



نقش اجتناب هیجانی، سرمایه‌های روان‌شناختی و دین‌داری در پیش‌بینی

ابعاد بهزیستی سالمندان مبتلا به دیابت نوع ۲

* محمود برجعلی

** سجاد ناصری نیا

*** آذر صمدی‌فر

**** محمدمهدی سهرابی‌فرد

چکیده

هدف پژوهش حاضر، نقش اجتناب هیجانی، سرمایه‌های روان‌شناختی و دین‌داری در پیش‌بینی ابعاد بهزیستی سالمندان مبتلا به دیابت نوع ۲ بود. این پژوهش بر اساس روش توصیفی و از نوع همبستگی سامان یافته و جامعه آماری آن کلیه سالمندان شهرستان خرم‌آباد است. در این مطالعه ۲۰۰ سالمند بالاتر از ۶۰ سال شهرستان خرم‌آباد به روش نمونه‌گیری تصادفی و به‌صورت خوشه‌ای از مناطق مختلف شهری جهت شرکت در پژوهش انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات، از پرسش‌نامه‌های اجتناب هیجانی کندی (۲۰۱۵)، سرمایه‌های روان‌شناختی مک‌گی (۲۰۱۱)، نگرش دینی وایلد و جوزف (۱۹۹۷) و بهزیستی ذهنی گی‌ریز و مارکامیو (۲۰۰۳) استفاده شد. اطلاعات جمع‌آوری شده از طریق آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری به شیوه گام‌به‌گام و با استفاده از نرم‌افزار SPSS تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد رابطه دو متغیری اجتناب هیجانی با هر یک از مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی، منفی و معنی‌دار است. همچنین، رابطه متغیرهای سرمایه‌های روان‌شناختی و دین‌داری با هر یک از مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی مثبت و معنی‌دار است. نتایج این تحقیق تلویحات مهمی در خصوص اهمیت متغیرهای مستقل در حفظ بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی سالمندان داشت.

واژگان کلیدی: اجتناب هیجانی، سرمایه‌های روان‌شناختی، دین‌داری، بهزیستی ذهنی، سالمندان، دیابت

* استادیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه خوارزمی

** دانش‌آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه خوارزمی

*** دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز

**** دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز | mehdisohrabi90@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۷/۲۲؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۰۸

مقدمه

سازمان ملل افراد ۶۰ سال به بالا را سالمند توصیف می‌کند به طوری که جمعیت سالمندان به سرعت در حال رشد است (سازمان ملل متحد^۱، ۲۰۱۳). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که درصد قابل توجه سالمندان، از مشکلات مربوط به سلامت جسمی و روانی رنج می‌برند (لیون‌گرن^۲، ۲۰۱۲) و شیوع بیماری‌های مزمن و ناتوانی در آن‌ها در حال افزایش است و از این رو در دوره سالمندی، سلامتی و بهزیستی از اهمیتی حیاتی برخوردار است (سیدلکی^۳، سالت‌هاوس^۴، اوئیشی^۵ و جسوانی^۶، ۲۰۱۴) و دولت‌ها لازم است خود را برای این مهم آماده کنند (سازمان ملل متحد، ۲۰۱۳) و در نتیجه، بررسی نقش متغیرهای مختلف در سلامتی و بهزیستی سالمندان ضروری به نظر می‌رسد (هودیج^۷، بونی‌فاس^۸ و چو^۹، ۲۰۱۰). از جمله بیماری‌های ناتوان‌کننده و شایع در سالمندان، بیماری دیابت است که هزینه‌های هنگفتی را به دولت تحمیل میکند (ایکی‌زاکی^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۷). دیابت نوع ۲ شایع‌ترین نوع دیابت است که در نتیجه برهمکنش عوامل ژنتیکی و عوامل خطر محیطی رخ داده و منجر به کمبود نسبی انسولین و مقاومت به انسولین گردیده و ۹۰ تا ۹۵ درصد موارد دیابت را شامل می‌شود (انجمن دیابت آمریکا^{۱۱}، ۲۰۱۴). بر اساس مطالعات صورت گرفته، شیوع دیابت در بالغین ۲۵ تا ۷۰ ساله کشور ۱۱/۳۷ درصد در سال ۲۰۱۱ برآورد شده و بررسی روند شیوع دیابت بین سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۱ بیانگر افزایش چشمگیر ۳۵/۱ درصدی شیوع دیابت در کشور است (استقامتی و همکاران،

1. United Nations
2. Ljunggren, M
3. Siedlecki, K. L
4. Salthouse, T. A
5. Oishi, S
6. Jeswanin, S
7. Hodge, D. R
8. Bonifas, R. P
9. Chou, R. A
10. Ikezaki, H
11. American Diabetes Association

۲۰۱۴). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که عوامل شناختی، رفتاری، هیجانی و اجتماعی در پیشگیری، سیر ابتلا به دیابت، تنظیم و کنترل آن نقش دارند (فتح‌آبادی، اینزد دوست، تقوایی، شلانی و صادقی، ۱۳۹۷).

بهبودی عبارتی است از حالت مثبت جسمانی، اجتماعی و روانی نه صرفاً به دلیل عدم وجود درد، ناراحتی و ناتوانی. بهبودی مستلزم آن است که نیازها ارضا شوند و افراد حس هدفمندی داشته و احساس کنند که قادر به تحقق اهداف فردی مهم هستند و در جامعه مشارکت کنند (اسمیت^۱ و یانگ^۲، ۲۰۱۷). به‌طورکلی بهبودی ذهنی^۳ ارزیابی فرد از کیفیت تجربیات، آگاهی‌ها، ارتباطها و سایر مسائل فرهنگی و مرتبط با ارزشمندی‌های فرد در حیات اوست (ریچاردز^۴ و پاسکوف^۵، ۲۰۱۶). بهبودی ذهنی را ارزیابی فرد از ابعاد به هم وابسته اما از نظر تجربی مستقل، عاطفه مثبت، عاطفه منفی و رضایت از زندگی فرد نیز تعریف کرده‌اند (هریس^۶ و لایتسی^۷، ۲۰۰۵). نتایج مطالعه ورعی، مؤمنی و مرادی (۱۳۹۶) با عنوان پیش‌بینی بهبودی روان‌شناختی بر اساس دین‌داری و خودشفقت‌ورزی در سالمندان نشان داد که بین دین‌داری و خودشفقت‌ورزی با بهبودی روان‌شناختی سالمندان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که بیش همانندسازی، کمک شخصی، ذهن‌آگاهی، انزوا و انجام مناسب اسلامی، قادر به پیش‌بینی ۵۷ درصد از واریانس بهبودی روان‌شناختی بودند.

بهبودی روان‌شناختی وابسته به شرایط و عوامل گوناگون از جمله فرهنگ و دین تغییر می‌کند (کمپدش^۸، تیلور^۹ و کروجر^{۱۰}، ۲۰۰۸). تجارب دینی مرکزی‌ترین بُعد از تجارب انسان در طول

1. Smith, G. D

2. Yang, F

3. Subjective Well-Being

4. Richards, L

5. Paskov, M

6. Harris, P. R

7. Lightesy, O. R

8. Kamp Dush, C. M

9. Taylor, M. G

10. Kroeger, R. A

زندگی است. حتی در بین افرادی که به‌زعم خود در مورد مسائل معنوی زیاد نگران نیستند، نگرانی‌های دینی فعال است (ایمونز^۱، بارتلت^۲ و اسچنیتکر^۳، ۲۰۰۸، ص ۶۴۳) دین، نظامی از باورها به خدا و یا زندگی پس از مرگ تعریف می‌شود. این تعریف به درک روزمره انسان‌ها از واژه دین نزدیک است (کراوس^۴ و هود^۵، ۲۰۱۳). نگرش به دین در مقایسه با جنبه‌های نسبتاً سطحی اشتغال دینی^۶، نشان‌دهنده ویژگی‌های هستند که از عوامل زمینه‌ای^۷، کمتر اثر می‌پذیرند و شاخص بهتری برای کارکرد عمومی فرد بوده (دزوتر^۸، سونینس^۹ و هاتسیبات^{۱۰}، ۲۰۰۶) و نقش مهم‌تری در سلامت و بهزیستی دارد (آقابابائی و بلچنیو^{۱۱}، ۱۳۹۳). نگرش به دین شاخص مناسبی برای سنجش دین‌داری است (آقابابائی و همکاران، ۲۰۱۶)؛ بنابراین در این پژوهش نیز از نگرش به دین به‌عنوان ابزاری که دین‌داری فرد را می‌سنجد استفاده شد. تاریخچه دین و روان‌شناسی با مناقشه‌ای پیرامون نقش دین در بهزیستی فرد و جامعه همراه است (آقابابائی و همکاران، ۱۳۹۵). محور اصلی مجادله این مسئله است که دین در سلامت روان‌شناختی چه نقشی دارد؟ آیا دین در سلامت روان‌شناختی سهیم است یا مانع آن می‌شود؟ جدای از مجادلات نظری، پیشینه در حال رشد پژوهش‌ها پیشنهاد می‌کند که دین‌داری منجر به بهزیستی می‌شود. برای مثال تیواری^{۱۲}، سنیک^{۱۳} و چند^{۱۴} (۲۰۱۶) در پژوهشی با موضوع معنویت و بهزیستی روان‌شناختی در ۲۰۰ سال‌مند نتیجه

1. Emmons, R. A
2. Barrett, J. L
3. Schnitker, S. A
4. Krauss, S. W
5. Hood, R. W
6. Religious Involvement
7. Contextual Factors
8. Dezutter, J
9. Soenens, B
10. Hutsebaut, D
11. Blachnio, A
12. Tiwari, S
13. Singh, R
14. Chand, H

گرفتند سالمندانی که سطوح بالاتری از معنویت را دارند بهزیستی بالاتری خواهند داشت. در پژوهشی دیگر آیوزن^۱، چن^۲، گردنر^۳ و پرشر^۴ (۲۰۱۳) پیوند دین و معنویت را با بهزیستی روان‌شناسی در ۲۰۵ بزرگسال بررسی کردند و اهمیت معنویت را فارغ از نوع و تجارب مذهبی شرکت‌کنندگان بر بهزیستی روان‌شناختی تأیید کردند.

