

Mediating Role of Self-Compassion in the Relationship between Attitude toward Religion and Psychological Well-Being in the Elderly

Payam varaee^{*1}, Khodamorad Momeni² , Asie Moradi³ 

1. MA in Psychology, Razi University, Faculty of Social Sciences, Kermanshah, Iran
2. Associate Professor of Psychology, Department of Psychology, Razi University, Faculty of Social Sciences, Kermanshah, Iran
3. Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Razi University, Faculty of Social Sciences, Kermanshah, Iran

Received: 2019.March.07

Revised: 2019. April.27

Accepted: 2019.June.10

Abstract

Background and Aims: Psychological well-being is one of the most important needs of the elderly, which can affect various aspects of their lives. Religiosity increases the psychological well-being, but the causes of this occurrence are not clearly known. Therefore, the purpose of the present study was to examine the role of self-compassion in the relationship between religiosity and psychological well-being.

Materials and Methods: According to Guadagnoli & Velicer (1998), a sample of 300 male elderly was selected through simple random sampling method in Kermanshah, Iran. The elderly responded to the following three questionnaires: psychological well-being, self-compassion, and attitude toward religion. Descriptive statistics were used to calculate descriptive indexes. To investigate the relationship between research variables, Pearson correlation coefficient was used using SPSS software, version 23. Also, to analyze the data, structural equation modeling was used to test the mediation routes in the proposed model, and to answer the research hypotheses about the indirect effects of attitude towards religion through Self-Compassion, AMOS, version 23, was used.

Results: The results showed that the direct effect of attitude to religion and psychological well-being without the presence of the intermediary variable (Self-Compassion) is significant and confirmed ($\beta=0.48$). That is, religiosity can increase well-being without the presence of a mediator variable. Also, the direct effect of attitude toward religion on Self-Compassion ($\beta=0.46$), the direct effect of Self-Compassion on well-being ($\beta=0.80$), and the indirect effect of attitude toward religion on psychological well-being through self-compassion ($\beta=0.37$) were found to be significant.

Conclusion: The present study, after drawing a pattern for determining the relationship between attitude toward religion and psychological well-being, clarified the relationship between attitude toward religion and self-compassion, as well as their relationship with psychological well-being. This way, attitude toward religion was observed to have a positive impact on the psychological well-being of the elderly by increasing self-compassion. Therefore, attention to the role of self-compassion is important in explaining the relationship between attitude toward religion and psychological well-being and can improve the psychological well-being of the elderly by creating individual and mental capacities to increase self-compassion.

Keywords: Attitude toward religion; Elderly; Psychological well-being; Religion; Self-Compassion

Cite this article as: Payam varaee, Khodamorad Momeni, Asie Moradi. Mediating role of self-compassion in the relationship between attitude toward religion and psychological well-being in the elderly. *J Rehab Med.* 2020; 9(1): 49-62.

* **Corresponding Author:** Payam Varaee, Razi University, Faculty of Social Sciences, Office's Dr. Momeni, Kermanshah, Iran
Email: varaee.payam@stu.razi.ac.ir

DOI: 10.22037/jrm.2019.111284.1886

نقش میانجی‌گری خودشفقت‌ورزی در رابطه بین نگرش به دین و بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان

پیام ورعی^{۱*}، خدامراد مؤمنی^۲، آسیه مرادی^۳

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه رازی، دانشکده علوم اجتماعی، کرمانشاه، ایران

۲. دانشیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه رازی، دانشکده علوم اجتماعی، کرمانشاه، ایران

۳. استادیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه رازی، دانشکده علوم اجتماعی، کرمانشاه، ایران

پذیرش مقاله ۱۳۹۸/۰۳/۲۰ *

بازنگری مقاله ۱۳۹۸/۰۲/۰۷

* دریافت مقاله ۱۳۹۷/۱۲/۱۹

چکیده

مقدمه و اهداف

بهزیستی روان‌شناختی از مهم‌ترین نیازهای اساسی سالمندان است که می‌تواند بر جنبه‌های مختلف زندگی آنان تأثیر بگذارد. دین‌داری موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی می‌شود، اما علل این همابندی به وضوح روشن نیست؛ بنابراین هدف از مطالعه حاضر بررسی نقش واسطه‌ای خودشفقت‌ورزی در رابطه بین دین‌داری و بهزیستی روان‌شناختی است.

مواد و روش‌ها

بر اساس پیشنهاد گادانگولی و ولیسر (۱۹۹۸) نمونه‌ای به تعداد ۳۰۰ نفر از مردان سالمند سراهای نگهداری نیمه‌وقت شهر کرمانشاه به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. سالمندان به مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی، خودشفقت‌ورزی و نگرش به دین پاسخ دادند. برای محاسبه شاخص‌های توصیفی از آمار توصیفی و برای بررسی رابطه میان متغیرهای پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد. همچنین به منظور تحلیل داده‌ها از مدل‌یابی معادلات ساختاری جهت آزمون مسیرهای میانجی‌گری در الگوی پیشنهادشده و پاسخ دادن به فرضیه‌های پژوهش درباره اثرات غیرمستقیم نگرش به دین از طریق خودشفقت‌ورزی از روش خودگردان‌سازی با استفاده از نرم‌افزار AMOS نسخه ۲۳ استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج تحقیق حاضر نشان داد اثر مستقیم نگرش به دین و بهزیستی روان‌شناختی بدون حضور متغیر میانجی (خودشفقت‌ورزی) معنادار است و تأیید می‌شود ($\beta=0/48$)، یعنی دین‌داری بدون حضور متغیر میانجی موجب افزایش بهزیستی می‌شود. همچنین اثر مستقیم نگرش به دین بر خودشفقت‌ورزی ($\beta=0/46$)، اثر مستقیم خودشفقت‌ورزی بر بهزیستی ($\beta=0/80$) و اثر غیرمستقیم نگرش دینی بر بهزیستی روان‌شناختی از طریق خودشفقت‌ورزی ($\beta=0/37$) معنادار است و تأیید می‌شود؛ بنابراین خودشفقت‌ورزی می‌تواند رابطه بین نگرش به دین و بهزیستی را میانجی‌گری کند.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر پس از ترسیم الگوی برای تعیین رابطه نگرش به دین با بهزیستی روان‌شناختی، رابطه نگرش به دین با خودشفقت‌ورزی و همچنین رابطه آن‌ها را با بهزیستی روان‌شناختی روشن کرد. بدین‌صورت که نگرش به دین می‌تواند با افزایش خودشفقت‌ورزی تأثیر مثبتی بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان اعمال کند؛ بنابراین توجه به نقش خودشفقت‌ورزی در تبیین رابطه نگرش به دین و بهزیستی روان‌شناختی حائز اهمیت است و می‌توان با ایجاد ظرفیت‌های فردی و روانی برای افزایش خودشفقت‌ورزی، بهزیستی روان‌شناختی سالمندان را بهبود بخشید.

واژه‌های کلیدی

بهزیستی روان‌شناختی؛ خودشفقت‌ورزی؛ دین؛ سالمندان؛ نگرش به دین

نویسنده مسئول: پیام ورعی، کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه رازی، دانشکده علوم اجتماعی، دفتر دکتر خدامراد مؤمنی، کرمانشاه، ایران

آدرس الکترونیکی: varae.payam@stu.razi.ac.ir

مقدمه و اهداف

جمعیت سالمندان کشور ایران در حال افزایش است و پیش‌بینی شده است که به ۲۶ درصد از کل جمعیت خواهد رسید.^[۱] این جمعیت با مشکلات مختلف سلامت جسمی و روانی روبه‌رو خواهند بود.^[۲] اما فردی که از سلامت و بهزیستی روان‌شناختی (Psychological Well-being) برخوردار باشد، قادر است در برابر این مشکلات و نامالایمت‌هایی چاره‌اندیشی کرده و راه‌حلی را اتخاذ کند.^[۳، ۴] بهزیستی روان‌شناختی به معنای خوب زندگی کردن است.^[۵] مدل ریف از مهم‌ترین مدل‌ها در حوزه بهزیستی روان‌شناختی است که بر پایه نظریات و مفاهیم تحولی شکل گرفته و استوار است، این نظریات و مفاهیم تحولی رشد را یک فرآیند مداوم در طول عمر توصیف می‌کنند.^[۶، ۷] همچنین مدل ریف جهت ارزیابی بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است^[۸] که به این دلیل در پژوهش حاضر نیز مورد استفاده قرار گرفت.

دین در زندگی سالمندان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و می‌تواند بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان اثر بگذارد.^[۹] دین را نظامی از باورها به خدا و یا زندگی پس از مرگ تعریف کرده‌اند.^[۱۰] نگرش به دین، در مقایسه با جنبه‌های نسبتاً سطحی اشتغال دینی، ویژگی ریشه‌دارتری است و برای سنجش کارکرد عمومی دینی فرد شاخص مناسبی است زیرا از عوامل زمینه‌ای کمتر متأثر می‌گردد^[۱۱]؛ بنابراین نگرش به دین برای سنجش دین‌داری شاخص مناسبی است.^[۱۲] در نتیجه در پژوهش حاضر نیز از نگرش به دین به‌عنوان ابزاری که دین‌داری فرد را می‌سنجد، استفاده شد.

