

# The Relationship of Religious Orientation with Psychological Wellbeing in Elderly People: The Mediating Role of Spiritual Health

## ARTICLE INFO

### Article Type

Research Article

### Authors

Roohollah Yadegari<sup>1</sup>  
Majid Yousefi Afrashteh<sup>2\*</sup>  
Mojgan Hayati<sup>3</sup>  
Loghman Ebrahimi<sup>4</sup>

### How to cite this article

Roohollah Yadegari, Majid Yousefi Afrashteh, Mojgan Hayati, Loghman Ebrahimi<sup>4</sup>, The Relationship of Religious Orientation with Psychological Wellbeing in Elderly People: The Mediating Role of Spiritual Health. *Islamic Life Style*. 2021; 5(3):85-94

1. PhD Student, Department of Psychology, University of Guilan, Guilan, Iran.
2. Assistant professor of psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran (Corresponding Author).
3. Assistant professor of department of psychology, University of Zanjan, Zanjan, Iran
4. Assistant professor of psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

### \* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: mjduosefi@gmail.com

### Article History

Received: 2021/08/07

Accepted: 2021/10/08

## ABSTRACT

**Purpose:** The present research was conducted to evaluate the relationship of religious orientation with psychological wellbeing, mediating by spiritual health.

**Materials and Methods:** The outline of the present research was descriptive and correlational. The statistical population of the research included the elderly people of Zanjan, from which a sample of 238 people was selected using availability sampling. After, obtaining the contention of the participants, Alport's Religious Orientation, Rif's Psychological Wellbeing and Polotzin and Alison Spiritual Health questionnaires were distributed among them. The data was analyzed using 22nd edition of SPSS software, Pearson correlation method and regression analysis.

**Findings:** The results demonstrated that the internal religious orientation is in a positive and meaningful relationship with psychological wellbeing and spiritual health. But, external religious orientation is in a meaningful negative relationship with psychological wellbeing and spiritual health. Although, the results of regression analysis indicated that the spiritual health has an explanatory ability in the prediction of spiritual wellbeing.

**Conclusion:** The results of the present research have cognitive and educational implications for elderly people which deal with some of the causes and the effects of spiritual health.

**Keywords:** Elderly people, Internal and External Religious Orientation, Psychological Wellbeing, and Spiritual Health.

## رابطه جهت گیری مذهبی با بهزیستی روان شناختی در سالمندان: نقش میانجی سلامت معنوی

روح الله یادگاری<sup>۱</sup>

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشگاه گیلان، گیلان، ایران.

مجید یوسفی افراشته<sup>۲\*</sup>

استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران (نویسنده مسئول).

مژگان حیاتی<sup>۳</sup>

استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

لقمان ابراهیمی<sup>۴</sup>

استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران.

### چکیده

**هدف:** بهزیستی روانشناختی از مسائل مهم در زندگی سالمندی است که ممکن است، تحت تأثیر معنویت و جهت گیری مذهبی آنان تغییر کند. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه جهت گیری مذهبی و بهزیستی روان شناختی در سالمندان، با میانجی گری سلامت معنوی انجام شد.

**مواد و روش ها:** طرح تحقیق حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش را سالمندان شهر زنجان تشکیل می داد، که از جامعه آماری مورد نظر، نمونه ای به حجم ۲۳۸ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شد. بعد از جلب رضایت شرکت کنندگان پرسش نامه های جهت گیری مذهبی آلپورت، بهزیستی روان شناختی ریف و سلامت معنوی پولوتزین و الیسون جهت تکمیل در اختیار ایشان قرار گرفت. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ و با روش همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته ها:** نتایج نشان داد که جهت گیری مذهبی درونی با بهزیستی روان شناختی و سلامت معنوی رابطه مثبت و معنی دار دارد. اما جهت گیری مذهبی بیرونی با بهزیستی روان شناختی و سلامت معنوی رابطه منفی معنی داری دارند. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که سلامت معنوی در پیش بینی بهزیستی روان شناختی، قابلیت تبیین گری دارد.

**نتیجه گیری:** نتایج پژوهش حاضر دارای تلویحات شناختی و آموزشی درباره سالمندان است که به برخی علت ها و پیامدهای سلامت معنوی می پردازد.

**کلید واژه ها:** سالمندان، جهت گیری مذهبی درونی و بیرونی، بهزیستی روان شناختی و سلامت معنوی.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۵/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۱۶

\*نویسنده مسئول: mjduosefi@gmail.com

### مقدمه

پژوهش در باب سالمندی و سالمندان، از دغدغه های عمده ی قرن حاضر است. سالمندی صرفاً بالا رفتن سن نیست؛ بلکه پدیده ای حیاتی می باشد که در سیری طبیعی، تغییرات فیزیولوژیکی و روانی در بدن را به همراه دارد (۱). اگر بپذیریم که برای دانستن هر موضوعی به تخصص نیازمندیم، دیگر نباید از شنیدن اصطلاح "علم سالمند شناسی"<sup>۱</sup> تعجب کرد (به نقل از ۲) در سنین پیری که همچنان افسردگی و اضطراب- به خاطر احساس مرگ قریب- الوقوع- قابل مشاهده است داشتن نیرویی درونی مانند نگرش های مذهبی، کارایی بالایی دارد (۳) به ویژه از آنجا که آینده- به واسطه- ی پیشرفت دانش پزشکی- آکنده از پیران خواهد شد. از دیدگاه پدیدارشناسی، پیری را باید از دیدگاه پیران سنجید، چه بسا آنچه که از نظر ما نقص و ناتوانی است از منظر فرد سالمند، مطلوبیت و کارایی خاصی داشته باشد (۴). هر سنی، سؤال برجسته ی مخصوص به خود دارد و پرسش سالمندان این است: فنا یا بقا، مسأله این است! برخی پژوهشگران (۵) بر این باورند که پیامد وضعیت سالمندان، تنها به خود آنها منحصر نخواهد ماند و به کل جامعه سرایت خواهد کرد. بیلی<sup>۲</sup> و اشنايدر<sup>۳</sup> پی بردند که سالمندان امید کمتری به آینده دارند و با پوچی دست به گریبان اند (به نقل از ۶) و شیوع بالای افسردگی در سنین ۵۵ الی ۶۴ ساله نشان داده شده است (۷). ورود به مرحله ی سالمندی، مستلزم آمادگی است که باید انتظارات و ترجیحات خاصی با آن همراه باشند، تا به انطباق و سازش دست یابند (۸). گرچه افزایش طول عمر به واسطه ی پیشرفت علم، برکتی است ولی نباید احساس تنهایی، اضطراب مرگ، بی کاری و نداشتن حمایت اجتماعی را در سنین پیری نادیده گرفت. میرویس<sup>۴</sup> نشان داده اگر بپذیریم که حتی در معنای لغوی "اجتماع"<sup>۵</sup>، اشتراک، تکالیف متقابل و تعهد نهفته است (۹)، پس سالمندان برای درک حضورشان و پذیرفته شدنشان در جامعه ی انسانی و پذیرفته شدنشان، نیازمند تعهداند.