متغیر دیگر این پژوهش سرمایه روان‌شناختی^۵ است. ریشه مفهوم سرمایه روان‌شناختی را باید در کارهای مارتین سلیگمن^۶ (۲۰۰۶، ص ۱۰۸) که او را پدر روان‌شناسی مثبت‌گرا می‌دانند، جستجو کرد (هاجزس^۷ و تیموتی^۸، ۲۰۱۰، ص ۳۴). سرمایه روان‌شناختی جنبه مثبت زندگی انسان‌ها است و مبتنی بر درک شخصی خود، داشتن هدف برای رسیدن به موفقیت و پایداری در برابر مشکلات تعریف می‌شود (اونیل^۹، لی‌بلان^{۱۰} و اسکافیلی^{۱۱}، ۲۰۱۳). تاکنون چهار مؤلفه اصلی یعنی خودکارآمدی^{۱۲}، با تأکید بر تعهد و تلاش برای موفقیت در کارها و وظایف چالش‌برانگیز؛ خوش‌بینی^{۱۳} یا مثبت‌نگری مبتنی بر اسناد خوش‌بینانه درباره موفقیت‌های حال و آینده؛ امیدواری^{۱۴}، مقاومت در مسیر اهداف و در صورت لزوم تغییر مسیر رسیدن به هدف برای دستیابی به موفقیت؛ و تاب‌آوری^{۱۵}، انعطاف‌پذیری و مقاومت در زمان مواجهه با سختی‌ها و

1. Ivztan, I
2. Chan, C. P
3. Gardner, H. E
4. Prashar, K
5. Psychological Capitalism
6. Seligman, M. E
7. Hodges, D. R
8. Timothy, D
9. Ouweneel, E
10. Le Blanc, P
11. Schaufeli, W. B
12. Self Efficacy
13. Optimism
14. Hope
15. Resiliency

مشکلات برای دستیابی به موفقیت برای این پدیده معرفی شده است (یوسف مورگان^۱ و لوتانس^۲، ۲۰۱۵). پژوهش‌های گذشته‌نگر نشان داده‌اند که سرمایه روان‌شناختی، با طیف متنوعی از متغیرها، نظیر عملکرد در موقعیت‌های کاری و اجتماعی، تعهد و رضایت، اضطراب، فشار ادراک‌شده، توانایی مقابله با فشارها و مشکلات، رفتارهای جستجوگرانه، شادکامی و بهزیستی دارای رابطه است (پترسون^۳ و بایرون^۴، ۲۰۰۷؛ آکول-گانیرون^۵، ۲۰۱۲). اعراب شیبانی، آخوندی، جاودانی مسرور و ریاحی مدوار (۱۳۹۵) در مطالعه‌ای با هدف طراحی مدل ارتقاء سرمایه روان‌شناختی در بیماران دیابتی: تبیین نقش کیفیت زندگی، نشان دادند که ادراک بیماری با سرمایه روان‌شناختی رابطه مثبت اما غیرمعنادار دارد اما وقتی کیفیت زندگی در رابطه بین آن‌ها مداخله می‌کند ضریب و شدت همبستگی آن‌ها افزایش پیدا می‌کند. لو^۶، کائو^۷ و هسی^۸ (۲۰۱۴) در تحقیقی با عنوان مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی (تاب‌آوری، خودکارآمدی، خوش‌بینی و امیدواری)، نگرش مثبت به سالمندی و سلامتی در میان سالمندان چینی پرداخت. نتایج تحقیق نشان داد که سالمندانی که از سرمایه‌های روان‌شناختی بالایی برخوردار بودند عموماً نگرش‌های مثبتی نسبت به سالمندی داشته‌اند اما در این میان سالمندانی که از سرمایه‌های روان‌شناختی و حمایت اجتماعی کمتری برخوردار بودند، نگرش مثبت کمتری نسبت به سالمندی داشتند که با نشانه‌های افسردگی در ارتباط بود و نیز سالمندان جوان‌تر که سرمایه‌های روان‌شناختی و حمایت اجتماعی بیشتری دریافت می‌کردند و در اجتماعات بزرگ‌تر شرکت می‌کردند، نگرش‌های مثبت‌تری نسبت به سالمندی داشتند که با میزان بالاتر شادی در میان آنان رابطه داشته است. قاسمی جوینه، زهراکار، همدمی و کریمی (۱۳۹۵) نشان دادند که بین سلامت معنوی و ذهن آگاهی با سرمایه روان‌شناختی (خودکارآمدی، تاب‌آوری، خوش‌بینی، امید) رابطه مثبت معنی‌دار

1. Youssef-Morgan, C. M
2. Luthans, F
3. Peterson, S. J
4. Byron, K
5. Ucol-Ganiron, T
6. Lu, L
7. Kao, S. F
8. Hsieh, Y. H

وجود دارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که سلامت معنوی و ذهن آگاهی می‌تواند به طور معنی‌داری سرمایه روان‌شناختی را پیش‌بینی کنند.

اجتناب تجربی در مقابل پذیرش قرار می‌گیرد که به معنای تمایل فرد به پذیرش افکار، هیجان‌ها و تظاهرات رفتاری بدون تلاش برای اجتناب از آن‌ها است (کندی^۱، ۲۰۱۵). اجتناب تجربی، عامل آسیب‌شناختی انواع مختلف اختلال‌های روانی شناخته شده است (بولانگر^۲، هیز^۳ و پیستورلو^۴، ۲۰۱۰، ص ۴۳). عملکرد اجتناب تجربی، کنترل یا به حداقل رساندن تأثیر تجارب آزاردهنده است (مرادی، برقی ایرانی، بگیان کوله مرز و ضابط، ۱۳۹۶) و می‌تواند آرامش فوری و کوتاه‌مدت ایجاد کند که به شکل منفی رفتار را تقویت می‌کند. این اجتناب زمانی مشکل‌زا خواهد شد که با عملکرد روزانه و دستیابی به اهداف زندگی شخص تداخل کند (ایفرت^۵، فورشیت^۶، آرچ^۷، اسپیجو^۸، کلر^۹ و لانگر^{۱۰}، ۲۰۰۹). یکی از مؤلفه‌های اجتناب تجربی، اجتناب هیجانی^{۱۱}

است. اجتناب هیجانی، راهبردهای تنظیم هیجانات است که شامل تلاش برای فرار یا اجتناب از هر بخش، از تجربه هیجانی، از جمله افکار، احساسات و عبارات هیجانی است (بولانگر، هیز و پیستورلو، ۲۰۱۰، ص ۵۹). اجتناب هیجانی با اجتناب تجربی رابطه دارد؛ ساختاری که نسل سوم درمان‌های شناختی- رفتاری از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آن را ارائه کرده است (هیز، استروشل^{۱۲} و ویلسون^{۱۳}، ۱۹۹۹، ص ۱۸۷؛ کندی، ۲۰۱۵) و بر پذیرش هیجانی از طریق

1. Kennedy, S
2. Boulanger, J. L
3. Hayes, S. C
4. Pistorello, L
5. Eifert, G. H
6. Forsyth, J. P
7. Arch, J
8. Espejo, E
9. Keller, M
10. Langer, D
11. Emotional Avoidance
12. Strosahl, K
13. Wilson, K. G

