

Research Paper

Structural Equation Modeling: A Study on the Effect of Religious Orientation on the Psychological Wellbeing Concerning the Mediating Role of Death Anxiety and Self-compassion in the Male Elderly Living in Kermanshah City in 2017



Payam Varaee¹ , *Khodamorad Momeni¹ , Asie Moradi¹

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



Citation: Varaee P, Momeni K, Moradi A. [Structural Equation Modeling: A Study on the Effect of Religious Orientation on the Psychological Wellbeing Concerning the Mediating Role of Death Anxiety and Self-compassion in the Male Elderly Living in Kermanshah City in 2017 (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2019; 14(2):162-177. <https://doi.org/10.32598/sija.13.10.360>

<https://doi.org/10.32598/sija.13.10.360>



Received: 10 Dec 2018

Accepted: 25 Mar 2019

Available Online: 01 Jul 2019

Key words:

Religiosity, Psychological wellbeing, Death anxiety, Self-compassion, Elderly

ABSTRACT

Objectives Psychological wellbeing can affect the various aspects of the life of older people. Most studies confirm that religiosity is associated with psychological wellbeing. However, the causes of this relation are unclear. Therefore, the purpose of this study is to investigate the mediating role of death anxiety and self-compassion in the relationship between religiosity and psychological wellbeing.

Methods & Materials To investigate the purpose of the study, a total of 300 older people of Kermanshah were selected by simple random sampling method. The questionnaires of mini-mental state examination, religious orientation, self-compassion, death anxiety, and psychological well-being were used as research tools. To analyze the data, SPSS V. 23 was used to estimate descriptive and correlational indices, and AMOS V. 23 was used for structural equation modeling.

Results Based on the study results, the causal relationship model between religious orientation, self-compassion, death anxiety, and psychological wellbeing are confirmed based on various fitting indices. Therefore, religiosity has a direct relationship with psychological well-being. Besides, self-compassion and death anxiety can mediate this relationship.

Conclusion Religiosity can greatly affect the psychological wellbeing of the elderly by decreasing the anxiety of death and increasing self-compassion. Therefore, in explaining the relationship between religiosity and psychological wellbeing, attention to the critical role of self-compassion and reduction of death anxiety are among the desirable methods for preventing mental health problems in the elderly.

Extended Abstract

1. Objectives

Older adults face several health and well-being issues [1, 2]. Psychological well-being depends on a variety of factors, including spiritual commitment and religiosity [3-

5]. Religiosity can improve mental well-being by reducing Death Anxiety (DA). Religion manages the human fear of death by the promise of immortality [6, 7]. Self-compassion is a mediating variable between religion and well-being. It is a recently developed structure that has created a new means of understanding and promoting human well-being [8]. Furthermore, it is necessary to study the relationship between religiosity and well-being in different cultures and religions.

*** Corresponding Author:**

Khodamorad Momeni, PhD.

Address: Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran.

Tel: +98 (918) 1323767

E-mail: Kh.momeni@razi.ac.ir

Such investigations help to determine how religiosity can positively affect different cultures. Thus, this study aimed to evaluate the effect of religious orientation on the psychological well-being of older men through the mediating role of DA and self-compassion.

2. Methods & Materials

This was a descriptive study with a cross-sectional design based on Structural Equation Modeling (SEM). The study population consisted of all older men living in Mehran Nursing Home in Kermanshah City, Iran (n=700). Of them, 300 were randomly selected as the study samples. The following tools were used for surveying the study participants:

Mini-Mental State Examination (MMSE): The maximum obtainable score of this test is 30; scores ≤ 23 indicate cognitive impairment [9]. This test has been used on the Iranian elderly, and its acceptable validity and reliability have been reported [10].

Revised Intrinsic/Extrinsic Religious Orientation Scale: It measures the religiosity using three factors (intrinsic religiousness, extrinsic personally oriented religiousness, and extrinsic socially-oriented religiousness). This version is suitable for people with different educational levels [11]. Its Persian version was developed by Ghorbani et al. [12].

They reported an alpha coefficient of 0.65-0.74 for the internal consistency of its subscales.

Ryff's Psychological Well-Being Scale (PWB): The psychometric properties of the Persian version of this scale was investigated by Khanjani and colleagues [13]. It has 6 subscales. The total score of these subscales is considered as the scale's overall score. The subscales are rated on a 6-point Likert-type scale [14].

Self-Compassion Scale-Short Form (SCS-SF): This tool was designed by Raes and associates [15]. It has 6 subscales rated on a 5-point Likert-type scale. Its Persian version has acceptable validity and reliability [16]. Cronbach's alpha coefficient for the whole questionnaire was obtained as 0.65.

Templer's Death Anxiety Scale (DAS): It was developed by Templer (1970). Its questions are answered as "yes" or "no". Its Persian version has appropriate reliability and validity [17]. The collected data were analyzed in SPSS using descriptive and inferential statistics. For SEM, AMOS was used.

3. Results

To investigate the causal and structural relationships between the study variables, the SEM method was used. As a result, the first confirmatory factor analysis was conducted,

Table 1. The SEM results of PWB based on religious orientation

Path	β	95% CI		Sig.	Result
		Lower	Upper		
The direct effect of religious orientation on PWB without the presence of mediator (total effect)	0.495	0.289	0.691	0.001	The path was statistically significant; i.e. religious orientation without the presence of mediator increased the well-being
The direct effect of religious orientation on self-compassion	0.472	0.270	0.693	0.001	The path was statistically significant; i.e. religious orientation increased self-compassion
The direct effect of religious orientation on DA	-0.208	-0.392	-0.007	0.038	The path was statistically significant; i.e. religious orientation reduces DA
The direct effect of self-compassion on PWB	0.794	0.666	0.898	0.001	The path was statistically significant; i.e. self-compassion increased PWB
The direct effect of DA on PWB	-0.125	-0.263	-0.009	0.038	The path was statistically significant; i.e. DA increased PWB
The direct effect of religious orientation on PWB by influencing DA and self-compassion	0.401	0.237	0.598	0.001	The path was statistically significant; i.e. DA and self-compassion can mediate the relationship between religious orientation and PWB
The direct effect of religious orientation on PWB with the presence of a mediator	0.094	-0.060	0.239	0.224	The path was not statistically significant; i.e. DA and self-compassion can completely mediate the relationship between religious orientation and PWB

and the SEM model was provided. To estimate the model parameters, the maximum likelihood estimation method was used. Its first condition is the normality of data distribution. According to the achieved results, this condition was met. The second condition is that the variables' measured level must be higher than an ordinal scale. This condition was also met in our study. After verifying the appropriate fitness of the measurement model, the SEM was drawn based on the latest changes. Based on the coefficients for the direct path from religious orientation to PWB without the presence of mediator (total effect), the direct effect results for the variables are presented in Table 1. To assess their indirect effects, the Bootstrap method was used with a (95%) confidence interval and 5000 bootstrap samples. The relevant results also are presented in Table 1. According to the obtained results, religious orientation has a significant positive effect on PWB without the presence of mediators (i.e. it has a total effect on that). It was also directly and significantly effective on self-compassion and DA.

Furthermore, self-compassion had a strong direct and significant effect on PWB, while DA had significant negative effects on PWB. The indirect effect of religious orientation on PWB via regulating DA and self-compassion was also observed. The direct effect of religious orientation on PWB with the presence of mediators was not significant; therefore, the model had a good fit and religious orientation directly affected PWB. DA and self-compassion could completely mediate the relationship between religious orientation and PWB.

4. Conclusion

The measurement model consisted of religious orientation, PWB, DA, and self-compassion had an appropriate fit. The present study aimed to explain how religious orientation affects the PWB of older people. The researchers explored the functions and effects of religion that play decisive roles in the relationship between religion and PWB. It is necessary to find them if present. It was concluded that religious orientation was directly related to PWB. Additionally, DA and self-compassion could mediate the relationship between them. Accordingly, religiosity can positively affect the PWB of the elderly by increasing their self-compassion and reducing their DA.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

In order to observe ethical codes, written informed consent was obtained from all elderly participants in the research. Also, this research was finalized in the dissertation commit-

tee of Razi University of Kermanshah and the Ethics Committee of Razi University approved it.

Funding

The present paper was extracted from the MSc. thesis of the first author, Department of General Psychology in Razi University of Kermanshah. Also this article was funded by the researcher project "Elderly, Second Half of the Life" at Razi University.

Authors' contributions

Conceptualization, methodology, validation, analysis, research, resource, writing, drafting, visualization, project management: All authors; Supervision and financing: Khodamorad Momeni and Asie Moradi.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

مدل سازی معادلات ساختاری بررسی تأثیر جهت گیری دینی بر بهزیستی روان شناختی با توجه به نقش میانجی اضطراب مرگ و خودشفقت‌ورزی در سالمندان مرد شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۶

پیام ورعی^۱، *خدا مراد مؤمنی^۱، آسیه مرادی^۱

۱. گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

حکیده

تاریخ دریافت: ۱۹ آذر ۱۳۹۷

تاریخ پذیرش: ۰۵ فروردین ۱۳۹۸

تاریخ انتشار: ۱۰ تیر ۱۳۹۸

اهداف: بهزیستی روان شناختی می‌تواند بر جنبه‌های مختلف زندگی سالمندان تأثیر بگذارد. غالب پژوهش‌ها تأیید می‌کنند دین‌داری با بهزیستی روان شناختی فرد مرتبط است. اما علل این همبندی‌ها به وضوح روشن نیست. بنابراین هدف از مطالعه حاضر بررسی نقش واسطه‌ای اضطراب مرگ و خودشفقت‌ورزی در رابطه بین دین‌داری و بهزیستی روان شناختی است.

مواد و روش‌ها: به منظور بررسی هدف پژوهش نمونه‌ای ۳۰۰ نفری از سالمندان مرکز نگهداری شهر کرمانشاه به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. پرسش‌نامه‌های معاینه مختصر وضعیت شناختی، جهت‌گیری دینی، خودشفقت‌ورزی، اضطراب مرگ و بهزیستی روان شناختی به عنوان ابزار پژوهش استفاده شدند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نسخه ۲۳ نرم‌افزار SPSS برای محاسبه شاخص‌های توصیفی و همبستگی و از نسخه ۲۳ نرم‌افزار AMOS برای مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد.

