

## Comparison of the Religious Beliefs and Psychological Well-being of Depressed and Non-depressed Elderly Women

Khodabakhshi-Koolaee A.\* *PhD*, Qeibi F.<sup>1</sup> *MSc*

\*Psychology & Education Department, Humanities Faculty, Khatam University, Tehran, Iran

<sup>1</sup>Psychology Department, Humanities Faculty, Science & Research Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran

### Abstract

**Aims:** Depression is one of the most common psychological disorders in the aging period that leads to a decrease in the mental health and well-being of elderly people. Faith and religious beliefs as well as the acceptance of reality of aging can be a factor in reducing the symptoms of depression. The aim of this study was to compare the religious beliefs and psychological well-being of depressed and non-depressed elderly women.

**Instrument & Methods:** The present descriptive research is a causal-comparative study. The population of this study included all elderly women, who were the members of Jahandidegan center in District 1 of Tehran Municipality during 2016, of whom 75 depressed and 75 non-depressed elderly were selected by available sampling method. The research instruments were Allport and Russ Religious Orientation Scale, Reef's Psychological Well-Being Scale, and Geriatric Depression Scale. The data were analyzed by independent T test, using SPSS 22.

**Findings:** There was a significant difference between religious beliefs ( $t=-7.46$ ) and psychological well-being ( $t=-5.36$ ) in depressed and non-depressed elderly women, and mean scores of these two variables were significantly higher in non-depressed women than in depressed women ( $p=0.001$ ).

**Conclusion:** Religious beliefs and psychological well-being are higher in non-depressed elderly women than in depressed elderly women.

### Keywords

Religion [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68012067>];  
Health [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68006262>];  
Elderly [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68000368>];  
Depression [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68003863>]

---

\*Corresponding Author

Tel: +98 (21) 89174119

Fax: +98 (21) 89174500

Post Address: Hakime-e Azam Alley, Shiraz Shomali Street, Mollasadra Street, Vanak Square, Tehran, Iran. Postal Code: 1991633356

a.khodabakhshid@khatam.ac.ir

Received: December 6, 2017

Accepted: March 3, 2018

ePublished: April 18, 2018

## مقایسه باورهای مذهبی و بهزیستی روان‌شناختی در زنان سالمند افسرده و غیرافسرده

آناهیتا خدابخشی کولایی \* PhD

گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران

فاطمه غیبی MSC

گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران

### چکیده

**اهداف:** افسردگی یکی از اختلالات روان‌شناختی شایع در دوره سالمندی است که به کاهش سلامت و بهزیستی روانی سالمندان منجر می‌شود. ایمان و باورهای مذهبی و پذیرش واقعیت سالمندی می‌تواند از عوامل اثرگذار بر کاهش نشانگان افسردگی باشد. هدف اصلی این تحقیق مقایسه باورهای مذهبی و بهزیستی روان‌شناختی در زنان سالمند افسرده و غیرافسرده بود.

**ابزار و روش‌ها:** پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان سالمندان عضو کانون جهان‌دیدگان منطقه ۱ شهرداری تهران در سال ۱۳۹۵ بودند که از این میان تعداد ۷۵ زن سالمند افسرده و ۷۵ زن سالمند غیرافسرده با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل مقیاس جهت‌گیری مذهبی آلپورت و راس، مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف و مقیاس سنجش افسردگی در سالمندان بود. تحلیل آماری با استفاده از آزمون T مستقل و به‌وسیله نرم‌افزار SPSS 22 انجام شد.

**یافته‌ها:** بین باورهای مذهبی ( $t=۷/۴۶$ ) و بهزیستی روان‌شناختی ( $t=۵/۳۶$ ) زنان سالمند افسرده و غیرافسرده تفاوت معنی‌داری وجود داشت و میانگین نمرات این دو متغیر به‌صورت معنی‌داری در زنان غیرافسرده بیشتر از زنان افسرده بود ( $P=۰/۰۰۱$ ).