ذهن‌آگاهی، آگاهی و دیدگاه غیرقضاوتی بودن تأکید می‌کند (سنگ^۱، پاتنام^۲ و نول^۳، ۲۰۱۲). در مقابل، ساختار اجتناب هیجانی، مرتبط با هیچ جهت‌گیری نظری خاصی نیست و در واقع به گرایش عمومی برای جلوگیری از تجربیات هیجانی درونی اشاره دارد. در چهارچوب نظریه گراس^۴ (۱۹۹۸) مدل فرایندی پردازش و تنظیم هیجان، اجتناب هیجانی راهبردی متمرکز بر پاسخ است زیرا شامل تلاش برای کنترل یا تعدیل بخشی تجربه‌ای هیجانی است بعد از آنکه این هیجان نمود پیدا می‌کند. از منظری ساختاری، اجتناب هیجانی بالقوه شامل تعدادی از ساختارهای نظری و تجربی مرتبط است که به‌عنوان عوامل خطر و محافظت‌کننده برای آسیب‌شناسی روانی، شامل نشخوار، نگرانی و سرکوب عمل می‌کند (بولانگر، هیس و پیستورلو، ۲۰۱۰، ص ۶۶). اسپینهاون^۵، دراست^۶، دی رویچ^۷، ون همرت^۸ و پنینکس^۹ (۲۰۱۴) در پژوهشی طولی دریافتند که استفاده از راهبردهای اجتناب هیجانی در بزرگسالان باگذشت زمان ثابت مانده است و شروع بعدی و مداوم اختلالات اضطرابی و افسردگی را پیش‌بینی می‌کند و میانجی رابطه طولی بین ترس، آشفتگی‌های روان‌شناختی و درد بود. آقاجانی، صمدی‌فرد و نریمانی (۱۳۹۶) در پژوهشی با هدف نقش مؤلفه‌های اجتناب شناختی و باورهای فراشناختی در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی، نتایج نشان داد بین مؤلفه‌های اجتناب شناختی و باورهای فراشناختی با کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه منفی و معناداری وجود دارد. ضرایب بتای متغیرهای پیش‌بینی نشان داد واپس‌زنی افکار، جاننشینی افکار، اجتناب از موقعیت‌ها، تبدیل تصورات به افکار و باورهای فراشناختی به شکل معناداری کیفیت زندگی بیماران دیابتی را پیش‌بینی می‌کنند. نتایج مطالعات نشان می‌دهد افرادی که اجتناب هیجانی بیشتری دارند، از خودتخریبی، انکار، حمایت هیجانی، گسستگی رفتاری و

1. Shenk, C. E
2. Putnam, F. W
3. Noll, J. G
4. Gross, J. J
5. Spinhoven, P
6. Drost, J
7. Derooij, M
8. Van Hemert, A. M
9. Penninx, B. W

خودسرزندی بیشتری استفاده می‌کنند (کارکا^۱ و پانیوتوس^۲، ۲۰۱۱) و اضطراب و افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند (باردین^۳ و فرگوس^۴، ۲۰۱۶).

در مجموع با توجه به عوامل مؤثر بر سلامت و بهزیستی، هم درون شخص و هم بیرون از او قرار دارند و سبب ارتقاء یا کاهش سلامت می‌شوند. از این رو سلامت کل جامعه و افراد را می‌توان نتیجه تعامل وراثت، ویژگی‌های شخصیتی، عوامل اجتماعی، محیط زیست، سبک زندگی، وضعیت اجتماعی - اقتصادی و جز آن دانست. با توجه به الگوی زیستی - روانی - اجتماعی و معنوی سلامت، به نظر می‌رسد در کشور ما برای سلامت جسمی افراد گام‌های مناسبی برداشته شده است، اما کمبود آن چیزی که در تمام عرصه‌های کشور محسوس است، توجه نکردن کافی به ابعاد روانی، رفتاری، اجتماعی و معنوی افراد است و در عصر ارتباطات و جهانی‌سازی موجب آسیب‌پذیری افراد در برابر بیماری‌های جسمانی و روان‌شناختی می‌شود. لذا توجه به ابعاد آسیب‌شناسی، اجتماعی، روانی و معنوی، ضرورت و بدیع بودن این پژوهش را در سالمندان مبتلا به دیابت نوع ۲ واضح و روشن کرد که با انجام این پژوهش خلأهای دانش نظری بهبود یافته و زمینه‌ساز انجام مداخلات کاربردی با توجه به ابعاد زیستی - روانی، اجتماعی، فرهنگی و معنوی می‌شود. لذا این پژوهش با هدف نقش اجتناب هیجانی، سرمایه‌های روان‌شناختی و دین‌داری در پیش‌بینی ابعاد بهزیستی سالمندان مبتلا به دیابت نوع ۲ شهر خرم‌آباد انجام گرفت.

روش

روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود و اجتناب هیجانی، سرمایه‌های روان‌شناختی و دین‌داری متغیرهای پیش‌بین و ابعاد بهزیستی، متغیر ملاک مطالعه محسوب می‌شوند. در این مطالعه ۲۰۰ سالمند بالاتر از ۶۰ سال شهرستان خرم‌آباد که مبتلا به بیماری دیابت نوع ۲ بودند به روش نمونه‌گیری تصادفی و به صورت خوشه‌ای از مناطق مختلف شهری جهت شرکت در پژوهش انتخاب شدند. در این پژوهش ابتدا کل جمعیت سالمندان مبتلا به بیماری دیابت نوع ۲ شهرستان خرم‌آباد که در مراکز درمانی این شهرستان تشکیل پرونده داده بودند به‌عنوان جامعه پژوهش

1. Karekla, M
2. Panayiotou, G
3. Bardeen, J. R
4. Fergus, T. A

انتخاب شدند. سپس از بین این جامعه به صورت خوشه‌ای، نمونه پژوهش انتخاب شد. شرایط شرکت در پژوهش برای نمونه‌ها، سن بالای ۶۰ سال، داشتن سواد کافی برای پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه، فقدان اختلال شناختی، تشخیص بیماری دیابت نوع ۲ توسط متخصص غدد، گذشتن حداقل یک سال از تشخیص دیابت، عدم ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن به جز بیماری‌های مرتبط با عوارض دیابت و تمایل جهت ورود به مطالعه بود. سالمندان شرکت‌کننده در صورت داشتن بیماری ناتوان‌کننده از نمونه خارج می‌شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک جهت بررسی ساختار جمعیت شناختی، پرسشنامه‌های اجتناب هیجانی، سرمایه‌های روان‌شناختی، دین‌داری و بهزیستی ذهنی بود.

ابزار اندازه‌گیری

مقیاس اجتناب هیجانی (EAS): مقیاس اجتناب هیجانی^۱ ابزار خودگزارش دهی است که کندی (۲۰۱۵) به منظور سنجش اجتناب رفتاری هیجانی طراحی کرده است. دارای ۱۷ سؤال و ۳ مؤلفه شامل اجتناب از افکار و هیجان‌ات سؤالات (۱، ۲، ۵، ۶، ۸ و ۹) اجتناب از ابرازگری هیجانی سؤالات (۳، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۶ و ۱۷) و مقابله با اجتناب از فعالیت سؤالات (۴، ۱۴، ۱۳، ۱۵) است. کندی (۲۰۱۵) ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) را برای خرده مقیاس اجتناب از افکار و هیجان‌ات ۰/۸۳، اجتناب از ابرازگری هیجانی ۰/۷۸ و مقابله با اجتناب از فعالیت ۰/۷۵ و برای کل آزمون ۰/۸۶ گزارش کرد. به منظور تهیه نسخه فارسی از تکنیک ترجمه معکوس استفاده شد. ابتدا این ابزار را دو نفر به فارسی ترجمه کردند. دو ترجمه بعد از یک نشست مشترک، واریسی و تناقض‌های موجود مرتفع شد. در مرحله بعد ترجمه اصلاح شده را یک متخصص ادبیات فارسی ویرایش کرد. ترجمه ویرایش شده در اختیار دو مترجم مسلط به زبان انگلیسی قرار گرفت تا از صحت ترجمه اطمینان حاصل گردد. در مرحله بعد، یک متخصص زبان انگلیسی متن پرسشنامه را مجدداً به انگلیسی برگرداند. در مرحله آخر، نسخه اصلی به همراه نسخه ترجمه شده و برگردان مجدد در اختیار سه نفر از اساتید دانشکده علوم انسانی دانشگاه لرستان قرار داده شد تا ترجمه تأیید شود. پس از تأیید نسخ نهایی و رفع چالش‌های موجود در مطالعه ای مقدماتی روی ۲۰ نفر از دانشجویان اجرا شد و مشکلات جزئی موجود در زمینه درک محتوای سؤال‌ها برطرف شد. در

1. Emotional Avoidance Scale (EAS)

ادامه به منظور بررسی ساختار عاملی پرسشنامه اجتناب هیجانی از تحلیل عاملی اکتشافی، روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی^۱ استفاده شد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی به روش مؤلفه‌های اصلی روی کل نمونه انجام شد در این تحلیل مقدار کیسر - مایر - الکین KAMO برابر با ۰/۸۹۵ و مقدار مجذور کای انتقال یافته آزمون کرویت بارتلت برابر با ۱۳۶۳/۹۳۴ به دست آمد که با درجه آزادی ۱۳۶ معنی دار بود (P ≤ ۰/۰۰۱). بدین ترتیب علاوه بر کفایت نمونه برداری، اجرای تحلیل عاملی بر پایه ماتریس مورد مطالعه قابل توجه بود. بر این اساس سه عامل با ارزش ویژه بیشتر از ۱ استخراج شد که این عامل‌ها مجموعاً ۴۱/۵۹۴ درصد از واریانس کل پرسشنامه را تبیین کردند. علاوه بر آن بررسی نمودار اسکری و جدول کل واریانس تبیین شده، نشان داد که عامل اولیه (اجتناب از افکار و هیجانات) و بزرگ وجود دارد که دارای ارزش ویژه ۲/۹۷۹ است و ۱۷/۵۲۶ درصد از واریانس کل پرسشنامه را تبیین می‌کند. پس از آن عامل دوم (اجتناب از ابرازگری هیجانی) با ارزش ویژه ۲/۱۸۱ و واریانس ۱۲/۸۲۷ درصد از واریانس کل و عامل سوم (مقابله با اجتناب از فعالیت) با ارزش ویژه ۱/۹۱۱ و ۱۱/۲۴۱ درصد از واریانس کل پرسشنامه اجتناب هیجانی را تبیین می‌کنند. در این پژوهش ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) را برای خرده مقیاس اجتناب از افکار و هیجانات ۰/۷۴، اجتناب از ابرازگری هیجانی ۰/۷۲ و مقابله با اجتناب از فعالیت ۰/۷۰ و برای کل آزمون ۰/۷۴ به دست آمد.