یافته‌ها: بر اساس نتایج به دست آمده مدل علی رابطه بین جهت‌گیری دینی، خودشفقت‌ورزی، اضطراب مرگ و بهزیستی روان شناختی بر اساس شاخص‌های مختلف برازش تأیید می‌شود. بنابراین دین‌داری با بهزیستی روان شناختی رابطه مستقیم دارد و خودشفقت‌ورزی و اضطراب مرگ می‌توانند این رابطه را میانجی‌گری کنند.

نتیجه‌گیری: دین‌داری می‌تواند با کاهش اضطراب مرگ و افزایش خودشفقت‌ورزی تأثیر بسیار زیادی بر بهزیستی روان شناختی سالمندان اعمال کند. بنابراین در تبیین رابطه دین‌داری و بهزیستی روان شناختی توجه به نقش مهم افزایش خودشفقت‌ورزی و کاهش اضطراب مرگ از جمله روش‌های مطلوب برای پیشگیری و کاهش آسیب‌پذیری نسبت به مشکلات سلامت روان در سالمندان است.

کلیدواژه‌ها:

دین‌داری، بهزیستی روانی، اضطراب مرگ، خودشفقت‌ورزی، سالمندان

مقدمه

فرهنگی و تعهدات معنوی و دین‌داری با پیامدهای مثبتی مانند سلامت روان شناختی و جسمانی، رضایت زناشویی، عملکرد مطلوب بین فردی، کیفیت بهتر زندگی و بهزیستی ذهنی در ارتباط است، اما برخی از جنبه‌های دین‌داری با نتایج منفی، از جمله بهزیستی پایین مرتبط هستند و برخی پژوهش‌ها نیز بین این دو مؤلفه رابطه‌ای نیافتند [۱۳-۷].

جهت‌گیری دینی را می‌توان معادل دین‌داری یا دین‌ورزی گرفت [۱۴]. بنابراین در پژوهش حاضر از ابزاری که جهت‌گیری دینی را می‌سنجد به عنوان ابزاری که در واقع دین‌داری فرد را می‌سنجد، استفاده می‌شود؛ به طوری که می‌توان موضوع این تحقیق را نقش دین‌داری در بهزیستی روان شناختی با میانجی‌گری اضطراب مرگ و خودشفقت‌ورزی در سالمندان مرد به حساب آورد.

از راه‌هایی که دین‌داری می‌تواند بهزیستی روان شناختی را بهبود

سالمندان با گذر از دوران جوانی و میان‌سالی زندگی خود، با مسائل و مشکلات مختلفی در حوزه روابط اجتماعی، سلامتی و بهزیستی روبه‌رو می‌شوند [۱، ۲]. شواهد پژوهشی در دسترس نشان می‌دهد درصد درخور توجهی از سالمندان از مشکلات معطوف به سلامت جسمی و روانی در رنج هستند [۳]. به همین دلیل لازم است پژوهشگران به نقش متغیرهای مختلف در سلامتی و بهزیستی سالمندان توجه کنند [۴].

بهزیستی روان شناختی وابسته به شرایط و عوامل گوناگون، تغییر می‌کند [۵]. بهزیستی روان شناختی شامل احساس خوب درباره خود و زندگی خود است؛ احساسی که شامل تجربه استقلال، تسلط محیطی، رشد فردی، روابط مثبت با دیگران، هدف در زندگی و پذیرش خود است [۶]. تحقیقات نشان می‌دهد باورها، آمیزه‌های

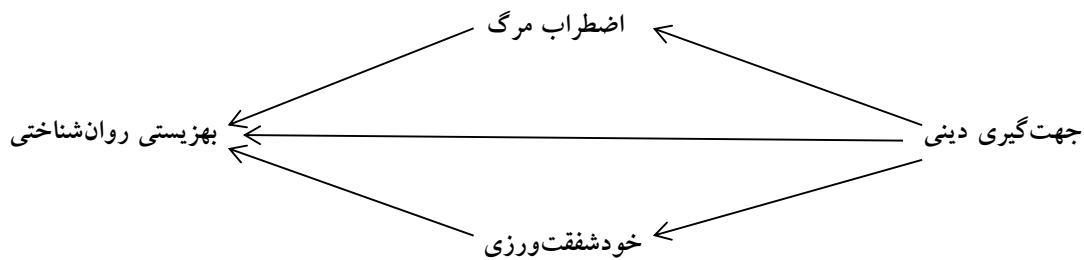
* نویسنده مسئول:

دکتر خدا مراد مؤمنی

نشانی: کرمانشاه، دانشگاه رازی، دانشکده علوم اجتماعی، گروه روانشناسی.

تلفن: ۱۳۲۳۷۶۷ (۹۱۸) ۰۹۸+

پست الکترونیکی: Kh.momeni@razi.ac.ir



تصویر ۱. مدل مفروض رابطه بین متغیره

سالمند

نیز نشان می‌دهند خودشفقت‌ورزی با بیشتر پاسخ‌های مثبت به افزایش سن، از جمله اعتقاد به اینکه نگرش فرد می‌تواند به سازگاری او با سالمندی کمک کند ارتباط دارد [۲۵]. در نهایت خودشفقت‌ورزی در افراد سالمند با بهزیستی ذهنی، یکپارچگی خود، معنای زندگی و بهزیستی روان‌شناختی ارتباط قوی دارد و نگرش خودشفقت‌ورزانه در رابطه دین و سلامت نقش مهمی را ایفا می‌کند [۲۸-۲۶].

همان‌طور که ملاحظه شد که خودشفقت‌ورزی می‌تواند مانند اضطراب مرگ، رابطه بین دین‌داری و بهزیستی را میانجی کند، بسیاری از تحقیقات قبلی رابطه بین دین‌داری و عملکردهای مثبت را بررسی کردند. با این حال به نمونه غربی در زمینه دین مسیحی متکی هستند. به همین دلیل لازم است رابطه دین‌داری و بهزیستی در فرهنگ‌ها و ادیان متفاوتی بررسی و مشخص چگونه دین‌داری می‌تواند با نتایج مثبت در فرهنگ‌های دیگر مرتبط باشد.

بر اساس آنچه عنوان شد پژوهش حاضر با هدف تبیین نقش جهت‌گیری دینی (دین‌داری) سالمندان بر بهزیستی روان‌شناختی و با میانجی‌گری اضطراب مرگ و خودشفقت‌ورزی آنان انجام شد. با این فرضیه که مدل جهت‌گیری دینی (دین‌داری)، خودشفقت‌ورزی، اضطراب مرگ و بهزیستی روان‌شناختی بر ارزش نسبتاً خوبی دارد و جهت‌گیری دینی هم به صورت مستقیم و هم با میانجی‌گری اضطراب مرگ و خودشفقت‌ورزی بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان تأثیرگذار است. مدل اولیه پژوهش در تصویر شماره ۱ آمده است.

روش مطالعه

این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی مبتنی بر مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. مدل‌سازی معادلات ساختاری عبارت است از ارائه و بررسی مدل مفهومی با توجه به متغیرهای تحقیق. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مردان مرکز نگهداری نیمه‌وقت سالمندان مهرگان (شهید یاری) شهر کرمانشاه (حدوداً ۷۰۰ نفر) می‌شد که ۳۰۰ نفر به عنوان نمونه به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. تنها مرکز نگهداری نیمه‌وقت سالمندان استان کرمانشاه که دولتی و تحت نظر سازمان بهزیستی استان است همین مرکز است و اطلاعات گرفته‌شده به صورت تقریبی از همان مرکز بوده است.

بخشد، کاهش اضطراب مرگ است. یکی از بزرگ‌ترین عملکردهای دین با توجه به نظریه مدیریت ترس، این است که به انسان‌ها در سازگاری با مرگ کمک می‌کند. دین، ترس به وجود آمده انسان را که ناشی از آگاهی او از مرگ اجتناب‌ناپذیر خود است، با دادن وعده جاودانگی مدیریت می‌کند. شاید تنها مثال از توصیف واقعی جاودانه بودن، در مفهوم زندگی پس مرگ نهفته باشد [۱۶، ۱۵]. علاوه بر این دین مرگ را معنی‌دار می‌کند [۴]. در این راستا الیس و وهاب^۱ در مطالعه مروری خود به دسته‌بندی پژوهش‌های دین‌داری و اضطراب مرگ پرداختند و مشخص کردند بعضی از مطالعات حکایت از رابطه مثبت و بعضی منفی بین دین‌داری و اضطراب مرگ دارند و برخی هیچ رابطه‌ای بین این دو نیافتند [۱۷].

خودشفقت‌ورزی یکی دیگر از متغیرهای بالقوه و مؤثر در رابطه دین بهزیستی است، خودشفقت‌ورزی سازه‌ای جدید است که روش نوینی را برای درک و ارتقای بهزیستی بشر به وجود آورده است [۱۸]. پیکره در حال رشد تحقیقات نشان می‌دهد خودشفقت‌ورزی با نتایج مثبت در سراسر گسترده عملکرد روانی، شامل افزایش موقعیت مثبت و کاهش خلق منفی، کاهش شدت نشانه‌های افسردگی و کاهش رگه‌های اضطراب مرتبط است [۱۹]. افراد خودشفقت‌ورز تمایل به گزارش شادی بیشتر، رضایت زندگی بیشتر، عاطفه منفی کمتری و علائم پریشانی روانی کمتری (مانند اضطراب و افسردگی) نسبت به افرادی که کمتر خودشفقت‌ورز هستند دارند [۲۰-۲۲].