امروزه با علاقه و توجه روزافزونی در مورد بهزیستی روان- شناختی هستیم که می تواند نتیجه مداخلات رفتاری خاصی نیز باشد (۱۰). سازمان سلامت جهانی، سلامتی را به عنوان بهزیستی کامل جسمی، ذهنی و اجتماعی تعریف می کند و به نبود بیماری ها اکتفا نمی کند (به نقل از ۱۱). چنگ<sup>۶</sup> و چان<sup>۷</sup> (۲۰۰۵) اشاره کرده اند که در تعریف بهزیستی روان شناختی، شش عنصر را باید ملاحظه کرد: زندگی هدفمند، رابطه مثبت با دیگران، رشد شخصی، پذیرش خود، خودمختاری و تسلط بر محیط (به نقل از ۱۲) ولی ریف<sup>۸</sup> تلاش برای برتری و استعلا، که در راستای تحقق توانایی ها و امکانات بالقوه فرد متجلی می شود؛ را جوهره ی بهزیستی روان شناختی می داند

<sup>5</sup> Community

<sup>6</sup> Cheng

<sup>7</sup> Chan

<sup>8</sup> Ryff

<sup>1</sup> Gerontology

<sup>2</sup> Bailly

<sup>3</sup> Snyder

<sup>4</sup> Mirvis

جهت‌گیری مذهبی می‌تواند مانع از کاهش کیفیت زندگی و بهزیستی گردد (۲۸). از سوی دیگر، مذهبی بودن افراطی به طور قابل توجهی با اغتشاش‌های هیجانی رابطه دارد (۲۹)، لذا به تعبیر جونز<sup>۴</sup> تنها آن رویکرد مذهبی در بهزیستی و خوشحالی روانی انسان‌ها موثر است که معنادهنده باشد (به نقل از ۳۰).

سلامت معنوی در هماهنگ کردن سایر ابعاد سلامتی انسان دخیل است و سازگاری و انطباقی کارکردهای روانی را افزایش می‌دهد (۳۱). میزان فعالیت در سالمندان با کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت، رابطه معنی‌داری دارد (۳۲) و البته سلامت را باید در معنایی گسترده‌تر - سلامت جسمی و معنوی - در نظر گرفت. نباید پیش-داوری کرد و این انتظار را داشت که تنها با داشتن سلامت معنوی، رضایت ما در هر حیطه‌ای از زندگی بالاتر از دیگران باشد، به‌عنوان مثال پرستاران دارای سلامت معنوی بیشتر (نسبت به پزشکان، ولی رضایت شغلی کمتری هستند (۳۳). با افزایش سلامت معنوی، از بی‌رنگ‌ترین اضطراب‌ها تا پررنگ‌ترین آنها - که مرگ است - کاسته خواهد شد (۳۴). سلامت معنوی از دو بخش تشکیل می‌شود: سلامت وجودی و سلامت مذهبی؛ سلامت وجودی که به نحوه ارتباط با دیگران، طبیعت و درون خود فرد می‌پردازد (۳۵). سلامت معنوی هم ریشه‌ی مذهب است و هم میوه‌ی آن، و سالمندان - به تعبیر اریکسون<sup>۵</sup> - خردمندان - در صورت دارا بودن شرایط هفت مرحله‌ی پیشین (۳۶)، از سلامت معنوی بیشتری بهره خواهند داشت. سلامت وجودی هم به نگرانی‌های مرتبط با ابعاد متفاوت زندگی (۳۷) و هم به چگونگی سازگار شدن با آن پرداخته است (۳۸). سلامت مذهبی تقریباً معادل با جهت‌گیری مذهبی درونی می‌باشد. سلامت معنوی یعنی توانایی انسان برای فراتر رفتن از خود و امور پیش‌یا افتاده (۳۹) و معنادار کردن زندگی و یافتن هدفی ارزشمند (۴۰) و مقوله‌ای است که بیش از آنکه با باورهای خاصی همراه باشد با تجربه‌ها و رفتارهای معینی مرتبط است. لذا به سبک زندگی بسیار نزدیک است. سلامت معنوی که با مجهز کردن ما به آرامش ذهنی، ما را به نوعی تعالی روحی می‌رساند عامل مهمی در بهبود کیفیت زندگی انسانی است (۴۱) در کنار تأیید دایمی این فرضیه که کثیری از مشکلات روحی با گذر زمان به‌خودی‌خود بهبود می‌یابند، می‌توان اضافه کرد که سلامت معنوی به این جریان بهبود، سرعت و شتاب بیشتری می‌بخشد (۴۲).