مقیاس نگرش مسلمانان به دین: این مقیاس ۱۴ گویه‌ای برای سنجش نگرش مسلمانان به اسلام^۲ ساخته شده است (وایلند^۳ و جوزف^۴، ۱۹۹۷) و شامل سؤال‌هایی است که مشارکت فعالانه در مناسک مهم مسلمانان را می‌سنجد مانند «نماز را مرتب می‌خوانم» و «کل ماه رمضان را روزه می‌گیرم». سؤال‌هایی دیگر آن به جهان‌بینی مسلمانان مرتبط است مانند «من فکر می‌کنم که قرآن در زندگی مدرن قابل کاربرد است». دسته سوم از سؤالات نیز به باور پیامدهای مثبت مسلمان بودن می‌پردازد مانند «اسلام در راه رسیدن به زندگی بهتر به من کمک می‌کند». نمره کل این مقیاس که نگرش به دین را می‌سنجد، حاصل جمع این سه بعد است و هر میزان نمره فرد در آن

1. Principal Components Analysis (PCA)
2. Muslim Attitudes toward Religion Scale
3. Wilde, A
4. Joseph, S

بیشتر باشد به این معنی است که نگرش او به دین مثبت‌تر است یعنی فرد دین‌دارتر است. قربانی^۱، واتسن^۲، قراملکی^۳، موریس^۴ و هود^۵ (۲۰۰۰) روایی و پایایی این مقیاس را در میان دانشجویان ایرانی تأیید کردند. آن‌ها پایایی درونی این پرسشنامه را در گروهی از دانشجویان دانشگاه تهران با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۳ به دست آوردند. همچنین همبستگی این مقیاس را با علاقه به دین، دین‌داری درونی و دین‌داری برونی به ترتیب برابر با ۰/۶۰، ۰/۶۷ و ۰/۳۱ گزارش کردند. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه کمک شخصی ۰/۷۴، نگرش اسلامی ۰/۷۸، مناسک اسلامی ۰/۸۲ و برای کل مقیاس ۰/۸۴ به دست آمد.

پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی: برای سنجش سرمایه روان‌شناختی از پرسشنامه ۲۶ سؤالی معرفی شده توسط مک‌گی^۶ (۲۰۱۱) بهره گرفته شد. گل‌پرور، جعفری و جوادیان (۱۳۹۲) نسخه‌ای از این پرسشنامه را در ایران ترجمه و آماده اجرا کرده است. مقیاس پاسخگویی این پرسشنامه شش درجه‌ای (کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۶) است. این مقیاس دارای چهار خرده مقیاس است که شامل خودکارآمدی، تاب‌آوری، خوش‌بینی و امیدواری است. دو نمونه از سؤالات پرسشنامه به این شرح است: من توانسته‌ام به اهدافی که برای خودم در کارم تعیین کرده‌ام برسیم (خودکارآمدی) و من پرانرژی اهدافم را در کارم دنبال می‌کنم. مک‌گی (۲۰۱۱) روایی و پایایی این پرسشنامه را همراه با فرم‌های ۲۵ و ۱۲ سؤالی سرمایه روان‌شناختی به‌طور گسترده و وسیعی بررسی کرده و شواهد متقنی از روایی و پایایی آن ارائه کرده است. در این پژوهش روایی صوری و محتوایی این پرسشنامه را چند نفر از متخصصین بررسی و تأیید کردند. گل‌پرور (۱۳۹۲) تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش واریماکس روی ۲۶ سؤال این پرسشنامه، روایی سازه این پرسشنامه را مستند ساخته و آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۵ را به دست داده است. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در نمونه‌ای ۳۰ نفری به‌صورت مقدماتی برابر با ۰/۹۵ به دست آمد و همبستگی سؤالات و نقش سؤالات در آلفای کرونباخ حاکی از مناسب بودن وضعیت این پرسشنامه برای سنجش سرمایه

1. Ghorbani, N
2. Watson, P. J
3. Ghramaleki, A. F
4. Morris, R. J
5. Hood, R. W
6. Mac Gee, E. A

روان‌شناختی بود. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ و برای خرده مقیاس‌های خودکارآمدی، تاب‌آوری، خوش‌بینی و امیدواری برابر با ۰/۸۴، ۰/۸۶، ۰/۷۸ و ۰/۸۲ به دست آمد.

پرسشنامه بهزیستی ذهنی بزرگسالان: منظور از بهزیستی ذهنی نمره‌ای است که شرکت‌کنندگان از پرسشنامه بهزیستی ذهنی بزرگسالان^۱ (کی‌یز^۲ و ماگیار-مو^۳، ۲۰۰۳) به دست می‌آورند این پرسش‌نامه دارای سه مؤلفه است و ابعاد هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی بهزیستی را ارزیابی می‌کند. مؤلفه بهزیستی هیجانی با ۱۲ سؤال، هیجانات مثبت و منفی افراد را در یک ماه منتهی به مطالعه ارزیابی می‌کند. مؤلفه بهزیستی روان‌شناختی دارای ۱۸ سؤال و شامل ۶ مؤلفه پذیرش خویشتن، رشد شخصی، هدف در زندگی، تسلط بر محیط، خودمختاری و روابط مثبت با دیگران است. مؤلفه بهزیستی اجتماعی دارای ۱۵ سؤال و شامل ۵ مؤلفه مقبولیت و پذیرش اجتماعی، واقع‌گرایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پیوستگی اجتماعی و همبستگی اجتماعی است (گلستانی بخت، ۱۳۸۶، ص ۶۴). این پرسشنامه را گلستانی بخت (۱۳۸۶) روی ۵۷ آزمودنی اجرا و اعتباریابی کرده است. وی ضریب همبستگی پرسش‌نامه بهزیستی ذهنی را ۰/۷۸ و مقیاس‌های فرعی آن را شامل بهزیستی هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی اجتماعی به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۶۴ و ۰/۷۶ گزارش کرده است. ضریب همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۰ و برای مقیاس‌های فرعی آن شامل بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۰ و ۰/۶۱ به دست آمده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و خرده مقیاس بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی و کل برابر با ۰/۸۴، ۰/۸۲، ۰/۸۴ و ۰/۸۹ به دست آمد.

یافته‌ها

برای بررسی توزیع نرمال هر یک از متغیرها، نتایج آزمون کالموگراف - اسمیرنوف^۴ یک‌بعدی موردتوجه قرار گرفت. با توجه به این‌که مقدار Z این آزمون در تمامی متغیرهای (اجتناب هیجانی،

1. Adult Subjective Well-Being Questionnaire
2. Keyes, C. L. M
3. Magyar-Moe, J. L
4. Kolmogorov-Smirnov

سرمایه‌های روان‌شناختی، دین‌داری و بهزیستی ذهنی)، بین $۱/۹۶+$ و $۱/۹۶-$ قرار داشت، از این رو می‌توان گفت که توزیع نمرات کلیه متغیرها مورد مطالعه دارای شکل نرمال بود (جدول ۱).
 جدول ۱: میانگین، انحراف استاندارد و پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات برای متغیرهای پژوهش