خودشفقت‌ورزی نقش بسیار مهمی در زندگی سالمندان بازی می‌کند، بهزیستی ذهنی افراد مسن بیشتر به تفسیر خودشان از شرایط خودشان بستگی دارد بستگی دارد و یک طرز فکر مشفقانه می‌تواند چشم‌انداز ملایمی از پذیرش بسیاری از آثار پیری را فراهم کند [۲۳]. اگرچه تحقیقات خودشفقت‌ورزی در نمونه سالمندان محدود است، اما شواهدی وجود دارد که از این ایده حمایت می‌کند؛ برای مثال خودشفقت‌ورزی در رابطه بین سلامت فیزیکی و بهزیستی ذهنی افراد سالمند به عنوان متغیر میانجی عمل می‌کند؛ به طوری که شرکت‌کنندگانی که سلامت فیزیکی کمتری را گزارش دادند، زمانی بهزیستی ذهنی بیشتری گزارش دادند که خودشفقت‌ورزی بالایی داشتند [۲۴]. نتایج تحقیقاتی

1. Ellis & Wahab

دلیل تقریبی بودن این است که این افراد سیال هستند و به صورت ثابت نمی‌توانند باشند.

برای اجرای این پژوهش پس از کسب مجوزهای لازم، پژوهشگران در سه نوبت با مراجعه به مرکز نگهداری نیمه‌وقت سالمندان مهرگان شهر کرمانشاه و پس از ارتباط‌گیری و جلب رضایت شرکت‌کنندگان، ابتدا هدف پژوهش را برای آن‌ها بیان کردند و با ارائه راهنمایی لازم پرسش‌نامه‌ها را در اختیار آن‌ها قرار دادند و از آن‌ها خواستند به دقت سؤالات را بخوانند و پاسخ‌های مدنظر را متناسب با ویژگی‌های خود انتخاب کنند و سؤالی را تا حد امکان بی‌جواب نگذارند. اطلاعات به صورت فردی جمع‌آوری شد. برای پاسخگویی شرکت‌کنندگان به پرسش‌نامه‌های پژوهش، به سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش این اطمینان داده شد که اطلاعات دریافت‌شده از آنان به صورت محرمانه خواهد ماند و کسانی که مایل نیستند به این سؤالات پاسخ دهند می‌توانند در هر مرحله‌ای از پاسخگویی که هستند همکاری خود را ادامه ندهند. در نهایت ۳۰۰ نفر از شرکت‌کنندگان به مجموعه پرسش‌نامه‌های پژوهش به صورت قلم‌کاغذی پاسخ دادند.

همچنین برای جلوگیری از خطاهای بینایی هنگام خواندن، پرسش‌نامه برای سالمندان باسواد، خوانا و درشت تهیه شد. به دلیل اینکه ابزار تشخیصی مبتنی بر پرسش‌نامه می‌تواند تحت تأثیر اختلال توجه، اختلال حواس و نقص ارتباطی سالمندان باشد، بنابراین لازم است اینکه سالمندان اختلال‌های شناختی دارند یا نه بررسی شود تا بتوان از اعتبار پاسخ آن‌ها اطمینان نسبی حاصل کرد. بدین منظور از پرسش‌نامه مختصر وضعیت روانی که روش عملی برای درجه‌بندی شناختی است، استفاده شد؛ بنابراین ملاک‌های ورود برای این پژوهش عبارت بود از: نمره بالای ۲۲ در آزمون وضعیت روانی، سن ۵۵ سال و بیشتر، تحصیلات راهنمایی یا بالاتر باشد، درآمد ماهیانه مالی (حقوق یا مستمری) حداقل برای گذراندن امور زندگی. ملاک خروج نیز تمایل نداشتن به ادامه همکاری با پژوهشگران و کسب نمره زیر ۲۲ در آزمون وضعیت روانی در نظر گرفته شد.

میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۶۰/۰۱ سال با انحراف استاندارد ۴/۸ بود و میانگین درآمد ماهانه شرکت‌کنندگان ۱/۳۱ میلیون تومان با انحراف استاندارد ۱/۱۹ و حداقل ۹۰۰ هزار تومان تا حداکثر ۳ میلیون تومان بود. همه شرکت‌کنندگان دین خود را اسلام و مذهب خود را تشیع گزارش کردند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نسخه ۲۳ نرم‌افزار SPSS برای محاسبه شاخص‌های توصیفی و همبستگی و از نسخه ۲۳ نرم‌افزار AMOS برای مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد.

مقیاس مختصر وضعیت روانی و معاینه مختصر وضعیت شناختی^۲

این مقیاس، متداول‌ترین ابزار غربالگری اختلالات شناختی در سطح جهان است که به زبان‌های مختلف ترجمه و در فرهنگ‌های مختلف استاندارد شده است. این آزمون کارکردهای مختلف شناختی را سنجیده و برآوردی کلی از وضعیت شناختی آزمودنی فراهم می‌کند. این پرسش‌نامه در معاینات روانی برای اختلالات شناختی استفاده می‌شود و پنج محدوده از عملکرد شناختی را آزمایش می‌کند (جهت‌یابی، ثبت، توجه و محاسبه، یادآوری و طراحی).

حداکثر نمره آن ۳۰ است و نمرات ۲۳ یا کمتر نشان‌دهنده اختلال شناختی است (اختلال شناختی شدید شناختی-صفر-۱۷، اختلال شناختی خفیف یا متوسط=۱۸-۲۳، عادی=۲۴-۳۰) [۲۹]. هنجاریابی معاینه مختصر وضعیت شناختی سالمندان در شهر تهران رویی رضایت‌بخشی داشت و آلفای کرونباخ آن ۰/۷۸ گزارش شده است. همبستگی نمرات با سن و سطح تحصیلات در سطح ۰/۰۵ معنادار بود [۳۰].

مقیاس تجدیدنظرشده جهت‌گیری دینی^۳

مقیاس تجدیدنظرشده جهت‌گیری دینی، دین‌داری را در چارچوب سه عامل جهت‌گیری دینی درونی، برونی فردی و برونی اجتماعی می‌سنجد. پایایی این پرسش‌نامه مناسب و قابل مقایسه با مقیاس اصلی است. این نسخه ۱۴ گویه‌ای، قابلیت کاربرد در افراد با سطوح مختلف تحصیلی را دارد [۳۱]. نسخه فارسی این مقیاس را قربانی و همکاران طی روند استانداردسازی ترجمه کردند [۳۲]. همسانی درونی زیرمقیاس‌های آن با روش آلفای کرونباخ در ایران از ۰/۶۵ تا ۰/۷۴ به دست آمد. در این مقیاس شرکت‌کنندگان به یک مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت پاسخ می‌دهند. پس از محاسبه میانگین برای هر خرده‌مقیاس، دامنه نمره هر عامل از ۱ تا ۵ خواهد بود. همچنین آلفای کرونباخ برای عامل‌های پرسش‌نامه در پژوهش حاضر از ۰/۶۱ تا ۰/۸۵ به دست آمد.

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف^۴

در این پژوهش نسخه کوتاه (۱۸ سؤالی) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف که خانجانی و همکاران در ایران اعتبار یابی‌اش کرده‌اند استفاده شده است [۳۳]. فرم اولیه ریف در سال (۱۹۸۹) طراحی کرد که در سال ۲۰۰۲ درباره‌اش تجدیدنظر شده است. این نسخه، مشتمل بر ۶ عامل است. مجموع نمرات این شش عامل (خودمختاری، ارتباط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، رشد شخصی، هدفمندی در زندگی

2. Mini-mental state examination
3. Religious Orientation Scale-Revised (ROS-R)
4. Ryff Scale Psychological Well-being

را به عنوان نشانگر در نظر گرفت، اما پرسش نامه اضطراب مرگ فاقد بُعد است.

بنابراین برای بررسی لازم است ابتدا مدل اندازه گیری اضطراب مرگ با توجه به ۱۵ سؤال این پرسش نامه محاسبه شود تا سؤال هایی که بالاترین ضریب مسیر و توان برآورد اضطراب مرگ را دارند مشخص و از آن ها به عنوان نشانگرهای متغیر مکنون اضطراب مرگ در مدل اندازه گیری پژوهش استفاده شود. نقطه برش ضرایب مسیر در پژوهش های علوم رفتاری را اغلب بزرگ تر از ± 0.30 و گاه بزرگ تر ± 0.50 در نظر گرفتند که در این پژوهش بزرگ تر از ± 0.30 مدنظر است [۳۸، ۳۹].

تصویر شماره ۲ مدل اندازه گیری اضطراب مرگ را نشان می دهد و طبق **جدول شماره ۳**، ضریب مسیر سؤال های ۳، ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۱، ۱۳ و ۱۴ در برآورد کردن متغیر مکنون اضطراب مرگ به ترتیب عبارت اند از: 0.21 ، 0.16 ، 0.27 ، 0.06 ، 0.15 ، 0.15 ، 0.16 و 0.02 . این ضرایب بسیار پایین تر از نقطه برش است. بنابراین برای برازش بهتر، این مدل در برآورد کردن اضطراب مرگ حذف شده و در نهایت همان طور که در **جدول شماره ۴** نشان داده شده است، مدل اندازه گیری اضطراب مرگ با برازش مطلوب شامل سؤال های ۱، ۲، ۵، ۷، ۱۰، ۱۲ و ۱۵ با ضرایب مسیر معنادار و بالاتر از نقطه برش به عنوان نشانگرهای متغیر اضطراب در مدل اندازه گیری پژوهش در نظر گرفته شدند.

در پژوهش حاضر از بین روش های مختلفی که برای تخمین

است. روایی همزمان آن به وسیله همبستگی آن با مقیاس اضطراب آشکار، 0.27 و با مقیاس افسردگی، 0.40 در فرهنگ اصلی گزارش شده است. پایایی و روایی این پرسش نامه در ایران نیز بررسی شده است و بر این اساس ضریب پایایی تصنیفی، 0.62 و ضریب همسانی درونی، 0.73 گزارش شده است. برای روایی مقیاس اضطراب مرگ از دو آزمون مقیاس نگرانی مرگ و مقیاس اضطراب آشکار استفاده شد و ضریب همبستگی مقیاس اضطراب مرگ با هر کدام به ترتیب برابر 0.40 و 0.43 به دست آمد [۳۷]. همچنین آلفای کرونباخ برای کل پرسش نامه در پژوهش حاضر 0.61 به دست آمد.

