

بررسی نقش میانجی خود مراقبتی و تجارب معنوی در رابطه بین بهزیستی روان شناختی با حمایت اجتماعی سالمندان

تاریخ دریافت: ۹۸/۱۲/۲۵ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۲/۲۵

خلاصه

مقدمه

توجه به مقوله سلامت روان و بهزیستی روان شناختی در دوره سالمندی را به یک ضرورت تبدیل نمود و برای رسیدن به یک برنامه جامع و اثر بخش در راستای ارتقاء بهزیستی روان شناختی در سالمندان نیازمند پژوهش و بررسی و یافتن عوامل مؤثر و مرتبط با این متغیر می باشد. هدف از این پژوهش تعیین نقش میانجی خود مراقبتی و تجارب معنوی در رابطه بهزیستی روان شناختی با حمایت اجتماعی سالمندان بود.

روش کار

روش پژوهش حاضر از نوع همبستگی با روش تحلیل مسیر بود. از جامعه تمامی سالمندان مراکز خصوص و عمومی تهران در سال ۹۷-۹۶ ۳۰۰ سالمند (۷۶ مرد، ۲۲۴ زن) به روش نمونه گیری طبقه بندی نظامند انتخاب گردیدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه بهزیستی روان شناختی ریف، پرسشنامه حمایت اجتماعی، مقیاس خود مراقبتی و پرسشنامه تجارب معنوی بود. در این پژوهش برای تحلیل یافته های پژوهش از آزمون سوبل، تحلیل مسیر و مدل سازی معادلات ساختاری استفاده شد.

نتایج

نتایج نشان داد که متغیر حمایت اجتماعی به طور غیر مستقیم از طریق خود مراقبتی و تجارب معنوی با بهزیستی روان شناختی رابطه معنی دار دارند ($p \leq 0/005$).

نتیجه گیری

مدل پیش بینی بهزیستی روان شناختی سالمندان بر اساس حمایت اجتماعی با میانجیگری خود مراقبتی و تجارب معنوی از برآزش مطلوبی برخوردار است.

کلمات کلیدی

بهزیستی روان شناختی، سالمندان، حمایت اجتماعی، خود مراقبتی، تجارب معنوی
پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

احمد حیدری^۱

مختار عارفی*^۲

حسن امیری^۳

^۱ دانشجوی دکتری مشاوره، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

^۲ استادیار گروه روانشناسی و مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران (نویسنده مسئول).

^۳ استادیار گروه روانشناسی و مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

Email: arefi.2020@gmail.com

مقدمه

بنا بر تعریف سازمان بهداشت جهانی، سالمندی عبور از مرز شصت سالگی می‌باشد. هر سال ۱/۷٪ به جمعیت جهان و ۲/۵٪ به جمعیت ۶۵ سال و بیشتر افزوده می‌گردد. در کشورهای در حال توسعه، جمعیت سالمندان در سال ۲۰۱۵، شامل ۱۲/۳٪ (۹/۹۰۰ میلیون نفر) کل جمعیت جهان بود که پیش‌بینی می‌گردد در سال ۲۰۵۰ این میزان به ۲۱ درصد افزایش یابد. شاخص‌های آماری ده تا بیست سال اخیر در ایران نشان می‌دهد روند پیر شدن جمعیت در کشور ما نیز از ابتدای دهه ۸۰ آغاز شده است. جمعیت بیشتر از شصت سال ایران، در سال ۱۳۸۵، ۶/۶٪ و در سال ۱۳۸۹، ۷/۸٪ بود. پیش‌بینی می‌گردد در سال ۱۴۰۰، این جمعیت به ۱۰٪ خواهد رسید (۱). رشد تعداد افراد سالمند به قدری قابل توجه می‌باشد که به عنوان انقلاب ساکت توصیف شده است (۲). شواهد پژوهشی در دسترس نشان داده است که درصد قابل توجهی از سالمندان از مشکلات معطوف به سلامت جسمی و روانی در رنج می‌باشند (۳) و شیوع بیماری مزمن و ناتوانی در آن‌ها در حال افزایش می‌باشد. بنابراین در دوره سالمندی، سلامتی و بهزیستی از اهمیتی حیاتی و جدی برخوردار می‌گردند (۴).