مؤلفه	میانگین	انحراف استاندارد	K-S	مقدار P
اجتناب از افکار و هیجانات	۱۷/۰۸	۲/۲۶	۰/۱۵۳	۰/۲۰۰
اجتناب از ابرازگری هیجانی	۲۰/۱۸	۳/۴۱	۰/۱۷۸	۰/۰۹۵
مقابله با اجتناب از فعالیت	۱۰/۲۳	۱/۰۱	۰/۱۸۴	۰/۰۷۵
اجتناب هیجانی کل	۴۷/۴۹	۵/۱۴	۰/۱۴۴	۰/۲۰۰
کمک شخصی	۱۷/۳۶	۳/۴۷	۰/۲۲۳	۰/۰۱۱
نگرش اسلامی	۱۵/۶۵	۲/۴۱	۰/۱۶۹	۰/۱۳۶
مناسک اسلامی	۶/۸۷	۱/۲۳	۰/۱۴۹	۰/۲۰۰
نگرش دینی	۳۹/۸۸	۶/۱۴	۰/۱۴۸	۰/۲۰۰
خودکارآمدی	۱۵/۱۷	۲/۱۸	۰/۱۵۲	۰/۲۰۰
تاب‌آوری	۱۵/۷۸	۲/۹۷	۰/۱۶۸	۰/۱۳۹
خوش‌بینی	۱۴/۴۱	۱/۵۸	۰/۱۸۲	۰/۰۸۳
امیدواری	۱۶/۸۷	۲/۳۳	۰/۱۶۲	۰/۱۷۵
سرمایه روان‌شناختی	۶۲/۱۳	۷/۱۲	۰/۲۱۴	۰/۰۱۷
بهزیستی اجتماعی	۵۲/۶۳	۵/۴۱	۰/۱۶۷	۰/۱۴۷
بهزیستی هیجانی	۳۱/۱۸	۴/۱۴	۰/۱۴۸	۰/۲۰۰
بهزیستی روان‌شناختی	۶۳/۸۸	۶/۱۷	۰/۱۸۲	۰/۰۸۰
بهزیستی ذهنی	۱۴۷/۶۹	۱۱/۱۲	۰/۱۷۴	۰/۱۱۶

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف استاندارد) اجتناب هیجانی $۴۷/۴۹$ (و $۵/۱۴$)، نگرش دینی $۳۹/۸۸$ (و $۶/۱۴$)، سرمایه‌های روان‌شناختی $۶۲/۱۳$ (و $۷/۱۲$) و بهزیستی ذهنی $۱۴۷/۶۹$ (و $۱۱/۱۲$) است.

جدول ۲: ضریب همبستگی مؤلفه‌های اجتناب هیجانی، سرمایه روان‌شناختی و دین‌داری با مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی

متغیر	بهزیستی اجتماعی	بهزیستی هیجانی	بهزیستی روان‌شناختی	بهزیستی ذهنی
اجتناب از افکار و هیجانات	-.۳۲۱**	-.۳۵۵**	-.۲۷۴*	-.۳۷۱**
اجتناب از ابرازگری هیجانی	-.۳۴۲**	-.۳۴۰**	-.۴۱۸**	-.۳۳۵**
مقابله با اجتناب از فعالیت	-.۴۳۲**	-.۳۰۶**	-.۳۸۲**	-.۴۱۲**
اجتناب هیجانی کل	-.۳۷۸**	-.۳۵۱**	-.۳۲۲**	-.۳۶۲**

متغیر	بهزیستی اجتماعی	بهزیستی هیجانی	بهزیستی روان‌شناختی	بهزیستی ذهنی
کمک شخصی	۰/۴۱۲**	۰/۲۸۸*	۰/۳۲۸**	۰/۴۰۷**
نگرش اسلامی	۰/۲۷۵*	۰/۲۵۴*	۰/۳۹۷**	۰/۳۸۵**
مناسک اسلامی	۰/۳۶۵**	۰/۴۷۲**	۰/۵۶۳**	۰/۳۶۱**
نگرش دینی	۰/۳۸۷**	۰/۳۰۸**	۰/۴۱۹**	۰/۳۸۷**
خودکارآمدی	۰/۶۱۲**	۰/۵۳۴**	۰/۴۰۳**	۰/۴۱۷**
تاب‌آوری	۰/۴۵۵**	۰/۳۸۷**	۰/۳۰۳**	۰/۴۱۵**
خوش‌بینی	۰/۳۷۰**	۰/۵۰۱**	۰/۴۷۳**	۰/۵۱۰**
امیدواری	۰/۴۳۷**	۰/۵۱۷**	۰/۵۰۳**	۰/۴۶۳**
سرمایه روان‌شناختی	۰/۴۸۸**	۰/۵۰۲**	۰/۴۶۳**	۰/۴۷۱**

برای آزمون روابط چندمتغیره اجتناب هیجانی، سرمایه روان‌شناختی و دین‌داری با بهزیستی ذهنی از ضریب همبستگی پیرسون^۱ استفاده شد نتایج این تحلیل‌ها در جدول ۲ آورده شده است. اطلاعات جدول ۲ نشان می‌دهد که رابطه مؤلفه‌های اجتناب هیجانی (اجتناب از افکار و هیجانات، اجتناب از ابرازگری هیجانی و مقابله با اجتناب از فعالیت) با مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی منفی و معنی‌دار بود ($P \leq 0/001$) و رابطه مؤلفه‌های نگرش دینی (کمک شخصی، نگرش اسلامی و مناسک اسلامی) با مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی مثبت و معنی‌دار بوده است ($P \leq 0/001$)، همچنین رابطه متغیرهای سرمایه روان‌شناختی (خودکارآمدی، تاب‌آوری، خوش‌بینی و امیدواری) با بهزیستی ذهنی مثبت و معنی‌دار بود ($P \leq 0/001$).

برای تعیین مقدار واریانس تبیین شده بهزیستی ذهنی توسط مؤلفه‌های اجتناب هیجانی، سرمایه روان‌شناختی و دین‌داری، از رگرسیون چندگانه به روش گام‌به‌گام استفاده شد (جدول ۳). قبل از اجرای تحلیل رگرسیون، تحلیل اولیه برای بررسی مفروضه‌های رگرسیون اجرا شد و نتایج حاکی از برقراری نرمال بودن چندگانه نمرات متغیرها بود (باقیمانده‌ها به‌طور نرمال در اطراف نمرات پیش‌بینی شده بهزیستی ذهنی توزیع شده بودند)، روابط بین متغیرها خطی بود (باقیمانده‌ها رابطه‌ای مستقیم با نمرات پیش‌بینی بهزیستی ذهنی داشتند)، هم‌خطی چندگانه وجود نداشت (همبستگی بین متغیرهای مستقل یعنی اجتناب هیجانی، سرمایه روان‌شناختی و دین‌داری کمتر از ۰/۷ بود)، یکسانی پراکندگی وجود داشت (واریانس باقیمانده‌ها در اطراف نمرات پیش‌بینی شده

1. Pearson

برای همه نمرات پیش‌بینی شده یکسان بود) و نمرات پرت وجود نداشت. نتایج آزمون دوربین-واتسون نیز نشان داد که فرض استقلال متغیرها نیز برقرار است.

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه برای پیش‌بینی بهزیستی ذهنی از طریق متغیرهای اجتناب هیجانی، سرمایه

روان‌شناختی و دین‌داری

متغیر پیش‌بین	R	R ₂	R ₂ تعدیل شده	R ₂ تغییر یافته	F	Sig	دوربین-واتسون
تاب‌آوری	۰/۷۸۷	۰/۶۲۰	۰/۶۱۳	۰/۶۲۰	۹۴/۶۲	≤۰/۰۰۱	
امیدواری	۸۴۵/۰۷۱۴	۰/۷۰۴	۰/۷۰۴	۰/۰۹۴	۱۸/۶۷	≤۰/۰۰۱	۱/۶۲
مناسک اسلامی	۰/۸۶۰	۰/۷۳۹	۰/۷۲۵	۰/۰۲۵	۵/۳۸	≤۰/۰۵	
مقابله با اجتناب از فعالیت	۰/۸۷۵	۰/۷۶۵	۰/۷۴۸	۰/۰۲۶	۶/۱۲	≤۰/۰۵	

پس از اجرای رگرسیون چندگانه، مقدار R² به دست آمده نشان داد که ۷۶ درصد از واریانس کل بهزیستی ذهنی سالمندان دیابتی توسط متغیرهای وارد شده در مدل، تبیین گردیده است. بدین دلیل کوهن^۱ (۱۹۸۸) معتقد است که مقادیر $R^2 \geq 0/50$ (یعنی $R^2 \geq 0/25$) بیانگر ارتباط بسیار قوی بین متغیرهای مورد مطالعه است. در این مطالعه نیز $R^2 = 0/76$ بود که حاکی از ارتباط چند متغیره قوی بین متغیرهای پیش‌بین و بهزیستی ذهنی است. تحلیل واریانس^۲ روی همین مدل نیز حاکی از معنی‌داری مدل کلی بود: $(F_{(4, 195)} = 44763, P \leq 0/001)$. برای اطلاع از سهم هر یک از متغیرهای پیش‌بین در تبیین واریانس بهزیستی ذهنی، ضرایب Beta بررسی شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴: خلاصه نتایج ضرایب استاندارد و غیراستاندارد برای پیش‌بینی بهزیستی ذهنی از طریق مؤلفه‌های اجتناب هیجانی،

سرمایه روان‌شناختی و دین‌داری

متغیر پیش‌بین	B	SE	Beta	T	Sig	مقدار تحمل	عامل افزایش واریانس (VIF)
مقدار ثابت	۱۸/۵۴۳	۷/۹۳۵	-	۵/۳۳۷	≤۰/۰۰۱	-	-
تاب‌آوری	۰/۵۸۷	۰/۱۷۴	۰/۴۲۰	۴/۳۶۵	≤۰/۰۰۱	۰/۲۷۴	۳/۶۵۴
امیدواری	۰/۹۶۰	۰/۱۷۴	۰/۵۳۲	۵/۵۱۹	≤۰/۰۰۱	۰/۴۶۰	۲/۱۷۴
مناسک اسلامی	۰/۴۹۷	۰/۱۸۴	۰/۲۸۳	۳/۷۰۷	≤۰/۰۰۹	۰/۳۹۲	۲/۵۵۱
مقابله با اجتناب از فعالیت	-۰/۵۳۵	۰/۲۱۶	-۰/۲۶۰	-۳/۴۷۴	≤۰/۰۰۸	۰/۳۸۷	۲/۵۸۵

