوهش به سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش این اطمینان داده شد که اطلاعات دریافت شده از آنان محرمانه خواهد ماند و کسانی که مایل نیستند به این سؤال‌ها پاسخ دهند می‌توانند در هر مرحله‌ی از پاسخگویی، همکاری خود را ادامه ندهند. در نهایت ۲۰۰ نفر از شرکت‌کنندگان به مجموع پرسش‌نامه‌های پژوهش به‌صورت قلم-کاغذی پاسخ دادند. همچنین برای نداشتن خطاهای بینایی در هنگام خواندن، پرسش‌نامه برای سالمندان باسواد، خوانا و درشت تهیه شد و به‌منظور رعایت مسائل اخلاقی، رضایت‌نامه‌ی کتبی آگاهانه از تمام سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش دریافت شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش توصیفی از شاخص‌های میانگین،

^۱ Templer scale death anxiety

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد و نمره کمی و بیشینه‌ی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	پائین‌ترین نمره	بالا‌ترین نمره
بهزیستی روان‌شناختی (پذیرش خود)	۱۱/۴۸	۴	۳	۱۸
بهزیستی روان‌شناختی (هدفمندی)	۱۲	۲/۹۷	۳	۱۸
بهزیستی روان‌شناختی (روابط مثبت با دیگران)	۱۱/۲۰	۳/۷۶	۳	۱۸
بهزیستی روان‌شناختی (رشد شخصی)	۱۳/۰۱	۳/۳۸	۴	۱۸
بهزیستی روان‌شناختی (خودمختاری)	۱۱/۹۹	۳/۳۵	۴	۱۸
بهزیستی روان‌شناختی (تسلط بر محیط)	۱۳/۴۵	۲/۹۳	۴	۱۸
بهزیستی روان‌شناختی (کل)	۷۳/۱۴	۱۵/۸۹	۳۳	۱۰۱
نگرش دینی (کمک شخصی)	۱۸/۹۵	۴/۶۷	۲	۲۴
نگرش دینی (نگرش اسلامی)	۱۴/۹۲	۳/۹۳	۲	۲۰
نگرش دینی (مناسک اسلامی)	۶/۰۹	۳/۰۷	۰	۱۲
نگرش دینی (کل)	۳۹/۹۷	۹/۷۶	۴	۵۴
اضطراب مرگ	۸/۵۷	۲/۶۳	۳	۱۴

جدول ۲. ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱) بهزیستی روان‌شناختی (کل)						
۲) نگرش دینی (کمک شخصی)	۰/۳۰					
۳) نگرش دینی (نگرش اسلامی)	۰/۳۶	۰/۷۱				
۴) نگرش دینی (مناسک اسلامی)	۰/۳۴	۰/۳۷	۰/۴۵			
۵) نگرش دینی (کل)	۰/۳۹	۰/۸۸	۰/۸۹	۰/۶۸		
۶) اضطراب مرگ	-۰/۱۹	۰/۱۹	-۰/۱۱	-۰/۰۶	۰/۱۶	

**P<۰/۰۰۱ *P<۰/۰۵

جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که بهزیستی روان‌شناختی با دین‌داری رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار و با اضطراب مرگ رابطه‌ی منفی و معناداری دارد.

در ادامه برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از آزمون‌های ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه‌ی گام‌به‌گام استفاده شد. آزمون رگرسیون چندگانه پیش‌فرض‌هایی دارد که عبارت است از: ۱) مستقل بودن خطاها از یکدیگر که برای بررسی آن از آزمون دوربین - واتسون^۱ استفاده شد. اگر مقدار آماره‌ی این آزمون بین ۱/۵ تا ۲ قرار داشته باشد می‌توان استقلال مشاهدات را پذیرفت و تحلیل را دنبال کرد (۴۹). مقدار این آماره در پژوهش حاضر برابر با ۱/۹۶۸ است که نشان‌دهنده‌ی تأیید استقلال مشاهدات است؛ ۲) خطاها دارای توزیع نرمال باشد که این مفروضه نیز در پژوهش حاضر برقرار است و خطاها دارای توزیع به‌نسبت نرمال است؛ چراکه مقدار میانگین خطاها بسیار کوچک (نزدیک به صفر) و انحراف‌معیار نزدیک به یک (۰/۹۹۲) است؛ ۳) نبود هم‌خطی بین متغیرهای مستقل؛ که برای بررسی آن از دو آماره‌ی تحمل^۲ و عامل تورم واریانس^۳ استفاده شد. همان‌طور که در جدول شماره ۳ مشهود است میزان تحمل و عامل تورم واریانس برابر یک بود؛ که بسیار مطلوب است؛ بنابراین پدیده‌ی هم‌خطی بین متغیرهای پیش‌بین وجود ندارد.