دین‌داری (Religiosity) در حفظ سلامت روان و جسم افراد سالخورده نقش مهمی دارد.^[۱۳-۱۶] پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بین شاخص‌های متعدد دینی، معنویت و پیامدهای ارزشمند روان‌شناختی از جمله رضایت از زندگی^[۱۷، ۱۸]، بهزیستی روان‌شناختی، بهزیستی ذهنی (Subjective Well-being)^[۱۹، ۲۰]، معنای درک‌شده در زندگی^[۲۱، ۲۲] و امید^[۲۳] رابطه مثبت وجود دارد. همچنین با بررسی پاسخ‌های ۴۹,۹۴۳ نفر شرکت‌کننده در ۴۲ کشور مشخص گردید که اعتقادات دینی، اهمیت دادن به خدا و دین و هویت دینی هر یک به‌طور مثبت با رضایت پاسخ‌دهندگان نسبت به زندگی ارتباط دارد^[۲۴]؛ بنابراین با توجه به آنچه ارائه شد، پژوهش‌ها به‌طور پیوسته تأیید می‌کنند که دین یا معنویت با بهزیستی فرد مرتبط است.^[۲۵-۲۷] اما گام بعدی در جهت توسعه و گسترش پژوهش‌ها حوزه دین و بهزیستی این است که چگونگی و مکانیسم رابطه دین و بهزیستی را مشخص گردد. دانستن این مکانیسم‌های عمل برای ارتقای رفاه در داخل و همچنین خارج از بافت دینی حیاتی است.^[۲۸، ۲۹] در این راستا مطالعات متعددی فرآیندها و مکانیسم‌های تأثیر دین‌داری بر بهزیستی را مورد بررسی قرار داده‌اند. این مطالعات را می‌توان به سه دسته کلی تقسیم کرد: منابع اجتماعی دین، منابع شناختی دین و منابع احساسی دین.^[۳۰]

منابع اجتماعی بیشتر از دیگر منابع در مطالعات مورد بررسی قرار گرفته است. پژوهش‌های گذشته نشان می‌دهد که برای اکثر افراد پیوستن به یک دین خاص سبب ادغام اجتماعی و دریافت حمایت اجتماعی از جانب رهبران و دیگر اعضای گروه می‌شود^[۳۰]، اما به‌طور کلی اگرچه حمایت اجتماعی واسطه‌ای مهمی در رابطه دین و بهزیستی است، قطعاً تنها واسطه‌ای موجود نیست.^[۳۱] جنبه‌های شناختی دین بیان می‌دارد که تأیید کردن ایمان دینی یا اعتقادات معنوی اغلب یک احساس تعلق، یکپارچگی و معنا را به وجود می‌آورد که به نوبه خود باعث افزایش بهزیستی بیشتر می‌شود.^[۳۲] سومین مکانیسم بالقوه منابع احساسی است. بعضی از احساسات مثبت به‌طور خاص به زمینه‌های دینی مربوط می‌شود.^[۳۱، ۳۳] این احساسات مثبت در مقایسه با سایر احساسات مثبت بیشتر به نفع افراد دین‌دار خواهد بود. برخی از این احساسات متعالی عبارت‌اند از قدردانی، حیرت و عشق. از لحاظ تئوری تمام احساسات مثبت بدون ایجاد تمایز و رتبه‌بندی در میان آن‌ها به بهزیستی و آسایش کمک می‌کند.^[۳۳] همچنین احساسات مثبت به‌عنوان یک واسطه مهم در ارتباط دین و بهزیستی عمل می‌کند^[۳۴]؛ بنابراین دین‌داری می‌تواند منابع اجتماعی، شناختی و احساسی را فراهم کند و منجر به بهزیستی بیشتری گردد، اما جنبه‌ای که تاکنون به نظر می‌رسد در این رابطه مورد بررسی قرار نگرفته است، مکانیسم خودشفقت‌ورزی (Self-compassion) است.

خودشفقت‌ورزی سازه‌ای جدید است که روش نوینی را برای درک و ارتقا بهزیستی بشر به وجود آورده است.^[۳۴] نظریه Neff^[۳۵، ۳۶] نشان می‌دهد که خودشفقت‌ورزی باعث می‌شود افراد تجربه‌ی مشترک انسانی را درک کنند و بفهمند که رنج، شکست و نامالایمت‌ها بخشی از زندگی انسان است. این تعریف بیان‌کننده‌ی سه عنصر خودشفقت‌ورزی یعنی خودمهربانی (Self-kindness)، انسانیت مشترک (Common Humanity) و ذهن آگاهی (Mindfulness) است. نقطه مقابل این عنصر، خودقضاوتی (Self-judgment)، انزوا (Isolation) و بیش‌همانندسازی (Over-identified) است.^[۳۵، ۳۶] خودمهربانی شامل داشتن دیدی مهربان و غیرقضاوتی نسبت به خود به‌هنگام مواجهه با مشکلات است. انسانیت مشترک شامل درک امکان وجود مشکلات برای همه انسان‌ها و تنها نبودن در شرایط اضطراب‌آور است.^[۳۵، ۳۶] ذهن آگاهی شامل داشتن درکی تعدیل‌یافته از تجارب و لحظات حال است.^[۳۷] خودشفقت‌ورزی رابطه پایداری با سلامت و بهزیستی روانی دارد.^[۳۸] افزایش خودشفقت‌ورزی با افزایش خودبخشی^[۳۹]، سلامت روحی و جسمی بیشتر^[۴۰]، کاهش آسیب

به خود^[۴۱-۴۴]، افزایش پاسخ‌های مثبت به افزایش سن^[۴۵]، یکپارچگی خود (Ego Integration)، معنا در زندگی^[۴۶] و نگرش بهتر نسبت به سالمندی^[۴۷] همراه است.

ممکن است افرادی که دارای معنویت قوی‌تری هستند، تمایل بیشتری نسبت به استفاده از نگرش و باورهای دلسوزانه در فرآیندهای روان‌شناختی خود داشته باشند؛ بنابراین پذیرفتنی است که معنویت به‌طور مثبتی با خودشفقت‌ورزی رابطه داشته باشد و نگرش مشفقانه را به‌عنوان یک عامل مهم و میانجی در رابطه بین دین‌داری و سلامت به حساب آورد.^[۴۸] در تأیید این ادعا Allport دین‌داری درونی را یک شفقت جهانی در نظر گرفته است.^[۴۹] اگرچه پژوهش‌ها بعدی به‌طور کامل مشخص نکردند که آیا افرادی که دین‌داری‌شان درونی است، به راسی به‌طور جهانی شفقت‌ورز هستند و یا الزامشان به شفقت‌ورزی بیشتر ممکن است انتخابی، ریاکارانه و محتاطانه باشد^[۵۰، ۵۱]، با این اوصاف، شواهدی وجود دارد مبنی بر ارتباط بین شفقت و دین‌داری به‌عنوان مثال، Hendrick و Hendrick (۱۹۸۷) دریافتند افراد دین‌دار سطح بالاتری از شفقت را گزارش می‌دهند.^[۵۲] همچنین Leak (۱۹۹۳) گزارش داد که دین‌داری درونی با افزایش شفقت-ورزی مرتبط است.^[۵۳] اگرچه توجه به این نکته نیز مهم است که شفقت‌ورزی یک اصل مشترک در سراسر ادیان بزرگ جهان معرفی شده و همه آن‌ها بر نگرش‌ها و رفتارهای شفقت‌آمیز تأکید دارند^[۴۸، ۵۴]، اما پژوهش‌هایی که پیوند دین و خودشفقت‌ورزی را بررسی کرده باشند، بسیار محدود است. برای مثال پژوهش Varghese (۲۰۱۵) نشان داد در بافت دینی و معنوی، فردی که خدا را مهربان و بخشنده می‌داند، نسبت به خود نیز مهربان‌تر و بخشنده‌تر است و از این‌رو در هنگام بروز گناه و یا شکست بیشتر از خودشفقتی استفاده می‌کند.^[۵۵] همچنین Homan (۲۰۱۴) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که افرادی که خدا را مهربان می‌دانند می‌توانند این مهربانی و شفقت را نیز نسبت به خود گسترش داده و با خود به‌طور مهربانانه‌تر رفتار کنند.^[۵۶] از طرفی دیگر، یافته‌های Farnsworth و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند که اگرچه معنویت به‌طور مثبتی با خودشفقت‌ورزی ارتباط دارد، اما در گروه‌هایی که سطح معنویت پایین‌تری داشتند (لاادری‌گری‌ها، ملحدان) میزان خودشفقت‌ورزی نیز پایین نبود.^[۵۷] همان‌طور که مشاهده شد در ادبیات پژوهشی دین‌داری و خودشفقت‌ورزی ارتباط بین شفقت و دین مبهم‌رها شده است، اما با توجه به مفهوم سازه خودشفقت‌ورزی در جهت روشن کردن این رابطه منطقی به نظر می‌رسد که فرض شود این سازه نیز می‌تواند با فراهم کردن مکانیسم اثر خود منجر به بهزیستی روان‌شناختی گردد؛ بنابراین در پژوهش حاضر فرض شده است که خودشفقت‌ورزی می‌تواند رابطه بین دین‌داری و بهزیستی روان‌شناختی را میانجی‌گری کند. از طرفی دیگر، اکثریت پژوهش‌ها در ارتباط بین دین و بهزیستی تحت سلطه فرهنگ غرب و دین مسیحیت انجام شده است. در نتیجه یک جهت مهم مطالعات آینده برای تکمیل ادبیات در دسترس در حوزه دین و بهزیستی انجام مطالعات بیشتر در دیگر کشورها با فرهنگ‌ها و دینی متفاوت خواهد بود^[۵۸، ۵۹]؛ بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش خودشفقت‌ورزی در رابطه بین دین‌داری و بهزیستی روان‌شناختی در قالب مدل مفهومی (شکل ۱) انجام شده است.