1. Cohen, J

2. Analysis Of Variance (Anova)

برای تعیین تأثیر هر یک از مؤلفه‌های، اجتناب هیجانی، سرمایه روان‌شناختی و دین‌داری به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین و بهزیستی ذهنی به‌عنوان متغیر ملاک، با تحلیل رگرسیون چند متغیری به روش گام‌به‌گام تحلیل شدند. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که وقتی متغیر بلوک اول (تاب‌آوری) وارد مدل شدند، مدل کلی ۶۲ درصد واریانس متغیر بهزیستی ذهنی را تبیین کرد، در گام‌های بعدی با اضافه شدن هر یک از متغیرهای پیش‌بین میزان واریانس تبیینی به ۷۶ درصد رسید. با توجه به مقادیر بتا؛ تاب‌آوری با ضریب بتا $(\text{Beta}=0/420)$ ، امیدواری با ضریب بتا $(\text{Beta}=0/532)$ ، انجام مناسک اسلامی با ضریب بتا $(\text{Beta}=0/283)$ و مقابله با اجتناب از فعالیت با ضریب بتا $(\text{Beta}=-0/260)$ ، قوی‌ترین متغیرها برای پیش‌بینی بهزیستی ذهنی سالمندان دیابتی است. همچنین با توجه به نتایج جدول ۴ که نشان می‌دهد مقادیر آماره تحمل برای همه متغیرهای پیش‌بین پژوهش از $0/1$ بزرگ‌تر و مقادیر آماره عامل افزایش واریانس نیز برای همه آن‌ها از 10 کوچک‌تر است بنابراین مطابق با معیارهای دیدگاه تاب‌اچنیک^۱ و فیدل^۲ (۲۰۰۱) در این پژوهش هم‌خطی چندگانه مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش اجتناب هیجانی، سرمایه روان‌شناختی و دین‌داری در پیش‌بینی بهزیستی ذهنی سالمندان دیابتی بود. نتایج پژوهش نشان داد که بین اجتناب هیجانی و بهزیستی سالمندان رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال (اسپینهاون و همکاران، ۲۰۱۴؛ آقاجانی و همکاران، ۱۳۹۶ و بازدین و فرگوس، ۲۰۱۶) همخوانی دارد. همچنین این پژوهش با پژوهش‌های کاشدن و همکاران (۲۰۱۰) و مورز و دانکلی (۲۰۱۵) همگرا است که نشان داده‌اند اجتناب تجربی با هیجانات منفی و مشکلات مقابله‌ای بیشتر رابطه دارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت چون اجتناب هیجانی راهبردهای تنظیم هیجانات است که شامل تلاش برای فرار یا اجتناب از هر بخش، از یک تجربه هیجانی از جمله افکار، احساسات و عبارات هیجانی است و در کوتاه‌مدت اجتناب هیجانی شکلی از تنظیم هیجانی سازگارانه در نظر گرفته می‌شود (بولانگر و همکاران، ۲۰۱۰، ص ۹۶) و تا زمانی که اجتناب از تجربه‌های درونی

1. Tabachnick, B. J

2. Fidell, L. S

ناخواسته، به یک الگوی انعطاف‌ناپذیر تجربه و پاسخ تبدیل نشده است، می‌توان گفت که مشکل‌ساز نیست (اومیگ و همکاران، ۲۰۱۶). اما از آنجاکه فرایند اجتناب هیجانی و تجربه‌ای از طریق تقویت منفی به‌طور کوتاه‌مدت ناراحتی و درد را تسکین می‌دهد؛ در بلندمدت می‌تواند منجر به حفظ و تداوم رفتار و هیجان‌های منفی (اضطراب، استرس، افسردگی، پریشانی و خشم) شود (برمن و همکاران، ۲۰۱۰) زیرا تلاش سخت برای جلوگیری از تجارب شخصی منفی، ظاهراً به تکرار و تشدید پریشانی‌های روان‌شناختی منجر می‌شود و با فعالیت‌های معنادار زندگی تداخل می‌یابد (کاشدان، باریوس، فورسیس و استیگر، ۲۰۰۶). لذا زمانی که سالمندان مبتلا به دیابت از اجتناب هیجانی به‌عنوان راهبردی مقابله‌ای استفاده می‌کنند در کوتاه‌مدت مانع تجربه عواطف منفی و پریشانی روان‌شناختی می‌شود اما در بلندمدت استفاده از سرکوبگری و بازداری هیجانی مانع می‌شود که این افراد عواطف خود را ابراز کنند؛ بنابراین زمانی که عواطف منفی ابراز نمی‌شود به‌صورت اضطراب، انزوا، بی‌حرکی و کاهش روابط بین‌فردی نمود پیدا می‌کند که این امر زمینه‌ساز سبک زندگی منفعلانه در دوران سالمندی فراهم می‌کند؛ درنهایت سبک زندگی منفعلانه بر شدت بیماری دیابت تأثیر مضاعف گذاشته و منجر به کاهش رفتارهای خودمراقبتی می‌شود؛ بنابراین اجتناب هیجانی به روش‌های مختلف با مشکلات بین‌فردی و آسفتگی روان‌شناختی در رابطه است و سرانجام در درازمدت به آسفتگی هیجانی در بیماران دیابتی منجر خواهد شد.

نتایج پژوهش نشان داد که بین سرمایه‌های روان‌شناختی و بهزیستی سالمندان رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال (اعراب شیبانی و همکاران، ۱۳۹۵؛ لولا و همکاران، ۲۰۱۴ و قاسمی جوبنه و همکاران، ۱۳۹۵) همخوانی دارد. از لحاظ نظری توان پیش‌بینی خودکارآمدی، تاب‌آوری، امیدواری و خوش‌بینی برای بهزیستی ذهنی، با تأکید و توجه به نقش‌های شناختی و عاطفی متصور برای مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی به‌خوبی قابل تبیین و توضیح است. خودکارآمدی و تاب‌آوری و در حد کمتری خوش‌بینی و امیدواری متغیرهای انتظاری با بار شناختی و عاطفی مثبت‌اند (کاترین و دومینگ، ۲۰۰۸). به این مفهوم که نوعی پیش‌نگری مثبت در هر یک از آن‌ها نهفته است (سلیگمن، ۲۰۰۶، ص ۷۸). این بار عاطفی و شناختی مثبت برای مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی، هر یک را در جایگاهی قرار می‌دهد تا بتوانند خود به‌تنهایی یا در تعامل با متغیرهای دیگر (بولینگ، ۲۰۱۱) بر رفتارها، حالات، تصمیمات و بر سلامتی و بهزیستی (در ابعاد مختلف روان‌شناختی، هیجانی، شناختی، اجتماعی و معنوی) انسان‌ها تأثیر بگذارند و بر آن‌ها نفوذ کنند. از طرف دیگر بهزیستی ذهنی چه در قالب کلی و چه

در قالب مؤلفه‌های (فیشر، ۲۰۱۳) پیوندی نزدیک با حالات عاطفی و شناختی مثبت دارد. این توان مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی به تغذیه و تقویت حالات عاطفی و شناختی مثبت (شادی، آرامش، نشاط، احساس توانمندی و سرزندگی) و پیوند بهزیستی ذهنی با سازه‌هایی مشابه، سازوکار اصلی پیوند میان خودکارآمدی، تاب‌آوری، خوش‌بینی و امیدواری با بهزیستی ذهنی در سالمندان و حتی در گروه‌های جمعیت شناختی دیگر است. همچنین محیط زندگی سالمندانی که با خانواده زندگی می‌کنند، برقراری تعامل و ارتباطات اجتماعی لازم را تسهیل می‌کند و بدین طریق به افراد کمک می‌کند به توانایی‌های خویش پی برده و خودمراقبتی خود را حفظ کنند (جارسلو و همکاران، ۲۰۱۱). از سوی دیگر تصورات اخیر حاکی از همراهی امیدواری با خودکارآمدی، تاب‌آوری، خوش‌بینی، حمایت اجتماعی و خودمتمکی بودن با انتظارات مطلوب است که یکی از مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی شده برای درمان‌پذیری است (فرهادی، برانزنده چقثانی، مختارپور، کرمی و دارایی‌زاده، ۱۳۹۴). تاب‌آوری به انسان اجازه می‌دهد که بر موقعیت‌های استرس‌زا غلبه کند و او را قادر سازد تا تلاش ثابتی برای رسیدن به اهداف خود داشته باشد. انسان‌هایی که امیدواری بیشتری دارند تلاششان را صرف کسب اهداف مشکل‌تر می‌کنند، اهدافشان را با اطمینان بیشتری به دست می‌آورند و آن‌ها را با اهداف سخت‌تر دیگری ارزیابی می‌کنند اما کسانی که امیدواری کمتری دارند این‌گونه نیستند (ویلارد، رینی و کینگ، ۲۰۰۸).

