

## پیش‌بینی «خودشفقت‌ورزی» براساس «مؤلفه‌های نگرش به دین» در مردان سالمدان

\* پیام ورعی  
\*\* خدامراد مؤمنی  
\*\*\* آسیه مرادی

### چکیده

هدف این پژوهش عبارت است از بررسی چگونگی ارتباط «مؤلفه‌های نگرش به دین» و «خودشفقت‌ورزی» در مردان سالمدان؛ به این منظور، با روش تصادفی ساده، ۳۰۰ نفر از سالمدان حاضر در «مرکز نگهداری نیمه‌وقت سالمدان مهر گان شهر کرمانشاه» انتخاب شدند. آنان به پرسشنامه‌های «فرم کوتاه خودشفقت‌ورزی» و «نگرش مسلمانان به دین» پاسخ دادند؛داده‌ها با «ضریب همبستگی پیرسون» و «تحلیل رگرسیون گام به گام» تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که بین «مؤلفه‌های دین‌داری» و «خودشفقت‌ورزی» رابطه مثبت معنادار وجود دارد؛ «مؤلفه‌های نگرش به دین» که شامل «کمک شخصی»، «نگرش اسلامی» و «مناسک اسلامی» می‌باشد؛ به ترتیب به طور معناداری قادر به پیش‌بینی ۲۳درصد از تغییرات خودشفقت‌ورزی سالمدان است. پس می‌توان با افزایش «دینداری»، «خودشفقت‌ورزی» را افزایش داد و درنتیجه توان مقابله سالمدان در برابر بیماری‌های روانی و مشکلات زندگی را بهبود بخشید.

**واژگان کلیدی:** نگرش به دین، خودشفقت‌ورزی، سالمدان، روانشناسی اسلامی.

\* کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه رازی، دانشکده علوم اجتماعی، کرمانشاه، ایران (نویسنده مسئول)  
payam.varaee@gmail.com

\*\* دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه رازی، دانشکده علوم اجتماعی، کرمانشاه، ایران  
khmomeni2000@yahoo.com

\*\*\* استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه رازی، دانشکده علوم اجتماعی، کرمانشاه، ایران  
asie.moradi@razi.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱/۱۸ تاریخ تأیید: ۱۳۹۷/۱۱/۳۰

## مقدمه

پیش‌بینی می‌شود که تعداد سالمندان ایران در سال ۲۰۵۰ به رقم ۲۰۵۰ میلیون و ۳۹۳ هزار نفر، یعنی ۲۶ درصد از کل جمعیت خواهد رسید (سازمان ملل متحد،<sup>۱</sup> ۲۰۱۳). این جمعیت روزافزون با مشکلات گوناگون سلامت جسمی و روانی رو به رو خواهد بود (لجنگن،<sup>۲</sup> ۲۰۱۲)؛ بنابراین جهت برنامه‌ریزی و طراحی راهبردهای مناسب برای مقابله با این مشکلات بررسی متغیرهای دخیل در سلامت روانی و جسمی آنها ضروری به نظر می‌رسد. در میان متغیرهای گوناگونی که می‌تواند سلامت روان در سالمندان را به طور کلی بهبود بخشد، متغیری وجود دارد که نقش بسیار مهمی را در زندگی سالمندان ایفا می‌کند؛ تا اندازه‌ای که می‌تواند درک سالمندرا از مشکلات جسمی اش تغییر دهد که به راحتی می‌توان آن را در سالمندان تقویت کرد و نتایج مثبت آن را دید (سیدلکی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۸؛ ریس،<sup>۴</sup> ۲۰۱۰؛ آلن<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). این متغیر بارفاه روانی همبسته است (نف،<sup>۶</sup> ۲۰۰۳؛ نف و همکاران،<sup>۷</sup> ۲۰۰۷)، اما از سلامت روان عمومی، بهزیستی و عزت نفس متمایز است (نف و فاسو،<sup>۸</sup> ۲۰۱۵؛ نف و وونک،<sup>۹</sup> ۲۰۰۹). این متغیر مهم «خودشقتورزی» نام دارد.

خودشقتورزی به عنوان توانایی برخورد مهربانانه با خود در برابر احساس رنج و درد و نگرانی تعریف می‌شود (نف، ۲۰۰۳ ب). به طور دقیق، خودشقتورزی از سه مؤلفه خودمهربانی، ذهن‌آگاهی و تجرب مشارک انسانی تشکیل شده است. خودمهربانی به برخورد ملايم همراه فهم غیرقضاؤتی با خود اشاره دارد. تجرب مشارک انسانی به معنای پذیرش این نکته می‌باشد که نواقص زندگی بخش اجتناب‌ناپذیری از تجرب مشارک بین انسان‌ها است و ذهن‌آگاهی به اتخاذ رویکرد متعادل به جای رویکرد ببالغه‌آمیز در مورد احساسات دردناک اشاره دارد (نف، ۲۰۰۳). به لحاظ مفهومی، افراد خودشقتورز، یک دیدگاه حفظ سلامتی نسبت به خود دارند، پس احتمالاً جهت‌گیری‌های منفی خود را کمتر گسترش می‌دهند. موضع خودشقتورزانه نسبت به رنج، منحصر به فرد است (نف، ۲۰۰۳ ب). به عبارت دیگر خودشقتورزی به معنای ریشه‌کن کردن درد و رنج نیست، بلکه آن را به دوراه تسکین و کاهش می‌دهد: الف) شناختن، تشخیص فاصله از اضطراب خود و اضطراب همگانی و ب) هدایت خود به سمت همدلی و پذیرش (نف، ۲۰۰۳؛ نف و وونک، ۲۰۰۹). خودشقتورزی ممکن است زمینه‌ای مناسب برای درک

1. Nations, U.

2. Ljunggren, M.

3. Siedlecki, K. L.

4. Raes, F.

5. Allen, A. B.

6. Neff, K. D.

7. Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L.