تصویر ۱: مدل مفهومی بهزیستی روان‌شناختی بر پایه دین‌داری

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر 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. مزایای مدل‌سازی معادلات ساختاری عبارت‌اند از تخمین روابط چندگانه، قابلیت سنجش متغیرهای پنهان (مفاهیم مشاهده‌نشده، مانند تمامی متغیرهای این پژوهش)، محاسبه خطای اندازه‌گیری، قابلیت بررسی تأثیر هم-خطی و آزمون روابط جعلی و غیرواقعی.

جامعه آماری پژوهش کنونی شامل مردان سالمند سراهای نگهداری نیمه‌وقت سالمندان شهر کرمانشاه به تعداد ۷۰۰ نفر است که گادگنولی و ولیسر (Guadagnoli & Velicer) (۱۹۹۸) پیشنهاد می‌کنند در پژوهش با رویکرد الگویابی و تحلیل مسیر، نمونه‌ای با حجم ۳۰۰ نفر یا بیشتر ضروری است^[۶۰]؛ بنابراین در پژوهش حاضر ۳۰۰ نفر به‌عنوان نمونه به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش کنونی عبارت بود از نمره بالای ۲۲ در آزمون وضعیت روانی، افراد ۵۵ سال و بالاتر، تحصیلات راهنمایی یا بالاتر و ملاک خروج وجود اختلالات شناختی بود که بر اساس ملاک ارزشیابی خود گزارش کردند. برای اجرای پژوهش پس از کسب

مجوزهای لازم پژوهشگران در سه نوبت با مراجعه به مراکز نگهداری نیمه‌وقت سالمندان شهر کرمانشاه و پس از ارتباط‌گیری، جلب رضایت شرکت‌کنندگان، ابتدا هدف پژوهش برای آن‌ها بیان شد و با ارائه راهنمایی لازم پرسش‌نامه‌ها در اختیار آن‌ها قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد که به‌دقت سؤالات را بخوانند و پاسخ‌های مورد نظر را متناسب با ویژگی‌های خود انتخاب کنند و سؤالی را تا حد امکان بی-جواب نگذارند. اطلاعات به‌صورت فردی جمع‌آوری شد. برای پاسخگویی شرکت‌کنندگان به پرسش‌نامه‌های پژوهش به سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش این اطمینان داده شد که اطلاعات دریافت‌شده از آنان به‌صورت 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 پاسخ دادند. همچنین برای جلوگیری از بروز خطاهای بینایی در ضمن خواندن، پرسش‌نامه‌ها برای سالمندان باسواد، خوانا و درشت تهیه شد. رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از تمام سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش گرفته شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ برای محاسبه شاخص‌های توصیفی و از AMOS نسخه ۲۳ برای مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد.

ابزار پژوهشی عبارت‌اند از:

۱. مقیاس معاینه مختصر وضعیت روانی: معاینه مختصر وضعیت شناختی (Mini-mental State Examination)، 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 جهت اختلالات شناختی مورد استفاده قرار می‌گیرد و پنج محدوده از عملکرد شناختی را آزمایش می‌کند (جهت‌یابی، ثبت، توجه و محاسبه، یادآوری و طراحی). حداکثر نمره آن ۳۰ بوده و نمرات ۲۳ یا پایین‌تر نشان‌دهنده اختلال شناختی است (اختلال شناختی شدید شناختی= صفر-۱۷، اختلال شناختی خفیف یا متوسط= ۱۸-۲۳، نرمال= ۲۴-۳۰) [۶۲]. هنجاریابی معاینه مختصر وضعیت شناختی سالمندان در شهر تهران از روایی رضایت‌بخش برخوردار بود و آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۸ گزارش شده است. این ابزار در نقطه برش ۲۱ حساسیت ۹۰ درصد و ویژگی ۸۴ درصد به دست آمد. همبستگی نمرات با سن و سطح تحصیلات در سطح ۰/۰۵ معنادار بود. [۶۳]
۲. مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف: نسخه‌ی کوتاه (۱۸ سؤال) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف (Ryff Scale Psychological Well-being) که توسط خانجانی و همکاران (۱۳۹۳) اعتباریابی شده است، مورد استفاده قرار گرفته است. [۶۴] فرم اولیه توسط Ryff در سال (۱۹۸۹) طراحی و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفته است. این نسخه، مشتمل بر ۶ عامل است؛ مجموع نمرات این ۶ عامل (خودمختاری، ارتباط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، رشد شخصی، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود) به‌عنوان نمره‌ی کلی بهزیستی روان‌شناختی محاسبه می‌شود. این آزمون نوعی ابزار خودسنجی است که در یک پیوستار ۶ درجه‌ای از "کاملاً موافقم" تا "کاملاً مخالفم" (یک تا شش) پاسخ داده می‌شود که نمره‌ی بالاتر، نشان‌دهنده‌ی بهزیستی روان‌شناختی بهتر است. همبستگی نسخه کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف با مقیاس اصلی از ۰/۷ تا ۰/۸۹ در نوسان بوده است. [۳] همچنین آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۹ به دست آمد.
۳. مقیاس فرم کوتاه خودشفقت‌ورزی: مقیاس ۱۲ ماده‌ای خودشفقت‌ورزی (Self-compassion Scale-short Form) توسط Raes و همکاران (۲۰۱۱) تدوین شده و شامل ۶ خرده‌مقیاس (مهربانی به خود، قضاوت کردن خود، اشتراک انسانی، انزوا، ذهن آگاهی و همانندسازی افراطی) است که ماده‌های این مقیاس در یک طیف لیکرت ۵ رتبه‌ای (هرگز=۱، تقریباً هرگز=۲، نظری ندارم=۳، تقریباً همیشه=۴ و همیشه=۵) مرتب شده است. حداقل و حداکثر نمره این ابزار به ترتیب ۱۲ تا ۶۰ است. ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای شش عامل همانندسازی افراطی ۰/۷۷، مهربانی به خود ۰/۸۳، ذهن آگاهی ۰/۹۲، انزوا ۰/۸۸، تجارب مشترک انسانی ۰/۹۱ و قضاوت خود ۰/۸۷ گزارش شده است. [۶۵] همچنین آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه در پژوهش حاضر ۰/۶۵ به دست آمد.
۴. مقیاس نگرش مسلمانان به دین: این مقیاس ۱۴ گویه‌ای برای سنجش نگرش مسلمانان به اسلام (Muslim Attitudes Toward Religion Scale) توسط Joseph و Wilde ساخته شده است [۶۶] و شامل گویه‌هایی است که مشارکت فعالانه در مناسک مهم مسلمانان را مانند «نماز را مرتب می‌خوانم» و «کل ماه رمضان را روزه می‌گیرم» می‌سنجد. گویه‌های دیگر آن به جهان‌بینی مسلمانان مرتبط است مانند «من فکر می‌کنم که قرآن در زندگی مدرن قابل کاربرد است». دسته سوم از گویه‌ها نیز به باور پیامدهای مثبت مسلمان بودن می‌پردازد مانند «اسلام در راه رسیدن به یک زندگی بهتر به من کمک می‌کند». نمره کل این مقیاس که نگرش به دین را می‌سنجد، حاصل جمع این سه بعد است و هر میزان نمره فرد در آن بیشتر باشد، به این معنی است که نگرش او به دین مثبت‌تر است. روایی و پایایی این مقیاس در میان دانشجویان ایرانی تأیید شد و پایایی درونی این پرسش‌نامه در

گروهی از دانشجویان دانشگاه تهران با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۳ به دست آمد. همچنین همبستگی این مقیاس را با علاقه به دین، دین‌داری درونی و دین‌داری برونی را به ترتیب برابر با ۰/۶۷، ۰/۶۰ و ۰/۳۱ گزارش کردند.^[۶۷] همچنین آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه در پژوهش حاضر ۰/۸۸ به دست آمد.

یافته‌ها

میانگین سنی سالمندان ۶۰/۰۱ سال با انحراف استاندارد ۴/۸۰ بود. ۸۷/۷ درصد (۲۶۳ نفر) متأهل، ۸ درصد (۲۴ نفر) همسرشان فوت کرده، ۳/۷ درصد (۱۱ نفر) مجرد و ۰/۷ درصد (۲ نفر) مطلقه بودند. ۶۹/۷ درصد (۲۰۹ نفر) هیچ‌گونه بیماری زمینه‌ای نداشتند؛ ۲۰ درصد (۶۰ نفر) فشارخون، ۵/۷ درصد (۱۷ نفر) بیماری قلبی و عروقی، ۳/۳ درصد (۱۰ نفر) دیابت، ۱ درصد (۳ نفر) میگرن و ۰/۷ درصد (۱ نفر) سرطان به‌عنوان بیماری زمینه‌ای خود گزارش دادند. میانگین درآمد ماهیانه 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. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	پایین‌ترین نمره	بالاترین نمره
پذیرش خود	۱۱/۲۲	۴/۲۳	۳	۱۸
هدفمندی	۱۱/۹۱	۳/۰۳	۳	۱۸
روابط مثبت با دیگران	۱۱/۰۷	۳/۸۴	۳	۱۸
رشد شخصی	۱۲/۷۶	۳/۴۹	۳	۱۸
خودمختاری	۱۱/۸۴	۳/۴۴	۴	۱۸
تسلط بر محیط	۱۳/۲۸	۲/۹۸	۴	۱۸
بهزیستی روان‌شناختی	۷۲/۲۰	۱۶/۶۶	۳۳	۱۰۵
خودمهربانی	۴/۹۹	۱/۷۴	۲	۱۰
خودقضاوتی	۵/۵۹	۲/۲۰	۲	۱۰
ویژگی مشترک	۴/۸۷	۲/۲۴	۲	۱۰
انزوا	۵/۶۷	۲/۲۶	۲	۱۰
ذهن آگاهی	۴/۵۴	۲/۴۵	۲	۱۰
بیش‌هماندسازی	۵/۷۷	۲/۳۱	۲	۱۰
خودشفقت‌ورزی	۳۱/۴۴	۷/۱۸	۱۶	۴۹
کمک شخصی	۱۸/۶۴	۴/۷۷	۲	۲۴
نگرش اسلامی	۱۴/۷۷	۴/۰۳	۲	۲۴
مناسک اسلامی	۵/۸۸	۳/۱۴	۰	۱۲
نگرش دینی	۳۹/۳۰	۱۰/۱۶	۴	۵۵