**نتیجه‌گیری:** باورهای مذهبی و بهزیستی روان‌شناختی در زنان سالمند غیرافسرده بیشتر از زنان سالمند افسرده است.

**کلیدواژه‌ها:** مذهب، بهزیستی، سالمند، افسردگی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۹/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۲/۱۲

\* نویسنده مسئول: a.khodabakhshid@khatam.ac.ir

### مقدمه

یکی از مقاطع پراهمیت و حساس زندگی انسان دوره سالمندی است که از ۶۰ سالگی به بعد شروع می‌شود<sup>[1]</sup> و با دگرگونی‌های عمیق در سه بعد فیزیولوژیکی، روان‌شناختی و جامعه‌شناختی انسان همراه است<sup>[2]</sup>. جمعیت کل افراد ۶۰ ساله و بالای آن در سال ۲۰۱۷، به رقم ۹۶۲ میلیون نفر می‌رسد. به گزارش دفتر سالمندی سازمان ملل، این آمار بالغ بر دو برابر جمعیت سالمندان در سال ۱۹۸۰ میلادی است. برآوردها نشان می‌دهد که تا سال ۲۰۵۰ جهان با جمعیت دومیلیارد و یکصد میلیون نفری سالمند روبه‌رو خواهد شد<sup>[3]</sup>. با بالا رفتن سن و شروع دوره سالمندی، به تدریج از فعالیت‌های روانی و اجتماعی افراد کاسته می‌شود که این عامل خود باعث افسردگی، احساس ناامیدی و انزوا می‌شود<sup>[4]</sup>.

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی و از شایع‌ترین عوامل خطر خودکشی در سالمندان است. فراوانی علایم افسردگی بالینی بارز در سالمندان غیربستری ۱۵-۸٪ و در سالمندان بستری حدود ۳۰٪ است<sup>[4-6]</sup>. در این میان زنان بیشترین آمار افسردگی سالمندان را به خود اختصاص داده‌اند<sup>[7]</sup>.

بخشی از افسردگی زنان به دلیل تغییرات فیزیولوژیکی از جمله یائسگی است که علاوه بر تحولات زیستی، مشکلات روان‌شناختی از جمله کاهش میل جنسی، عدم تمایل به ارتباط با دیگران و انزوا را

نیز به همراه دارد<sup>[8]</sup>. با توجه به رشد روزافزون افراد سالمند و شیوع اختلالات روانی به‌ویژه افسردگی در آنها لزوم توجه به منابع روان‌شناختی بیرونی و درونی سالمند برای رویارویی با شرایط پیری احساس می‌شود. در شیوه‌های مقابله‌ای سالمندان، احتمالاً مذهب و باورهای دینی می‌توانند نقش بسیار مهم و اساسی ایفا کنند، چراکه مذهب دارای ارزش مثبتی برای جایگزین کردن نگرانی‌ها و احساسات منفی است و همچنین برای مواجهه با استرس و معنادگی به زندگی و مرگ ضروری است<sup>[9-10]</sup>.

به‌عنوان مثال دعا و نیایش به درگاه خدا به کاهش مشکلات روان‌شناختی سالمندان از جمله ترس و اضطراب از مرگ کمک می‌کند. از طرفی، به افزایش معنادگی و معناخواهی در زندگی منجر می‌شود<sup>[11]</sup>. باورهای دینی و مذهبی به انسان آرامش می‌دهند، امنیت او را تضمین و پایگاه محکمی در مقابله با محرومیت‌های زندگی ایجاد می‌کنند<sup>[12]</sup>. همچنین، اعتقاد به مذهب به آرامش روانی و دورنی، احساس توانمندی و قدرت فرد در برابر مصایب زندگی و افزایش امید به زندگی وی منجر می‌شود<sup>[13]</sup>. عسگری و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که بین التزام عملی به باورهای مذهبی و سلامت روانی افراد رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. همچنین، باورهای مذهبی با افسردگی رابطه منفی و معنی‌داری دارد<sup>[14]</sup>.

در پژوهش دیگری نتایج آشکار ساخت که بین باورهای مذهبی با بهداشت روان و کارکردهای اجتماعی رابطه مثبتی وجود دارد و مذهب از طریق افزایش توان فرد در برابر استرس به افزایش حمایت اجتماعی، امید، خوش‌بینی و مثبت‌اندیشی کمک می‌کند و در نهایت، باورهای مذهبی موجب کاهش افسردگی در افراد سالمند می‌شود<sup>[15]</sup>. افرادی که باورهای مذهبی قوی‌تری دارند در مقایسه با افراد غیرمذهبی به هنگام بیماری توان مقابله‌ای بیشتری با بیماری دارند و میزان پایین‌تری از هیجان‌های منفی و افسردگی را تجربه می‌کنند<sup>[16]</sup>.