از بین مؤلفه‌های مقابله مذهبی، ارزیابی خیرخواهانه، پیش‌بینی‌کننده‌ی مثبت برای بهزیستی روان‌شناختی است ولی احساس منفی نسبت به خدا، پیش‌آگهی منفی به ما می‌دهد (۴۳). آموزش مهارت-های زندگی با رویکرد مذهبی، بر بهزیستی روان‌شناختی تأثیر مثبتی دارد (۴۴). بهزیستی معنوی با جهت‌گیری مذهبی درونی رابطه‌ی مثبت و با جهت‌گیری مذهبی بیرونی رابطه‌ی منفی دارد (۲۱ و ۴۵). جهت‌گیری مذهبی با تعهد زناشویی رابطه‌ی مثبت معناداری نشان داده است (۴۶) و نباید فراموش کنیم که تعهد، پیامد سلامت معنوی است. جهت‌گیری مذهبی با بهزیستی - در معنای عام آن - رابطه مثبت دارد (۴۷) اکثریت سالمندان (۹۰/۶۵ درصد) راه کسب آرامش

(۱۳). بهزیستی روان‌شناختی هم محصول شرایط زندگی مطلوب - همچون موفقیت تحصیلی و رضایت از نحوه‌ی ارتباطات - است و هم علت این پیامدها می‌باشد (۱۴). آنجا که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با معیارهای سخت‌گیرانه، محرومیت هیجانی و انزوای اجتماعی همراه می‌باشد با بهزیستی روان‌شناختی کم‌رنگی مواجه خواهیم بود (۲) و بر سلامت روان در سالمندی اثر منفی خواهد گذاشت. بهزیستی روان‌شناختی - ذهنی، مبتنی بر چهارچوبی است که آرامش‌بخش و لذت‌بخش است؛ و تلاش برای کسب تجارب مثبت در مرکز فعالیت‌های آن قرار دارد (۱۰). اگر یکی از مشکلات رایج در سالمندی، فکر خودکشی باشد (۱۵)، با افزایش اطمینان‌یابی از خود و جهت‌گیری حضور، و کاهش استرس و تنش اجتماعی، بهزیستی روان‌شناختی بیشتر خواهد شد (۱۶). از سوی دیگر، افشای هیجانی با شکستن فرایند بازداری هیجان‌ها در طولانی مدت به بهزیستی روان‌شناختی منجر خواهد شد (۱۷). انعطاف - پذیری روان‌شناختی و داشتن نقش اجتماعی ارزشمند، در تبیین بهزیستی روان‌شناختی دخیل است (۱۸). تحقیقاتی که در کشورهای توسعه یافته انجام شده، نشان می‌دهد که فرضیه‌ی U شکل بودن منحنی بهزیستی روان‌شناختی و سن، قابل دفاع و پذیرفتنی است (۱۹)، لذا نباید به سالخوردگی نگاهی بدبینانه داشت.

خداوند در قرآن کریم به‌صورت تلویحی می‌فرماید که ما بر عمرتان می‌افزایم تا شما راهتان را در این جهان بیابید و از سوی دیگر بهره‌ی خود را نیز از زندگی ببرید (۲۰) که هم اشاره‌ای است به ضرورت سالمندی و هم یافتن جهت‌گیری مذهبی صحیح، تا زندگی به کام ما و همچنین رضایت خداوند باشد. اما در سایه مذهب، انتخاب در جهت خاصی پیش خواهد رفت و مسؤولیت از جنبه فردی گذشته و جنبه‌های اجتماعی خواهد یافت. رویکرد مذهبی، فراخوان آن است که در برابر حوادث نامطلوب، صبر پیشه کنیم و حتی پذیرای آنها باشیم (۲۱). اما مانع اصلی در کاربرد رویکرد معنوی - دینی در درمان، ماهیت شخصی بودن مذهب - از دیدگاه علمی - است (۲۲). دین دارای مکانیسم‌های دفاعی توانمندی است که افراد را در برابر اثرات آزاردهنده‌ی استرس بر بدن نگاه می‌دارد (۲۳). جهت‌گیری مذهبی به تعبیر آلپورت<sup>۱</sup> دارای دو سنخ درونی و بیرونی است، و اشاره به روشی است که انسان‌ها در قبال باورهای دینی‌شان اخذ می‌کنند و چگونه آن باورها را به کار می‌برند (۲۴) و تفاوت معناداری بین دو جنس از نظر نوع جهت‌گیری مذهبی وجود ندارد (۲۵). آلپورت<sup>۲</sup> و راس<sup>۳</sup> (۱۹۶۷) نگاه کردن به دین، به‌عنوان یک هدف و اینکه می‌تواند شکل زندگی ما را بسازد؛ جهت‌گیری مذهبی درونی نامیده‌اند و سعی برای به‌دست آوردن پاداش‌های بیرونی به‌واسطه عملکردهای دینی را جهت‌گیری مذهبی بیرونی نامگذاری کرده‌اند (۲۶). سالمندان، انجام فرایض و فعالیت‌های مذهبی را وسیله‌ای برای کسب آرامش درونی خود معرفی کرده‌اند (۲۷) هر محیط و موقعیت جدیدی - همچون دوران سالخوردگی - انسان را از موقعیت طبیعی خارج می‌کند و گاه منجر به بیماری‌ها و اختلال‌هایی می‌گردد؛ که راهکارهایی همچون

<sup>4</sup> Jones

<sup>5</sup> Erickson

<sup>1</sup> Alport

<sup>2</sup> Allport

<sup>3</sup> Ross

به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. در این پرسش‌نامه به طور ضمنی بهزیستی نوعی کوشش برای ارتقا و استعلا دانسته شده، که در نگرش‌ها و امکانات بالقوه هر شخص آشکار می‌شود (۱۳). این پرسشنامه ۶ عامل را بررسی می‌کند: پذیرش خود، هدفمندی زندگی، رشد شخصی، داشتن ارتباط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط و خودمختاری (۵۶)؛ که بیانی و همکاران (۵۷) با بررسی پایایی از طریق بازآزمایی نشان دادند که در هر ۶ عامل، ضریب به دست آمده بالای ۰/۷۰ بود؛ همچنین ضریب پایایی درونی (آلفای کرونباخ) این آزمون برای تمام مؤلفه‌ها بیش از ۰/۷۰ بود و بررسی روایی سازه از طریق تحلیل عاملی تأییدی هم، مدل ۶ عاملی را تأیید کرد (۵۸). آنجا که به مشخصه‌های نیکویی برازش پرداخته شد، داده‌ها بالای ۰/۹۰ به دست آمد که از سطح بالایی برخوردار بود (۵۹).