8. Faso, D. J.

9. Vonk, R.

پاسخ‌های سازگار و ناسازگار را در برابر مصیبت، درد و رنج و بدبختی فراهم کند. افرادی که با خودشفقتی با ضعف‌های شخصی برخورد می‌کنند، از انگیزه بیشتری برای اصلاح ضعف‌های خود برخوردارند. خودشفقتی میل افراد برای رشد را افزایش می‌دهد و توانایی آنها را برای مدیریت کردن زندگی و تسلط بر محیط می‌افزاید (هومن،<sup>۱</sup> ۲۰۱۶؛ نف و مک گهی،<sup>۲</sup> ۲۰۱۰). به طور تجربی، نیز خودشفقتورزی می‌تواند مانع علائم پاتولوژیک مانند اضطراب و افسردگی شود (برینس و چن،<sup>۳</sup> ۲۰۱۲؛ پاولی و مکفرسون،<sup>۴</sup> ۲۰۱۰). افزون بر این، خودشفقتورزی برای جنبه‌های گوناگونی از عملکردهای مثبت فایده دارد و به عنوان پیش‌بینی کننده قوی از اشکال مختلف بهزیستی ذهنی (هولیس-والکر و کولوسیمو،<sup>۵</sup> ۲۰۱۱؛ نف و همکاران، ۲۰۰۷)، عاطفه مثبت (نف و وونک،<sup>۶</sup> ۲۰۰۹) و رضایت از زندگی (آلن و لاری،<sup>۷</sup> ۲۰۱۳) شناخته می‌شود. درنهایت خودشفقتورزی در سالمدان با بهزیستی ذهنی، یکپارچگی خود، معنای زندگی (فیلیپس و فرگوسن،<sup>۸</sup> ۲۰۱۲)، نگرش نسبت به سالمدانی (برون و همکاران،<sup>۹</sup> ۲۰۱۶) و بهزیستی روان‌شناختی ارتباط مثبت قوی دارد (هومن،<sup>۱۰</sup> ۲۰۱۶). همان‌طور که مشاهده شد، شواهد در حال رشد نشان می‌دهند که خودشفقتورزی با طیف گسترده‌ای از پیامدهای روان‌شناختی مطلوب مرتبط است، اما تحقیقات کمی در سطح جهان خودشفقتورزی را در افراد مسن بررسی کرده‌اند (هومن،<sup>۱۱</sup> ۲۰۱۶). این ضعف تحقیقاتی در کشور ایران خیلی بیشتر می‌باشد. بنابراین ضروری است که عوامل مؤثر در خودشفقتورزی بررسی شوند.

شاید متغیرهایی در خودشفقتورزی نقش داشته باشند؛ اما ضروری است که متغیرهای فرهنگی نیز به شمار آید از جمله نگرش به دین را که یکی از نتایج دین‌داری فراهم آوردن رفتار خودمهربانانه و دیگر مهربانانه است (فنسورته<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). اهمیت دین در سالمدان و تأثیری که می‌تواند بر سلامتی آنان بگذارد، بر کسی پوشیده نیست (زیمر<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). دین در تعریفی که به درک روزمره انسان‌ها از واژه دین نزدیک‌تر باشد، یعنی سیستمی از باورهای خدا و یا زندگی پس از مرگ است (کراوس و هودجر،<sup>۱۴</sup> ۲۰۱۳). دینی بودن عنوان عامی است که به هر فرد یا پدیده‌ای گفته می‌شود که ارزش‌ها و نشانه‌های دینی در آن متجلّی باشد. تجلّی این ارزش‌ها و نشانه‌ها را در نگرش، گرایش و اعمال آشکار و پنهان فرد می‌توان جستجو کرد و آنچه مسلم است دین تأثیرات عمیق و گسترده‌ای در تبلور شخصیت افراد و اخلاق و رفتار فردی و

1. Homan, K. J.

2. McGehee, P.

3. Breines, J. G., &amp; Chen, S.

4. Pauley, G., &amp; McPherson, S.

5. Hollis-Walker, L., &amp; Colosimo, K.

6. Phillips, W. J., &amp; Ferguson, S. J.

7. Brown, L.

8. Farnsworth, J. K.

9. Zimmer.

10. Krauss, S. W. &amp; Hood Jr, R. W.

اجتماعی ایشان دارد (فضل‌الهی قمشی، ۱۳۹۴). در علوم روان‌شناسی، توجه به مسئله دین عموماً در سنجش نگرش افراد به دین تبلور یافته است (نوربخش و همکاران، ۱۳۹۳). این تبلور را ابزاری برای سنجش میزان دین‌داری افراد در نظر گرفته‌اند (آقابابایی و بلچنیو، ۱۳۹۳؛ آقابابایی و همکاران، ۱۳۹۵). پس در این پژوهش نیز از ابزار نگرش به دین به عنوان ابزاری استفاده می‌شود که در واقع دین‌داری فرد را می‌سنجد.

بسیاری از آموزه‌های دینی شامل توسعه و تقویت نگرش‌های شفقت‌ورزانه و استفاده از رفتارهای شفقت‌ورزانه به عنوان یک عنصر صریح می‌باشند. در آموزه‌های متعدد معنوی باشقت بودن بر جسته شده است، بدین صورت که ممکن است افرادی که معنویت قوی‌تری دارند، تمایل بیشتری نسبت به استفاده از نگرش و باورهای دلسویزی در فرایندهای روان‌شناسی خود داشته باشند؛ بنابراین، پذیرفتی است که معنویت به طور مثبتی با خودشفقت‌ورزی ارتباط داشته باشد. در تأیید این ادعا می‌توان به تعریف آلپورت<sup>۱</sup> (۱۹۶۶) اشاره کرد که در آغاز پیشنهاد کرد که دین‌داری درونی یک شفقت جهانی است. اگرچه پژوهش‌های بعدی به طور کامل مشخص نکرده‌اند که آیا افرادی که دین‌داری‌شان درونی است، به راستی به طور جهانی شفقت‌ورز هستند و یا الزامشان به شفقت‌ورزی بیشتر ممکن است انتخابی و محتاطانه باشد (باتسون<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۹؛ باتسون و همکاران، ۲۰۰۱؛ گلدفري و مينر،<sup>۳</sup> ۲۰۰۲؛ فولتون<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۹). با این اوصاف، شواهدی مبنی بر ارتباط بین شفقت و دین‌داری وجود دارد؛ برای مثال، هندیریک و هندیریک<sup>۵</sup> (۱۹۸۷) دریافتند که افراد دینی سطح بالاتری از شفقت را گزارش می‌دهند، و همچنین لیک<sup>۶</sup> (۱۹۹۳) گزارش داد که دین‌داری درونی با افزایش شفقت‌ورزی مرتبط است. توجه به این امر نیز اهمیت دارد که شفقت‌ورزی یک اصل مشترک در سراسر ادیان بزرگ جهان است و همه آنها بر نگرش‌ها و رفتارهای شفقت‌ورزانه تأکید دارند (استفن و مسترس،<sup>۷</sup> ۲۰۰۵؛ ملتون و بیومن،<sup>۸</sup> ۲۰۱۰).