روان‌شناسان سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روان‌شناختی افراد تلقی می‌کنند<sup>[17]</sup>. روان‌شناسان مثبت‌گرا عدم اختلال روانی را برای احساس سلامتی کافی نمی‌دانند بلکه بر این باور هستند که داشتن احساس رضایت از زندگی، تعامل کارآمد با دیگران، خلق مثبت و ارتباط با جامعه از مشخصه‌های سلامت روان در دوره سالمندی هستند<sup>[18]</sup>.

هدف از بهزیستی روانی، ایجاد سلامت روان از طریق پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های روانی مانند آلزایمر، اضطراب، افسردگی، کنترل عوامل موثر در بروز بیماری‌های روانی و ایجاد محیط سالم برای برقراری روابط صحیح انسانی است<sup>[19]</sup>. پژوهش‌های پیشین آشکار ساخته‌اند که بین سلامت روانی و جسمانی انسان با زندگی معنوی او رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد<sup>[20, 21]</sup>.

در مجموع، با توجه به اینکه یکی از مشکلات روان‌شناختی در دوره سالمندی، افسردگی است و این اختلال بهزیستی روانی سالمند را تحت تاثیر قرار می‌دهد و از طرفی، با در نظر گرفتن این نکته که مشاوران و متخصصان سالمندی برای کاهش افسردگی در این دوره باید به منابع روان‌شناختی و اجتماعی درونی و مستحکم مانند باورهای مذهبی برای رویارویی با مشکلات زندگی سالمندان توجه کنند، لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه باورهای مذهبی و بهزیستی روان‌شناختی در زنان سالمند افسرده و غیرافسرده انجام شد تا بتواند منابع حمایتی روانی مهمی را برای سلامت روانی سالمندان معرفی کند و این مولفه در برنامه‌های آموزشی ارتقای بهداشت روان در این دوره مورد توجه قرار بگیرد.

این پرسش‌نامه توسط ملکوتی و همکاران در ایران هنجاریابی شده است. ایشان نسخه فارسی این فرم را به روش ترجمه و ترجمه معکوس و مطابقت آنها با یکدیگر تهیه و ۲۰۴ نفر از سالمندان بالاتر از ۵۹ سال ساکن شهرک اکباتان تهران را به‌صورت تصادفی انتخاب کرده و GDS را تکمیل نمودند. نتایج آزمون‌ها ضرایب پایایی مطلوبی را نشان دادند. آلفای کرونباخ ۰/۹، تصنیف ۰/۸۹ و آزمون- بازآزمون ۰/۵۸، به‌دست آمد. نقطه برش ۸ برای این فرم با حساسیت ۹۰٪ و ویژگی ۰/۸۴، به‌دست آمد و نتیجه گرفتند این فرم از اعتبار مطلوبی برای استفاده همه‌گیرشناسی و بالینی به‌ویژه در مناطق شهری برخوردار است [27]. مجدداً در سال ۱۳۹۴ در نسخه تجدیدنظرشده این پرسش‌نامه در پژوهشی آلفای کرونباخ ۰/۹۱، تصنیف ۰/۸۷ و آزمون- باز آزمون ۰/۶۰، به‌دست آمد [28].

برای اجرای مراحل پژوهش، پس از اخذ معرفی‌نامه از سوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک و با مراجعه به مرکز جهان‌دیدگان منطقه یک شهرداری تهران ابتدا هدف پژوهش برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد و سپس پرسش‌نامه افسردگی سالمندان بین آنان توزیع شد. پرسش‌نامه‌ها توسط خود سالمندان و با راهنمای پژوهشگر تکمیل شدند.