^۱) Durbin-Watson

^۲) Tolerance

^۳) Variance Inflation Factor

جدول ۳. خلاصه‌ی تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام بهزیستی روان‌شناختی از طریق مؤلفه‌های دین‌داری و اضطراب مرگ

گام	متغیر	آماره‌ی t	آماره‌ی F	ضریب همبستگی	ضریب تعیین	ضریب رگرسیون استاندارد	ضریب رگرسیون غیراستاندارد	میزان معناداری	مفروضه‌ی هم‌خطی	دوربین-واتسون
۱	نگرش اسلامی	۵/۴۴۲	۲۹/۶۱۷	۰/۳۶۱	۰/۱۳۰	۰/۳۶۱	۱/۴۵۶	۰/۰۰۱	تورم واریانس تحمل	۱
۲	نگرش اسلامی اضطراب مرگ	۶/۰۱۵ -۳/۷۳۲	۲۲/۷۳۹	۰/۴۳۳	۰/۱۸۸	۰/۳۸۹	۱/۵۷۰ -۱/۴۵۶	۰/۰۰۱	۰/۹۸۶	۱/۰۱۴
۳	اضطراب مرگ مناسک اسلامی	۴/۰۱۶ -۳/۸۷۱	۱۹/۳۷۹	۰/۴۷۸	۰/۲۲۹	۰/۲۸۵	۱/۱۴۹ -۱/۴۷۵	۰/۰۰۱	۰/۷۸۳	۱/۰۱۴
		۳/۳۲۶				۰/۲۲۸	۱/۱۷۹	۰/۰۰۱	۰/۷۹۰	۱/۲۶۶

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی بر اساس دین‌داری و اضطراب مرگ در سالمندان است. نتایج نشان داد که بهزیستی روان‌شناختی با دین‌داری رابطه‌ی مثبت و معنادار دارد؛ بنابراین فرضیه‌ی اول پژوهش تأیید می‌شود. این یافته از پژوهش حاضر، با نتایج پژوهش‌های تیواری و همکاران (۱۴) و آیویتزان و همکاران (۱۵) همسو است اما با نتایج پژوهش‌های براون و تیرنی (۲۷)؛ فرانسیس و همکاران و هولدر و همکاران (۲۳ و ۲۴) همخوانی نداشت. یکی از دلایل این گوناگونی یافته‌ها می‌تواند این باشد که از یک‌سو، دین‌داری با همه‌ی ابعاد سلامت روان و بهزیستی رابطه‌ی یکسانی ندارد و از سوی دیگر، همه‌ی جنبه‌های دین و دین‌داری با یک جنبه‌ی خاص از سلامت روانی و بهزیستی رابطه‌ی یکسانی ندارند (۵۰)؛ یعنی احتمال دارد جنبه‌ی خاصی از دین‌داری فقط برای جنبه‌ی خاصی از سلامت روانی مفید باشد و همان جنبه برای بُعد دیگری از سلامت روانی و بهزیستی فرد بی‌اهمیت باشد و یا حتی امکان دارد اثر منفی داشته باشد (۵۱). اما در مورد تبیین یافته‌ی پژوهش حاضر می‌توان گفت دین به‌گونه‌ی شیوه یا سبک زندگی را بهبود می‌بخشد که درحقیقت می‌تواند اثر مثبتی روی سلامتی

جدول شماره‌ی ۳ خلاصه‌ی تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام بهزیستی روان‌شناختی از طریق مؤلفه‌های دین‌داری و اضطراب مرگ را نشان می‌دهد. در این جدول مقادیر آماره‌ی t و F، ضریب همبستگی (R) و ضریب تعیین (R^2) برای معنی‌داری مدل‌های رگرسیونی به‌همراه مقادیر ضریب رگرسیونی غیراستاندارد (B) و ضریب رگرسیونی استاندارد شده (β) برای هر یک از متغیرهای حاضر در مدل، نشان داده شده است. طبق این جدول مقدار آماره‌ی F در گام اول ۲۹/۶۱۷، در گام دوم ۲۲/۷۳۹ و در گام سوم ۱۹/۳۷۹ به دست آمده است که همگی معنی‌دارند. درواقع مدل کلی رگرسیون در هر سه گام معنی‌دار است. همچنین ضریب تبیین در گام اول ۰/۱۳۰، در گام دوم ۰/۱۸۸ و در گام سوم ۰/۲۲۹ به دست آمده است. همان‌طور که از جدول مشخص است در نخستین گام نگرش اسلامی بر اساس بیشترین همبستگی با بهزیستی روان‌شناختی وارد معادله شد و ضریب معنی‌دار و مثبت دارد. در دومین گام اضطراب مرگ نیز به متغیر اول اضافه شد و تأثیر معنی‌داری برای آن به دست آمد و در سومین گام، مناسک اسلامی به دو متغیر اضافه شد که همگی اثر معنادار داشتند. درنتیجه‌ی این یافته‌ها می‌توان گفت هر دو فرضیه‌ی پژوهش تأیید می‌شود.