اگرچه پژوهش‌های انجام شده در مورد پیوند دین و شفقت‌ورزی بسیار محدود است، اما با مرور پژوهش‌هایی که ممکن است در راستای پیشینه این پیوند باشند، می‌توان ضمن بررسی آنها به مقایسه‌پذیری نتایج حاضر نیز کمک کرد. مهم‌ترین، مرتبط‌ترین و به‌روزترین این پژوهش‌ها، مطالعه وارگیس<sup>۹</sup> (۲۰۱۵) است که نشان داد در بافت دینی و معنوی، فردی که خدرا را مهربان و بخشنده می‌داند، نسبت به خود نیز مهربان‌تر و بخشنده‌تر است و در هنگام بروز گناه و یا شکست

1. Allport, G. W.

2. Batson, C. D.

3. Goldfried, J., & Miner, M.

4. Fulton, A. S.

5. Hendrick S. S., Hendrick, C.

6. Leak, G.K.

7. Steffen, P. R. & Masters, K. S.

8. Melton, J. G. & Baumann, M.

9. Varghese, M.E.

بیشتر از خودشفقتی استفاده می‌کند. هومن (۲۰۱۴) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسید، افرادی که خدا را مهریان می‌دانند، می‌توانند این مهربانی و شفقت را نسبت به خود گسترش دهند و با خود به طور مهربان‌تر رفتار کنند و در برابر آن، افرادی که خدا را نسبت به خود بی‌توجه و ناراضی می‌دانند، این حس نارضایتی را به خود گسترش می‌دهند و خود را نالایق و حقیر می‌دانند. همچنین، یافته‌های فرنسورته و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند که اگرچه معنویت به‌طور مثبتی با خودشفقت‌ورزی ارتباط دارد، اما در گروه‌هایی که سطح معنویت پایین‌تری داشتند (برای مثال، لادری‌ها و ملحدان) میزان خودشفقت‌ورزی پایین نبود.

همان‌طور که بیان شد، پژوهش‌های انجام گرفته در مورد رابطه مؤلفه‌های دینی با خودشفقت‌ورزی در سطح جهان بسیار اندکند و پژوهش‌های موجود بیشتر به نمونه‌های غربی در زمینه دین مسیحی و فرهنگی غیرایرانی متکی هستند. بنابراین، لازم است مطالعاتی جهت روشن شدن پیوند دین و خودشفقت‌ورزی در فرهنگ‌ها و ادیان متفاوتی انجام گیرد تا ضمن افزایش غنای پژوهشی به این پرسش نیز پاسخ دهد که دین‌داری چه رابطه‌ای با خودشفقت‌ورزی دارد؟ پس هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه دین‌داری و خودشفقت در سالمندان می‌باشد و در صدد بررسی این فرضیه برآمده است که «دین‌داری با خودشفقت‌ورزی رابطه دارد و می‌تواند تغییرات آن را در سالمندان پیش‌بینی کند».

## روش

### طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مردان مرکز نگهداری نیمهوقت سالمندان مهرگان (شهید یاری) شهر کرمانشاه، به تعداد حدود ۷۰۰ نفر است که ۳۰۰ نفر برای نمونه به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. لازم به ذکر است، تنها مرکز نگهداری نیمهوقت سالمندان استان کرمانشاه همین مرکز است که دولتی و تحت نظر سازمان بهزیستی استان می‌باشد و اطلاعات گرفته شده به صورت تقریبی از همان مرکز بوده است و دلیل تقریبی بودن آن 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، نخست هدف پژوهش برای آنها بیان شد و با ارائه راهنمایی لازم پرسش‌نامه‌های در اختیار آنها قرار گرفت و از آنها خواسته شد که به دقت سوالات را بخوانند و پاسخ‌های مورد نظر را متناسب با ویژگی‌های خود انتخاب کنند و تا حد امکان پرسشی را بی‌پاسخ نگذارند. اطلاعات به صورت

فردی جمع آوری شد. برای پاسخگویی شرکت‌کنندگان به پرسش‌نامه‌های پژوهش به سالمدان شرکت‌کننده در پژوهش این اطمینان داده شد که اطلاعات دریافت شده از آنان به صورت محترمانه خواهد ماند و کسانی که مایل نیستند به این پرسش‌ها پاسخ دهنده می‌توانند در هر مرحله‌ای از پاسخگویی که هستند همکاری خود را ادامه ندهند؛ درنهایت ۳۰۰ نفر از شرکت‌کنندگان به مجموعه پرسش‌نامه‌های پژوهش به صورت قلم-کاغذی پاسخ دادند و همچنین جهت نداشتن خطاهای بینایی در هنگام خواندن برای سالمدان باسواند، پرسش‌نامه خوانا و درشت تهیه و به منظور رعایت کدهای اخلاقی، رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از تمام سالمدان شرکت‌کننده در پژوهش دریافت شد. لازم به بیان است که به دلیل آنکه ابزار تشخیصی مبتنی بر پرسش‌نامه می‌تواند تحت تأثیر اختلال توجه، اختلال حواس و نقص ارتباطی سالمدان باشد؛ بنابراین لازم است وجود یا عدم وجود اختلال‌های شناختی سالمدان بررسی شود تا از اعتبار پاسخ آنها اطمینان نسبی به دست آید. بدین منظور از پرسش‌نامه مختصر وضعیت روانی استفاده شد که روش عملی برای درجه‌بندی شناختی است؛ پس ملاک‌های ورود برای این پژوهش عبارت بود از:

۱. داشتن نمره بالای ۲۲ در آزمون وضعیت روانی؛ ۲. افراد ۵۵ سال و بالاتر؛ ۳. داشتن تحصیلات راهنمایی یا بالاتر؛ ۴. درآمد ماهیانه مالی (حقوق یا مستمری) دست‌کم برای گذراندن امور زندگی. ملاک خروج نیز افزون بر داشتن ملاک ورود، تمایل نداشتن به ادامه همکاری با پژوهشگران و کسب نمره زیر ۲۲ در آزمون وضعیت روانی در نظر گرفته شد. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۱۰/۶ سال با انحراف استاندارد ۸/۴ بود و میانگین درآمد ماهیانه شرکت‌کنندگان ۱/۳۱ میلیون تومان با انحراف استاندارد ۱/۱۹ بود (۹۰۰ هزار تومان تا ۳ میلیون تومان). همه شرکت‌کنندگان دین خود را اسلام و مذهب خود را تشیع گزارش کردند.

### ابزار

**معاینه مختصر وضعیت شناختی:**<sup>۱</sup> این مقیاس متداول‌ترین ابزار غرب‌الگری اختلالات شناختی در سطح جهان است که به زبان‌های مختلف ترجمه و در فرهنگ‌های گوناگون استاندارد شده است. این آزمون کارکردهای مختلف شناختی را سنجیده، برآورده کلی از وضعیت شناختی آزمودنی فراهم می‌کند. این پرسش‌نامه در معاینات روانی جهت اختلالات شناختی به کار می‌رود و پنج محلوده از عملکرد شناختی را آزمایش می‌کند (جهت‌یابی، ثبت، توجه و محاسبه، یادآوری و طراحی). بیشترین نمره آن ۳۰ بوده و نمرات ۲۳ یا پایین‌تر نشان‌دهنده اختلال شناختی است (اختلال شناختی شدید=۰، اختلال شناختی خفیف یا متوسط=۱۸-۲۳، نرمال=۲۴-۳۰).

1. Mini-mental state examination

(مورمیورین،<sup>۱</sup> ۱۹۹۹). هنچاریابی معاینه مختصر وضعیت شناختی سالمندان در شهر تهران از روایی رضایت‌بخشی برخوردار بود و آلفای کرونباخ آن برابر ۰/۷۸ گزارش شده است. این ابزار در نقطه برش ۲۱ حساسیت ۰/۹۰ درصد و ویژگی ۰/۸۴ درصد به دست آمد. همبستگی نمرات با سن و سطح تحصیلات در سطح ۰/۰۵ معنادار بود (فروغان و همکاران، ۱۳۸۷).

مقیاس فرم کوتاه خودشفقت‌ورزی<sup>۲</sup> (۲۰۱۱): ریس، پومیر،<sup>۳</sup> نف وون گوچت<sup>۴</sup> (۲۰۱۱) مقیاس ۱۲ ماده‌ای خودشفقت‌ورزی را تدوین کردند که شامل ۶ خرده‌مقیاس (مهربانی به خود، قضاوت کردن خود، اشتراک انسانی، انزوا، ذهن‌آگاهی و همانندسازی افراطی) است و 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. کمترین و بیشترین نمره این ابزار به ترتیب ۱۲ تا ۶۰ است. خرده‌مقیاس‌های مهربانی به خود و اشتراک انسانی و ذهن‌آگاهی خرده‌مقیاس مثبت به شمار می‌آید و خرده‌مقیاس‌های خودقضاوتی، انزوا و بیش همانندسازی منفی ارزیابی می‌شوند و نمره‌گذاری معکوسی نیز دارند. به این ترتیب اگر فردی در خرده‌مقیاس‌های مثبت نمره بیشتری و در خرده‌مقیاس‌های منفی نمره کمتری کسب کند، به معنای خودشفقت‌ورزی بیشتری است. ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای شش عامل همانندسازی افراطی ۰/۷۷، مهربانی به خود ۰/۸۳، ذهن‌آگاهی ۰/۹۲، انزوا ۰/۸۸، تجارب مشترک انسانی ۰/۹۱ و قضاوت خود ۰/۹۴ گزارش شده است (شهبازی و همکاران، ۱۳۹۴). همچنین آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۶۵ به دست آمد.

مقیاس نگرش مسلمانان به دین<sup>۵</sup> (وایلد و جوزف، ۱۹۹۷): این مقیاس ۱۴ گویه‌ای دارای سه خرده‌مقیاس مناسک اسلامی، نگرش اسلامی و کمک شخصی می‌باشد که آن را وایلد و جوزف<sup>۶</sup> برای سنجش نگرش مسلمانان به اسلام (۱۹۹۷) ساخته‌اند و شامل گویه‌هایی است که مشارکت فعالانه در مناسک مهم مسلمانان را می‌سنجد؛ مانند «نمایم را مرتب می‌خوانم» و «کل ماه رمضان را روزه می‌گیرم». گویه‌های دیگر آن به جهان‌بینی مسلمانان مرتبط است (مانند «من فکر می‌کنم که قرآن در زندگی مدرن کاربرد دارد»). دسته سومی 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 به هر میزان که نمره فرد در آن بیشتر باشد؛ به این معناست که نگرش او به دین مثبت‌تر است. قربانی و همکاران (۲۰۰۰)،

1. Maureen, M.

2. Self-compassion scale-short form

3. Pommier, E.

4. Van Gucht, D.

5. Muslim Attitudes toward Religion Scale

6. Wilde, A. & Joseph, S.

روایی و پایابی این مقیاس را در میان دانشجویان ایرانی تأیید کردند. آنها پایابی درونی این پرسش‌نامه را در گروهی از دانشجویان دانشگاه تهران با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۳ به دست آورده‌اند. آنها همبستگی این مقیاس را با علاوه‌به دین، دین‌داری درونی و دین‌داری برونوی را به ترتیب برابر با ۰/۶۰، ۰/۶۷ و ۰/۳۱ گزارش کردند. همچنین آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه در پژوهش حاضر ۰/۸۸ به دست آمد.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش توصیفی از شاخص‌های میانگین، انحراف استاندارد، مقادیر بیشینه و کمینه و در استیباطی از ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون چندگانه گام به گام برای پیش‌بینی خودشفقت‌ورزی سالمدان و برای تجزیه و تحلیل از نرم‌افزار spss نسخه ۲۳ استفاده شد.

### یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش (شامل میانگین، انحراف استاندارد و نمره کمینه و بیشینه) در جدول شماره ۱ آمده است؛ همچنین توزیع داده‌ها نرمال است، زیرا چنانچه در حالت کلی چولگی و کشیدگی در بازه (۲، -۲) نباشد، داده‌ها توزیع نرمالی ندارند و با توجه به نتایج جدول شماره ۱ تمامی مقادیر در این بازه قرار می‌گیرند.

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار و متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	پالین‌ترین نمره	بالاترین نمره	کشیدگی <sup>۱</sup>	کجی <sup>۲</sup>
خودمehrانی	۴/۹۹	۱/۷۴	۲	۱۰	-۰/۴۰	۰/۱۰
خودقضاآتی	۵/۵۹	۲/۲۰	۲	۱۰	-۰/۷۴	۰/۲۳
ویژگی مشترک	۴/۸۷	۲/۲۴	۲	۱۰	-۰/۶۱	۰/۵۰
انزوا	۵/۶۷	۲/۲۶	۲	۱۰	-۰/۷۱	۰/۲۴
ذهن‌آگاهی	۴/۵۴	۲/۴۵	۲	۱۰	-۰/۲۴	۰/۹۲
بیش همانندسازی	۵/۷۷	۲/۳۱	۲	۱۰	-۰/۷۴	۰/۲۰
خودشفقت‌ورزی	۳۱/۴۴	۷/۱۸	۱۶	۴۹	-۰/۶۴	-۰/۰۸
کمک شخصی	۱۸/۶۴	۴/۷۷	۲	۲۴	۰/۵۴	-۰/۸۹
نگرش اسلامی	۱۴/۷۷	۴/۰۳	۲	۲۴	۰/۲۴	-۰/۸۷
مناسک اسلامی	۵/۸۸	۳/۱۴	۰	۱۲	-۰/۷۴	-۰/۰۱
نگرش دینی	۳۹/۳۰	۱۰/۱۶	۴	۵۵	+/۷۹	-۰/۹۲

در ادامه به منظور بررسی فرضیه پژوهش «بررسی رابطه و چگونگی پیش‌بینی خودشفقت‌ورزی سالماندان براساس دین‌داری» از آزمون‌های ضریب همبستگی گشتاوری پرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه گام به گام استفاده شد. آزمون رگرسیون چندگانه پیش‌فرض‌هایی دارد که عبارتند از:

۱. مستقل بودن خطاهای از یکدیگر؛ برای بررسی این مفروضه از آزمون دوربین-واتسون استفاده شد که با توجه به منابع معتبر می‌توان گفت که اگر مقدار آماره این آزمون بین ۱/۵ تا ۲ قرار داشته باشد، می‌توان استقلال مشاهدات را پذیرفت و تحلیل را دنبال کرد (atabachnick & fidell, ۲۰۰۱).
۲. مقدار این آماره در پژوهش حاضر برابر با ۱/۷۳۱ است که نشان‌دهنده تأیید استقلال مشاهدات می‌باشد؛ ۳. باید خطاهای دارای توزیع نرمال با میانگین صفر باشد که این مفروضه نیز در پژوهش حاضر برقرار است و خطاهای دارای توزیع نسبتاً نرمال هستند که مقدار میانگین خطاهای بسیار کوچک (نزدیک به صفر) و انحراف معیار نزدیک به یک (۰/۹۹۷) است؛ ۴. باید هم خطی بین متغیرهای مستقل نباشد که به منظور بررسی آن از دو آماره تحمل<sup>۱</sup> و عامل تورم واریانس<sup>۲</sup> استفاده می‌شود. همان‌طور که در جدول شماره ۳ مشهود است، میزان تحمل نزدیک به یک و میزان عامل تورم واریانس کمتر از دو بود که نسبتاً مطلوب است؛ بنابراین پذیده هم خطی بین متغیرهای مستقل وجود ندارد و در نتیجه با رعایت پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل رگرسیون می‌توان از این آزمون برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده کرد.

جدول ۲: ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
۱. خودمهربانی										۱
۲. خودقضاآنی									**-۰/۱۷۶	
۳. ویژگی مشترک							۱		۰/۰۷۳	**/۰/۳۷۶
۴. ارزوا						۱	-۰/۰۷۹	**/۰/۳۲۷	**-۰/۱۸۱	
۵. ذهن‌آگاهی					۱	**-۰/۲۰۶	**/۰/۴۰۸	**-۰/۱۶۹	**/۰/۳۶۸	
۶. بیش‌همانندسازی				۱	**-۰/۱۹۱	**/۰/۵۷۹	-۰/۰۵۲	**/۰/۴۳۹	**-/۲۴۱	
۷. خودشفقت‌ورزی (کل)				۱	**-۰/۸۴۸	**/۰/۳۸۰	**-/۰/۵۸۴	**/۰/۴۸۷	**-/۰/۵۶۷	**/۰/۶۲۸
۸. کمک شخصی										**/۰/۲۶۲
۹. نگرش اسلامی			۱	**-/۳۹۷	**-/۲۵۴	**-/۰/۵۴۲	**-/۰/۳۱۴	**-/۰/۳۴۰	**-/۰/۲۲۸	
۱۰. متناسک‌اسلامی				۱	**-/۷۵۰	**-/۳۴۹	**-/۰/۳۵۱	**-/۰/۲۲۹	**-/۰/۳۱۹	**-/۰/۲۷۷
۱۱. نگرش دینی (کل)	۱	**-/۴۸۳	**-/۴۳۶	**-/۰/۴۱۱	**-/۰/۴۰۳	-۰/۰/۴۰	**-/۰/۴۱۰	**-/۰/۱۶۵	**-/۰/۲۲۲	**-/۰/۱۸۸
	**-/۰/۷۰۶	**-/۸۹۹	**-/۰/۹۰۳	**-/۰/۷۷۴	**-/۰/۳۸۳	**-/۰/۴۰۳	**-/۰/۴۰۱	-۰/۰/۰۴	**-/۰/۲۴۴	**-/۰/۲۷۰

جدول شماره ۲، ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. بررسی این ضرایب نشان‌دهنده آن است که دین‌داری با خودشفقت‌ورزی رابطه مثبت و معناداری دارند.