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی ضمن توضیح اهداف پژوهش به سالمندان، رضایت آگاهانه به‌طور کتبی از آنها گرفته شد. همچنین، محرمانگی پرسش‌نامه‌ها اعلام شد. در ضمن، چنانچه شرکت‌کنندگان علاقه‌مند بودند که نتایج در اختیار آنها قرار بگیرد، به آنها داده شد. سپس، پرسش‌نامه‌ها بدون ذکر نام و با استفاده از کد، تحلیل شدند.

در نهایت تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون T مستقل و به کمک نرم‌افزار SPSS 22 انجام گرفت.

### یافته‌ها

از لحاظ سنی بیشترین شرکت‌کنندگان در گروه سنی ۶۲-۶۰ سال و کمترین آنها در گروه سنی ۷۰-۶۹ سال قرار داشتند. از لحاظ تحصیلات بیشتر سالمندان دارای مدرک دیپلم و از لحاظ وضعیت اقتصادی، بیشتر آنها در سطح متوسط بودند (جدول ۱).

جدول ۱) توزیع فراوانی مطلق و نسبی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش (۱۵۰ نفر)

متغیرهای جمعیت‌شناختی	تعداد	درصد
<b>سن</b>		
۶۰-۶۲ سال	۶۴	۴۲/۷
۶۳-۶۵ سال	۴۶	۳۰/۷
۶۶-۶۸ سال	۲۲	۱۴/۷
۶۹-۷۰ سال	۱۸	۱۲/۰
<b>وضعیت اقتصادی</b>		
عالی	۱۶	۱۰/۷
خوب	۴۶	۳۰/۷
متوسط	۷۵	۵۰/۰
ضعیف	۱۳	۸/۷
<b>وضعیت تحصیلات</b>		
دیپلم	۷۵	۵۰/۰
فوق دیپلم	۲۴	۱۶/۰
لیسانس	۳۵	۲۳/۳
فوق لیسانس	۱۶	۱۰/۷

بین باورهای مذهبی ( $t=-۷/۴۶$ ) و بهزیستی روان‌شناختی ( $t=-۵/۳۶$ ) زنان سالمند افسرده و غیرافسرده تفاوت معنی‌داری

### ابزار و روش‌ها

پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای است که بین ۱۵۰ زن سالمند بالای ۶۰ سال شامل ۷۵ سالمند افسرده و ۷۵ سالمند غیرافسرده انجام شد. این افراد در سال ۱۳۹۵ از میان سالمندان عضو کانون جهان‌دیدگان منطقه یک شهرداری تهران به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

ابتدا هدف پژوهش برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد و سپس پرسش‌نامه افسردگی سالمندان بین آنان توزیع شد و بر این اساس ۷۵ سالمند افسرده انتخاب شدند و براساس ویژگی‌های آنها ۷۵ سالمند غیرافسرده که از لحاظ سن، تحصیلات و وضع اقتصادی با یکدیگر هم‌متا شده بودند برای پژوهش در نظر گرفته شدند.

برای سنجش باورهای مذهبی آزمودنی‌ها، از مقیاس جهت‌گیری مذهبی آلپورت استفاده شد. آلپورت به‌منظور اندازه‌گیری جهت‌گیری‌های مذهبی یک مقیاس ۲۰گزینه‌ای ساخت که ۱۱ گزینه آن به جهت‌گیری بیرونی و ۹ گزینه آن به جهت‌گیری درونی اشاره می‌کند. برای سنجش روایی این آزمون در ایران این نسخه ترجمه شد و توسط متخصصان مختلف بازنویسی‌های متعدد روی آن انجام گرفت تا متناسب با بافت فرهنگی و مذهبی ایران باشد. گزینه‌های این آزمون بر حسب مقیاس لیکرت تنظیم شده است. در این پرسش‌نامه سوالات ۱-۱۲ جهت‌گیری مذهبی بیرونی و سوالات ۱۳-۲۱ جهت‌گیری مذهبی درونی را می‌سنجند [22]. در ایران، جان بزرگی پایایی این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ محاسبه کرد که ضریب آلفایی معادل ۰/۷۱۹ به دست آمد [23].