داشته باشد. دین از طریق تدارک چهارچوبی برای توصیف و تفسیر تجارب زندگی و به‌موجب آن فراهم کردن نوعی احساس انسجام و به‌هم‌پیوستگی وجودی و همچنین از طریق تجربه‌ی معاشرت با دیگران که به داخل شدن در یک سیستم حمایتی بزرگ‌تر منجر می‌شود، می‌تواند در بهزیستی روان‌شناختی مشارکت کند (۵۲).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که بهزیستی روان‌شناختی با اضطراب مرگ رابطه‌ی منفی و معناداری دارد. بنابراین فرضیه‌ی دوم نیز تأیید می‌شود. این یافته از پژوهش حاضر، با نتایج پژوهش‌های مؤیدی و همکاران (۴۱)، مکینزی و همکاران (۴۰)، سلیمانی و همکاران (۳۶) و روتلیدج و همکاران (۳۲) همسو است و با نتایج پژوهش‌های عبدالخالق (۳۴)، یوری و کیلبورن (۳۷)، شفایی و همکاران (۳۸) و خاکی و همکاران (۳۹) همخوانی ندارد. در مورد چرایی این یافته می‌توان گفت که با توجه به نظریه‌ی مدیریت ترس؛ آگاهی از مرگ، اضطراب بالایی ایجاد می‌کند، عملکرد روان‌شناختی سازگاران را کاهش می‌دهد، مشکلات روان‌شناختی را به دنبال دارد و به‌طور منفی بر بهزیستی تأثیر می‌گذارد؛ زیرا اضطراب مرگ در تضاد با انگیزه‌ی تحولی برای بقا است (۵۳). این نظریه نیز بیان می‌کند که افراد با وجود داشتن آگاهی نسبت به مرگ می‌توانند آرامش نسبی داشته باشند و از این طریق به بهزیستی بیشتری دست یابند (۳۲). طبق این نظریه، افراد به‌طور مداوم اضطراب مرگ را تجربه نمی‌کنند، زیرا از روش‌های روان‌شناختی مختلفی برای کاهش اضطراب مرگ استفاده می‌کنند، مثلاً افراد درک می‌کنند که زندگی‌شان با ارزش و معنادار است و با مرگ فقط بُعد جسمی آنان از بین می‌رود؛ بنابراین افراد باور دارند که وجودشان هدفی گسترده دارد، پایدار و پرمعنا است و از این طریق اضطراب مرگ خود را کاهش می‌دهند که خود موجب افزایش بهزیستی می‌شود (۳۲)؛ اما آگاهی از مرگ در افرادی که ضربه‌گیرهای مناسب روان‌شناختی ندارند موجب افزایش اضطراب مرگ می‌شود که این خود سبب کاهش بهزیستی در آنان می‌شود؛ بنابراین می‌توان گفت ضربه‌گیرهای روان‌شناختی می‌تواند این اثر را خنثی کند (۵۴). یکی از نظریاتی که می‌تواند در درک و چگونگی کارکرد این ضربه‌گیرهای روان‌شناختی کمک کند نظریه‌ی رشدی-روانی-اجتماعی اریکسون^۱ است که دیدگاه تحولی گسترده‌ی درباره‌ی اضطراب مرگ فراهم می‌کند (۵۵). بخشی از این نظریه که به این موضوع مرتبط است، آخرین