بهزیستی روان‌شناختی به عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی سلامت عمومی در خلال دو دهه گذشته توجه بسیاری از روان‌شناسان و پژوهش‌گران را به خود جلب نمود و پژوهش‌های گسترده‌ای در این باره انجام گرفت. ریف (۵) مدل خود از بهزیستی روان‌شناختی را تلاش برای رشد و پیشرفت در جهت تحقق بخشیدن به توانایی‌های بالقوه فرد دانسته است. در روان‌شناسی، بهزیستی به عنوان عملکرد مطلوب انسان تعریف می‌گردد (۶). خودمختاری، رشد شخصی، تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی، داشتن ارتباط مثبت با دیگران و پذیرش خود مؤلفه‌های تشکیل دهنده بهزیستی روان‌شناختی در مدل ریف می‌باشند (۷). زمانی که افراد از سلامت و بهزیستی روانی برخوردارند، قادر هستند در برابر مشکلات و ناملایمت‌هایی که برای آن‌ها به وجود آمده چاره اندیشی نموده و راه‌حلی را انتخاب

نمایند (۸). در تعریفی دیگر بهزیستی روان‌شناختی به معنای قابلیت یافتن تمام استعداد‌های فرد می‌باشد و از تعادل میان عواطف مثبت و منفی و رضایت‌مندی از زندگی ناشی می‌گردد (۹). از سوی دیگر بهزیستی روان‌شناختی شامل اصول مهمی می‌باشد که از طریق تأثیر بر احساسات، بر همه ابعاد رفتار انسان و پیشرفت او شامل سلامت فیزیکی و روانی، پیشرفت مهارتی و آموزشی، صلاحیت اجتماعی و ایجاد روابط مثبت اجتماعی قابل شناسایی می‌باشد (۱۰). با توجه به اهمیت بهزیستی روان‌شناختی در مطلوب ساختن زندگی فرد و مشکلات و ناتوانی‌هایی که برای سالمندان در دوران پیری پدید آمده، ضرورت داشته که این متغیر بیشتر مورد توجه قرار گرفته و عوامل مؤثر بر آن شناسایی شده و بتوان برنامه‌های مناسب‌تری برای کمک به ارتقاء بهزیستی سالمندان طراحی کرد. لیندی و جوزف (۱۱) اظهار داشتند که آنچه به طور ضمنی در مفهوم بهزیستی مورد تأکید واقع می‌شود، بعدی از زندگی فرد در متن و درون اجتماع و فرهنگ است، نه آنچه که فرد در انزوا باشد. اهداف و ارزش‌های مربوط به بهزیستی می‌تواند عمیقاً بین فرهنگ‌ها متفاوت باشد (۱۲ و ۱۳). حالت‌های خاص فرهنگ سازی در ساخت و ساز خود (به عنوان مثال، فرد محور یا جامعه‌گرا) می‌تواند معانی متنوعی را که مردم برای شادی و رفاه در جوامع مختلف دارند، روشن کند. دیدگاه جامعه محور بر همبستگی، اخلاق، هماهنگی، قدردانی و جدایی صلح‌آمیز تأکید دارد. بهزیستی ذهنی (روانی) در مورد تحقق تعهدات شخص و حفظ هموستاز یا تعادل دیالکتیکی تعبیر می‌شود (۱۲) و (۱۴). بنابراین، در جوامع اجتماعی-محور/جمع‌گرایانه (مانند چینی‌ها، هندی‌ها و ژاپنی‌ها)، بهزیستی ممکن است ناشی از تناسب زندگی فرد و انتظارات قابل توجه او از اجتماع همانند حمایت عاطفی و اجتماعی باشد (۱۵).