برای سنجش میزان بهزیستی روان‌شناختی نیز از مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف (PWB) استفاده شد. مقیاس بهزیستی روان‌شناختی توسط ریف ساخته شد. این مقیاس دارای ۷۷ گویه است و به‌منظور سنجش بهزیستی روان‌شناختی تهیه شده است. این آزمون از ۶ خرده‌مقیاس رضایت از زندگی، معنویت، شادی و خوش‌بینی، رشد و بالندگی فردی، ارتباط مثبت با دیگران و خودپنداری تشکیل شده است. در این مقیاس هر گویه ۵ گزینه دارد که هر گویه نشان‌دهنده نظرسنجی از آزمودنی در مورد خودش است. برای نمره‌گذاری به هر گزینه نمره‌ای از ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد. حداکثر نمره برابر با ۳۸۵ است که نمره بالاتر بیانگر بهزیستی روان‌شناختی بیشتر است [24]. پایایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی از طریق دو روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی سنجش قرار گرفت. ضریب پایایی کل مقیاس ۰/۸۴ و بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۷۶ بود. می‌توان گفت که مقیاس از پایایی مطلوبی برخوردار است [25].

در نهایت به‌منظور سنجش میزان افسردگی سالمندان از پرسش‌نامه افسردگی سالمندان استفاده شد. این مقیاس توسط گرینبرگ برای ارزیابی افسردگی سالمندان ساخته شده است. در سال ۱۹۸۶، فرم کوتاه ۱۵سئوالی آن ساخته شد که ویژگی ۰/۹ و حساسیت ۰/۸ برای تشخیص افسردگی بیماران بیمارستان را داشت. این مقیاس دارای ۱۵ گویه شامل رضایت از زندگی، تغییر در علایق و لذایت، احساس سرحالی، ترجیح از خانه بیرون رفتن، احساس پوچی و بی‌معنایی، اغلب کسل بودن، وضع روحی، استرس از اتفاق بد، درماندگی، احساس مشکل حافظه بیش از سایر مشکلات، لذت‌بخش بودن زندگی، احساس بانرژی بودن، احساس بی‌ارزشی زیاد در وضعیت فعلی، احساس ناامیدی و ارزیابی احساسات حال و روز خود در مقایسه با سایرین است. پاسخ به این سئوال‌ها در پرسش‌نامه با دو پاسخ بلی و خیر جواب داده می‌شود [26].

وجود داشت و میانگین نمرات این دو متغیر به صورت معنی داری در زنان غیرافسرده بیشتر از زنان افسرده بود ( $p=0/001$ ; جدول ۲).

**جدول ۲** میانگین آماری نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه زنان سالمند افسرده (۷۵ نفر) و غیرافسرده (۷۵ نفر)

متغیرها	گروه زنان افسرده	گروه زنان غیرافسرده
باورهای مذهبی	۵۵/۳۲±۹/۸۸	۶۵/۶۶±۵/۷۲
جهت گیری مذهبی بیرونی	۲۳/۲۶±۳/۹۷	۲۳/۸۶±۳/۳۸
جهت گیری مذهبی درونی	۳۲/۰۵±۶/۰۴	۴۱/۷۹±۵/۰۶
بهبودی روان شناختی	۴۹/۸۸±۱۳/۰۳	۵۹/۲۳±۶/۱۰
پذیرش خود	۸/۷۵±۲/۴۴	۸/۵۸±۲/۲۴
روابط مثبت با دیگران	۶/۲۸±۲/۸۳	۹/۳۹±۲/۵۴
خودمختاری	۸/۷۹±۲/۴۷	۱۱/۰۷±۱/۲۱
تسلط بر محیط	۸/۷۶±۲/۴۶	۱۰/۶۳±۱/۵۴
رشد فردی	۸/۵۱±۲/۲۴	۱۰/۰۸±۱/۸۰

### بحث

پژوهش حاضر به منظور مقایسه باورهای مذهبی و بهزیستی روان شناختی در زنان سالمند افسرده و غیرافسرده انجام شد. نتایج آشکار ساخت که تفاوت معنی داری بین این دو گروه از زنان است. زنان غیرافسرده باورهای دینی و مذهبی درونی شده داشته و از بهزیستی روان شناختی بالاتری برخوردار بودند.