1. Tabachnick, B. G. &amp; Fidell, L. S.

2. Tolerance

3. Variance Inflation Factor

جدول ۳: خلاصه تحلیل رگرسیون گام به گام خودشفقتورزی از راه مؤلفه‌های دین‌داری

گام	متغیر	F	R	R <sup>2</sup>	B	مفروضه هم خطی	دوربین-واتسون	تحمل تورم واریانس
۱	کمک شخصی	۶۹/۵۷۰	۰/۳۹۷	۰/۱۵۷				
					۰/۴۲۵	۰/۳۹۷	۱	
۲	کمک شخصی نگرش اسلامی	۴۳/۲۹۸	۰/۴۷۵	۰/۲۲۶				
					۰/۳۵۲	۰/۷۷۷	۱/۱۹۰	۰/۸۴۰
۳	کمک شخصی نگرش اسلامی مناسک اسلامی	۳۰/۶۶۸	۰/۴۸۷	۰/۲۳۷				
					۰/۳۲۱	۰/۷۳۰	۱/۲۲۹	۰/۸۱۴
					۰/۱۵۷	۰/۲۷۹	۱/۴۲۳	۰/۷۰۳
					۰/۱۲۴	۰/۲۸۳	۱/۳۴۸	۰/۷۴۲

جدول شماره ۳، خلاصه تحلیل رگرسیون گام به گام خودشفقتورزی از راه مؤلفه‌های دین‌داری را نشان می‌دهد. در این جدول مقادیر F، R<sup>2</sup> برای معناداری مدل‌های رگرسیونی به همراه مقادیر B و  $\beta$  برای هر یک از متغیرهای حاضر در مدل ارائه شده است. براساس این جدول مقدار F در گام اول ۶۹/۵۷۰، در گام دوم ۴۳/۲۹۸ و در گام سوم ۳۰/۶۶۸ به دست آمده است که هر سه معنا دارند. در واقع مدل کلی رگرسیون در هر سه گام معنا دارند. همچنین ضریب تبیین در گام اول ۰/۱۵۷، در گام دوم ۰/۲۲۶ و در گام دوم ۰/۲۳۷ حاصل شده است؛ همچنین از جدول مشخص است که در نخستین گام کمک شخصی وارد معادله شده است و ضریب معنادار و مثبتی دارد. در دومین گام نگرش اسلامی نیز به متغیر اول افزوده شده و در گام سوم نیز مناسک اسلامی به دو متغیر اول و دوم اضافه شده است. تأثیر معناداری برای تمامی آنها به دست آمده است و در نتیجه این یافته‌ها می‌توان گفت فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر به روند پژوهش‌های متمرکز بر سلامت سالم‌مندان افزوده است و می‌توان آن را به عنوان نخستین تلاش برای بررسی اثر دین‌داری بر خودشفقتورزی در سالم‌مندان در ایران دانست. هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه دین‌داری و خودشفقتورزی و چگونگی پیش‌بینی خودشفقتورزی براساس مؤلفه‌های دین‌داری در سالم‌مندان بود. نتایج پژوهش حاضر بیانگر آن بود که دین‌داری با خودشفقتورزی رابطه مثبت و معناداری دارد؛ بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌شود. این یافته از پژوهش حاضر را می‌توان با نتایج پژوهش‌های وارگیس (۲۰۱۵)، هومن

(۲۰۱۴)، جاکوب و همکاران (۲۰۱۶)، هندیریک و هندیریک (۱۹۸۷) و لیک (۱۹۹۳) همسو خواند. در مورد چرایی این یافته می‌توان گفت دین‌دار بودن و ارتباط مثبت با خدا و درک او به صورت موجودی مهربان و پذیرا سبب می‌شود افراد با ارزش دادن به خود باضعه‌ها 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 (هومن، ۲۰۱۴). بدین ترتیب در بافت دینی، فردی که خدارا 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 (وارگیس، ۲۰۱۵). ویلیام جیمز نیز به‌طور کلی ثمرات دین را به عنوان «قداست» با ویژگی‌های زهد، قوت قلب؛ خلوص و شفقت‌ورزی مشخص می‌کند (آذرایجانی، ۱۳۸۶)؛ پس به نظر می‌رسد که دین با خودشفقت‌ورزی رابطه دارد.

اما در تبیینی متمرکز بر بافت دینی می‌توان گفت در دین اسلام آموزه‌های وجود دارد که مؤلفه‌های اشاره شده در خودشفقت‌ورزی را تقویت می‌کند؛ بنابراین می‌توان انتظار داشت که دین‌داری سبب افزایش خودشفقت‌ورزی شود. در این آموزه‌ها بدین‌ختی و مصیبت‌هایی مانند بیماری‌های جسمی صرفاً بخشی از زندگی انسان است. انسان‌ها باید انتظار آن را داشته باشند. پس با یادآوری این حقیقت توان مقابله با مشکلات افزایش می‌یابد. این آموزه‌ها پیشنهاد می‌دهند که مردم باید با توجه به عوامل زیر عمل کنند:

۱. از آنجاکه کمال مطلق تها برای خداست، هر کس دیگری و هر چیز دیگری نقص و کمبودی دارد؛ بنابراین چیزی که ممکن است موجب احساسات منفی شود، همیشه ناپذید نخواهد شد و این امر می‌تواند یکی از ویژگی مشترک انسان باشد؛ ۲. از آنجا که همهٔ چیزهای خوب از سوی خداوند متعال و قادر است، می‌توان فهرستی از امور و احساسات خوب خود را به عنوان برکت، موهبت و نعمت از طرف خدا دانست و ۳. اگر بر این نعمت‌ها تمرکز شود، نه تنها احساس خوشبختی و سپاسگزاری ایجاد می‌شود، بلکه اتفاقات بد و سختی‌ها به سادگی قابل پذیرش می‌شوند. هنگامی که سختی‌ها و مصیبت‌ها از دید فرد کمرنگ شود، افسردگی و احساسات ناخوشایند مرتبط با آن نیز ناپذید خواهد شد. البته این بدان معنا نیست که هرگز نباید به آنها نگاهی انداخت و احساس بد داشت، بلکه احتمالاً چندین بار در روز هر بار ممکن است چیز بدی اتفاق بیفتد؛ اما باید پس از چند لحظه، نگاه و توجه به نعمت‌ها بازگردد (پوچلسکی و همکاران، ۲۰۰۴).
- بنابراین، منطقی است که دین‌داری بیشتر، سطوح خودشفقت‌ورزی بالاتری را در پی دارد. البته با توجه به اینکه در یکی از پژوهش‌های پیشین بیان شد، در گروه‌هایی که سطح معنویت پایین داشتند