جدول ۲: ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱- بهزیستی روان‌شناختی												
۲- خودمهربانی	**۰/۳۲											
۳- خودقضاوتی	**۰/۳۷	**۰/۱۷										
۴- ویژگی مشترک	**۰/۲۲	**۰/۳۷	۰/۰۷									
۵- انزوا	**۰/۵۹	**۰/۱۸	**۰/۳۲	۰/۰۷								
۶- ذهن آگاهی	**۰/۲۸	**۰/۳۶	**۰/۱۶	**۰/۴۰	۰/۲۰							
۷- بیش‌هماندسازی	**۰/۶۹	**۰/۲۴	**۰/۴۳	۰/۰۵	**۰/۶۷	**۰/۱۹						
۸- خودشفقت‌ورزی	**۰/۶۱	**۰/۶۲	**۰/۵۶	**۰/۴۸	**۰/۵۸	**۰/۳۸	۰/۶۴					
۹- کمک شخصی	**۰/۳۵	**۰/۲۶	**۰/۲۲	**۰/۳۴	**۰/۳۱	**۰/۵۴	**۰/۲۵	۰/۳۹				
۱۰- نگرش اسلامی	**۰/۴۰	**۰/۲۲	**۰/۱۶	**۰/۲۷	**۰/۳۱	**۰/۲۲	**۰/۳۵	**۰/۳۴	۰/۷۵			
۱۱- مناسک اسلامی	**۰/۴۴	**۰/۱۸	**۰/۲۳	**۰/۱۶	**۰/۴۱	۰/۰۴۰	**۰/۴۰	**۰/۳۱	**۰/۴۳	۰/۴۸		
۱۲- نگرش دینی	**۰/۴۶	**۰/۲۷	**۰/۲۴	**۰/۴۰	**۰/۴۰	**۰/۴۰	**۰/۳۸	**۰/۳۷	**۰/۹۰	**۰/۸۹	۰/۷۰	۰

جدول شماره ۲ ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. بررسی ضرایب نشان می‌دهد که دین‌داری و خودشفقت‌ورزی با بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت و معناداری دارد.

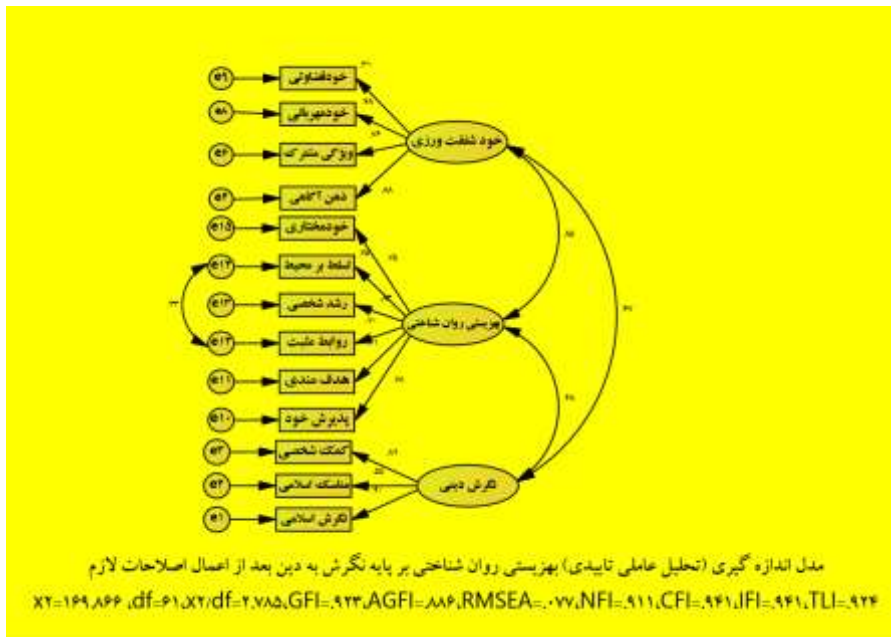
برای بررسی روابط علی و ساختاری بین متغیرهای پژوهش از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شده است. از بین روش‌های مختلفی که برای تخمین پارامترهای مدل وجود دارد، در پژوهش حاضر از متداول‌ترین روش یعنی روش حداکثر درست‌نمایی (Maximum Likelihood) در مدل معادلات ساختاری استفاده شده است. پیش‌شرط استفاده از این روش نرمال بودن چندمتغیره‌ای است که با توجه به نتایج جدول شماره ۳ این شرط برقرار است و دومین پیش‌شرط این است که سطح سنجش متغیرها بالاتر از مقیاس ترتیبی باشد که این شرط نیز برقرار است.

جدول ۳: سنجش نرمال بودن توزیع داده‌ها در مدل اندازه‌گیری

متغیرها	چولگی (Skewness)	نسبت بحرانی	کشیدگی (kurtosis)	نسبت بحرانی
خودمختاری	-۰/۱۱۵	-۰/۸۱۶	-۰/۶۳۴	-۲/۲۴۳
تسلط بر محیط	-۰/۴۰۵	-۲/۸۶۴	-۰/۴۱۱	-۱/۴۵۳
رشد شخصی	-۰/۲۲۵	-۱/۸۰۵	-۰/۶۹۵	-۲/۴۵۷
ارتباط مثبت	۰/۰۳۷	۰/۲۶۰	-۰/۷۷۰	-۲/۲۲۴
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	۰/۳۴۴	۱/۷۲۴	-۰/۷۲۴	-۲/۵۶۱
انزوا	۰/۵۰۰	۳/۵۳۷	-۰/۶۲۱	-۲/۱۹۷
ذهن آگاهی	۰/۲۰۲	۱/۴۲۵	-۰/۷۴۷	-۲/۶۴۲
بیش‌هماندسازی	۰/۹۲۰	۶/۵۰۳	-۰/۲۶۰	-۰/۹۲۱
کمک شخصی	-۱/۱۰۶	-۷/۸۱۸	۱/۰۶۳	۳/۷۵۷
مناسک اسلامی	-۰/۱۱۷	-۰/۱۲۱	-۰/۷۵۲	-۲/۶۵۸
نگرش اسلامی	-۰/۸۶۹	-۶/۱۴۴	۰/۲۱۷	۰/۷۶۷
چندمتغیری			۳/۹۸۸	۱/۵۲۹

همان‌طور که در جدول شماره ۳ مشهود است، مقادیر ستون کشیدگی خارج از بازه‌ی $+10$ و -10 نیست. همچنین ستون چولگی خارج از بازه‌ی $+3$ و -3 نیست؛ بنابراین توزیع داده نرمال است و فرض نرمال بودن برقرار است.

اجرای تحلیل در مدل معادلات ساختاری شامل دو مرحله کلی است: تحلیل عاملی تأییدی و مدل معادلات ساختاری. برای بررسی مدل اندازه‌گیری، بعد از بررسی ضرایب مسیر و شاخص‌های برازش مدل مشخص گردید که مدل مفروض پژوهش حاضر دارای برازش نیست، یکی از ضرایب مسیر نیز معنادار نبود؛ بدین ترتیب بر روی مدل اولیه اندازه‌گیری اصلاحات لازم انجام شد که بدین شرح بود: ضریب استاندارد مسیر خودشفقت‌ورزی به انزوا برابر $-0/040$ و معنادار نبود و همچنین مسیر خودشفقت‌ورزی به بیش‌هماندسازی ضریب معنادار $-0/18$ داشت، اما چون مقدار آن خیلی از نقطه برش ضرایب مسیر در پژوهش‌های علوم رفتاری که اغلب بزرگ‌تر از $\pm 0/30$ و بعضاً بزرگ‌تر $\pm 0/50$ در نظر گرفتند^[۶۸، ۶۹]، کمتر بود از مدل پژوهش حذف گردید، همچنین یک کوواریانس خطا بین سازه‌های روابط مثبت با دیگران و تسلط بر محیط از زیرسازهای بهزیستی روان‌شناختی رسم گردید و بعد از این، اصلاحات مجدد مدل اجرا شد. شکل شماره ۲ نشانگر مدل نهایی اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش است.