مرحله‌ی رشدی یا همان یکپارچگی خود در برابر ناامیدی^۲ است. فردی که در این مرحله زندگی خود را معنادار می‌یابد به‌طور مثبتی بحران این دوره‌ی رشدی خود را حل می‌کند که موجب کاهش ترس از مرگ و به‌تبع آن افزایش بهزیستی روانی می‌شود (۵۶). این افراد به‌نوعی به فناپذیری نمادی می‌رسند (۵۷). اما در نقطه‌ی مقابل، بعضی از سالمندان فکر می‌کنند روزهایی را که گذرانده‌اند، هدر داده‌اند و به نحوه‌ی خوبی زندگی نکرده‌اند و از گذشته و دستاوردهای خود ناراضی‌اند؛ از این‌رو، ناامید می‌شوند. چنین افرادی، ترس از مرگ و اضطراب مرگ بالایی را گزارش می‌کنند که موجب کاهش بهزیستی روان‌شناختی فرد می‌شود (۵۸).

به‌طور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان و دین‌داری رابطه‌ی مثبت و با اضطراب مرگ رابطه‌ی منفی معنی‌داری وجود دارد و می‌توان بر این اساس بهزیستی روان‌شناختی سالمندان را پیش‌بینی کرد. البته یادآوری این نکته نیز لازم است که متغیر دین‌داری تأثیر بیشتری از اضطراب مرگ دارد و با توجه به بافت فرهنگی و دینی جامعه، می‌توان در کنار اهمیت به راهبردهای کاهش اضطراب مرگ از مؤلفه‌های دینی در افزایش بهزیستی سالمندان بهره گرفت.

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی بوده است. نخستین محدودیت آن حجم بالای پرسش‌نامه‌ها بود که می‌توانست موجب خستگی جسمی و روانی سالمندان شود. دومین محدودیت روش خودگزارش‌دهی پرسش‌نامه‌ی به‌ویژه در حوزه‌ی متغیرهایی مانند دین‌داری بود؛ که با توجه به عرف جامعه، گاهی افراد تمایل دارند خود را دین‌دارتر از آنچه هستند نمایش دهند. با توجه به محدودیت اول، پیشنهاد می‌شود استفاده از پرسش‌نامه‌های فرم کوتاه برای تحقیقات سالمندان در اولویت قرار گیرد و با توجه به محدودیت دوم می‌توان گفت برای پرداختن به فرآیندهای پویای مرتبط با دین، پژوهشگران باید افراد را در گذر زمان و در بافت‌های متعدد مطالعه کنند؛ همچنین با توجه محدودیت‌های ایجادشده از طرف سازمان بهزیستی استان در دسترسی به سالمندان زن در این تحقیق، لازم است در تعمیم این نتایج، احتیاط شود و این پژوهش عیناً در جامعه‌ی زنان سالمند نیز اجرا شود تا بتوان ضمن مقایسه‌ی نتایج به تعمیم‌پذیری آن نیز کمک کرد.

^۲) Ego Integrity vs Despair

^۱) Erikson's theory of psychosocial development

قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه‌ی مقطع کارشناسی ارشد نویسنده‌ی مسئول است و در کمیته‌ی پایان‌نامه‌ی دانشگاه رازی کرمانشاه در تاریخ ۱۳۹۶/۰۶/۲۹ به تصویب نهایی رسیده است. بدین وسیله از حمایت‌های مالی هسته‌ی دانشجویی پژوهش‌محور به‌نام «سالمندی، نیمه‌ی دوم زندگی» دانشگاه رازی و همچنین از اداره‌ی کل بهزیستی استان کرمانشاه، کارکنان محترم سراهای نگهداری نیمه‌وقت سالمندان شهر کرمانشاه و به‌ویژه سالمندان عزیز که با صبر و صداقت خود موجب به ثمر رسیدن این پژوهش شدند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی درباره‌ی این پژوهش ندارند.