یافته ها

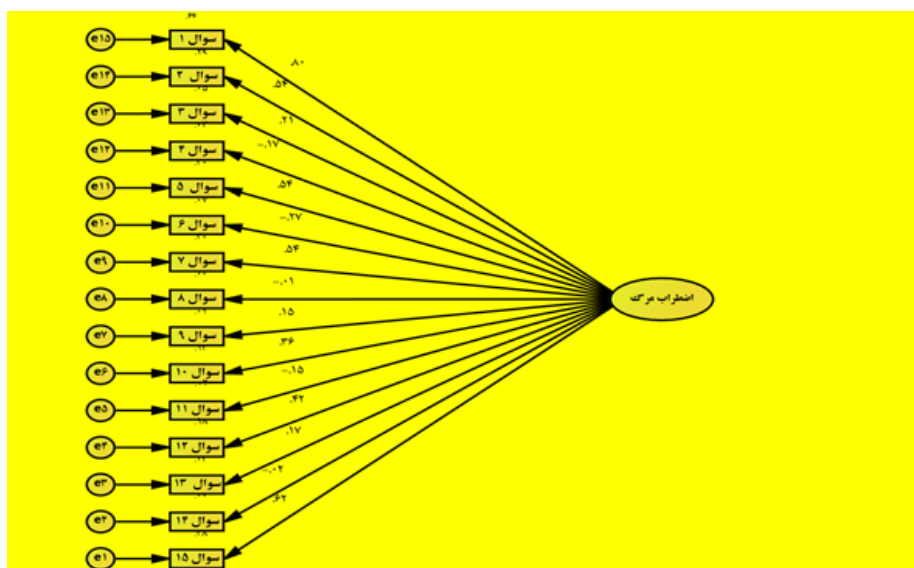
شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش در **جدول شماره ۱** آمده است. **جدول شماره ۲** ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می دهد. بررسی ضرایب نشان می دهد جهت گیری دینی (درونی بیرونی فردی و اجتماعی) و خودشفقت ورزی با بهزیستی روان شناختی رابطه مثبت و اضطراب مرگ با بهزیستی روان شناختی رابطه منفی معنی داری دارند.

در پژوهش حاضر به منظور بررسی روابط علی و ساختاری بین متغیرهای پژوهش از روش مدل یابی معادلات ساختاری استفاده شده است. اجرای تحلیل در مدل معادلات ساختاری شامل دو مرحله کلی است: تحلیل عاملی تأییدی و سپس مدل معادلات ساختاری. تمامی متغیرهای پژوهش ابعادی دارند که می توان آن ها

جدول ۲. ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
بهزیستی روان شناختی	۱											
خودمهربانی	0.23^*	۱										
خودقضاوتی	-0.27^*	-0.17^*	۱									
ویژگی مشترک	0.23^*	0.23^*	0.07	۱								
انزوا	-0.59^*	-0.18^*	0.32^*	-0.07	۱							
ذهن آگاهی	0.28^*	0.36^*	-0.16^*	0.40^*	-0.20^*	۱						
بیش همانندسازی	-0.69^*	-0.23^*	0.42^*	-0.05	0.62^*	-0.19^*	۱					
خودشفقت ورزی	0.61^*	0.62^*	-0.56^*	0.48^*	-0.58^*	0.28^*	-0.64^*	۱				
جهت گیری دینی درونی	0.42^*	0.26^*	-0.29^*	0.15^*	-0.23^*	0.23^*	-0.23^*	0.43^*	۱			
جهت گیری دینی بیرونی فردی	0.23^*	0.17^*	0.22^*	-0.11^*	0.29^*	0.23^*	-0.09	0.26^*	0.23^*	۱		
جهت گیری دینی بیرونی اجتماعی	0.19^*	0.23^*	0.21^*	-0.18^*	0.12^*	-0.48^*	0.16^*	-0.26^*	0.21^*	0.53^*	۱	
اضطراب مرگ	-0.20^*	0.08	0.02	0.07	-0.08	0.05	0.16^*	-0.02	-0.12^*	0.13^*	-0.16^*	۱

$P < 0.05^*$



سالمند

تصویر ۲. مدل اندازه‌گیری اضطراب مرگ در مردان

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری اضطراب مرگ در مردان

شاخص	χ^2	Df	χ^2/df	GFI	AGFI	RMSEA	NFI	CFI	IFI	TLI
قبل از اصلاح	۴۸۹/۶۷۸	۹۰	۵/۴۴۱	۰/۸۲۰	۰/۷۶۰	۰/۱۲۲	۰/۴۷۱	۰/۵۱۳	۰/۵۲۲	۰/۴۳۲
بعد از اصلاح	۳۸/۹۱۹	۱۴	۲/۷۸۰	۰/۹۶۳	۰/۹۲۶	۰/۰۷۷	۰/۹۰۸	۰/۹۳۸	۰/۹۳۹	۰/۹۰۷

سالمند

جدول ۴. ضرایب رگرسیونی استاندارد شده مدل اندازه‌گیری اضطراب مرگ در مردان

مسیر ← سوال	ضرایب استاندارد رگرسیونی	سطح معناداری
اضطراب مرگ ← ۱	۰/۷۹۸	۰/۰۰۱*
اضطراب مرگ ← ۲	۰/۵۴۳	۰/۰۰۱*
اضطراب مرگ ← ۳	۰/۲۱۳	۰/۰۰۱*
اضطراب مرگ ← ۴	-۰/۱۶۹	۰/۰۵۱
اضطراب مرگ ← ۵	۰/۵۴۵	۰/۰۱۱
اضطراب مرگ ← ۶	-۰/۳۷۰	۰/۰۰۱*
اضطراب مرگ ← ۷	۰/۵۴۳	۰/۰۰۱*
اضطراب مرگ ← ۸	-۰/۰۰۶	۰/۹۲۸
اضطراب مرگ ← ۹	۰/۱۵۱	۰/۰۲۰
اضطراب مرگ ← ۱۰	۰/۳۶۲	۰/۰۰۱*
اضطراب مرگ ← ۱۱	-۰/۱۵۳	۰/۰۱۹
اضطراب مرگ ← ۱۲	۰/۴۳۴	۰/۰۰۱*
اضطراب مرگ ← ۱۳	۰/۱۶۹	۰/۰۱۰
اضطراب مرگ ← ۱۴	-۰/۰۲۲	۰/۷۳۸
اضطراب مرگ ← ۱۵	۰/۶۱۹	۰/۰۰۱*

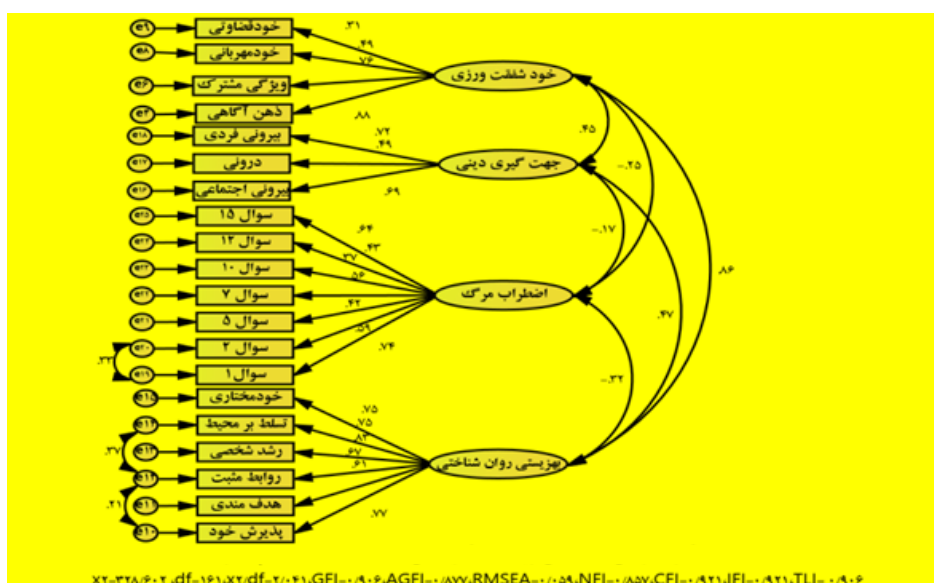
سالمند

P<۰/۰۰۱*

جدول ۵. سنجش عادی بودن توزیع داده‌ها در مردان

متغیرها	چولگی	نسبت بحرانی	کشیدگی	نسبت بحرانی
خودمختاری	-۰/۱۱۵	-۰/۸۱۶	-۰/۶۴۳	-۲/۲۴۳
تسلط بر محیط	-۰/۴۰۵	-۲/۸۶۴	-۰/۴۱۱	-۱/۴۵۳
رشد شخصی	-۰/۲۵۵	-۱/۸۰۵	-۰/۶۹۵	-۲/۴۵۷
ارتباط مثبت	-۰/۲۲۷	۰/۲۶۰	-۰/۷۷۰	-۲/۷۲۴
هدفمندی	-۰/۳۰۶	-۲/۱۶۲	-۰/۳۵۴	-۱/۲۵۳
پذیرش خود	-۰/۱۱۲	-۰/۷۹۵	-۰/۹۹۶	-۳/۵۲۰
خودقضاوتی	۰/۱۰۵	۰/۷۴۵	-۰/۴۱۷	-۱/۴۷۳
خودمهربانی	۰/۲۲۹	۱/۶۲۲	-۰/۷۴۹	-۲/۶۴۸
ویژگی مشترک	۰/۲۴۴	۱/۷۲۴	-۰/۷۳۴	-۲/۵۶۱
انزوا	۰/۷۴۸	۳/۲۵۷	-۰/۸۷۴	-۲/۴۷۸
ذهن آگاهی	۰/۷۸۴۵	۱/۶۷۸	-۰/۷۴۸	-۲/۶۹۱
جهت‌گیری دینی بیرونی فردی	-۱/۱۹۹	-۸/۴۳۹	۱/۳۸۰	۴/۸۸۰
جهت‌گیری دینی بیرونی اجتماعی	۰/۸۸۲	۶/۲۳۷	۰/۱۱۷	-۰/۴۱۳
جهت‌گیری دینی درونی	۰/۱۰۷	۰/۷۵۵	-۰/۴۴۷	-۱/۵۷۹
اضطراب مرگ سؤال ۱۵	-۱/۴۷۴	-۱۰/۴۲۴	۰/۱۷۳	۰/۶۱۳
اضطراب مرگ سؤال ۱۲	-۱/۵۵۳	-۱۰/۷۸۹	۰/۴۱۲	۱/۴۵۷
اضطراب مرگ سؤال ۱۰	-۰/۴۰۹	-۳/۶۰۰	-۱/۷۴۱	-۶/۱۵۵
اضطراب مرگ سؤال ۷	-۱/۳۳۹	-۹/۳۹۵	-۰/۳۳۵	-۰/۸۳۰
اضطراب مرگ سؤال ۵	-۰/۶۶۰	-۴/۶۶۶	-۱/۵۶۵	-۵/۵۳۱
اضطراب مرگ سؤال ۲	-۱/۲۳۹	-۸/۷۶۲	-۰/۴۶۵	-۱/۶۴۳
اضطراب مرگ سؤال ۱	-۱/۵۲۶	-۱۰/۷۹۲	۰/۳۳۰	۱/۱۶۵