پرسش‌نامه جهت‌گیری مذهبی آپورت: مقیاس جهت‌گیری مذهبی آپورت (۱۹۵۰) دارای ۲۰ فقره است که جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی را می‌سنجد. ۱۱ عبارت آن با جهت‌گیری مذهبی بیرونی، و ۹ جمله‌اش با جهت‌گیری مذهبی درونی در ارتباط است. آزمودنی‌ها به هر یک از سؤالات روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای که شامل <کاملاً مخالفم>، تقریباً مخالفم، تقریباً موافقم و کاملاً موافقم< کدگذاری شده است. آزمون محدودیت زمانی ندارد و به صورت گروهی قابل اجرا است. این پرسش‌نامه در نمونه‌های ایرانی و با آلفای کرونباخ ۰/۷۱ گزارش شده و پایایی بازآزمایی آن ۰/۷۴ گزارش گردیده است (۶۰). آلفای کرونباخ جهت‌گیری مذهبی بیرونی برابر با ۰/۷۱ و جهت‌گیری مذهبی درونی برابر با ۰/۶۲ گزارش شده است. همبستگی جهت‌گیری بیرونی و درونی ۰/۲۱ مقیاس است (۶۱).

پرسش‌نامه سلامت معنوی: پرسش‌نامه سلامت معنوی توسط پولوتزین و الیسون (۱۹۸۲) طراحی شد. این پرسش‌نامه ۳۰ گویه‌ای بر طبق مقیاس لیکرت ۴ گزینه‌ای از <کاملاً موافقم> تا <کاملاً مخالفم> درجه‌بندی شده، که برای عبارتهایی با فعل‌های مثبت، نمره ۴ بیشترین است و برای جملاتی با فعل‌های منفی، نمره ۴ کمترین محسوب می‌شود؛ که شامل ۱۰ پرسش سلامت مذهبی و ۱۰ پرسش سلامت وجودی است. نمره سلامت معنوی بین ۱۲۰-۲۰ می‌باشد و نمره کل بدین صورت دسته‌بندی می‌شود: سلامت معنوی در حد پایین (۲۰-۴۰) در حد متوسط (۹۹-۴۱) و در حد بالا (۱۲۰-۱۰۰). این پرسش‌نامه در مطالعات گوناگون در داخل و خارج کشور استفاده شده و پایایی و روایی آن تأیید شده است؛ مثلاً پولوتزین و الیسون آن را معتبر دانسته و ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۹۳ گزارش کردند. در مطالعات اله‌بخشیان و همکاران (۶۲) و رضایی، سیدفاطمی و حسینی (۶۳) روایی این پرسش‌نامه پس از ترجمه به فارسی از طریق روایی محتوایی تأیید شد؛ همچنین پایایی این پرسش‌نامه در این دو پژوهش از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شده است. در بررسی دهشیری، سهرابی، جعفری و نجفی (۶۴) ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و به ترتیب اجزای سلامت مذهبی و وجودی ۰/۸۲، ۰/۸۷ و ۰/۸۷ و با روش بازآزمایی ۰/۸۵، ۰/۷۸ و ۰/۸۱ گزارش شد.

را در مذهب یافته‌اند (۲۷) به‌ویژه که کهن‌سالی پیامدهای خاص خودش را دارد، از جمله کاهش کیفیت خواب (۴۸) که بر بسیاری پدیده‌های دیگر اثرگذار است. با توجه به موارد ذکر شده، می‌توان بین جهت‌گیری مذهبی و کیفیت بالای زندگی رابطه مثبت و معنی‌داری مشاهده کرد (۲۸).

با مداخلات درمانی - همچون گروه درمانی - می‌توان امید به زندگی و هدفمندی زندگی را که از عناصر جهت‌گیری مذهبی‌اند، در سالمندان بیشتر و بیشتر کرد (۱۲). دین‌داری و نوع رویکرد مذهبی در کاهش اضطراب و افسردگی - که متضاد بهزیستی و سلامت معنوی است - نقش بسیار دارد (۴۹). در افراد سالخورده، رابطه مثبت و معنی‌داری میان رویکرد مذهبی با سلامت روان وجود دارد (۵۰). البته جهت‌گیری مذهبی همه‌کاره هم نیست، مثلاً نمی‌تواند احساس تنهایی را پیش‌بینی کند (۵۱). برای بقا، اشکال متفاوتی هست: از جمله تعداد فرزندان، که تعدادش با جهت‌گیری مذهبی همبستگی معنادار دارد (۵۲) و اگر همین مسیر را ادامه دهیم و نوادگان را هم ملاحظه کنیم، به رویکرد مذهبی سالمندان هم دست خواهیم یافت.

بین جهت‌گیری مذهبی درونی با سلامت روان، رابطه‌ی معناداری وجود دارد و با افزایش جهت‌گیری مذهبی بیرونی، میزان افسردگی افراد زیاده‌تر می‌شود و همچنین در کاهش میزان نارساکنش‌وری اجتماعی، چندان معنادار نیست (۲۵). با حمایت طولانی‌مدت و فراهم کردن سرمایه‌ی اجتماعی (۵۳) و ایجاد اعتماد می‌توان به بهزیستی سالمندان کمک نمود. میزان تأثیر برنامه‌ی درسی معنوی بر بهزیستی روان‌شناختی در دو بعد اهداف و محتوا، بیشتر از سطح متوسط است (۵۴) و این نتایج برای سالمندان نیز سازگار است. سلامت روانی رابطه‌ای منفی با جهت‌گیری مذهبی بیرونی دارد (۵۵) و بهزیستی روان‌شناختی رابطه‌ی مثبتی با جهت‌گیری مذهبی درونی و بخشش دارد (۴۵).

#### مواد و روش‌ها

روش پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی خاصه مدل‌سازی مسیر است. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر شامل سالمندان بالای ۶۰ سال شهر زنجان بود. از جامعه آماری مورد نظر نمونه‌ای به حجم ۲۳۸ نفر (۱۳۴ نفر مرد و ۱۱۴ نفر زن) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. برای گردآوری داده‌های پژوهش ابتدا با اخذ مجوز از دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان و سپس مراجعه به اماکن عمومی شهر زنجان با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، نمونه لازم انتخاب شد. سه پرسش‌نامه جهت‌گیری مذهبی آپورت، سلامت معنوی پولوتزین و الیسون، بهزیستی روان‌شناختی ریف برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شدند.

پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی ریف: مقیاس بهزیستی روان‌شناختی که از سنخ خودگزارش‌دهی است در سال ۱۹۸۹ توسط کارول ریف در دانشگاه ویسکانسین ساخته شده است (۵۶) و دارای ۸۴ سؤال می‌باشد که در مقیاس لیکرتی ۶ درجه‌ای است و از <کاملاً مخالفم> تا <کاملاً موافقم> را در بر می‌گیرد. برخی از سؤال‌ها - ۴۴ پرسش - به شکل مستقیم و بعضی دیگر - ۴۰ پرسش -

**یافته‌ها**

در ادامه اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش شامل جهت گیری مذهبی، سلامت معنوی و بهزیستی روان‌شناختی گزارش شده است. در ادامه جدول توصیفی و سپس جدول همبستگی گزارش شده است.

جدول ۱. اطلاعات توصیفی برای متغیرهای پژوهش

متغیر	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد
جهت گیری مذهبی درونی	۱۵	۴۵	۲۹/۲۸	۶/۹۱
جهت گیری مذهبی بیرونی	۱۶	۴۴	۳۰/۵۵	۷/۱۰
سلامت معنوی	۳۸	۱۱۹	۹۰/۰۸	۱۹/۴۱
بهزیستی روان‌شناختی	۱۰۰	۴۵۷	۳۰۸/۲۲	۲۵/۸۷

جدول ۱ اطلاعات توصیفی از قبیل کمترین و بیشترین مقدار، میانگین و انحراف استاندارد را برای دو جهت گیری مذهبی (درونی و بیرونی)، سلامت معنوی و بهزیستی روان‌شناختی نشان می‌دهد.

جدول ۲. ماتریس همبستگی جهت گیری مذهبی، سلامت معنوی و بهزیستی روان‌شناختی

ردیف	متغیر	۱	۲	۳	۴
۱	جهت گیری مذهبی درونی	۱			
۲	جهت گیری مذهبی بیرونی	-.۰۲۹**	۱		
۳	سلامت معنوی	۰/۴۳**	-.۰۳۳**	۱	
۴	بهزیستی روان‌شناختی	۰/۵۴**	-.۰۳۶**	۰/۴۸**	۱

\*\*P<.۰۱

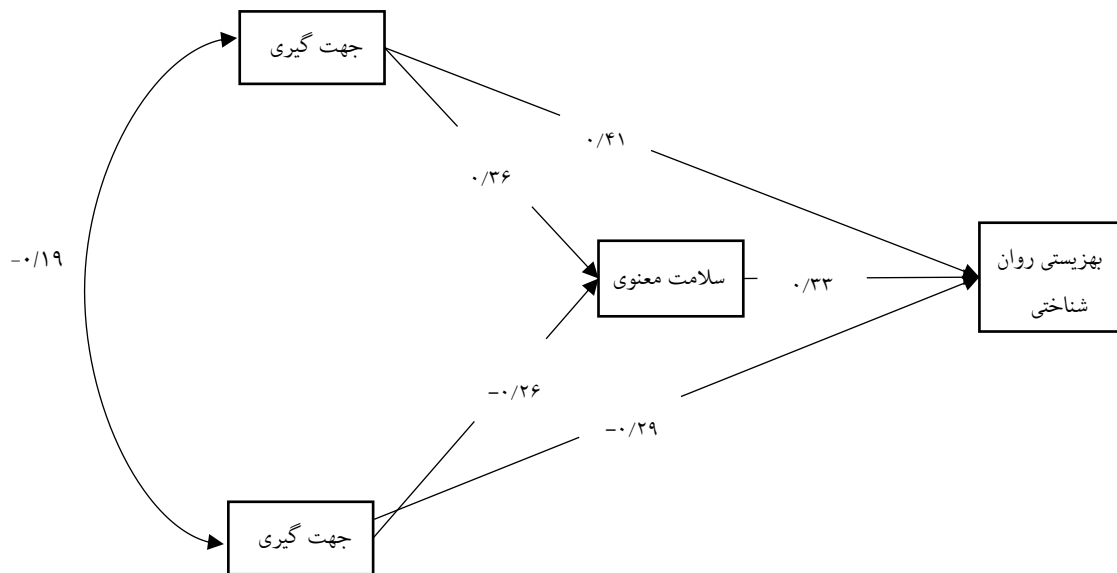
جهت بررسی بیشتر روابط بین متغیرها و همچنین بررسی نقش میانجی سلامت معنوی بین جهت گیری مذهبی با سلامت معنوی و بهزیستی روان‌شناختی از تحلیل مسیر استفاده شد. نتایج در جدول ۳ آمده است.

طبق اطلاعات جدول ۲ همه روابط بین متغیرها معنی‌دار بوده است. متغیر بهزیستی روان‌شناختی با جهت گیری مذهبی درونی ۰/۵۴، با جهت گیری مذهبی بیرونی ۰/۳۶- و با سلامت معنوی ۰/۳۳- همبستگی دارد که همه روابط در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار است.

جدول ۳. شاخص‌های ارزیابی روابط بین متغیرها

متغیر وابسته	متغیر مستقل	ضریب غیر استاندارد	ضریب استاندارد	مقدار t
بهزیستی روان‌شناختی	جهت گیری درونی	۰/۴۸	۰/۴۱	۸/۴۲
	جهت گیری بیرونی	-.۰۳۹	-.۰۲۹	-۴/۵۴
	سلامت معنوی	۰/۴۶	۰/۳۳	۵/۹۳
سلامت معنوی	جهت گیری درونی	۰/۴۴	۰/۳۶	۶/۱۰
	جهت گیری بیرونی	-.۰۳۲	-.۰۲۶	-۴/۰۳

نتایج حاصل از تحلیل مسیر به صورت مدل در تصویر ۱ گزارش شده است.