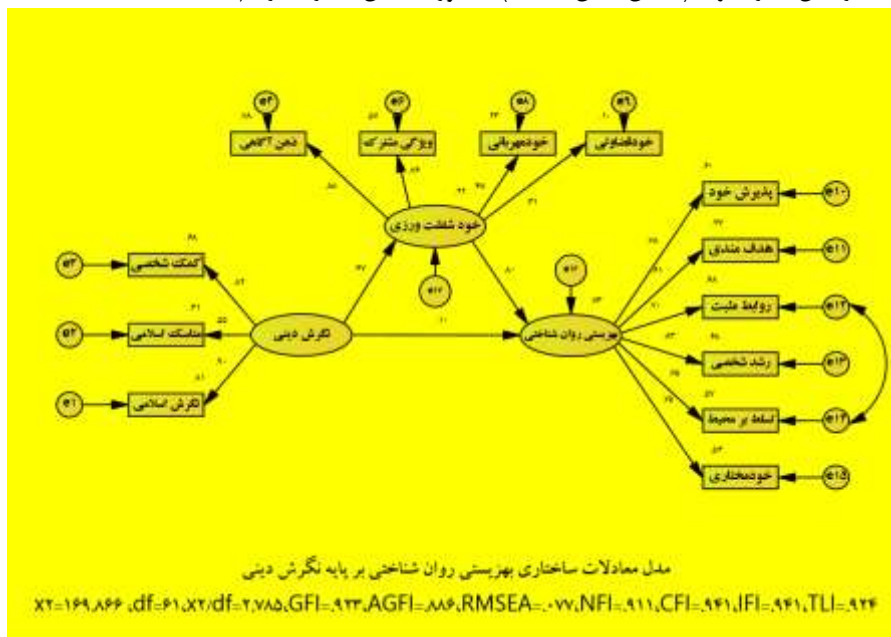
تصویر ۲: مدل اندازه گیری (تحلیل عاملی تأییدی) بهزیستی روان شناختی بر پایه دین داری بعد از اعمال اصلاحات لازم

همان طور که در جدول ۴ نشان داده شده است، می توان گفت که شاخص های برازش مدل اندازه گیری بعد از اصلاح مدل، بیانگر برازش مطلوب مدل است. نسبت کای دو بر درجه آزادی برابر با ۲/۵۹۱ و کمتر از ۳، مقدار رمزی (RMSEA) برابر با ۰/۰۷۳ کمتر از مقدار تعیین شده یعنی ۰/۰۸ است، شاخص برازش تطبیقی (CFI) برابر با ۰/۹۱۶ و شاخص نیکویی برازش (GFI) برابر با ۰/۹۰۳، هر دو مقدار بالاتر از حد مجاز یعنی ۰/۹۰ است.

جدول ۴: شاخص های برازش مدل اندازه گیری، قبل و بعد از انجام اصلاح

شاخص	χ^2	Df	χ^2/df	GFI	AGFI	RMSEA	NFI	CFI	IFI	TLI
قبل از اصلاح	۴۰۰/۷۵۸	۸۷	۴/۶۰۶	۰/۸۴۹	۰/۷۹۱	۰/۱۱۰	۰/۸۸۱	۰/۸۴۵	۰/۸۴۶	۰/۸۱۳
بعد از اصلاح	۱۶۹/۸۶۶	۶۱	۲/۷۸۵	۰/۹۲۳	۰/۸۸۶	۰/۰۷۷	۰/۹۱۱	۰/۹۴۱	۰/۹۴۱	۰/۹۲۴

پس از اطمینان از مناسب بودن برازش مدل اندازه گیری، مدل معادلات ساختاری را با پیروی از مدل پژوهش (Research Model) بر اساس آخرین تغییرات در مدل اندازه گیری (تحلیل عاملی تأییدی) به صورت شکل شماره ۳ رسم شد.



تصویر ۳: مدل معادلات ساختاری بهزیستی روان شناختی بر پایه دین داری (نگرش دینی)

شکل ۳ روابط ساختاری بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. بر این اساس نتایج ضریب مسیر مستقیم نگرش به دین با بهزیستی روان‌شناختی بدون حضور متغیر میانجی یا همان اثر کل، ضریب مستقیم نگرش به دین با خودشفقت‌ورزی و ضریب تأثیر خودشفقت‌ورزی بر بهزیستی روان‌شناختی در جدول شماره ۵ ارائه شده است. همچنین جهت آزمون رابطه غیرمستقیم دین‌داری و بهزیستی روان‌شناختی از طریق متغیر میانجی یعنی خودشفقت‌ورزی از روش خودگران‌سازی (Bootstrap) با فاصله اطمینان ۹۵ درصدی و تعداد نمونه‌گیری ۵۰۰۰ بار استفاده شد که نتایج آن نیز در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: ارزیابی نتایج مدل معادلات ساختاری بهزیستی روان‌شناختی بر پایه نگرش دینی با میانجی‌گری خودشفقت‌ورزی

نتیجه	سطح معناداری	حد		β	مسیرها
		بالا	پایین		
این مسیر معنادار است و تأیید می‌شود، یعنی دین‌داری بدون حضور متغیر میانجی موجب افزایش بهزیستی می‌شود.	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۰/۳۴	۰/۴۸	اثر مستقیم نگرش به دین و بهزیستی روان‌شناختی بدون حضور متغیر میانجی (اثر کل)
این مسیر معنادار است و تأیید می‌شود، یعنی دین‌داری موجب افزایش خودشفقت‌ورزی می‌شود.	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۰/۳۱	۰/۴۶	اثر مستقیم نگرش به دین بر خودشفقت‌ورزی
این مسیر معنادار است و تأیید می‌شود، یعنی خودشفقت‌ورزی موجب افزایش بهزیستی می‌شود.	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۰/۷۰	۰/۸۰	اثر مستقیم خودشفقت‌ورزی بر بهزیستی
این مسیر معنادار است و تأیید می‌شود، یعنی خودشفقت‌ورزی می‌تواند رابطه بین نگرش به دین و بهزیستی را میانجی‌گری کند.	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۰/۲۴	۰/۳۷	اثر غیرمستقیم نگرش دینی بر بهزیستی روان‌شناختی از طریق خودشفقت‌ورزی
این مسیر معنادار نیست و تأیید نمی‌شود، بنابراین خودشفقت‌ورزی می‌تواند به‌طور کامل رابطه بین نگرش به دین و بهزیستی را میانجی‌گری کند.	۰/۰۹۷	۰/۲۱	-۰/۰۱	۰/۱۰	اثر مستقیم نگرش دینی بر بهزیستی روان‌شناختی با حضور خودشفقت‌ورزی

با توجه به نتایج جدول شماره ۵ نگرش دینی بر بهزیستی روان‌شناختی بدون حضور متغیرهای میانجی‌گر اثر مثبت و معناداری دارد (اثر کامل دارد). همچنین تأثیر مستقیم و معناداری بر خودشفقت‌ورزی دارد. از طرفی دیگر، خودشفقت‌ورزی تأثیر مثبت بسیار قوی و معناداری را بر بهزیستی روان‌شناختی نشان می‌دهد. با توجه به نتایج فوق و همچنین نتایج آزمون میانجی‌گری می‌توان گفت اثر مستقیم نگرش دینی بر بهزیستی روان‌شناختی در مدل میانجی با حضور خودشفقت‌ورزی معنادار نیست، یعنی اینکه خودشفقت‌ورزی توانسته است رابطه بین دین‌داری و بهزیستی روان‌شناختی را به‌طور کامل میانجی‌گری کند؛ بنابراین فرضیه و مدل این پژوهش تأیید می‌شود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی خودشفقت‌ورزی در رابطه بین دین‌داری و بهزیستی روان‌شناختی انجام شد. اولین یافته پژوهش حاکی از وجود رابطه مستقیم بین دین‌داری با خودشفقت‌ورزی و بهزیستی روان‌شناختی بود. در مورد ارتباط دین و خودشفقت‌ورزی این یافته از پژوهش حاضر را می‌توان با نتایج پژوهش‌های Varghese (۲۰۱۵) [۵۵]، Homan (۲۰۱۴) [۵۶]، Farnsworth و همکاران (۲۰۱۶) [۵۷]، Hendrick و Hendrick (۱۹۸۷) [۵۲] و Leak (۱۹۹۳) [۵۳] همسو خواند. در مورد چرایی این یافته می‌توان گفت دین‌دار بودن و ارتباط مثبت با خدا و درک او به‌صورت موجودی مهربان و پذیرا باعث می‌شود 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 [۵۶]؛ بدین ترتیب فرد دین‌داری که خدا را مهربان و بخشنده می‌داند، نسبت به خود نیز مهربان‌تر و بخشنده است و از این رو بیشتر از خودشفقت‌ورزی استفاده می‌کند. [۵۵] William James نیز ثمرات دین را به‌طور کلی تحت عنوان «قداست» با ویژگی‌های زهد، قوت قلب، خلوص و شفقت‌ورزی مشخص می‌کند [۷۰]؛ پس به نظر می‌رسد که دین با خودشفقت‌ورزی رابطه دارد، اما در تبیینی متمرکز بر بافت دین اسلام می‌توان گفت در دین اسلام آموزش‌هایی وجود دارد که مؤلفه‌هایی که در خودشفقت‌ورزی به آن‌ها اشاره شده را تقویت می‌کند؛ بنابراین می‌توان انتظار داشت که دین‌داری سبب افزایش خودشفقت‌ورزی شود. در این آموزه‌ها بدبختی و مصیبت‌هایی مانند بیماری‌های جسمی صرفاً بخشی از زندگی انسان است و انسان‌ها باید انتظار آن را داشته باشند، با یادآوری این حقیقت توان مقابله با مشکلات افزایش می‌یابد. این آموزه‌ها پیشنهاد می‌دهند که مردم باید با توجه به عوامل زیر عمل کنند:

از آنجا که کمال مطلق تنها برای خدا است، هر کس دیگری و هر چیز دیگری نقص و کمبودی دارد؛ بنابراین چیزی که ممکن است موجب احساسات منفی شود، هیچ‌وقت ناپدید نخواهد شد و این یکی از ویژگی مشترک انسان می‌تواند باشد. دیگر آنکه از آنجا که همه‌ی چیزهای خوب از طرف خداوند متعال و قادر است، می‌توان فهرستی از چیزها و احساسات خوب خود را به‌عنوان برکت و موهبت و نعمت از طرف خدا دانست و همچنین اگر فرد بر این نعمت‌ها تمرکز شود، نه‌تنها احساس خوشبختی و سیاسگزاری ایجاد می‌شود، بلکه همچنین اتفاقات بد و سختی‌ها را کمرنگ خواهند شد. هنگامی که سختی‌ها و مصیبت‌ها از دید فرد کمرنگ شود، افسردگی و احساسات ناخوشایند مرتبط با آن نیز ناپدید خواهد شد. البته این بدان معنا نیست که هرگز نباید به آن‌ها نگاهی بیندازید و احساس بد داشته باشید، بلکه احتمالاً چندین