سالمند



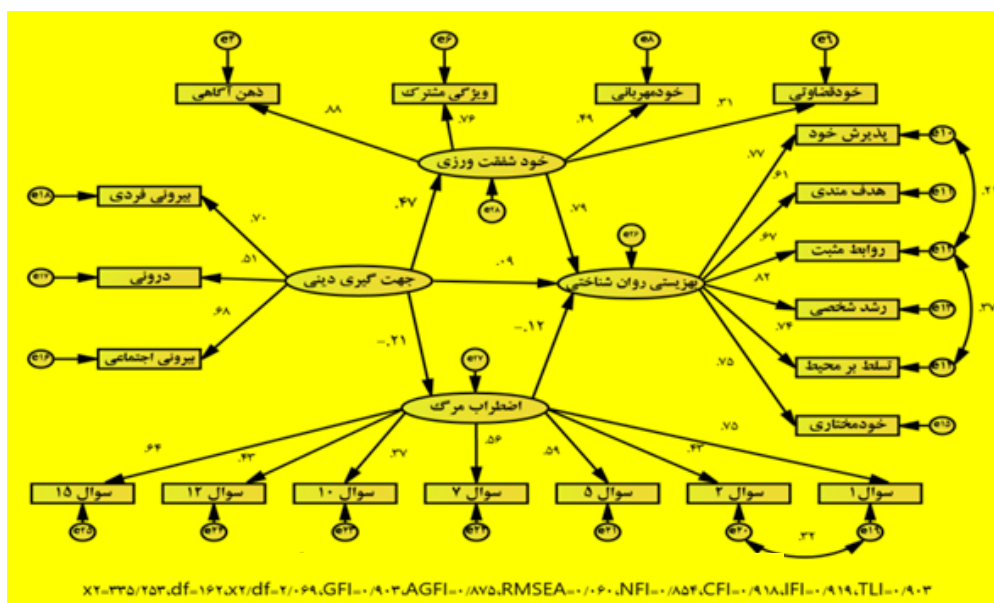
سالمند

تصویر ۳. مدل اندازه‌گیری بهزیستی روان‌شناختی بر پایه جهت‌گیری دینی بعد از اعمال اصلاحات لازم

جدول ۶. شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری بهزیستی روان‌شناختی بر پایه جهت‌گیری دینی در مردان

شاخص	χ^2	fd	χ^2/df	IFG	IFGA	AESMR	IFN	IFC	IFI	ILT
قبل از اصلاح	۵۹۲/۹۱۹	۲۰۳	۲/۹۲۱	۰/۸۴۱	۰/۸۰۱	۰/۰۸۰	۰/۷۶۴	۰/۸۲۹	۰/۸۳۱	۰/۸۰۵
بعد از اصلاح	۳۲۸/۶۰۲	۱۶۱	۲/۰۴۱	۰/۹۰۶	۰/۸۷۷	۰/۰۵۹	۰/۸۵۷	۰/۹۲۰	۰/۹۲۱	۰/۹۰۶

سند



تصویر ۴. مدل معادلات ساختاری بهزیستی روان‌شناختی بر پایه جهت‌گیری دینی در مردان

دیگران با تسلط بر محیط و پذیرش خود از زیرمؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی و همچنین بین سؤال‌های ۱ و ۲ اضطراب مرگ رسم شد. سپس مدل اجرا شد.

همان‌طور که در جدول شماره ۶ نشان داده شده است، می‌توان گفت شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری بعد از اصلاح مدل، بیانگر برازش مطلوب مدل است. پس از اطمینان از مناسب بودن برازش مدل اندازه‌گیری، مدل معادلات ساختاری را با پیروی از مدل پژوهش بر اساس آخرین تغییرات در مدل اندازه‌گیری به صورت تصویر شماره ۴ رسم شد.

تصویر شماره ۴ روابط ساختاری بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. بر این اساس نتایج ضریب مسیر مستقیم جهت‌گیری دینی با بهزیستی روان‌شناختی، بدون حضور متغیرهای میانجی یا همان اثر کل، ضریب مستقیم جهت‌گیری دینی با خودشفقت‌ورزی و اضطراب مرگ و ضریب تأثیر خودشفقت‌ورزی و اضطراب مرگ بر بهزیستی روان‌شناختی در جدول شماره ۷ ارائه شده است. همچنین برای آزمون رابطه غیرمستقیم جهت‌گیری دینی و بهزیستی روان‌شناختی از طریق متغیرهای میانجی، یعنی اضطراب مرگ و خودشفقت‌ورزی، از روش خودگردان‌سازی بافاصله اطمینان ۹۵ درصدی و تعداد نمونه‌گیری ۵ هزار بار استفاده شد که نتایج آن نیز در جدول شماره ۷ ارائه شده است.

متغیرهای مدل وجود دارد، از متداول‌ترین روش، یعنی روش حداکثر درست‌نمایی در مدل معادلات ساختاری استفاده شده است. پیش‌شرط استفاده از این روش عادی بودن چندمتغیره‌ای است که با توجه به نتایج جدول شماره ۵ این شرط برقرار است و دومین پیش‌شرط این است که سطح سنجش متغیرها بالاتر از مقیاس ترتیبی باشد که این شرط نیز برقرار است.

همان‌طور که در جدول شماره ۵ مشهود است مقادیر ستون کشیدگی خارج از بازه ۱۰+ و ۱۰- نیست. همچنین ستون چولگی خارج از بازه ۳+ و ۳- نیست. بنابراین توزیع داده عادی است و فرض عادی بودن برقرار است.

تصویر شماره ۳ مدل اندازه‌گیری بهزیستی روان‌شناختی بر پایه جهت‌گیری دینی بعد از اعمال اصلاحات لازم را نشان می‌دهد. مدل اولیه اندازه‌گیری بهزیستی روان‌شناختی بر پایه جهت‌گیری دینی برازش مطلوبی نداشت. بدین ترتیب روی مدل اولیه اندازه‌گیری با توجه به شاخص‌های اصلاحی، اصلاحات لازم انجام شد که بدین شرح بود: ضریب استاندارد مسیر خودشفقت‌ورزی به انزوا برابر ۰/۴۰- و معنادار نبود و همچنین مسیر خودشفقت‌ورزی به بیش‌هماندسازی، ضریب معنادار ۰/۱۶- داشت که از نقطه برش ضرایب مسیر کمتر بود. بنابراین هر دو مسیر از مدل پژوهش حذف شدند. همچنین کوواریانس‌های بین خطای روابط مثبت با

جدول ۷. نتایج مدل معادلات ساختاری بهزیستی روان‌شناختی بر پایه جهت‌گیری دینی در مردان

مسیرها	B	حد		نتیجه
		پایین	بالا	
اثر مستقیم جهت‌گیری دینی و بهزیستی روان‌شناختی بدون حضور متغیرهای میانجی (اثر کل)	۰/۴۹۵	۰/۲۸۹	۰/۶۹۱	این مسیر معنی‌دار است و تأیید می‌شود؛ یعنی جهت‌گیری دینی بدون حضور متغیرهای میانجی موجب افزایش بهزیستی می‌شود
اثر مستقیم جهت‌گیری دینی بر خودشفقت‌ورزی	۰/۴۷۲	۰/۲۷۰	۰/۶۹۳	این مسیر معنی‌دار است و تأیید می‌شود؛ یعنی جهت‌گیری دینی موجب افزایش خودشفقت‌ورزی می‌شود
اثر مستقیم جهت‌گیری دینی بر اضطراب مرگ	-۰/۲۰۸	-۰/۳۹۲	-۰/۰۰۷	این مسیر معنی‌دار است و تأیید می‌شود؛ یعنی جهت‌گیری دینی موجب کاهش اضطراب مرگ می‌شود
اثر مستقیم خودشفقت‌ورزی بر بهزیستی روان‌شناختی	۰/۷۹۴	۰/۶۶۶	۰/۸۹۸	این مسیر معنی‌دار است و تأیید می‌شود؛ یعنی خودشفقت‌ورزی موجب افزایش بهزیستی می‌شود
اثر مستقیم اضطراب مرگ بر بهزیستی روان‌شناختی	-۰/۱۲۵	-۰/۲۳۶	-۰/۰۰۹	این مسیر معنی‌دار است و تأیید می‌شود؛ یعنی اضطراب مرگ موجب کاهش بهزیستی می‌شود
اثر غیرمستقیم جهت‌گیری دینی بر بهزیستی روان‌شناختی از طریق اضطراب مرگ و خودشفقت‌ورزی	۰/۴۰۱	۰/۲۳۷	۰/۵۹۸	این مسیر معنی‌دار است و تأیید می‌شود؛ یعنی اضطراب مرگ و خودشفقت‌ورزی می‌توانند رابطه بین جهت‌گیری دینی و بهزیستی را میانجی‌گری کنند
اثر مستقیم جهت‌گیری دینی بر بهزیستی روان‌شناختی با حضور متغیرهای میانجی گر	۰/۰۹۴	-۰/۰۶۰	۰/۲۳۹	این مسیر معنی‌دار نیست و تأیید نمی‌شود؛ بنابراین اضطراب مرگ و خودشفقت‌ورزی می‌توانند به طور کامل رابطه بین جهت‌گیری دینی و بهزیستی را میانجی‌گری کنند

سالمند

بحث

نتیجه پژوهش چنین بود که مدل جهت‌گیری دینی (دین‌داری) خودشفقت‌ورزی، اضطراب مرگ و بهزیستی روان‌شناختی برآزش نسبتاً خوبی دارد و جهت‌گیری دینی هم به صورت مستقیم و هم با میانجی‌گری خودشفقت‌ورزی و اضطراب مرگ بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان تأثیرگذار است. برای تبیین تأثیر مستقیم دین‌داری (جهت‌گیری دینی) بدون حضور میانجی بر بهزیستی روان‌شناختی، می‌توان گفت این یافته همسوبا پژوهش‌های پیشین از جمله آقابابائی و همکاران^۸ و ونک و مارسینکاووسکی^۸ دانست [۷، ۸].