(برای مثال، لاادری‌ها و ملحدان) میزان خودشفقت‌ورزی پایین نبود. می‌توان گفت اگرچه معنویت می‌تواند در توسعه و افزایش خودشفقت‌ورزی مؤثر باشد، اما یک عامل ضروری هم نیست و چنین تفاوتی‌هایی نشان می‌دهد که مفهوم خودشفقت‌ورزی می‌تواند برای هر دو گروه چه مذهبی و غیرمذهبی، حتی با زمینه‌های بالقوه متفاوت در جهانی‌های آنها، به کار برده و اعمال شود (فرنسورته و همکاران، ۲۰۱۶) که البته این امر نیز خود نشان‌دهنده اهمیت کاربرد این سازه در سالمدان با هر نوعی از مذهب و سطح دین‌داری است.

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین دین‌داری با خودشفقت‌ورزی در سالمدان رابطه مثبت معناداری وجود دارد و می‌توان بر این اساس خودشفقت‌ورزی سالمدان را پیش‌بینی کرد. با توجه به نتایج تحقیق حاضر و بافت دینی و فرهنگی غالب بر کشور، بعویثه در سالمدان و همچنین اهمیت متغیر خودشفقت‌ورزی در سلامت روانی می‌توان از نتایج پژوهش حاضر پیشترین بهره را گرفت. در پایان باید اشاره شود که این پژوهش از چندین محدودیت برخوردار بود؛ نخستین محدودیت حجم کم پیشینه پژوهشی در رابطه با پیوند دین و خودشفقت‌ورزی؛ دومین محدودیت روش خودگزارش‌دهی و پرسش‌نامه‌ای بودن که محدودیت‌های خود را به همراه دارد، خصوصاً در حوزه متغیرهایی مانند دین‌داری که با توجه به فرهنگ و عرف جامعه، افراد بعضاً تمایل دارند خود را بهتر و پیشتر دین‌دار نمایش دهند. با توجه به محدودیت نخست، پیشنهاد می‌شود در آینده پژوهش‌هایی رابطه متغیرهای مختلف دینی و خودشفقت‌ورزی را بررسی کنند تا بتوان ضمن غنای پیشینه تحقیقاتی، ابهامات موجود در این زمینه مشخص شود؛ همچنین با توجه به محدودیت دوم می‌توان گفت برای پرداختن به فرایندهای پویای مرتبط با دین، پژوهشگران باید افراد را در گذر زمان و بافت‌های گوناگون مطالعه کنند و نیز پیشنهاد می‌شود این پژوهش در جامعه زنان سالمدان نیز اجرا شود تا بتوان ضمن مقایسه نتایج به تعییم‌پذیری نتایج نیز کمک کرد. لازم به ذکر است که این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده مسئول است، مورد حمایت مالی هسته دانشجویی پژوهش محور به نام «سالماندی، نیمه دوم زندگی» دانشگاه رازی بوده است و از اداره کل بهزیستی استان کرمانشاه، کارکنان محترم مرکز نگهداری نیمه‌وقت سالمدان مهرگان (شهید یاری) شهر کرمانشاه به خصوص سالمدان عزیز تشکر و قدردانی می‌شود.

## منابع

۱. آذربایجانی، مسعود (۱۳۸۶)، «آثار دین‌داری از دیدگاه ویلیام جیمز»، *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، س، ۱، ش، ۱، ص ۱۱۷-۱۴۸.
۲. آقابابایی، ناصر؛ فرامرز سهرابی؛ حسین اسکندری؛ احمد برجعلی و نورعلی فرخی (۱۳۹۵)، «تدوین مدل علی بهزیستی ذهنی بر پایه جهت‌گیری دین باواسطه‌گری امیدواری، اضطراب مرگ و معنای زندگی»، *پژوهش‌نامه روان‌شناسی اسلامی*، س، ۲، ش، ۱، ص ۳۲-۶۰.
۳. آقابابایی، ناصر و بلچنیو، آ. (۱۳۹۳)، «رابطه میان مدل شخصیتی هگزاکو، دین‌داری و بهزیستی فاعلی در دانشجویان ایرانی و لهستانی»، *روان‌شناسی معاصر*، س، ۹، ش، ۱، ص ۲۸-۱۷.
۴. شهبازی، مسعود؛ غلام‌ضارجی؛ ابراهیم مقامی و آرش جلوداری (۱۳۹۴)، «ساختار عامل تأییدی نسخه فارسی مقیاس درجه‌بندی تجدید نظر شده شفقت-خود در گروهی از زندانیان»، *فصلنامه علمی-پژوهشی روش‌ها و مدل‌های روان‌شناسی*، س، ۶، ش، ۱۹، ص ۳۱-۴۶.
۵. فروغان، مهشید؛ زهرا جعفری؛ پیمانه شیرین‌بیان و ضیا قائم‌مقام‌فرهانی (۱۳۸۷)، «هنچاریابی معاینه مختصر وضعیت شناختی سالمندان شهر تهران (۱۳۸۵)»، *تازه‌های علوم شناختی*، س، ۱۰، ش، ۳۸، ص ۲۹-۳۷.
۶. فضل‌الهی قمشی، سیف‌الله (۱۳۹۴)، «رابطه دین باوری و مسئولیت‌پذیری دانشجویان مطالعه موردی دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم»، *معرفت*، ش، ۲۱۲، ص ۲۹-۴۰.
۷. نوربخش، یونس؛ حامد طالیان و محمد‌مهدی مولاوی (۱۳۹۳)، «رابطه متغیرهای دانشگاهی و نگرش دانشجویان به دین»، *مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران*، س، ۳، ش، ۱، ص ۳۳-۶۰.
8. Allen, A. B., & Leary, M. R. (2013). Self-compassionate responses to aging. *The Gerontologist*, 54 (2), 190-200.
9. Allen, A. B., Goldwasser, E. R., & Leary, M. R. (2012). Self-compassion and well-being among older adults. *Self and Identity*, 11 (4), 428-453.
10. Allport, G. W. (1966). The religious context of prejudice. *Journal for the scientific study of religion*, 5 (3), 447-457.
11. Batson, C. D., Eidelman, S. H., Higley, S. L., & Russell, S. A. (2001). "And who is my neighbor?" II: Quest religion as a source of universal compassion. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 40 (1), 39-50.