نمودار ۱. نمودار مدل مفهومی روابط بین متغیرها

### نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه جهت گیری مذهبی با بهزیستی روان شناختی در سالمندان شهر زنجان صورت گرفت؛ چون سالمندان به واسطه تجارب گذشتهی وسیع و با توجه به فرضیه ریش، به نوعی ثبات شخصیتی رسیده و به تعبیر ویلانت (۳۶) برای محافظت از معنا و فرهنگ به درون گراییده اند. لذا جهت گیری مذهبی شان نیز متفاوت از جوانان خواهد بود. با توجه به نقش عمده ای که متغیرهای میانجی در تبیین روابط ایفا می کنند و از سوی دیگر به خاطر کهولت سن سالمندان، احساس قریب الوقوع مرگ، وابستگی های ناشی از کاهش توانایی ها و بازنگری دائمی از گذشته خویش؛ آنان با مسائل معنوی- به ویژه سلامت معنوی- درگیری وجودی بسیاری پیدا می کنند، از این رو سلامت معنوی به عنوان متغیر میانجی انتخاب گردید.

اولین یافته این پژوهش آن بود که میان بهزیستی روان شناختی و جهت گیری مذهبی درونی رابطه مثبت و جهت گیری مذهبی بیرونی رابطه منفی وجود دارد؛ که این یافته های با تحقیقات پیشین (۴۳ و ۴۷) مطابقت دارد. اگر لازمه بهزیستی روان شناختی را خودمختاری بدانیم (۱۲) احترام گذاشتن به تشخیص خویش و خودتعیین گری با رویکرد مذهبی درونی سازگارتر است. جوهره جهت گیری مذهبی درونی نه تنها صبوری است؛ که پذیرش و سازگاری با حوادث تلخ است (۲۱) و این وضعیت با بهزیستی روان- شناختی که با رشد شخصی (۵۶) همراه است، امکان پذیر می باشد. سالمندان که به خاطر وضعیت جسمانی، شناختی و اجتماعی خویش، بهره وری امکانات بیرونی شان- پاداش ها- کاهش یافته است؛ برای برقراری تعادل در زندگی- خواسته و ناخواسته- به درون شان اتکالی بیشتری می یابند و به گفته خود سالمندان، بیشتر از ۹۰ درصد آنها آرامش را در مذهب یافته اند (۲۷).

یافتهی دیگر این پژوهش ارتباط مثبت سلامت معنوی با جهت- گیری مذهبی درونی، و نسبت منفی میان سلامت معنوی با جهت- گیری مذهبی بیرونی بود. نتایج این تحقیق با یافته های قبلی (۲۱، ۲۵ و ۴۵) سازگار است و آنها را تأیید می کند. اگر عمده ترین اضطراب سالمندان مرگ هراسی باشد و هدف مذهب، کاستن ترس از مرگ باشد؛ سلامت معنوی- به ویژه بخش وجودی آن، که به سازگاری و هماهنگی با واقعیات زندگی پرداخته است- کارگشایی بسیار خواهد داشت (۳۴). با تفاوت نهادن میان <آغاز و شروع> یک حادثه و <دوام و پایداری> آن، می توان گفت که سلامت معنوی در حفظ و نگهداری جهت گیری مذهبی درونی دخیل است و از این جهت ارتباط استواری بین آنها وجود دارد.

یافتهی نهایی این پژوهش آن است که سلامت معنوی در پیش بینی بهزیستی روان شناختی مؤثر است. اسنایدر و لویز (۲۰۰۲) سلامت معنوی را به لحاظ مفهومی در ضمن بهزیستی روان شناختی گنجانده- اند (به نقل از ۵۹). احساس هدفمندی در زندگی که جزء مولفه های بهزیستی روان شناختی است با سازه های سلامت معنوی همچون رضایت از زندگی مرتبط است (۶۵). دلیل آنکه بهزیستی روان- شناختی به عنوان متغیر میانجی انتخاب نشد، به خاطر آن بود که پذیرش خود، هدفمندی در زندگی و غیره (۵۶) حاصل نمی شود، مگر آنکه قبلاً از خواسته های پیش پافتاده فراتر رود (۳۹) و هدفی ارزشمند بیابد (۴۰).

جمعیت نمونه این پژوهش از سالمندان شهر زنجان انتخاب شده است. بنابراین باید به دلیل این محدودیت در تعمیم یافته ها به سایر جوامع با احتیاط عمل شود. از سوی دیگر این پژوهش منحصر به سالمندان بوده است و می توان همین متغیرها را با میانسالان و حتی جوانان نیز به اجرا گذاشت. برای تعمیم دقیق یافته ها می توان پژوهشی با سالمندان ساکن در خانه سالمندان نیز انجام داد.