البته رابطه دین‌داری و بهزیستی روان‌شناختی ممکن است پیچیده باشد. درحقیقت یافته‌های متناقض گویای این پیچیدگی‌اند؛ به طوری که تحقیقات بسیاری بر تأثیر دین‌داری بر سطوح بالاتر بهزیستی معترف‌اند، اما در عین حال برخی نیز رابطه‌ای نیافته و یا رابطه منفی را گزارش کردند [۹، ۱۲، ۱۳]. به نظر می‌رسد یک علت برای این گوناگونی یافته‌ها می‌تواند این باشد که از یک‌سو، دین‌داری رابطه یکسانی با همه ابعاد سلامت روان و بهزیستی ندارد و از سوی دیگر، همه جنبه‌های دین و دین‌داری رابطه یکسانی با یک جنبه خاص از سلامت روانی و بهزیستی ندارند [۱۰]. یعنی سلامت روانی مفید باشد و همان جنبه برای بُعد دیگری از سلامت

با توجه به نتایج جدول شماره ۷ جهت‌گیری دینی بر بهزیستی روان‌شناختی بدون حضور متغیرهای میانجی‌گر اثر مثبت و معناداری دارد (اثر کامل دارد). همچنین تأثیر مستقیم و معنادار جهت‌گیری دینی بر اضطراب مرگ و خودشفقت‌ورزی تأیید شد. از طرفی خودشفقت‌ورزی، تأثیر مثبت بسیار قوی و معناداری را بر بهزیستی روان‌شناختی نشان می‌دهد و تأثیر منفی اضطراب مرگ نیز بر بهزیستی روان‌شناختی تأیید شد.

همچنین تأثیر غیرمستقیم جهت‌گیری دینی بر بهزیستی روان‌شناختی از طریق اضطراب مرگ و خودشفقت‌ورزی تأیید شد و با توجه به اینکه اثر مستقیم جهت‌گیری دینی بر بهزیستی روان‌شناختی در مدل میانجی با حضور اضطراب مرگ و خودشفقت‌ورزی معنادار نیست، یعنی اینکه اضطراب مرگ و خودشفقت‌ورزی توانسته‌اند رابطه بین جهت‌گیری دینی و بهزیستی روان‌شناختی را به طور کامل میانجی‌گری کنند، بنابراین همان‌طور که نتایج شاخص‌های برآزش نشان می‌دهد این مدل، برآزش مطلوبی دارد و جهت‌گیری دینی (دین‌داری) به صورت مستقیم بر بهزیستی روان‌شناختی تأثیر داشته و همچنین دین‌داری (جهت‌گیری دینی) می‌تواند به طور غیرمستقیم از طریق خودشفقت‌ورزی و اضطراب مرگ بر بهزیستی روان‌شناختی اثر بگذارد و خودشفقت‌ورزی و اضطراب مرگ می‌توانند این رابطه را به طور کامل میانجی‌گری کنند و درنتیجه فرضیه پژوهش تأیید شد.

8. Whuk & Marcinkowski

آن‌ها می‌توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی، آسیب روانی کمتری را متحمل شوند.

دین چهره جهان را در نظر فرد دین‌دار دگرگون می‌کند و طرز تلقی او را از خود، خلقت و رویدادهای پیرامون تغییر می‌دهد. فرد دین‌دار خود را تحت حمایت و لطف هم‌جانبه خداوند، یعنی بزرگ‌ترین نیروی موجود در هستی می‌بیند. بدین ترتیب احساس اطمینان و آرامش و لذت معنوی عمیقی به او دست می‌دهد. او خداوند را منشأ خیر و برکت می‌داند. بنابراین، در نظر چنین فردی همه رویدادها، حتی بلاها و مصائب، نعمت و آزمایش از جانب خداوند تلقی می‌شود. او خود را موظف می‌داند که سختی‌هایی را که با قدرت عقل توجیه‌پذیر نیست با ایمان تحمل کند تا به تکامل دست یابد. چنین فردی به واسطه ناملایمات و ناکامی‌های زندگی دچار ناامیدی و اضطراب نمی‌شود. زیرا خداوند را حامی خویش می‌داند. او اطمینان دارد که این حوادث و رویدادها گذرا نیست و پاداش صبر خود را خواهد گرفت.

اما روشن‌شدن چگونگی تأثیر دین بر بهزیستی روان‌شناختی هدف دیگر پژوهش حاضر بود. در دو دهه گذشته پژوهشگران به دنبال شناسایی آن دسته از ویژگی‌ها، کارکردها و جلوه‌های دین بوده‌اند که نقش تعیین‌کننده‌ای در رابطه دین و سلامت دارند. چنان‌که از میان کارکردهای متعدد دین، یک یا چند کارکرد در افزایش بهزیستی دخیل باشند و اگر خواهان به‌کارگیری آموزه‌های دینی در ارتقا سلامت روانی و به‌طور خاص بهزیستی روان‌شناختی هستیم، شناسایی آن کارکردها و تأکید بر به‌کارگیری آن‌ها ضروری باشد.

پژوهش حاضر نقش دین در افزایش بهزیستی روان‌شناختی از طریق افزایش خودشفقت‌ورزی و کاهش اضطراب مرگ را بررسی کرد و نتیجه آن شد که خودشفقت‌ورزی و اضطراب مرگ می‌توانند این رابطه (دین‌داری و بهزیستی) را میانجی‌گری کنند. در تبیین این نتایج درباره میانجی‌گری خودشفقت‌ورزی در رابطه دین‌داری و بهزیستی روان‌شناختی، می‌توان گفت در بافت دینی و معنوی، فردی که خدا را مهربان و بخشنده می‌داند، نسبت به خود نیز مهربان‌تر و بخشنده‌تر است و از این رو هنگام بروز گناه یا شکست بیشتر از خودشفقت‌ورزی استفاده می‌کند [۵۲].

بنابراین نگرش مشفقانه یک عامل مهم و میانجی‌گر است و نقش مهمی در رابطه بین دین‌داری و سلامت دارد [۲۸]. شفقت‌ورزی یک اصل مشترک در سراسر ادیان بزرگ جهان است و همه آن‌ها بر نگرش‌ها و رفتارهای شفقت‌ورزانه تأکید دارند [۵۴، ۵۳]. از طرفی بسیاری از افراد در زمان درد و شکست مایل‌اند خود را سرزنش کنند. با توجه به نظریه خودشفقت‌ورزی می‌توان گفت خودشفقت‌ورزی یک نوع سالم از پذیرش خود است که مانع از سرزنش خود می‌شود. بنابراین خودشفقت‌ورزی با فراهم کردن راهکارهای سازگارانه تنظیم هیجان می‌تواند به سلامت روان‌شناختی کمک کند.

روانی و بهزیستی فرد بی‌اهمیت باشد یا حتی امکان دارد اثر منفی داشته باشد [۴۰].

در این راستا دینر^۹ و همکاران اذعان کردند رابطه دین (هر چهار دین بزرگ جهان یعنی اسلام، مسیحیت، بودیسم و هندوئیسم) و بهزیستی به شرایط اجتماعی نیز وابسته است و کشورهایی که شرایط زندگی کردن در آن‌ها دشوار است. مشکلاتی (مانند شیوع گرسنگی، فقر، جنگ و پایین بودن امید به زندگی) دارند، به احتمال بیشتری متدین‌تر هستند. در این جوامع دین‌داری همانند است با احترام، هدف در زندگی، بهزیستی و حمایت اجتماعی. اما در جوامع با شرایط مطلوب‌تر، شیوع دین‌داری کمتر است و افراد متدین و غیرمتدین سطوح مشابهی از سلامت روانی را تجربه می‌کنند [۴۱].

البته می‌توان انتظار داشت هرچه در این رتبه‌بندی، سطح دین‌داری از نظر اجتماعی در ردیف بالاتر از دیگر کشورها قرار گیرد (جوامعی که سطح دین‌داری بالاتری را گزارش می‌کنند)، رابطه دین‌داری با بهزیستی قوی‌تر شود و هرچه در این رتبه‌بندی پایین‌تر بیایم (با توجه به مطالعه رابطه یادشده در جوامعی که دین رونق کمتری دارد) رابطه دین‌داری با بهزیستی احتمالاً ضعیف‌تر خواهد شد. از طرفی پژوهش‌های گذشته نشان می‌دهند برای اکثر افراد پیوستن به یک دین خاص سبب ادغام اجتماعی و دریافت حمایت اجتماعی از جانب رهبران و دیگر اعضای گروه می‌شود [۴۲]. بنابراین شاید بتوان گفت حمایت اجتماعی در این میان تأثیر بسزایی دارد، چراکه دین‌داری در جوامع دین‌دار موجب افزایش حمایت اجتماعی می‌شود و حمایت اجتماعی سالمندان می‌تواند با کاهش اضطراب و احساس تنهایی تأثیر مهمی بر بهزیستی روانی سالمندان و تقویت آن داشته باشد [۴۳-۴۷].