بار در روز هر بار ممکن است چیزی بدی اتفاق افتد، اما باید پس از چند لحظه، نگاه و توجهمان به نعمت‌ها بازگردد^[۷۱]؛ بنابراین منطقی است که دین‌داری بیشتر، سطوح خودشفقت‌ورزی بالاتری را در پی دارد. البته با توجه به اینکه در یکی از پژوهش‌های مرور شده بیان شد در گروه‌هایی که سطح معنویت پایین داشتند (لاادری‌گری‌ها، ملحدان)، میزان خودشفقت‌ورزی پایین نبود. می‌توان گفت اگرچه معنویت می‌تواند در توسعه و افزایش خودشفقت‌ورزی مؤثر باشد، اما یک عامل تام نیست و ممکن است ویژگی‌های دیگری نیز در خودشفقت‌ورزی سهیم باشند. چنین تفاوتی‌هایی نشان می‌دهد که مفهوم خودشفقت‌ورزی می‌تواند برای هر دو گروه چه مذهبی و غیرمذهبی، حتی با زمینه‌های بالقوه متفاوت در جهان‌بینی‌های آن‌ها به کار برده و اعمال شود^[۵۷] که البته این امر نیز خود نشان‌دهنده اهمیت کاربرد این سازه در سالمندان با هر نوعی از مذهب و سطح دین‌داری است. همچنین در مورد رابطه معنادار بین دین‌داری و بهزیستی روان‌شناختی این یافته با نتایج پژوهش‌های Spencer (۲۰۱۶)^[۲۷]، Kang و Kim (۲۰۱۴)^[۲۶]، Abu-Raiya و همکاران (۲۰۱۶)^[۲۵]، Whittington و Scher (۲۰۱۰)^[۲۰] همخوانی دارد. در مورد تبیین این یافته می‌توان چنین گفت که به طور کلی دین‌داری بر نحوه توصیف و تفسیر بیماری و مشکلات و همچنین چگونگی مقابله و یافتن معنا برای این مشکلات در سالمندان تأثیر می‌گذارد که خود نوعی احساس انسجام، صبر و بردباری، احساس همدلی و انعطاف‌پذیری را موجب می‌شود.^[۷۲] همچنین دین هدف و معنا را در زندگی به ارمغان آورده و به‌عنوان راهی برای زندگی دیده می‌شود^[۷۳]؛ در نتیجه فرد دین‌دار می‌تواند با قدرت ایمان خود، حوادث و مشکلات زندگی را که با قدرت عقل توجیه‌پذیر نیست، تحمل نماید، چنین فردی دچار اضطراب نمی‌گردد؛ چراکه خداوند یعنی بزرگ‌ترین نیروی موجود در هستی را حامی خویش می‌داند.^[۷۴، ۷۵] همچنین دین می‌تواند نقش مهمی را در ارائه بیمه روانی برای مقابله کردن با شوک‌های سلامتی، پیری و شرایط نامساعد و دشوار به دین‌داران ایفا کند^[۲۵]؛ بنابراین دین از طریق تشویق احساسات مثبت و کمک در فرآیند مقابله و همچنین پرورش دادن تاب‌آوری، امیدواری، چشم‌انداز خوش‌بینانه، فراهم کردن معنا و هدف، ارائه شیوه زندگی، ایجاد حس کنترل الهی بر زندگی و تأمین حمایت اجتماعی می‌تواند استرس و تنش را از بین ببرد و یک وضعیت مثبت مناسب و مثبت ذهنی را فراهم کند و به این ترتیب موجب بهزیستی روان‌شناختی شود.^[۲۰، ۲۶، ۵۸، ۷۶، ۷۷]

بر اساس یافته دیگری از مدل‌یابی معادلات ساختاری بین خودشفقت‌ورزی و بهزیستی روان‌شناختی رابطه علی مستقیم وجود دارد. این یافته پژوهش با نتایج پژوهش‌های Brenner و همکاران (۲۰۱۷)^[۲۸]، Raque-Bogdan و همکاران (۲۰۱۱)^[۴۰] و Zessin و همکاران (۲۰۱۵)^[۷۸] همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت نگرش شفقت‌آمیز می‌تواند به فرد در حل‌وفصل مطلوب چالش‌ها و تغییرات ناخوشایند سالمندی که می‌تواند شامل از دست دادن عزیزان و کاهش سلامت و عملکرد باشد، کمک کرد. خودشفقت‌ورزی سبب می‌شود به جای پاسخ دادن به این تغییرات ناخوشایند زندگی با خشم، انتقاد از خود و نگرانی فرد، با برخورداری از مهربانی نسبت به خود و در نظر گرفتن شرایط خود به‌عنوان بخشی از تجربه مشترک انسانی و حفظ یک دیدگاه عینی در مورد احساسات منفی، با چالش‌های سالمندی به خوبی مقابله کند^[۳۵، ۳۶]؛ بنابراین می‌توان گفت خودشفقت‌ورزی به‌عنوان یک ضربه‌گیر در مقابل تأثیر روان‌شناختی مشکلات سلامتی است^[۷۹] و می‌تواند موجب افزایش بهزیستی فرد شود. به بیان دیگر می‌توان گفت خودشفقت‌ورزی ممکن است به‌طور مستقیم تجارب مثبت را افزایش ندهد، اما می‌تواند تأثیرات تجارب منفی را ضعیف کند. در این فرآیند خودشفقتی به‌سادگی احساسات منفی را با احساسات مثبت جابه‌جا نمی‌کند، بلکه فرد را ترغیب می‌کند که به‌طور شناختی تجارب منفی را قبول کند و به آن‌ها خاتمه دهد.^[۸۰] این فرآیند درونی می‌تواند بر بهزیستی فرد تأثیر بگذارد؛ به عبارت دیگر، فردی که دارای احساس قوی از بهزیستی است بیشتر روی موقعیت‌های مثبت تمرکز می‌کند و رویدادهای را بیشتر با توجه به خاطرات دلپذیر آن‌ها تفسیر می‌کند.^[۸۱] به طور کلی، خودشفقت‌ورزی می‌تواند ارزیابی از زندگی سپری شده فرد سالمند در فرآیند مرور زندگی را برای رسیدن به یک انسجام بیشتر تعدیل کند؛ بدین‌صورت که فرد تشخیص می‌دهد مشکلات قسمتی طبیعی از زندگی هستند و مشکلات هر فردی بدتر از مشکلات دیگران نیست. بنابراین خودشفقتی به حل تکلیف رشدی خودانسجامی در برابر ناامیدی کمک می‌کند. این فرآیند می‌تواند به بهزیستی روان‌شناختی منجر شود. همچنین خودشفقتی با خودارزیابی واقع‌بینانه همراه است که این امر پیامدهای مثبتی به همراه دارد؛ بنابراین منطقی است که فکر کنیم خودشفقتی به‌تنهایی می‌تواند انگیزه‌ی اصلاح خود را افزایش دهد.^[۸۲] افرادی که با خودشفقتی با ضعف‌های شخصی برخورد می‌کنند، از انگیزه‌ی بیشتری برای اصلاح ضعف‌های خود برخوردار هستند (مثل میل به اصلاح خود یا جستجوی چالش‌هایی که رشد شخصی را افزایش می‌دهد). شرکت‌کنندگانی که از دیدگاه خود شفقت‌بار استفاده کردند، احساس قوی‌تری داشتند که می‌توانند تغییرات مثبتی در خود ایجاد کنند و اعتماد به نفس بالایی برای انجام این کار داشتند. خودشفقتی میل افراد برای رشد را افزایش می‌دهد و توانایی آن‌ها را برای مدیریت کردن زندگی و تسلط بر محیط بیشتر می‌کند.^[۷۹] همچنین خودشفقتی یکی از روش‌های سازگاری با شرایط استرس‌زای زندگی است^[۸۳] و می‌تواند از طریق کاهش واکنش‌های منفی، شناخت‌های متمرکز بر نقاط منفی را نیز کاهش دهد؛ بنابراین از این طریق عملکرد و بهزیستی افراد را بهبود می‌بخشد.

همچنین دین‌داری رابطه علی غیرمستقیم با بهزیستی روان به واسطه خودشفقت‌ورزی دارد. روشن شدن چگونگی تأثیر دین بر بهزیستی