References

1. Nations U. World population ageing 2013. Department of Economic and Social Affairs PD. 2013.
2. Yeung DY. Aging and Psychological Well-Being. In: Pachana NA, editor. Encyclopedia of Geropsychology. Singapore: Springer Singapore; 2015. p. 1-6.
3. Ryff CD, Singer BH. Best news yet on the six-factor model of well-being. Social Science Research. 2006;35(4):1103-19.
4. Siedlecki KL, Salthouse TA, Oishi S, Jeswani S. The relationship between social support and subjective well-being across age. Social indicators research. 2014;117(2):561-76.
5. Neff K, Germer C. Self-compassion and psychological well-being. The Oxford Handbook of Compassion Science;2004.
6. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. Journal of personality and social psychology. 1989;57(6):1069.
7. Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. Journal of personality and social psychology. 1995;69(4):719.
8. Emmons RA, Barrett JL, Schnitker SA. Personality and the capacity for religious and spiritual experience. The Guilford Press: New York; 2010.
9. Kamp Dush CM, Taylor MG, Kroeger RA. Marital happiness and psychological well-being across the life course. Family relations. 2008;57(2):211-26.
10. Azarbaijani M. Prepare and make a test Religious orientation relying on Islam. 4 ed. Qom: Institute Seminary and University; 2014. p.174.(Full Text in Persian)
11. Aghababaei N, Arji A, Belchinoo A. Relationship between the HexaCo Personality Model, Religiosity and Subjective Well-Being in Iranian and Polish Students. Islamic studies and psychology. 2014;14(8):33-54.(Full Text in Persian)
12. Dezutter J, Soenens B, Hutsebaut D. Religiosity and mental health: A further exploration of the relative importance of religious behaviors vs. religious attitudes. Personality and individual differences. 2006;40(4):807-18.
13. Aghababaei N, Sohrabi F, Eskandari H, Barjaili A, Farokhi N. Formulation of a model of subjective well-being based on religious orientation with mediation of hope, death anxiety and meaning of life. Islamic psychology research journal. 2016;2(2):32-60.(Full Text in Persian)
14. Tiwari S, Singh R, Chand H. Spirituality and Psychological Wellbeing of Elderly of Uttarakhand: A Comparative Study Across Residential Status;2016.
15. Ivtzan I, Chan CP, Gardner HE, Prashar K. Linking religion and spirituality with psychological well-being: Examining self-actualisation, meaning in life, and personal growth initiative. Journal of religion and health. 2013;52(3):915-29.
16. Ul Haq R. Life satisfaction and basic needs among elderly people in Pakistan: evidence from the PSES data. The Pakistan Development Review. 2012;51(4):519-40.
17. Kirby SE, Coleman PG, Daley D. Spirituality and well-being in frail and nonfrail older adults. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. 2004;59(3):P123-P9.
18. Ahmadi Z, Darabzadeh F, Nasiri M, Askari M. The effects of spirituality and religiosity on well-being of people with cancer: A literature review on current evidences. Jundishapur Journal of Chronic Disease Care. 2015;4(2).
19. Holmes OS, Findlay B. Spirituality in Australia: Psychometric structure and association with religious institutions and psychological well-being. Sensoria: A Journal of Mind, Brain & Culture;2016.
20. Rosmarin DH, Wachholtz A, Ai A. Beyond descriptive research: Advancing the study of spirituality and health. Journal of behavioral medicine. 2011;34(6):409-13.
21. Kim SS, Reed PG, Hayward RD, Kang Y, Koenig HG. Spirituality and psychological well-being: Testing a theory of family interdependence among family