نتایج پژوهش نشان داد که بین نگرش دین‌داری و بهزیستی سالمندان رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال (آیوزن و همکاران، ۲۰۱۳؛ آقابابائی و همکاران، ۲۰۱۶؛ و تیواری و همکاران، ۲۰۱۶) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که نگرش دینی از طریق تدارک چارچوبی جهت تفسیر و توصیف تجارب زندگی و به موجب آن فراهم کردن نوعی احساس انسجام و به هم پیوستگی وجودی، در ارتقای بهزیستی مشارکت می‌کند (سلیگمن، ۲۰۰۲). افراد سالمندی که از نگرش دینی برخوردارند، این توانایی را دارند که به مشکلات زندگی، فشارهای روانی، ناتوانی‌های جسمی و آسیب‌پذیری روان‌شناختی و مهم‌تر از همه فقدان‌های طبیعی نظیر مرگ همسر و افراد نزدیک خانواده و ازدواج و جدایی فرزندان که در چرخه زندگی رخ می‌دهند، معنی بدهند و از طریق مقابله با این مشکلات از بار فشار روانی بکاهند. از طرفی معنویت و دین‌داری برای افراد، حمایت اجتماعی فراهم می‌آورد و این نوع حمایت این حس را در افراد سالمند ایجاد می‌کند که تنها نیست و به گروهی تعلق دارد که در موقع سختی و مشکلات از او حمایت عاطفی می‌کند. از سوی دیگر افراد سالمند دارای نگرش دینی با سبک زندگی جسمی و روانی سالم‌اند که در آن وفاداری زناشویی، رفتار نوع‌دوستانه، عدم ارتکاب جرم و رفتارهای

ضداجتماعی، تعادل در تغذیه و داشتن تعهد و سایر رفتارهای مربوط به سلامتی حائز اهمیت است، بهزیستی هیجانی و روان‌شناختی خود را حفظ می‌کنند. در تبیین دیگر این یافته می‌توان گفت، نگرش دینی باعث می‌شود فرد دارای هویت یکپارچه، رضایت، شادی، عشق، احترام، نگرش‌های مثبت، آرامش درونی و هدف و جهت در زندگی باشد (گومز و فیشر، ۲۰۰۳). به عبارت دیگر، معنویت و مذهب که سپری در برابر مشکلات و ناراحتی‌های افراد است و به صورت ضربه‌گیر عمل می‌کند، موجب کاهش اختلالات روانی و ارتقاء سطح سلامت روانی و بهزیستی ذهنی سالمندان می‌شود (برجعی و همکاران، ۱۳۹۲).

نتایج رگرسیون چندمتغیری نشان داد که ۷۶ درصد از واریانس بهزیستی ذهنی توسط مؤلفه تاب‌آوری، امیدواری، مناسک اسلامی و مقابله با اجتناب از فعالیت تبیین می‌شود. ۲۴ درصد از واریانس باقی مانده توسط سایر ویژگی‌های زیستی، شخصیتی و محیطی تبیین می‌شود. اجتناب هیجانی، سرمایه‌های روان‌شناختی و نگرش دینی، علاوه بر رابطه مستقیمی (مثبت و منفی) که با هم دارند، قادرند به طور مستقل بهزیستی ذهنی سالمندان را پیش‌بینی کنند. این امر، نشان می‌دهد که اجتناب هیجانی، سرمایه‌های روان‌شناختی و نگرش دینی علاوه بر اثرات مشترکی که می‌توانند بر بهزیستی ذهنی سالمندان داشته باشند، ویژگی‌های خاصی نیز دارند که بر بهزیستی ذهنی اثرگذار است.

پیشنهادها و محدودیت‌ها: روش پژوهش (توصیفی) باعث شد که نتوانیم بین متغیر ملاک بهزیستی ذهنی و متغیر پیش‌بین اجتناب هیجانی، سرمایه‌های روان‌شناختی و دین‌داری رابطه علی و معلولی در نظر بگیریم، لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی به این امر توجه شود. به دلیل بالا بودن سن نمونه‌ها، پر کردن پرسشنامه وقت‌گیر و از حوصله سالمندان خارج بوده و عدم همکاری بعضی از سالمندان از محدودیت‌های پیش روی تحقیق بوده است. از محدودیت‌های دیگر، استفاده صرف از پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی بود که اختصاصاً برای سنین سالمندی نبود. در مطالعات بعدی بهتر است در راستای طراحی و توسعه ابزارهای که مختص سالمندان است، مطالعات پیش‌تری انجام شده و همچنین توجه بیشتری به مشکلات این قشر شود.

سپاس‌گزاری: در نهایت پژوهشگران بر خود لازم می‌بینند از کلیه عزیزانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کرده‌اند نهایت سپاس‌گزاری را داشته باشند.

فهرست منابع

- اعراب شیبانی، خدیجه؛ آخوندی، نیلا؛ جاودانی مسرور، مژگان و ریاحی مدوار، مرضیه (۱۳۹۵). طراحی مدل ارتقاء سرمایه روان‌شناختی در بیماران دیابتی: تبیین نقش کیفیت زندگی. فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی سلامت. ۵ (۱۸)، ۵۲ - ۳۵.
- آقابابائی، ناصر و بلچنیو، آگاتا (۱۳۹۳) رابطه میان مدل شخصیتی هگزاکو، دین‌داری و بهزیستی فاعلی در دانشجویان ایرانی و لهستانی. روان‌شناسی معاصر، ۹ (۱)، ۲۸ - ۱۷.
- آقابابائی، ناصر؛ سهرابی، فرامرز؛ اسکندری، حسین؛ برجعلی، احمد و فرخی، نورعلی (۱۳۹۵). تدوین مدل علی بهزیستی ذهنی بر پایه جهت‌گیری دین با واسطه‌گری امیدواری، اضطراب مرگ و معنای زندگی، پژوهشنامه روان‌شناسی اسلامی، ۲ (۲)، ۶۰ - ۳۲.
- آقاجانی، سیف‌الله؛ صمدی‌فرد، حمیدرضا و نریمانی، محمد (۱۳۹۶). نقش مؤلفه‌های اجتناب شناختی و باورهای فراشناختی در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی. فصلنامه علمی-پژوهشی روان‌شناسی سلامت. ۶ (۱ پیاپی ۲۱)، ۱۵۶ - ۱۴۲.
- برجعلی، محمود؛ بگیان‌کوله‌مرز، محمدجواد؛ بختی، مجتبی و عباسی، مسلم (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش دلگرمی مبتنی بر رویکرد آدلری بر بهبود بهزیستی هیجانی و اجتماعی دانش‌آموزان مدارس شبانه‌روزی. فصلنامه خانواده و پژوهش، ۱۰ (۴)، ۸۳ - ۱۰۰.
- فتح‌آبادی، جلیل؛ ایزد دوست، مونا؛ تقوایی، داوود؛ شلانی، بیتا و صادقی، سعید (۱۳۹۷). نقش باورهای غیرمنطقی سلامت، منبع کنترل سلامت و سبک زندگی سلامت محور در پیش‌بینی احتمال خطر ابتلای به دیابت. نشریه پایش، ۱۷ (۲)، ۱۷۸ - ۱۶۹.
- فرهادی، علی؛ برازنده چقایی، سمیه؛ مختارپور، حسن؛ کرمی، خلیل و دارایی زاده، علی (۱۳۹۴). نقش حمایت اجتماعی، بهزیستی معنوی و خودکارآمدی در پیش‌بینی بهزیستی ذهنی سالمندان. مجله روان‌شناسی پیری، ۱ (۲)، ۴۸ - ۳۵.
- قاسمی جوبنه، رضا؛ زهراکار، کیانوش؛ همدی، میثم و کریمی، کامبیز (۱۳۹۵). نقش سلامت معنوی و ذهن آگاهی در سرمایه روان‌شناختی دانشجویان. پژوهش در آموزش علوم پزشکی. ۸ (۲)، ۲۷ - ۳۶.
- گل‌بهار، آخوندزاده و آخوندزاده، جهان گل (۱۳۹۳). اثر بخشی مرورخاطرات بر حافظه بالینی سالمندان. فصلنامه پرستاری سالمندی، ۱ (۱)، ۶۴ - ۷۲.