اکنون نیز دانشمندان ملحدی چون ریچارد داکینز^{۱۰}، سم هریس^{۱۱} و کریستوفر هیچنز^{۱۲} معتقدند دین مانع شادی واقعی است و دنیا بدون دین جای بهتری است. غافل از آنکه پژوهش‌های فراوانی، از جمله پژوهش حاضر به صورت غیرقابل‌انکاری نشان دادند دین و دین‌داری بر سلامت جسمی و روانی افراد تأثیر مثبت دارد [۴۸، ۴۹]. شاهد این مدعا پژوهش‌های متعددی هستند که نشان داده‌اند، موحدین شادتر و سالم‌تر از افراد غیرموحدند [۵۰].

همچنین بر اساس نظریه آلپورت^{۱۳}، یک دین‌داری عمیق برای داشتن سلامت روانی و رسیدن به شخصیت بالغ و سالم لازم است [۵۱]. به تعبیر دیگر، معنا و هدف در زندگی، احساس تعلق داشتن به منبع والا، امیدواری به کمک و یاری خدا در شرایط مشکل‌زای زندگی و در نتیجه خوش‌بین‌بودن در این شرایط و غیره، از جمله منابعی هستند که افراد دین‌دار با برخوردارگی از

9. Diener
10. Dawkins
11. Harris
12. Hitchens
13. Allport

دیگر جامعه مانند جمعیت عمومی، بیماران، افرادی را که در شرف مرگ‌اند و افرادی که با خطر مرگ مواجه شده‌اند مطالعه کنند. علاوه بر این، نقش دیگر متغیرهای اجتماعی، شناختی، رفتاری و هیجانی در رابطه دین با بهزیستی روان‌شناختی بررسی شود.

نتیجه‌گیری نهایی

بر اساس نتایج پژوهش حاضر مدل علی رابطه بین جهت‌گیری دینی، خودشفقت‌ورزی، اضطراب مرگ و بهزیستی روان‌شناختی بر اساس شاخص‌های مختلف برآزش تأیید می‌شود. بنابراین دین‌داری با بهزیستی روان‌شناختی رابطه مستقیم دارد و خودشفقت‌ورزی و اضطراب مرگ می‌توانند این رابطه را میانجی‌گری کنند. بر اساس این یافته‌ها دین‌داری می‌تواند از طریق افزایش خودشفقت‌ورزی و کاهش اضطراب مرگ تأثیر مثبتی بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان اعمال کند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

به منظور رعایت کدهای اخلاقی، رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از تمام سالمندان شرکت‌کننده در تحقیق گرفته شد. همچنین این پژوهش در کمیته پایان‌نامه دانشگاه رازی کرمانشاه در تاریخ ۱۳۹۶/۰۶/۲۹ تصویب نهایی شد و کمیته اخلاق دانشگاه رازی آن را تأیید کرد.

حامی مالی

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی‌ارشد آقای پیام ورعی از گروه روان‌شناسی دانشگاه رازی کرمانشاه است. ضمناً این مقاله مورد حمایت مالی هسته دانشجویی پژوهش‌محور به نام «سالمندی، نیمه دوم زندگی» دانشگاه رازی است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، اعتبارسنجی، تحلیل، تحقیق و بررسی، منابع، نگارش پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی نوشته، بصری‌سازی، مدیریت پروژه؛ همه نویسندگان؛ نظارت: خدامراد مؤمنی، آسیه مرادی؛ تأمین مالی: خدامراد مؤمنی، آسیه مرادی.

تعارض منافع

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تعارض منافی درباره این پژوهش ندارند.

یافته‌های حاضر هم یافته‌های قبلی را تأیید می‌کند که خودشفقت‌ورزی نقش حمایتی مهمی در سلامت روان‌شناختی سالمندان دارد که در نتیجه آن احساسات و واکنش‌های مثبت‌تری را گزارش می‌کنند [۲۲]. اما افرادی که رابطه خوبی با خدا ندارند نسبت به کمبودهای زندگی خود برخورد نامالیمی دارند. بنابراین قابل انتظار است که دین‌دار بودن و به تبع آن ارتباط مثبت با خدا و درک او به صورت موجودی مهربان و پذیرا باعث شود افراد با ارزش دادن به خود با ضعف‌ها و کمبودهای خود با ملایمت رفتار کنند. افرادی که خدا را مهربان می‌دانند، می‌توانند این مهربانی و شفقت را نیز نسبت به خود گسترش دهند. در مقابل افرادی که خدا را نسبت به خود بی‌توجه و ناراضی می‌دانند، این حس ناراضی‌تی به خود را گسترش دهند و خود را بی‌لیاقت و حقیر می‌دانند [۵۵].

اما در تبیین این یافته که جهت‌گیری دینی (دین‌داری) بر اضطراب مرگ تأثیر منفی دارد و به این صورت موجب افزایش بهزیستی می‌شود، می‌توان گفت یکی از نتایج نظریه مدیریت وحشت مربوط به ترس از مرگ است. اگر فردی بپذیرد که یک علت اساسی برای وجود همه جهان‌بینی‌های دینی این است که این جهان‌بینی‌ها، ارائه‌دهنده اطمینان خاطر از وجود نوعی زندگی پس از مرگ است، پس می‌شود انتظار داشت متدینین کمتر از غیرمتدینین از مرگ بترسند. طرفداران این نظریه باور دارند یکی از مهم‌ترین کارکردهای دین کاهش وحشت مرتبط با میرایی خود فرد است.

یکی دیگر از ابعاد نظریه مدیریت وحشت این است که در فرد متعلق به فرهنگی با یک دین (در مقابل فردی که به فرهنگی با ادیان گوناگون تعلق دارد) باید ترس از مرگ کمتر باشد؛ زیرا او با چالش‌های کمتری درباره جهان‌بینی که با بقیه افراد آن فرهنگ مشترک است مواجه می‌شود. به عبارت دیگر باورداشتن به چشم‌انداز زندگی پس از مرگ موجب کاهش ترس از مرگ می‌شود، چراکه به مؤمنان اطمینان می‌دهد مرگ پایان تجربه‌های هشیارانه‌شان نیست. در عوض، مرگ یعنی دروازه جاودانگی [۱۷]. بنابراین دین از این راه یک حس امنیت روان‌شناختی و امید به جاودانگی را فراهم می‌آورد و موجب افزایش سطح بهزیستی فرد می‌شود [۵۷، ۵۶، ۱۶]. همچنین افرادی که نسبت به خود شفقت‌ورزی دارند احساس می‌کنند که خداوند آن‌ها می‌بخشد و اضطراب مرگ کمتری را تجربه می‌کنند [۵۸].

مانند دیگر پژوهش‌های رفتاری و اجتماعی، این تحقیق نیز محدودیت‌هایی داشته است که می‌توان به مواردی چون اجرای پژوهش بر جمعیت غیربالیینی سالمندان و عدم اطمینان در تعمیم‌دادن نتایج به دیگر جمعیت‌ها، استفاده نکردن از ابزارهای دیگر جمع‌آوری اطلاعات در کنار پرسش‌نامه‌های خودسنجی اشاره کرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود این پژوهش در دیگر جمعیت‌ها تکرار و نتایج مقایسه شود. همچنین پژوهش‌های آینده می‌توانند گروه‌های