- caregivers and their elders. *Research in nursing & health*. 2011;34(2):103-15.
22. Hafeez A, Rafique R. Spirituality and Religiosity as Predictors of Psychological Well-Being in Residents of Old Homes. *Dialogue (Pakistan)*. 2013;8(3).
23. Francis LJ, Elken A, Robbins M. The affective dimension of religion and personal happiness among students in Estonia. *Journal of Research on Christian Education*. 2012;21(1):84-90.
24. Holder MD, Coleman B, Wallace JM. Spirituality, religiousness, and happiness in children aged 8–12 years. *Journal of Happiness Studies*. 2010;11(2):131-50.
25. Hebert R, Zdaniuk B, Schulz R, Scheier M. Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. *Journal of palliative medicine*. 2009;12(6):537-45.
26. Cohen K, Cairns D. Is searching for meaning in life associated with reduced subjective well-being? Confirmation and possible moderators. *Journal of Happiness Studies*. 2012;13(2):313-31.
27. Brown PH, Tierney B. Religion and subjective well-being among the elderly in China. *The Journal of Socio-Economics*. 2009;38(2):310-9.
28. Abdel-Khalek AM. Love of life and death distress: Two separate factors. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 2007;55(4):267-78.
29. Neimeyer RA, Moore MK. Validity and reliability of the Multidimensional Fear of Death Scale; 1994.
30. Cicirelli VG. Fear of death in mid-old age. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2006;61(2): 75-81.
31. V. Fortner RAN, Barry. Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death studies*. 1999;23(5):387-411.
32. Routledge C, Ostafin B, Juhl J, Sedikides C, Cathey C, Liao J. 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*. 2010;99(6):897.
33. Taghiabadi M, Kavosi A, Mirhafez SR, Keshvari M, Mehrabi T. The association between death anxiety with spiritual experiences and life satisfaction in elderly people. *Electronic physician*. 2017;9(3):3980.
34. Abdel-Khalek AM. Happiness and death distress: Two separate factors. *Death studies*. 2005;29(10):949-58.
35. Abdel-Khalek AM, Al-Sabwah MN. Satisfaction with life and death distress. *Psychological reports*. 2005;97(3):790-2.
36. Soleimani MA, Lehto RH, Negarandeh R, Bahrami N, Nia HS. Relationships between death anxiety and quality of life in Iranian patients with cancer. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*. 2016;3(2):183.
37. Urien B, Kilbourne W. On the role of materialism in the relationship between death anxiety and quality of life. *ACR North American Advances*;2008.
38. Shafaii M, Payami M, Amini K, Pahlevan S. The relationship between death anxiety and quality of life in hemodialysis patients. *Journal of hayat*. 2017;22(4):325-38.(Full Text in Persian)
39. Khaki S, Khesali Z, Farajzadeh M, Dalvand S, Moslemi B, Ghanei Gheshlagh R. The relationship of depression and death anxiety to the quality of life among the elderly population. *Journal of hayat*. 2017;23(2):152-61.(Full Text in Persian)
40. McKenzie EL, Brown PM, Mak AS, Chamberlain P. 'Old and ill': death anxiety and coping strategies influencing health professionals' well-being and dementia care. *Aging & mental health*. 2017;21(6):634-41.
41. Tayebi M, Habibi S. Relationship between Death Anxiety and Mental Health Status among Nurses in Hospitals Affiliated to Babol University of Medical Sciences. *J Babol Univ Med Sci*. 2017;19(1):47-53.
42. Cockrell JR, Folstein MF. Mini-mental state examination. *Principles and practice of geriatric psychiatry*. 2002:140-1.
43. Foroughan M, Jafari Z, Shirin Bayan P, Ghaem Magham Farahani Z, Rahgozar M. Validation of Mini-Mental State Examination (MMSE) in The Elderly Population of Tehran. 2. 2008;10(2):29-37.
44. Khanjani M, Shahidi S, Fath Abadi J, Mazaheri M, Shokri O. Factor Structure and Psychometric Properties of Short Form (18 questions) Ryff Psychological Well-Being Scale in Male and Female Students. *Thought and behavior in clinical psychology*. 2014;8(32):27-36.(Full Text in Persian)
45. Wilde A, Joseph S. Religiosity and personality in a Moslem context. *Personality and Individual Differences*. 1997;23(5):899-900.
46. Ghorbani N, Watson PJ, Ghramaleki AF, Morris RJ, Hood Jr RW. Muslim attitudes towards religion scale: Factors, validity and complexity of relationships with mental health in Iran. *Mental Health, Religion & Culture*. 2000;3(2):125-32.
47. Templer DI. The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of general psychology*. 1970;82(2):165-77.
48. Rajabi G, Bohrani M. Factor Analysis of Death Anxiety Scale Questions. *Journal of Psychology*. 2001;4(20):331-44.(Full Text in Persian)
49. Tabachnick BG, Fidell LS, Osterlind SJ. *Using multivariate statistics*; 2001.
50. Koenig HG. *Faith and mental health: Religious resources for healing*: Templeton Foundation Press;

2009.

51. Krauss SW, Hood Jr RW. A new approach to religious orientation: The commitment-reflectivity circumplex. Rodopi; 2013.

52. Levin JS. Dimensions and correlates of general well-being among older adults. *Journal of Aging and Health*. 1994;6(4):489-506.

53. Solomon S, Greenberg J, Pyszczynski T. A terror management theory of social behavior: The psychological functions of self-esteem and cultural worldviews. *Advances in experimental social psychology*. 1991;24:93-159.

54. Juhl J, Routledge C. Putting the terror in terror management theory: evidence that the awareness of

death does cause anxiety and undermine psychological well-being. *Current Directions in Psychological Science*. 2016;25(2):99-103.

55. Erikson EH, Erikson JM, Kivnick HQ. Vital involvement in old age: WW Norton & Company; 1994.

56. Tomer A. Death anxiety in adult life—theoretical perspectives. *Death Studies*. 1992;16(6):475-506.

57. Litton RJ. The broken connection. New York: Simon. 1979;6:131-50.

58. Meacham JA. Chapter Three Autonomy, Despair, and Generativity in Erikson's Theory. *Advances in Psychology*. 1988;57:63-98.