روان‌شناختی هدف اصلی پژوهش حاضر بود. جهت بررسی همخوانی یا ناهمخوانی این یافته با دیگر پژوهش‌های صورت‌گرفته، بر اساس جستجوی نویسندگان پژوهشی یافت نشد، اما در مورد مکانیسم این تأثیر می‌توان گفت همان‌طور که در تبیین یافته اول این پژوهش توضیح داده شد، فرد دین‌دار نسبت به خودشفقت‌ورزی داشته و دین می‌تواند موجب افزایش خودشفقت‌ورزی گردد و از آنجایی که خودشفقت‌ورزی نقش بسیار مهمی در زندگی سالمندان دارد و بهزیستی افراد مسن بیشتر به تفسیر خودشان از شرایط خودشان بستگی دارد^[۸۴]، یک طرز فکر مشفقانه می‌تواند چشم‌انداز ملایمی از پذیرش بسیاری از آثار پیری را فراهم کند و منجر به بهزیستی روان‌شناختی شود. خودشفقت‌ورزی یک نوع سالم از پذیرش خود است و فرد دین‌دار طبق آموزه‌های دین به خودپذیری ترغیب شده است؛ بنابراین این خودپذیری با راهکارهای سازگارانه‌ی تنظیم هیجان می‌تواند به سلامت روان‌شناختی کمک کند. برای مثال با استفاده از خودشفقت‌ورزی در برخورد با نشخوار فکری و دوری کردن از افکار و تجارب و هیجانات دردناک می‌توان از راهکارهای سازگارانه‌تری مثل با خود مهربان بودن، ویژگی مشترک و ذهن آگاهی استفاده کرد.^[۳۶، ۳۵] از طرفی دیگر، دین اسلام در آموزه‌های خود به انسان گوشزد می‌کند که قال الله تعالی: «يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا قُوا أَنْفُسَكُمْ وَأَهْلِيكُمْ نَارًا وَقُودُهَا النَّاسُ وَالْحِجَارَةُ» (ای کسانی که ایمان آورده‌اید! خود و خانواده خویش را از آتشی که هیضم آن انسان‌ها و سنگ‌ها هستند، نگهدارید).^[۸۵] که می‌تواند یک مفهوم خودشفقت‌ورزی را برساند چرا که خودشفقت‌ورزی شامل نگرانی فرد برای بهزیستی‌اش می‌شود که این نگرانی به رفتارهای مهربانانه با خود و افزایش بهزیستی منجر می‌شود. خودشفقت‌ورزی یعنی خودمراقبتی و نگهداری از خود برای مثال یافته‌ها نشان می‌دهد افراد خودشفقت‌ورز بیشتر تمایل دارند که از سلامتی خود محافظت کنند و در هنگام نیاز مراقبت‌های پزشکی را جستجو می‌کنند و توصیه‌های پزشکان را دنبال می‌کنند.^[۸۶] این خودمراقبتی به شدت مورد تأکید دین است. همچنین دین اسلام خود را دین رحمت معرفی می‌کند و می‌فرماید شما را برای محبت آفریدیم.^[۸۷] در کتاب آسمانی این دین از واژه "رحم" که دلالت به دلسوزی، شفقت و مهربانی دارد، اشاره شده است^[۸۸]؛ بنابراین منطقی است که دین‌داری، شفقت‌ورزی نسبت به خود را به همراه دارد و در نتیجه این دیدگاه مراقبتی، افراد دارای خودشفقت‌ورزی بالا بهزیستی روان‌شناختی بالاتری را تجربه می‌کنند. از طرف دیگر، افرادی که رابطه خوبی با خدا ندارند، نسبت به کمبودهای زندگی خود برخورد نامالایمی دارند؛ یعنی نسبت به خود مشفق نیستند. فرد دین‌دار خدا را به‌عنوان وجودی مهربان و بخشنده درک می‌کند و با او ارتباط مثبت دارد که این سبب می‌شود 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 ناراضی را به خود گسترش می‌دهند و خود را بی‌لیاقت و حقیر می‌دانند.^[۸۶]

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر پس از ترسیم الگویی برای تعیین رابطه نگرش به دین با بهزیستی روان‌شناختی، رابطه نگرش به دین را با خودشفقت‌ورزی و همچنین رابطه آن‌ها را با بهزیستی روان‌شناختی روشن کرد؛ بدین‌صورت که نگرش به دین می‌تواند با افزایش خودشفقت‌ورزی تأثیر مثبتی بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان اعمال کند. توجه به نقش خودشفقت‌ورزی در تبیین رابطه نگرش به دین و بهزیستی روان‌شناختی حائز اهمیت است و می‌توان با ایجاد ظرفیت‌هایی برای افزایش خودشفقت‌ورزی، بهزیستی روان‌شناختی سالمندان را بهبود بخشید. در واقع دین‌داری از طریق یک دیدگاه مشفقانه نسبت به خود، پاسخی برای تجارب سردرگمی، رنج و شر، مشروع و درک‌پذیر ساختن نظم اجتماعی و توجیه رنج‌ها، شوربختی‌ها، دشواری‌ها و بی‌عدالتی‌های زندگی انسان فراهم آورده و در کلیتی معنادار قرار داده است و این ارزیابی مشفقانه او درک مطلوبیت زندگی‌اش بهبود می‌بخشد و احساس خوشبختی و بهزیستی او را افزایش می‌دهد. پژوهش حاضر علاوه بر این که در مفهوم‌سازی رابطه دین‌داری و بهزیستی به روشن کردن ابهام رابطه دین‌داری و خودشفقت‌ورزی کمک می‌کند، می‌تواند در جهت روشن کردن ابهام در شناسایی عوامل اجتماعی، شناختی و عاطفی معنادار و مؤثر در ایجاد بهزیستی روان‌شناختی و تدوین روش‌های مناسب مبتنی بر دین‌داری و خودشفقت‌ورزی در ارتقا و افزایش مؤثر بهزیستی روان‌شناختی مورد استفاده قرار گیرد.

حمایت مالی

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

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر اصول اخلاقی رضایت آگاهانه و داوطلبانه جهت شرکت در پژوهش، رازداری و محرمانه بودن هویت و اطلاعات شرکت‌کنندگان، رعایت صداقت و امانت علمی، تکریم شخصیت و شأن و منزلت انسانی شرکت‌کنندگان و تشکر و قدردانی از همکاری آن‌ها رعایت گردیده است. لازم به ذکر است این پژوهش در کمیته پایان‌نامه دانشگاه رازی کرمانشاه در تاریخ ۱۳۹۶/۰۶/۲۹ مورد تصویب نهایی قرار گرفته است و مورد تأیید کمیته اخلاق دانشگاه رازی است، اما در حال حاضر کمیته اخلاق این دانشگاه کد اخلاق صادر نمی‌کند.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی درباره‌ی پژوهش حاضر ندارند.

تشکر و قدردانی

در پایان نویسندگان از اداره کل بهزیستی استان کرمانشاه، کارکنان محترم مرکز سالمندان نیمه‌وقت مهرگان کرمانشاه به‌خصوص تمامی سالمندان عزیز مرکز مهرگان که با صبر و صداقت خود لازمه به ثمر رسیدن پژوهش حاضر شدند، تشکر و قدردانی را به عمل می‌آورند.

منابع

1. Nations U. World population ageing 2013. Department of Economic and Social Affairs PD. 2013. <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>.
2. Ljunggren M. Elderly abuse and depression in developed countries: Does religion/spirituality matter? 2012.
3. Ryff CD, Singer BH. Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social Science Research*. 2006;35(4):1103-19.
4. Yeung DY. Aging and Psychological Well-Being. *Encyclopedia of Geropsychology*. 2015:1-6.
5. Rahim NB, Siti-Rohaida M. Protean Career Orientation and Career Goal Development: Do they Predict Engineer's Psychological Well-being? *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2015;172:270-7.
6. Ryff CD. Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2014;83(1):10-28.
7. Ryff CD, Singer BH, Love GD. Positive health: connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. 2004;359(1449):1383.
8. Neff K. Self-compassion and psychological well-being. *Constructivism in the human sciences*. 2004;9(2):27.
9. Kamp Dush CM, Taylor MG, Kroeger RA. Marital happiness and psychological well-being across the life course. *Family relations*. 2008;57(2):211-26.
10. Krauss SW, Hood Jr RW. A new approach to religious orientation: The commitment-reflectivity circumplex: Rodopi; 2013.
11. Dezutter J, Soenens B, Hutsebaut D. Religiosity and mental health: A further exploration of the relative importance of religious behaviors vs. religious attitudes. *Personality and individual differences*. 2006;40(4):807-18.
12. Aghababaei N, & Belchinowo, A. The Relationship between Hexaco Personality Model, Religiousness and Subjective Well-Being in Iranian and Polish Students. *Contemporary Psychology*. 2014; 9 (1): 28-17. [In Persian].
13. George LK, Ellison CG, Larson DB. Explaining the relationships between religious involvement and health. *Psychological inquiry*. 2002;13(3):190-200.
14. Kyung S, Jin H. A study of impact of social activities and religion/spirituality on depression and lifesatisfaction among the Korean elderly. *한국인구학*. 2011;34(2):163-90.
15. Lee E-KO. Religion and spirituality as predictors of well-being among Chinese American and Korean American older adults. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*. 2007;19(3):77-100.
16. Yoon DP. Factors affecting subjective well-being for rural elderly individuals: the importance of spirituality, religiousness, and social support. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*. 2006;25(2):59-75.
17. Ellison CG, Fan D. Daily spiritual experiences and psychological well-being among US adults. *Social Indicators Research*. 2008;88(2):247-71.
18. Salsman JM, Brown TL, Brechting EH, Carlson CR. The link between religion and spirituality and psychological adjustment: The mediating role of optimism and social support. *Personality and social psychology bulletin*. 2005;31(4):522-35.
19. Krause N. God-mediated control and psychological well-being in late life. *Research on Aging*. 2005;27(2):136-64.
20. Whittington BL, Scher SJ. Prayer and subjective well-being: An examination of six different types of prayer. *International Journal for the Psychology of Religion*. 2010;20(1):59-68.
21. Martos T, Thege BK, Steger MF. It's not only what you hold, it's how you hold it: Dimensions of religiosity and meaning in life. *Personality and Individual Differences*. 2010;49(8):863-8.
22. Steger MF, Frazier P. Meaning in life: One link in the chain from religiousness to well-being. *Journal of Counseling Psychology*. 2005;52(4):574.
23. Ai AL, Park CL, Huang B, Rodgers W, Tice TN. Psychosocial mediation of religious coping styles: A study of short-term psychological distress following cardiac surgery. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2007;33(6):867-82.
24. Lun VM-C, Bond MH. Examining the relation of religion and spirituality to subjective well-being across national cultures. *Psychology of Religion and Spirituality*. 2013;5(4):304.
25. Abu-Raiya H, Pargament KI, Krause N. Religion as problem, religion as solution: Religious buffers of the links between religious/spiritual struggles and well-being/mental health. *Quality of Life Research*. 2016;25(5):1265-74.
26. Kang SK, Kim HJ. Reflections on the recovery paradigm using religion/spirituality for Korean elderly adults: depression and well-being in life. *Asia Pacific Journal of Social Work and Development*. 2014;24(1-2):59-70.
27. Spencer N. Is religion good for you? Analysing three decades worth of academic research on the relationship between religion and well-being. *Religion and the public Sphere*. 2016.
28. Hayward RD, Krause N. Religion, mental health and well-being: Social aspects. Religion, personality, and social behavior. 2014:255-80.