## References

1. Kaldi AR, Akbari Kamrani AA, Foroughan M. Physical, social and mental problems of 13 areas of Tehran's elders. *Journal of Community wellbeing*. 2007;17:233-43.
2. Owrang S, Hashemi Zarrini H, Abdollahi MH. [The Relationship between Initial Maladaptive Schemes with the Meaning of Life and Psychological Well-being of the Elderly (in Persian)]. Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, 2016, Volume 12, Number 3: 345-28.
3. Alvarado KA, Templer DI, Bresler C, Thomas-Dobson S. The relationship of religious variables to death depression and death anxiety. *Journal of Clinical Psychology*. 1995 Mar;51(2):202-4.
4. Pardo MÁ, Russo MT, Sánchez MV. A hermeneutic phenomenological explorations of living in old age. *Geriatric Nursing*. 2018 Jan 1;39(1):9-17.
5. Nae'mi E, Kazemi Z, Dehghan K. [The focal analysis of the relationship between religious orientation and irrational beliefs in the elderly] *Quarterly Journal of Clinical Psychology*, 2015;6(21): 199-179. (in Persian)
6. Saffari Nia M, Dortaj A. [The Effectiveness of Group Therapy on the Life Expectancy and the Psychological and Social Well-being of the Elderly Women in the Residences of Dubai]. (1396). *Journal of Senior University of Payam Noor University of Tehran*, 2017: 13 (3); 492-85. (in Persian)
7. Fichter MM, Narrow WE, Roper MT, Rehm J, Elton M, Rae DS, Locke BZ, Regier DA. Prevalence of mental illness in Germany and the United States: Comparison of the Upper Bavarian Study and the Epidemiologic Catchment Area program. *The Journal of nervous and mental disease*. 1996 Oct 1;184(10):598-606.
8. Apouey BH. Preparation for old age in France: The roles of preferences and expectations. *The Journal of the Economics of Ageing*. 2018 Nov 1;12:15-23.
9. Mirvis PH. Crossroads—"soul work" in organizations. *Organization Science*. 1997 Apr;8(2):192-206.
10. Weiss LA, Westerhof GJ, Bohlmeijer ET. Can we increase psychological well-being? The effects of interventions on psychological well-being: a meta-analysis of randomized controlled trials. *PloS one*. 2016 Jun 21;11(6):e0158092.
11. Kumcagiz H, Gunduz Y. Relationship between psychological well-being and smartphone addiction of university students. *International Journal of Higher Education*. 2016 Oct 14;5(4):144.
12. Sadri Damirchi E, Ghomi M, Esmae'li Ghazi. [The Effectiveness of Group Therapy on Life Exercise on Psychological Well-being and Life expectancy in Older Women]. Faculty of Educational Sciences and Psychology, 2017: Ardabil, 13(3): 324-15. (in persian)
13. Ryff CD. Psychological well-being in adult life. *Current directions in psychological science*. 1995 Aug;4(4):99-104.
14. Lyubomirsky S, King L, Diener E. The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success?. *Psychological bulletin*. 2005 Nov;131(6):803.
15. Pessin H, Rosenfeld B, Breitbart W. Assessing psychological distress near the end of life. *American Behavioral Scientist*. 2002 Nov;46(3):357-72.
16. Villar F, Triadó C, Celdrán M, Solé C. Measuring well-being among Spanish older adults: Development of a simplified version of Ryff's Scales of Psychological Well-Being. *Psychological Reports*. 2010 Aug;107(1):265-80.
17. Noorbala AA', Poor Ahmad A', Agah Haris M, Monshi GHR, Yazdanfar M. [Effectiveness of written emotional exposition training on increasing

- psychological well-being and improving the quality of life of patients with mental disorders]. *Journal of Research & Health*, 2014; 5(1): 41-35. (in Persian)
18. Mazzucchelli TG, Purcell E. Psychological and environmental correlates of well-being among undergraduate university students. *Psychology of Well-Being*. 2015 Dec 1;5(1):6.
19. Fafchamps M, Shilpi F. Subjective welfare, isolation, and relative consumption. *Journal of Development Economics*. 2008 Apr 1;86(1):43-60.
20. O'lia Nasab ZD, Hazeri Jighe A'A, Rame Parvar A. [In search of spiritual factors of human life in the Quran, *Journal of Research in Religion and Health* (in Persian)]. 2017; 3 (2): 114-102.
21. Mahmoodabad SM, Ehrampoush MH, Tabei SZ, Nami M, Fallahzadeh H, Namavarjahromi B, Shayan A, Forouhari S. Extrinsic or intrinsic religious orientation may have an impact on mental health. *Research Journal of Medical Sciences*. 2016;10(4):232-6.
22. Farzadi F, Ahmadi B, Seddighi Zh, Mohtashami B, Vamaghi M, Mohammadi F. [Religion and Spirituality in Iran's Women's Health Model: Formareh Model]. *Peyesh Journal*, 2017; 16(5): 594-587. (in Persian)
23. Forouhari S, Ghaemi SZ, Tobesaz P, Sharif F. Relation between religious beliefs and mental health among students of Hazrat-e-Fatemeh nursing and midwifery college Shiraz-Iran. *International Journal of Management and Humanity Sciences*. 2014;3(2):1459-62.
24. Brown SR. An exploration of the relationships among religious orientation, object relations, and positive adjustment.
25. Qharaee B, Ahmadvand A, Akbari Dehghi A, Zanoozian S. [Investigating the relationship between mental health and internal and external religions in Kashan]. *Quarterly Journal of Psychology*, 2008, Tabriz University, Vol. 3, No. 10: 79-60. (in Persian)
26. Allport GW, Ross JM. Personal religious orientation and prejudice. *Journal of personality and social psychology*. 1967 Apr;5(4):432.
27. Heravi Karimavi M. [The role of Islam in meeting the needs of the elderly]. *The First International Conference on the Role of Religion in Mental Health*. 2001: 162-160. (in Persian)
28. Jafarimanesh H, Tavan B, Matorypor P, Ranjbaran M. Relationship between Religious Orientation and Quality of Life. *Medical Ethics Journal*. 2017 Jul 18;11(40):15-27.
29. Ellis A. Science, religiosity, and rational emotive psychology.
30. Azmoode P, Shahidi Sh, Danesh E'smat. [Relationship between Religious Orientation and Hardiness and Happiness in Students]. *Journal of Psychology*, 2007, vol. 11, pp. 1: 74-60. (in Persian)
31. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2010 Oct 1;12(3):29-33.
32. Rajabi M, Jahah Shiri S, Kashani Movahhed B, Rezaee Hosein Abadi Hosein, Mohammed Ghashghaee A, Mansoori SH. [Measuring the Quality of Life of the Elderly in Tehran and its Related Factors]. *Shahid Beheshti University of Medical Sciences*. 2017; 16(4): 541-31. (in Persian)
33. Khorrami Markani A, Mokhtari L, Habib Poor Z, Qhaffari S, Zeinali E, Sakhaee Sh, Motaa'refi H. [The Role of Spiritual Health in Job Satisfaction among Health System Workers (Persian)]. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*, 2017, Vol 15, No 5: 338-29.
34. Sharif Nia H, Soleimani MA', E'badi A', Taghi Poor B, Zaraa'tgar L, Shahidi S. [The Relationship between Spiritual