- گل‌پرور، محسن؛ جعفری، مریم و جوادیان، زهرا (۱۳۹۲). پیش‌بینی سرمایه روان‌شناختی از طریق مؤلفه‌های معنویت در پرستاران. فصلنامه روان‌پرستاری، ۱(۳)، ۴۴ - ۳۵.
- گلستانی‌بخت، طاهره (۱۳۸۶). ارائه الگوی بهزیستی ذهنی و شادمانی در جمعیت شهر تهران. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی عمومی. دانشگاه الزهرا.
- مرادی، آسیه؛ برقی‌ایرانی، زیبا؛ بگیان‌کوله‌مرز، محمدجواد و ضابط، مریم (۱۳۹۶). تعیین ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه چندبعدی اجتناب تجربی (MEAQ). مجله شناخت اجتماعی، ۶(۱۲)، ۵۷ - ۸۶.
- ورعی، پیام؛ مؤمنی، خدامراد و مرادی، آسیه (۱۳۹۶). پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی بر اساس دین‌داری و خودشفقت‌ورزی در سالمندان. مجله روان‌شناسی پیری، ۳(۱)، ۵۴ - ۴۵.
- Aghababaei, N., Sohrabi, F., Eskandari, H., Borjali, A., Farrokhi, N., & Chen, Z. J. (2016). Predicting subjective well-being by religious and scientific attitudes with hope, purpose in life, and death anxiety as mediators. *Personality and Individual Differences*, 90, 93-98.
- American Diabetes Association. (2014). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 37: 81-90. *Personality and Individual Differences*, 23, 899-900.
- Bardeen, J. R., & Fergus, T. A. (2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of contextual behavioral science*, 5(1): 1-6.
- Berman, N. C., Wheaton, M. G., McGrath, P., & Abramowitz, J. S. (2010). Predicting anxiety: the role of experiential avoidance and anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(1): 109-130.
- Boulanger, J. L., Hayes, S. C., Pistorello, J. (2010). Experiential Avoidance as a Functional Contextual Concept. In: Kring AM, Sloan DM, editors. *Emotion regulation and psychopathology: a transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York: Guilford Press; p. 107-36.
- Bowling, A. (2011). Do older and younger people differ in their reported well-being? A national survey of adults in Britain. *Family Practice*, 28(2), 145-155.

- 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.
- Eifert GH, Forsyth JP, Arch J, Espejo E, Keller M, Langer D. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(4), 368-85.
- Emmons, R. A., Barrett, J. L., & Schnitker, S. A. (2008). Personality and the capacity for religious and spiritual experience. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 634–653) (3rd ed). New York: The Guilford Press.
- Esteghamati A, Etemad K, Koochpayehzadeh J, Abbasi M, Meysamie A, Noshad S, et al. (2014). Trends in the prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in association with obesity in Iran: 2005-2011. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 103: 319-27.
- Fisher, J. (2013a). You can't beat relating with God for spiritual well-being: Comparing a generic version with the original spiritual well-being questionnaire called SHALOM. *Religions*, 4(3), 325–335.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., Ghramaleki, A. F., Morris, R. J., & Hood, R. W. (2000). Muslim Attitudes towards Religion Scale: Factors, validity, and complexity of relationships with mental health in Iran. *Mental Health, Religion and Culture*, 3(2), 125–132.
- Gomez, R, & Fisher, J. W. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire, *Personality and Individual Differences*, 35 (3), 1975-1991.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Harris, PR., & Lightsey, O.R. (2005). Constructive thinking as a mediator of the relationship between extraversion, neuroticism and subjective wellbeing. *European Journal of Personality*, 19, 409-426.

- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hodge, D. R., Bonifas, R. P., & Chou, R. A. (2010). Spirituality and older adults: Ethical guidelines to enhance service provision. *Advances in Social Work*, 11(1), 1-16.
- Hodges, Timothy.D (2010). An Experimental study of the impact of psychological capital on performance, engagement, and the contagion effect. *Dissertations and Theses from the College of Business Administration. University of Nebraska- Lincoln Year 2010 School principals*, PhD dissertation.
- Ikezaki H, Ai M, Schaefer EJ, Otokoza S, Asztalos BF, Nakajima K, Zhou Y, Liu CT, Jacques PF, Cupples LA, Furusyo N. (2017). Cardiovascular disease prevalence and insulin resistance in the Kyushu– Okinawa Population Study and the Framingham Offspring Study. *Journal of clinical lipidology*. 11:348-56.
- Ivtzan, I., Chan, C. P., Gardner, H. E., & Prashar, K. (2013). Linking religion and spirituality with psychological well-being: Examining self-actualisation, meaning in life, and personal growth initiative. *Journal of religion and health*, 52(3), 915-929.
- Jaroslawa B, Kurylek A, Wozniacka A, Sysa A, Arkuszewska C. (2011). Personality traits and demographic an variables influence on quality of life in systemic Sclerosis. *Journal Psychosom Reserch*. 30(1), 2-16.
- Kamp Dush, C. M., Taylor, M. G., Kroeger, R. A. (2008). Marital happiness and psychological well-being across the life course. *Family Relation*, 57(2), 211-226.
- Karekla, M., & Panayiotou, G. (2011). Coping and experiential avoidance: Unique or overlapping constructs?. *Journal of Behavior Therapy and Experiential Psychiatry*, 42 (22), 163-170.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9): 1301-1320.



- Kashdan, T. B., Breen, W. E., Afram, A., & Terhar, D. (2010). Experiential avoidance in idiographic, autobiographical memories: Construct validity and links to social anxiety, depressive, and anger symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 24 (5), 528-534.
- Katryn, T., Dominic, U. (2008). *The Psychology of lifestyle*, london, Routledge. *International Journal of Behavioral Development*. PP 31-48.
- Kennedy, S. (2015). "Assessing Behavioral and Emotional Avoidance in Adolescents: A Psychometric Validation Study" *Open Access Theses*. 572.
- Keyes, C. L. M. & Magyar-Moe. Jeana.L. (2003). The measurement and utility of adult subjective well-being. p.411-425 in *positive psychological assessment: Handbook of models and measures*, edited by S.J.Lopez and R. Snyder. Washington, DC: American Psychological Association.
- Krauss, S. W., & Hood, R. W. (2013). *New approach to religious orientation. The Commitment-Reflectivity Circumplex*. New York: Rodopi.
- Ljunggren, M. (2012). *Elderly abuse and depression in developed countries: Does religion/spirituality matter?* (Doctoral Dissertation No. HPPC-H11-4). Retrieved from <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:hig:diva-11410>.
- Lu, L., Kao, S. F., & Hsieh, Y. H. (2010). Positive attitudes toward older people and well-being among Chinese community older adults. *Journal of Applied Gerontology*, 29(5), 622-639.
- Mac Gee, E.A. (2011). *An examination of the stability of positive psychological capital using frequency-based measurement*. Unpublished Doctoral Dissertation, University of Tennessee. <http://trace.tennessee.edu/atk-graddiss/999>.
- Oemig Dworsky, C. K., Pargament, K. I., Wong, S., Exline, J. J. (2016). Suppressing spiritual struggles: The role of experiential avoidance in mental health. *Journal of Contextual Behavioral Science*. [In Press].
- Ouweneel, E., Le Blanc, P. & Schaufeli, W.B. (2013). *Believe and you will achieve: Do*

- changes in self-efficacy correspond with changes in perceived competence, engagement and performance? *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 5, 225-247.
- Peterson SJ, Byron K. (2007). Exploring the role of hope in job performance: Results from four studies. *Journal of Organizational Behavior*. 29(6): 785–803.
- Richards, L., & Paskov, M. (2016). Social class, employment status and inequality in psychological well-being in the UK: Cross-sectional and fixed effects analyses over two decades. *Social Science & Medicine*, 167, 45-53.
- Seligman ME. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York, NY: Free Press.
- Seligman, M. E. P. (1998). *Learned Optimism: How to change your mind and your life*. New York: Pocket Books.
- Seligman, M. E. P. (2006). *Learned Optimism: How to Change Your Mind and Your Life* (3rd Ed. First E, 1990. 2nd Ed, 1998). The New York Times Book Review: Vintage Books.
- Shenk, C. E.; Putnam, F. W. & Noll, J. G. (2012). "Experiential avoidance and the relationship between child maltreatment and PTSD symptoms: Preliminary evidence". *Child Abuse & Neglect*, 36 (2), 118-126.
- Siedlecki, K. L., Salthouse, T. A., Oishi, S., & Jeswanin, S. (2014). The relationship between social support and subjective wellbeing across age. *Social Indicators Research*, 117(2), 561-576.
- Smith, G.D., & Yang, F. (2017). Stress, resilience and psychological well-being in Chinese undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 49, 90-95.
- Spinhoven, P., Drost, J., de Rooij, M., van Hemert, A. M., & Penninx, B. W. (2014). A longitudinal study of experiential avoidance in emotional disorders. *Behavior Therapy*, 45, 840-850.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics*. Boston: Allyn and

Bacon.

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

Ucol-Ganiron T. (2012). The additive value of psychological capital in predicting structural project success and life satisfaction of structural engineers. *International Journal of Social Science and Humanity*. 2 (4): 291-295.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). *World Population Ageing 2013*. ST/ESA/SER.A/348

Wellard SJ, Rennie S, King R. (2008). Perceptions of people with Type 2 diabetes about self-management and the efficacy of community based services. *Contemporary Nurse*. 29(2), 218-26.

Wilde, A., & Joseph, S. (1997). Religiosity and personality in a Moslem context. *Personality*

Youssef-Morgan, C. M., & Luthans, F. (2015). Psychological Capital and Well-being. *Stress and Health*, 31(3), 180-188.