12. Batson, C. D., Floyd, R. B., Meyer, J. M., & Winner, A. L. (1999), " And Who Is My Neighbor?:" Intrinsic Religion as a Source of Universal Compassion. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 445-457.
13. Breines, J. G., & Chen, S. (2012), Self-compassion increases self-improvement motivation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38 (9), 1133-1143.
14. Brown, L., Bryant, C., Brown, V., Bei, B., & Judd, F. (2016), Self-compassion, attitudes to ageing and indicators of health and well-being among midlife women. *Aging & mental health*, 20 (10), 1035-1043.
15. Farnsworth, J. K., Mannon, K. A., Sewell, K. W., Connally, M. L., & Murrell, A. R. (2016), Exploration of caregiver behavior on fear of emotion, spirituality, and self-compassion. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5 (3), 160-168.
16. Fulton, A. S., Gorsuch, R. L., & Maynard, E. A. (1999), Religious orientation, antihomosexual sentiment, and fundamentalism among Christians. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 14-22.
17. Ghorbani, N., Watson, P. J., Ghramaleki, A. F., Morris, R. J., & Hood Jr, R. W. (2000), Muslim attitudes towards religion scale: Factors, validity and complexity of relationships with mental health in Iran. *Mental Health, Religion & Culture*, 3 (2), 125-132.
18. Goldfried, J., & Miner, M. (2002), Quest religion and the problem of limited compassion. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41 (4), 685-695.
19. Hendrick, S. S., & Hendrick, C. (1987), Love and sex attitudes and religious beliefs. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 5 (3), 391.
20. Hollis-Walker, L., & Colosimo, K. (2011), Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual differences*, 50 (2), 222-227.
21. Homan, K. J. (2014), Symbolic attachment security and eudemonic well-being in older adults. *Journal of Adult Development*, 21 (2), 89-95.
22. Homan, K. J. (2016), Self-compassion and psychological well-being in older adults. *Journal of Adult Development*, 23 (2), 111-119.
23. Krauss, S. W., & Hood Jr, R. W. (2013), *A new approach to religious orientation: The commitment-reflectivity circumplex* (Vol. 16), Rodopi.
24. Leak, G. K. (1993), Relationship between religious orientation and love styles, sexual attitudes, and sexual behaviors. *Journal of Psychology and Theology*, 21 (4), 315-318.

25. Ljunggren, M. (2012), *Elderly abuse and depression in developed countries: Does religion/spirituality matter?* (Dissertation No. HPPC-H11-4), Retrieved from <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:hig:diva-11410>.
26. Maureen, M. (1999), Mini-mental state examination. *Galter Health science's library. Last updated: June, 6.*
27. Melton, J. G., & Baumann, M. (Eds.), (2010), *Religions of the World: A Comprehensive Encyclopedia of Beliefs and Practices, [6 volumes]: A Comprehensive Encyclopedia of Beliefs and Practices.* ABC-CLIO.
28. Nations, U. (2013), World population ageing 2013. *Department of Economic and Social AffairsPD.* Available at: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>
29. Neff, K. D. (2003b), Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2 (2), 85-101.
30. Neff, K. D. (2003a), The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2 (3), 223-250.
31. Neff, K. D., & Faso, D. J. (2015), Self-compassion and well-being in parents of children with autism. *Mindfulness*, 6 (4), 938-947.
32. Neff, K. D., & McGehee, P. (2010), Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and identity*, 9 (3), 225-240.
33. Neff, K. D., & Vonk, R. (2009), Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of personality*, 77 (1), 23-50.
34. Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007), An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of research in personality*, 41 (4), 908-916.
35. Pauley, G., & McPherson, S. (2010), The experience and meaning of compassion and self-compassion for individuals with depression or anxiety. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83 (2), 129-143.
36. Phillips, W. J., & Ferguson, S. J. (2012), Self-compassion: A resource for positive aging. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68 (4), 529-539.
37. Puchalski, C. M., Dorff, R. E., & Hendi, I. Y. (2004), Spirituality, religion, and healing in palliative care. *Clinics in geriatric medicine*, 20 (4), 689-714.

38. Raes, F. (2010), Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 48 (6), 757-761.
39. Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011), Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clinical psychology & psychotherapy*, 18 (3), 250-255.
40. Siedlecki, K. L., Tucker-Drob, E. M., Oishi, S., & Salthouse, T. A. (2008), Life satisfaction across adulthood: Different determinants at different ages?. *The Journal of Positive Psychology*, 3 (3), 153-164.
41. Steffen, P. R., & Masters, K. S. (2005), Does compassion mediate the intrinsic religion-health relationship?. *Annals of Behavioral Medicine*, 30 (3), 217-224.
42. Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001), Principal components and factor analysis. *Using multivariate statistics*, 4, 582-633.
43. Varghese, M. E. (2015), *Attachment to God and psychological well-being: Shame, guilt, and self-compassion as mediators* (Doctoral dissertation, Purdue University).
44. Wilde, A., & Joseph, S. (1997), Religiosity and personality in a Moslem context. *Personality and Individual Differences*, 23 (5), 899-900.
45. Zimmer, Z., Jagger, C., Chiu, C. T., Ofstedal, M. B., Rojo, F., & Saito, Y. (2016), Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review. *SSM-population health*, 2, 373-381.