- Intelligence and Spiritual Health with Death Anxiety in Iranian Veterans]. *Journal of Military Medicine*, 2017;19(4): 343-36. (in Persian)
35. Osarrodi AA, Golafshani A, Akaberi SA. Relationship between spiritual well-being and quality of life in nurses. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*, 2012;3(4):79-88.
36. Burke L. [Growth Psychology]. Translation to Persian by Seyyed Mohammedi, Yahya. Arasbaran Publishing. 2014.
37. Safari RI, Karimi L, Shomoossi N, Ahmadi TM. The relationship between spiritual well-being and mental. health of university students.
38. Mostafazadeh F, Asadzadeh F. Spiritual health of midwifery students. *Journal of Health And Care*. 2012;14(1).
39. Behroozi M, Manesh MA, Fadaiyan B, Behroozi S. Investigation of Relationship among Creativity, Spiritual Intelligence, Perfectionism and Mental Health of Bushehr Artists. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2014; 143:399-403.
40. Michaelson V, Brooks F, Jirásek I, Inchley J, Whitehead R, King N, Walsh S, Davison CM, Mazur J, Pickett W. Developmental patterns of adolescent spiritual health in six countries. *SSM-population health*. 2016;2:294-303.
41. Ando M, Morita T, Miyashita M, Sanjo M, Kira H, Shima Y. Effects of bereavement life review on spiritual well-being and depression. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2010; 40(3):453-9.
42. Taheri-Kharameh Z. The relationship between spiritual well-being and stress coping strategies in hemodialysis patients. *Health Spiritual Med Ethics*. 2016; 3(4):24-8.
43. Nik Manesh Z, Kalantari N. [The role of religious coping styles in psychological well-being of women headed by households in Hashtrud]. *Journal of Women and Society*, 2015;8(2): 128-115. (in Persian)
44. Foolad Chang M, Marhamati A. [The Effectiveness of Life Skills Training with Islamic Approach on Learners' Psychological Well-being]. *Journal of Applied Problems of Islamic Education*, 2017: 2(3): 96-91. (in Persian)
45. Sadri Damirchi E, Mohammedi N. [The role of religious orientation and perceived social support in predicting the spiritual well-being of war veterans]. *Journal of Veterinary Medicine*, 2016: 9(3);131-128. (in Persian)
46. Balaqhat R, Ahmadi H, Golzari Moghaddam N. [The Relationship between Religious Orientation and Moral Intelligence with Marital Commitment of Married Students of Sistan and Baluchestan University]. 2015. (in Persian)
47. Ardelt M. Effects of religion and purpose in life on elders' subjective well-being and attitudes toward death. *Journal of religious Gerontology*. 2003;14(4):55-77.
48. Mirzaee M, Gholamrezaee E, Bidaki R, Fallahzade H, Ravaee J. [Evaluation of sleep quality and methods of coping with sleep disorders in the elderly in Yazd in 2016]. *Journal of Shaheed Sadoughi University of Medical Sciences*, 2017: 25(6); 475-67. (in Persian)
49. Mann JR, McKeown RE, Bacon J, Vesselinov R, Bush F. Predicting depressive symptoms and grief after pregnancy loss. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2008;29(4):274-9.
50. Baker M, Gorsuch R. Trait anxiety and intrinsic-extrinsic religiousness. *Journal for the scientific Study of Religion*. 1982:119-22.
51. Ranjbaran R, Saghaee Poor Yousefi M. [The Relationship between Identity Styles, Responsibility and Religious Orientation with Loneliness of Master Students]. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 2017;4 (3): 20-10. (in Persian)

52. Sae'e Ghara Naz M , Ozgoli G, Hajizade F, Sheikhan Z, Jan Nesari Sh.[Relationship between religious orientation and the intention of childbearing and the number of desirable and desirable children, in terms of women employed in selected centers in Tehran]. *Journal of Research in Religion and Health*, 2016;3(1). (in Persian)
53. World Health Organization. Ageing and health: Toolkit for event organizers. World Health Organization. 2012.
54. Amiri m, Moosavi S. [The Impact rate of Spiritual Curriculum on Psychological Well-being from the Viewpoints of the Students of the University of Isfahan (Persian)]. *Journal of the Promotion of Education in the Viewpoint of Islam*, 2017;5(8): 114-99.
55. Mortazavi Kh, Seidi Z. [Relationship between Religious Orientation with Happiness and Mental Health in Students]. *Quarterly Breeze of Health*. 2011; 5(3): 68-65. (in Persian)
56. 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.
57. Bayani A'li Asqhar, Mohammed Koochehi A', Bayani A'. [Validity and Reliability of the Reef Psychological Well-being Scale. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology of Iran*, 2008; 14(2). (in Persian)
58. Mikaeeli Moni' F. [Investigating Faculty Structure of Reef Psychological Well-Being Scale among Urumieh University Students]. *Quarterly Journal of Psychology, Tabriz University*. 2010, 5(18): 167-145. (in Persian)
59. Sadati Firooz Abadi S, Moltafet GH. [Study of Psychometric Measurement Indices of Reef Psychological Well-being Scale in High School Students in Gizhoushan Schools: Reliability, Validity, and Factor Structure]. *Quarterly Journal of Educational Measurement*, 2017; 7(27): 119-103. (in Persian)
60. Yasemi Nezhad P, Golmohammedian M, Fe'li B. [The Relationship between Religious Orientation and Psychological Hardiness in Students]. *Journal of Research on Islamic Education Issues*, 2011;19(12): 137-119. (in Persian)
61. Ghaderi D. [Relationship between Religious Orientation and Happiness in the Elderly]. *Iranian Elderly Magazine*, 2010; 5(18): 71-64. (in Persian)
62. Allah Bakhshian M, Jaa'farpoor A'lavi M, Parvizi S, Haghghani H. [The relationship between spiritual health and quality of life in patients with multiple sclerosis]. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 2010, 12 (3): 33-19. (in Persian)
63. Rezaee M, Seyyed Fatemi N, Hoseini F. [Spiritual health in patients with cancer under chemotherapy]. *Journal of Faculty of Nursing and Midwifery. Tehran University of Medical Sciences (Hayat)*, 2008;13 (3): 21-16. (in Persian)
64. Dehshiri Qh, Sohrabi F, Jaa'fari A', Najafi M. [Studying Psychometric Properties of Spiritual Well-being Scale Among Students]. *Psychological Studies*, 2008, 4 (3): 144-129. (in Persian)
65. Mowlae Yasaveli H, Borj A'li asaveli M, Fadakar P. [The prediction of quality of life based on the components of psychological well-being of Reef: Interactive role of life satisfaction]. *Quarterly Journal of Counseling and Psychotherapy*, 2015; 4(13): 21-7. (in Persian).