این نتایج با یافته‌های پیشین همسو است. نتایج پژوهش موبگر نشان داد سالمندانی که باورها و تجارب معنوی بیشتری دارند از سلامت روان شناختی بیشتری برخوردارند [16].

همچنین بهرامی و رضایی فرانی در مقاله خود تحت عنوان "نقش باورهای مذهبی درونی و بیرونی در سلامت روان و میزان افسردگی سالمندان" دریافتند که باورهای مذهبی پایین با سلامت روان پایین و افسردگی رابطه مثبت و معنی داری دارد [29].

جهت گیری مذهبی می‌تواند به دو صورت درونی و بیرونی تقسیم شود. فردی که دارای جهت گیری مذهبی درونی است، مذهب و باورهای معنوی او بر تمامی ابعاد زندگی اش مقدم است و وجود این باورها را در کل زندگی اش احساس می‌کند. این فرد باورهای مذهبی و معنوی مانند فروتنی و شفقت و درست کاری را در خود رشد داده است و بدون نیاز به تایید یا عدم تایید دیگران مفاهیم درونی کرده است و مذهب برای او با امید، انگیزه و معنا در زندگی همسو است [30]. در مقابل، فردی که جهت گیری مذهبی بیرونی دارد، در باورهای مذهبی اش مفاهیم عمیق و گسترده‌ای را شکل نداده است و اعتقاداتش بیشتر وابسته به درخواست‌های مادی است که از خداوند دارد. درک او از معنویت بیشتر در سطح است و از مذهب برای دستیابی به خواسته‌هایی مانند رفاه، امنیت و حمایت استفاده می‌کند و بیشتر از رابطه با خالق به دنبال منفعت شخصی است و رابطه مذهبی او حالتی از دادوستد دارد [31, 32]. از این رو، افراد با جهت گیری مذهبی درونی در هنگام مواجهه با مشکلات یاد و ایمانشان به خدا و باورهای مذهبی آنها را آرام می‌سازد. در حالی که افرادی که جهت گیری مذهبی بیرونی دارند تا با مشکلات و مصایب زندگی روبه‌رو شوند عصبانی و خشمگین می‌شوند و با خدا چانه زنی می‌کنند و این امر بیشتر آنها را در معرض ناامیدی قرار می‌دهد [30].

همچنین، نتایج پژوهش نشان داد که بین بهزیستی روان شناختی زنان سالمند افسرده و غیرافسرده تفاوت معنی داری وجود دارد، به طوری که بهزیستی روان شناختی زنان سالمند غیرافسرده در مقایسه با زنان سالمند افسرده بیشتر بود. بهزیستی روان شناختی بزرگ‌ترین و مهم‌ترین هدف زندگی بشر است که بیش از هر عامل

دیگری، بهداشت روانی افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد [17, 18]. بهزیستی روان شناختی به درک فرد از تعادل روان شناختی در زندگی اشاره می‌کند. بهزیستی روان شناختی و رضایت از زندگی دارای مولفه‌های عاطفی و شناختی است. افراد با بهزیستی روان شناختی بالا هیجان‌های مثبت‌تری را تجربه می‌کنند و خوش‌بینانه تر با مشکلات برخورد می‌کنند. در حالی که افرادی با بهزیستی روان شناختی پایین موقعیت‌های زندگی خود را نامطلوب ارزیابی کرده و بیشتر هیجان‌های منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می‌کنند [17].

این پژوهش با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود. نخست آنکه در تعمیم نتایج پژوهش حاضر به دیگر گروه‌های سنی جانب احتیاط باید رعایت شود. دوم آنکه، روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر، نمونه‌گیری در دسترس بود و شرکت‌کنندگان صرفاً از زنان سالمند مراجعه‌کننده به مرکز جهان‌دیدگان شهرداری منطقه یک شهر تهران در سال ۱۳۹۵ بودند.

پیشنهاد می‌شود که مشاوران و متخصصان سالمندی در کار با سالمندان به باورهای مذهبی و بهداشت روانی توجه ویژه داشته باشند. این امر موجب می‌شود از وقایع ناگوار دوره سالمندی که به کاهش بهزیستی روان شناختی و امید به زندگی و افزایش اضطراب و افسردگی می‌انجامد، کاسته شود و امید و شادکامی به زندگی سالمندان بازگردد.