29. Van Cappellen P, Toth-Gauthier M, Saroglou V, Fredrickson BL. Religion and well-being: The mediating role of positive emotions. *Journal of Happiness Studies*. 2016;17(2):485-505.
30. 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.
31. Saroglou V, Buxant C, Tilquin J. Positive emotions as leading to religion and spirituality. *The Journal of Positive Psychology*. 2008;3(3):165-73.
32. Van Cappellen P, Saroglou V. Awe activates religious and spiritual feelings and behavioral intentions. *Psychology of Religion and Spirituality*. 2012;4(3):223.
33. Fredrickson BL. Positive emotions broaden and build. *Advances in experimental social psychology*. 2013;47(1):53.
34. 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.
35. Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*. 2003;2(2):85-101.
36. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*. 2003;2(3):223-50.
37. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*. 2003;10(2):144-56.
38. Brenner RE, Heath PJ, Vogel DL, Credé M. Two is more valid than one: Examining the factor structure of the Self-Compassion Scale (SCS). *Journal of counseling psychology*. 2017;64(6):696.
39. Cornish MA, Wade NG. Working through past wrongdoing: Examination of a self-forgiveness counseling intervention. *Journal of Counseling Psychology*. 2015;62(3):521.
40. Raque-Bogdan TL, Ericson SK, Jackson J, Martin HM, Bryan NA. Attachment and mental and physical health: self-compassion and mattering as mediators. *Journal of Counseling Psychology*. 2011;58(2):272.
41. Heath PJ, Brenner RE, Lannin DG, Vogel DL. Self-Compassion Moderates the Relationship of Perceived Public and Anticipated Self-Stigma of Seeking Help. 2016.
42. Heath PJ, Brenner RE, Vogel DL, Lannin DG, Strass HA. Masculinity and barriers to seeking counseling: The buffering role of self-compassion. *Journal of counseling psychology*. 2017;64(1):94.
43. Wasylikiw L, Clairo J. Help Seeking in Men: When Masculinity and Self-Compassion Collide. 2016.
44. Heath PJ, Brenner RE, Lannin DG, Vogel DL. Self-compassion moderates the relationship of perceived public and anticipated self-stigma of seeking help. *Stigma and Health*. 2018;3(1):65.
45. Allen AB, Goldwasser ER, Leary MR. Self-compassion and well-being among older adults. *Self and Identity*. 2012;11(4):428-53.
46. Phillips WJ, Ferguson SJ. Self-compassion: A resource for positive aging. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2012;68(4):529-39.
47. Brown L, Bryant C, Brown V, Bei B, Judd F. Self-compassion, attitudes to ageing and indicators of health and well-being among midlife women. *Aging & mental health*. 2016;20(10):1035-43.
48. Steffen PR, Masters KS. Does compassion mediate the intrinsic religion-health relationship? *Annals of Behavioral Medicine*. 2005;30(3):217-24.
49. Allport GW. The religious context of prejudice. *Journal for the scientific study of religion*. 1966;5(3):447-57.
50. Batson CD, Eidelman SH, Higley SL, Russell SA. "And who is my neighbor?" II: Quest religion as a source of universal compassion. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 2001;40(1):39-50.
51. Goldfried J, Miner M. Quest religion and the problem of limited compassion. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 2002;41(4):685-95.
52. Hendrick SS, Hendrick C. Love and sex attitudes and religious beliefs. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 1987;5(3):391-8.
53. Leak GK. Relationship between religious orientation and love styles, sexual attitudes, and sexual behaviors. *Journal of Psychology and Theology*. 1993;21(4):315-8.
54. Melton JG, Baumann M. *Religions of the World: A Comprehensive Encyclopedia of Beliefs and Practices*, [6 volumes]: A Comprehensive Encyclopedia of Beliefs and Practices: ABC-CLIO; 2010.
55. Varghese ME. *Attachment to God and psychological well-being: Shame, guilt, and self-compassion as mediators*: Purdue University; 2015.
56. Homan KJ. Symbolic attachment security and eudemonic well-being in older adults. *Journal of Adult Development*. 2014;21(2):89-95.
57. Farnsworth JK, Mannon KA, Sewell KW, Connally ML, Murrell AR. Exploration of caregiver behavior on fear of emotion, spirituality, and self-compassion. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2016;5(3):160-8.
58. Green M, Elliott M. Religion, health, and psychological well-being. *Journal of religion and health*. 2010;49(2):149-63.
59. Hayward RD, Elliott M. Cross-national analysis of the influence of cultural norms and government restrictions on the relationship between religion and well-being. *Review of Religious Research*. 2014;56(1):23-43.
60. Guadagnoli E, Velicer WF. Relation of sample size to the stability of component patterns. *Psychological bulletin*. 1988;103(2):265.
61. Maureen M. Mini-mental state examination. Galter Health science's library Last updated: June. 1999;6.
62. Vertesi A, Lever JA, Molloy DW, Sanderson B, Tuttle I, Pokoradi L, et al. Standardized Mini-Mental State Examination. Use and interpretation. *Canadian Family Physician*. 2001;47(10):2018-23.

63. Foroughan M JZ, Shirin Bayan P, Ghaem Magham Farahani Z, Rahgozar M. Validation of Mini-Mental State Examination (MMSE) in The Elderly Population of Tehran. *Advances in Cognitive Science*. 2008;10(2):29-37. [In Persian].
64. Khanjani S, Shahryar, Abadi, Mazaheri, Shokri, et al. Factor Structure and Psychometric Properties of Short Form (18 questions) Ryff Psychological Well-Being Scale in Male and Female Students. *Thought and behavior in clinical psychology*. 2014; 8 (32): 27-36. [In Persian].
65. Shahbazi M RG, Maghami A, Jolandari A. Confirmed Factor Structure of the Persian Version of the Revised Degree of Compassion-Rating in a group of prisoners. *Quarterly Journal of Psychological Methods and Models*. 2015; 6 (19): 31-46. [In Persian].
66. Wilde A, Joseph S. Religiosity and personality in a Moslem context. *Personality and Individual Differences*. 1997;23(5):899-900.
67. Ghorbani N, Watson PJ, Ghramaleki AF, Morris RJ, Hood Jr RW. Muslim attitudes towards religion scale: Factors, validity and complexity of relationships with mental health in Iran. *Mental Health, Religion & Culture*. 2000;3(2):125-32.
68. Hooman HA, *Structural Equation Modeling Using Lizerl Software*, Side Publishing, Tehran. [In Persian].
69. Pahlavan Sharif SM, Vahid, 2017, *Modeling Structural Equations with AMOS*, Tehran, Bizeh Publications. [In Persian].
70. Varae P, Momeni Kh, Moradi A. Predicting the self-Compassion based on the components of attitude to religion among old men. *Islamic Studies and Psychology*, 2018; 12 (23): 53-68. do: 10.30471 / psy.2019.1546. [In Persian].
71. Puchalski CM, Dorff RE, Hendi IY. Spirituality, religion, and healing in palliative care. *Clinics in geriatric medicine*. 2004;20(4):689-714.
72. Cecero JJ, Bedrosian DR, Fuentes A, Bornstein RF. Religiosity and healthy dependency as predictors of spiritual well-being. *The International Journal for the Psychology of Religion*. 2006;16(3):225-38.
73. Steger MF, Kashdan TB. The unbearable lightness of meaning: Well-being and unstable meaning in life. *The Journal of Positive Psychology*. 2013;8(2):103-15.
74. Miller WR, Thoresen CE. Spirituality, religion, and health: An emerging research field. *American psychologist*. 2003;58(1):24.
75. Nooney JG. Religion, stress, and mental health in adolescence: Findings from add health. *Review of Religious Research*. 2005:341-54.
76. Levin J. Religion and mental health: Theory and research. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*. 2010;7(2):102-15.
77. Salifu Yendork J, Somhlaba NZ. "I am happy because of God": Religion and spirituality for well-being in Ghanaian orphanage-placed children. *Psychology of Religion and Spirituality*. 2017;9(S1):S32.
78. Zessin U, Dickhäuser O, Garbade S. The relationship between self-compassion and well-being: A meta-analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. 2015;7(3):340-64.
79. Homan KJ. Self-compassion and psychological well-being in older adults. *Journal of Adult Development*. 2016;23(2):111-9.
80. Neff KD, Dahm KA. Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. *Handbook of mindfulness and self-regulation: Springer*; 2015:121-37.
81. Diener E, Ryan K. Subjective well-being: A general overview. *South African Journal of Psychology*. 2009;39(4):391-406.
82. Breines JG, Chen S. Self-compassion increases self-improvement motivation. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2012;38(9):1133-43.
83. Neff KD, McGehee P. Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and identity*. 2010;9(3):225-40.
84. 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.
85. Holy Quran ST, Verse 6.
86. Terry ML, Leary MR. Self-compassion, self-regulation, and health. *Self and Identity*. 2011;10(3):352-62.
87. Holy Quran SH, Verse 119.
88. Lotfi M, & Mirsaidi, S. The Semantics of the Book's Word in the Qur'an Based on Companionship Relationships. *Linguistic Research of the Quran*. 2015; 4 (2): 137-158. [In Persian].