References

- [1] Bowling A. Do older and younger people differ in their reported well-being? A national survey of adults in Britain. *Family Practice*. 2010; 28(2):145-55. [DOI:10.1093/fampra/cmq082] [PMID] [PMCID]
- [2] Siedlecki KL, Salthouse TA, Oishi S, Jeswani S. The relationship between social support and subjective well-being across age. *Social Indicators Research*. 2014; 117(2):561-76. [DOI:10.1007/s11205-013-0361-4] [PMID] [PMCID]
- [3] Ljunggren M. Elderly abuse and depression in developed countries: Does religion/spirituality matter? Gävle: University of Gävle; 2012.
- [4] Hodge DR, Bonifas RP, Chou RJ-A. Spirituality and older adults: Ethical guidelines to enhance service provision. *Advances in Social Work*. 2010; 11(1):1-16. [DOI:10.18060/262]
- [5] Kamp Dush CM, Taylor MG, Kroeger RA. Marital happiness and psychological well-being across the life course. *Family Relations*. 2008; 57(2):211-26. [DOI:10.1111/j.1741-3729.2008.00495.x] [PMID] [PMCID]
- [6] Springer KW, Hauser RM. An assessment of the construct validity of Ryff's scales of psychological well-being: Method, mode, and measurement effects. *Social Science Research*. 2006; 35(4):1080-102. [DOI:10.1016/j.ssresearch.2005.07.004]
- [7] Aghababaei N, Sohrabi F, Eskandari H, Borjali A, Farrokhi N, Chen ZJ. Predicting subjective well-being by religious and scientific attitudes with hope, purpose in life, and death anxiety as mediators. *Personality and Individual Differences*. 2016; 90:93-8. [DOI:10.1016/j.paid.2015.10.046]
- [8] Wnuk M, Marcinkowski JT. Do existential variables mediate between religious- spiritual facets of functionality and psychological wellbeing. *Journal of Religion and Health*. 2014; 53(1):56-67. [DOI:10.1007/s10943-012-9597-6] [PMID] [PMCID]
- [9] Brown PH, Tierney B. Religion and subjective well-being among the elderly in China. *The Journal of Socio-Economics*. 2009; 38(2):310-9. [DOI:10.1016/j.socec.2008.07.014]
- [10] Koenig HG. Faith and mental health: Religious resources for healing. Pennsylvania: Templeton Foundation Press; 2009 .
- [11] Pearce MJ, Little TD, Perez JE. Religiousness and depressive symptoms among adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2003; 32(2):267-76. [DOI:10.1207/S15374424CCP3202_12] [PMID]
- [12] Hills P, Argyle M. Musical and religious experiences and their relationship to happiness. *Personality and Individual Differences*. 1998; 25(1):91-102. [DOI:10.1016/S0191-8869(98)00004-X]
- [13] Francis LJ, Ziebertz HG, Lewis CA. The relationship between religion and happiness among German students. *Pastoral Psychology*. 2003; 51(4):273-81. [DOI:10.1023/A:1022529231234]
- [14] Azerbaijani M. [Preparation and production of a religious orientation test with the support of Islam (Persian)]. *Quarterly Journal of Methodology of Social Sciences and Humanities*. 2002; 7(29):35-60.
- [15] Cohen AB, Pierce Jr, Chambers J, Meade R, Gorvine BJ, Koenig HG. Intrinsic and extrinsic religiosity, belief in the afterlife, death anxiety, and life satisfaction in young Catholics and Protestants. *Journal of Research in Personality*. 2005; 39(3):307-24. [DOI:10.1016/j.jrp.2004.02.005]
- [16] Vail KE, Rothschild ZK, Weise DR, Solomon S, Pyszczynski T, Greenberg J. A terror management analysis of the psychological functions of religion. *Personality and Social Psychology Review*. 2010; 14(1):84-94. [DOI:10.1177/1088868309351165] [PMID]
- [17] Ellis L, Wahab EA. Religiosity and fear of death: A theory-oriented review of the empirical literature. *Review of Religious Research*. 2013; 55(1):149-89. [DOI:10.1007/s13644-012-0064-3]
- [18] Grevenstein D, Aguilar-Raab C, Schweitzer J, Bluemke M. Through the tunnel, to the light: Why sense of coherence covers and exceeds resilience, optimism, and self-compassion. *Personality and Individual Differences*. 2016; 98:208-17. [DOI:10.1016/j.paid.2016.04.001]
- [19] Barnard LK, Curry JF. Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology*. 2011; 15(4):289. [DOI:10.1037/a0025754]
- [20] MacBeth A, Gumley A. Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*. 2012; 32(6):545-52. [DOI:10.1016/j.cpr.2012.06.003] [PMID]
- [21] Neff KD, Vonk R. Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*. 2009; 77(1):23-50. [DOI:10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x] [PMID]
- [22] Leary MR, Tate EB, Adams CE, Batts Allen A, Hancock J. Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2007; 92(5):887-902. [DOI:10.1037/0022-3514.92.5.887] [PMID]
- [23] Siedlecki KL, Tucker-Drob EM, Oishi S, Salthouse TA. Life satisfaction across adulthood: Different determinants at different ages? *The Journal of Positive Psychology*. 2008; 3(3):153-64. [DOI:10.1080/17439760701834602] [PMID] [PMCID]
- [24] Allen AB, Goldwasser ER, Leary MR. Self-compassion and well-being among older adults. *Self and Identity*. 2012; 11(4):428-53. [DOI:10.1080/15298868.2011.595082] [PMID] [PMCID]
- [25] Allen AB, Leary MR. Self-compassionate responses to aging. *The Gerontologist*. 2013; 54(2):190-200. [DOI:10.1093/geront/gns204] [PMID] [PMCID]
- [26] Phillips WJ, Ferguson SJ. Self-compassion: A resource for positive aging. *Journals of Gerontology Series B*. 2012; 68(4):529-39. [DOI:10.1093/geronb/gbs091] [PMID]
- [27] Homan KJ. Self-compassion and psychological well-being in older adults. *Journal of Adult Development*. 2016; 23(2):111-9. [DOI:10.1007/s10804-016-9227-8]
- [28] Steffen PR, Masters KS. Does compassion mediate the intrinsic religion-health relationship? *Annals of Behavioral Medicine*. 2005; 30(3):217-24. [DOI:10.1207/s15324796abm3003_6] [PMID]
- [29] Maureen M. Mini-mental state examination. Chicago: Galter Health Science's Library; 1999.
- [30] Foroughan M, Jafari Z, Shirin Bayan P, Ghaem Magham Farahani Z, Rahgozar M. [Validation of Mini- Mental State Examination (MMSE) in the elderly population of Tehran (Persian)]. *Advances in Cognitive Science*. 2008; 10(2):29-37.
- [31] Carson ML. Circumcision of the heart: Extrinsic and intrinsic religiosity in romans 1-5. *The Expository Times*. 2017; 128(8):376-84. [DOI:10.2307/1386745]

- [32] Ghorbani N, Watson PJ, Ghramaleki AF, Morris RJ, Hood Jr RW. Muslim-Christian religious orientation scales: Distinctions, correlations, and cross-cultural analysis in Iran and the United States. *The International Journal for the Psychology of Religion*. 2002; 12(2):69-91. [DOI:10.1207/S15327582IJPR1202_01]
- [33] Khanjani M, Shahidi S, Fath Abadi J, Mazaheri M, Shokri O. [Factor structure and psychometric properties of short form (18 questions) Ryff Psychological Well-Being scale in male and female students (Persian)]. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*. 2014; 8(32):27-36.
- [34] Ryff CD, Singer BH. Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social Science Research*. 2006; 35(4):1103-19. [DOI:10.1016/j.ssresearch.2006.01.002]
- [35] Raes F, Pommier E, Neff KD, Van Gucht D. Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2011; 18(3):250-5. [DOI:10.1002/cpp.702] [PMID]
- [36] Shahbazi M, Rajabi Gh, Maghami E, Jolandari A. [Confirmed factor structure of the Persian version of the revised degree of compassion-rating in a group of prisoners (Persian)]. *Quarterly Journal of Psychological Methods and Models*. 2015; 6(19):31-46.
- [37] Rajabi Gh, Bohrani M. [Death Anxiety scale factor analysis questions (Persian)]. *Journal of Psychology*. 2001; 4(20):331-44.
- [38] Pahlavan V, Pahlavan Sharif S. [Modeling structural equations with AMOS, Tehran (Persian)]. Tehran: Bizeh Publications; 2017.
- [39] Hooman HA. *Structural Equation Modeling Using Lizerl Software, Side Publishing, Tehran (Persian)*. Tehran: SAMT; 2015.
- [40] Krauss SW, Hood Jr RW. A new approach to religious orientation: The commitment-reflectivity circumplex (International series in the psychology of religion). Amsterdam: Rodopi; 2013. [DOI:10.1163/9789401209694]
- [41] Diener E, Tay L, Myers DG. The religion paradox: If religion makes people happy, why are so many dropping out? *Journal of Personality and Social Psychology*. 2011; 101(6):1278-90. [DOI:10.1037/a0024402] [PMID]
- [42] Krause N, Hayward RD. Emotional expressiveness during worship services and life satisfaction: Assessing the influence of race and religious affiliation. *Mental Health, Religion & Culture*. 2013; 16(8):813-31. [DOI:10.1080/13674676.2012.721349]
- [43] Wedgeworth M, LaRocca MA, Chaplin WF, Scogin F. The role of interpersonal sensitivity, social support, and quality of life in rural older adults. *Geriatric Nursing*. 2017; 38(1):22-6. [DOI:10.1016/j.gerinurse.2016.07.001] [PMID]
- [44] Rashedi V, Gharib M, Rezaei M, Yazdani AA. [Social support and anxiety in the elderly of Hamedan, Iran (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2013; 14(2):110-5.
- [45] Khademi MJ, Rashedi V, Sajadi S, Gheshlaghi SM. Anxiety and loneliness in the Iranian older adults. *International Journal of Psychology and Behavioral Sciences*. 2015; 5(2):49-52. [DOI:10.5923/j.ijpbs.20150502.01]
- [46] Rashedi V, Gharib M, Yazdani AA. Social participation and mental health among older adults in Iran. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2014; 12(1):9-13.
- [47] Goudarz M, Foroughan M, Makarem A, Rashedi V. [Relationship between social support and subjective well-being in older adults (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2015; 10(3):110-9.
- [48] MacKinlay E, Burns R. Spirituality promotes better health outcomes and lowers anxiety about aging: The importance of spiritual dimensions for baby boomers as they enter older adulthood. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*. 2017; 29(4):248-65. [DOI:10.1080/15528030.2016.1264345]
- [49] Sharma V, Marin DB, Koenig HK, Feder A, Iacoviello BM, Southwick SM, et al. Religion, spirituality, and mental health of US military veterans: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Journal of Affective Disorders*. 2017; 217:197-204. [DOI:10.1016/j.jad.2017.03.071] [PMID]
- [50] Ritter RS, Preston JL, Hernandez I. Happy tweets: Christians are happier, more socially connected, and less analytical than atheists on Twitter. *Social Psychological and Personality Science*. 2014; 5(2):243-9. [DOI:10.1177/1948550613492345]
- [51] Allport GW. The religious context of prejudice. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 1966; 5(3):447-57. [DOI:10.2307/1384172]
- [52] Varghese ME. Attachment to God and psychological well-being: Shame, guilt, and self-compassion as mediators. West Lafayette: Purdue University; 2015.
- [53] Fowler J. *Hinduism Beliefs and practices*. London: Sussex Academic Press; 1997.
- [54] Jinpa GT, Gyatso T. *The power of compassion: A collection of lectures by his holiness the XIV Dalai Lama*. New York: Thorsons Publishers; 1995.
- [55] Homan KJ. A mediation model linking attachment to God, self-compassion, and mental health. *Mental Health, Religion & Culture*. 2014; 17(10):977-89. [DOI:10.1080/13674676.2014.984163]
- [56] Brewer G, Robinson S, Sumra A, Tatsi E, Gire N. The influence of religious coping and religious social support on health behaviour, health status and health attitudes in a British Christian sample. *Journal of Religion and Health*. 2015; 54(6):2225-34. [DOI:10.1007/s10943-014-9966-4] [PMID]
- [57] Shiah YJ, Chang F, Chiang SK, Lin IM, Tam WCC. Religion and health: Anxiety, religiosity, meaning of life and mental health. *Journal of Religion and Health*. 2015; 54(1):35-45. [DOI:10.1007/s10943-013-9781-3] [PMID]
- [58] Hayward RD, Krause N. *Religion, mental health, and well-being: Social aspects. Religion, personality, and social behavior*. Michigan: University of Michigan; 2014.