نظر به اینکه مولفه‌های روان شناختی باورهای مذهبی و بهزیستی روان شناختی در پیشگیری از افسردگی دوره سالمندی در زنان سالمند نقش مهمی را ایفا می‌کنند، لذا مشاوران و متخصصان سالمندی می‌توانند از نتایج این پژوهش برای درمان‌های بالینی خود و همچنین تدوین و طراحی مداخله‌های درمانی برای سالمندان بهره بگیرند.

### نتیجه گیری

باورهای مذهبی و بهزیستی روان شناختی در زنان سالمند غیرافسرده بیشتر از زنان سالمند افسرده است.

**تشکر و قدردانی:** این مقاله اقتباسی از بخشی از پایان‌نامه پژوهش نویسنده دوم در مقطع کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی مصوب پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات اراک است. بدین وسیله از همکاری و سعه صدر مسئولان و سالمندان مرکز جهان‌دیدگان شهرداری منطقه یک تهران تشکر و قدردانی می‌شود.

**تاییدیه اخلاقی:** این پژوهش توسط کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی با شماره ۱۲۱۲۱۶۰۳۹۴۲۰۱۵ به تایید رسیده است.

**تضاد منافع:** نویسندگان این مقاله هیچ گونه تضاد منافی را اعلام نکرده‌اند.

**سهم نویسندگان:** آناهیتا خدابخشی کولایی (نویسنده اول)، نگارنده مقدمه/روش‌شناسی/پژوهشگر اصلی/نگارنده بحث (۵۵٪)؛ فاطمه غیبی (نویسنده دوم)، پژوهشگر اصلی/تحلیلگر آماری (۴۵٪)  
**منابع مالی:** این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی است و تحت حمایت مالی هیچ سازمانی نبوده است.

### منابع

1- Montezeri M, Sorbi MH, Ahmadi SM, Yazdanpoor Sh. Comparative study of depression, anxiety and stress among athletic elderly versus nonathletic elderly in 1392. Sci J Rehabil Med. 2014;36(2):15-22. [Persian]



- Health J. 2015;1(2):68-74.
- 19- Mehrabizadeh Honarmand M, Jomehri F, Sheikh Hossein A. Effectiveness of yoga training on psychological well-being and happiness of employees Man nearing retirement an industrial company in the city of Ahvaz. *J Soc Psychol*. 2013;8(26):23-38. [Persian]
- 20- Nelson-Becker H, Nakashima M, Canda ER. Spiritual assessment in aging: A framework for clinicians. *J Gerontol Soc Work*. 2007;48(3-4):331-47.
- 21- Hodge DR, Horvath VE. Spiritual needs in health care settings: A qualitative meta synthesis of clients perspectives. *Soc Work*. 2011;56(4):306-16.
- 22- Allport GW, Ross JM. Personal religious orientation and prejudice. *J Pers Soc Psychol*. 1967;5(4):432-43.
- 23- Janbozorgi M. Religious orientation and mental health. *Pajouhesh Dar Pezeshki*. 2007;31(4):345-50. [Persian]
- 24- Abbot RA, Ploubidis GB, Huppert FA, Kuh D, Wadsworth MEJ, Croudace TJ. Psychometric evaluation and predictive validity of Ryff's psychological well-being items in a UK birth cohort sample of women. *Health Qual Life Outcomes*. 2006;4:76.
- 25- Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and validity of Ryff's psychological Well-being scales. *Iran J Psychiatr Clin Psychol*. 2008;14(2):146-51. [Persian]
- 26- Greenberg Sh A. The geriatric depression scale [Internet]. New York: Hartford Institute for Geriatric Nursing; 2012 [cited 2016 May 4]. Available from: <https://consultgeri.org/try-this/general-assessment/issue-4.pdf>.
- 27- Malakouti SK, Fathollahi P, Mirabzadeh A, Salavati M, Kahani S. Validation of Geriatric Depression Scale (GDS-15) in Iran. *Res Med*. 2006;30(4):361-9. [Persian]
- 28- Khodabakhshi koolae A, Heidari M, FalsafiNejad M. Effect of group poetry therapy on depression and search for meaning in life among elderly dwelling at female nursing homes in Tafresh. *J Geriatric Nurs*. 2015;1(3):55-72. [Persian]
- 29- Bahrami F, Ramezani-Farani A. Religious orientation (internal and external) effects on aged mental health. *J Rehabil*. 2005;6(1):42-7. [Persian]
- 30- Neyrinck B, Lens W, Vansteenkiste M, Soenens B. Updating allport's and Batson's framework of religious orientations: A refreshing look from the perspective of self-determination theory and Wulff's model of approaches towards religion. *J Sci Stud Relig*. 2010;49(3):425-38.
- 31- Soenens B, Neyrinck B, Vansteenkiste M, Dezutter J, Hutsebaut D, Duriez B. How do perceptions of God as autonomy supportive or controlling relate to individuals' social-cognitive processing of religious contents? The role of motives for religious behavior. *Int J Psychol Relig*. 2012;22(1):10-30.
- 32- Latha KS, Sahana M, Mariella D, Subbannayya K, Asha K. Factors related to life satisfaction, meaning of life, religiosity and death anxiety in health care staff and students: A cross sectional study from India. *Online J Health Allied Sci*. 2013;12(2):1-7.
- 2- Famil Ahmariyan FS, Khodabakhshi koolae A, Falsafinejad MR. The effects of group logo-therapy on life expectancy and sleep quality in elderlies of boarding center of Tehran city. *J Res Relig Health*. 2015;1(3):11-8. [Persian]
- 3- Mirzaei F, Khodabakhshi Koolae A. The relationship between sleep quality and perceived social support with loneliness in elderly men. *J Gerontol*. 2018;2(3):11-20. [Persian]
- 4- Manzouri L, Babak A, Merathi M. The depression status of the elderly and it's related factors in Isfahan in 2007. *Salmand*. 2010;4(4):27-33. [Persian]
- 5- Otte C. Incomplete remission in depression: Role of psychiatric and somatic comorbidity. *Dialog Clin Neurosci*. 2008;10(4):453-60.
- 6- Hayward D, Owen AD, Koenig HG, Steffens DC, Payne ME. Religion and the presence and severity of depression in older adult. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2012;20(2):188-92.
- 7- Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: A systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2003;160(6):1147-56.
- 8- Khodabakhshi Koolae A, MirAfzal N. Relationship between humor and social support with sex satisfaction in elderly married women . *J Gerontol*. 2017;2(1):1-10. [Persian]
- 9- Lazenby JM. On "spirituality," "religion," and "religions": A concept analysis. 2010;8(4):469-76.
- 10- Lucchetti G, Bassi RM, Lucchetti AL. Taking spiritual history in clinical practice: A systematic review of instruments. *Explore (NY)*. 2013;9(3):159-70.
- 11- Khodabakhshi Koolae A, Heidari F, Zangeneh Motlagh F. The effect of mixed prayer and positive psychology group therapy on life meaning and death anxiety among elderly women with physical-motor disabilities. *J Res Relig Health*. 2018;4(2):16-28. [Persian]
- 12- Neimeyer RA, Klass D, Dennis MR. A social constructionist account of grief: Loss and the narration of meaning. *Death Stud*. 2014;38(6-10):485-98.
- 13- Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *Can J Psychiatry*. 2009;54(5):283-91.
- 14- Asgari p, Khalighi Sigaroodi E, Heidari A, Yousefiyan F, Mar'ashian F. The effectiveness of training prophet Mohammd practical educational methods on the religious thinking the religious beliefs and attitudes and the mental health of high school girl students in Ahvaz City. *Knowl Res Appl Psychol*. 2009;(40):13-25. [Persian]
- 15- Koenig HG. Spirituality and mental health. *Int J Appl Psychoanal Stud*. 2010;7(2):116-22.
- 16- Moberg DO. Research in spirituality, religion, and aging. *J Gerontol Soc Work*. 2005;45(1-2):11-40.
- 17- Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: An introduction. *Am Psychol*. 2000;55(1):5-14.
- 18- Kashaniyan F, khodabakhshi koolae A. Effectiveness of positive psychology group interventions on meaning of life and life satisfaction among older adults. *Elder*