حمایت اجتماعی یکی از عواملی می‌باشد که می‌تواند بر بهزیستی روان‌شناختی مؤثر گردد و یکی از تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت می‌باشد (۱۶). حمایت اجتماعی عبارت است از آگاهی فرد که به وسیله آن باور می‌نماید که دوست داشته

تایید می‌کنند، می‌توان انتظار داشت که تجارب معنوی در سالمندان نیز بتواند موجب ارتقاء بهزیستی روانشناختی در این گروه گردد.

روند پیر شدن جمعیت در سال‌های اخیر شتاب بیشتری یافته است و تعدد و تنوع استرس‌هایی که افراد در دوران سالمندی با آن روبرو می‌گردند، توجه به مقوله سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی در دوره سالمندی را به یک ضرورت تبدیل نموده و برای رسیدن به یک برنامه جامع و اثر بخش در راستای ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان نیازمند پژوهش و بررسی و یافتن عوامل مؤثر و مرتبط با این متغیر می‌باشد که بر اساس شناسایی این عوامل بتوان بهترین و جامع‌ترین برنامه را در جهت کمک به ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی سالمندان طراحی کرد. پیشینه‌های پژوهشی حاکی از پژوهش‌های محدود در این زمینه در کشور است و نیاز به بررسی و پژوهش بیشتر می‌باشد. در این راستا پژوهش حاضر با هدف طراحی مدلی برای پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی سالمندان بر اساس حمایت اجتماعی با میانجیگری خود مراقبتی و تجارب معنوی انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع همبستگی با رویکرد مدل ساختاری بود. در مدل پیشنهادی پژوهش حاضر متغیر وابسته (بهزیستی روان‌شناختی) به صورت متغیر درون‌زا تعریف و متغیر مستقل (حمایت اجتماعی) به عنوان متغیر برون‌زا در نظر گرفته شده است. همچنین، متغیرهای خودمراقبتی و تجارب معنوی به عنوان متغیرهای میانجی در مدل پیشنهادی قرار داده شده‌اند. جامعه پژوهش حاضر، تمامی سالمندان مراکز خصوص و عمومی تهران بودند که در سال ۹۷-۹۶ در این مراکز نگهداری می‌شدند. در مجموع ۲۶ مرکز مورد ارزیابی قرار گرفتند. در این بررسی برای انجام این پژوهش، ۳۵۰ سالمند از جامعه پژوهش به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، متناسب با حجم هر مرکز انتخاب گردیدند. تعداد اعضای نمونه پژوهش بر اساس پیشنهاد استیونس (۲۵) مبنی بر وجود دست‌کم ۱۵ عضو در نمونه پژوهش به ازای هر مسیر مستقیم مشخص شد. روش اجرا بدین ترتیب بود که ابتدا در خصوص هدف انجام پژوهش، اخذ

می‌شود و مورد مراقبت قرار گرفته است، با ارزش و قابل احترام می‌باشد و به گروهی تعلق داشته که باهم در ارتباط هستند و تعهدات دو سویه‌ای نسبت به هم داشته‌اند (۱۷). پژوهش‌های متعدد تأثیر مثبت حمایت اجتماعی مطلوب بر بهزیستی روان‌شناختی را تأیید می‌نماید. صادقی (۱۸) در پژوهشی به بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان زن و مرد فرهنگسرای سالمند شهر تهران پرداخت و نشان داد که بین حمایت اجتماعی ادراک شده با پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط و رشد شخصی در بین سالمندان رابطه مثبت معنادار وجود داشته است. نتایج پژوهش میری (۱۹) و صادق‌پور (۲۰) نیز رابطه بین بهزیستی روان‌شناختی و حمایت اجتماعی در سالمندان را تأیید نمود. فرهادی و همکاران (۱۷) نشان دادند که بهزیستی روان‌شناختی سالمندان بر اساس حمایت اجتماعی ادراک شده قابل پیش‌بینی می‌باشد.

مذهب و معنویت با شرایط جسمانی و روانی دوران سالمندی رابطه تنگاتنگی دارند (۲۱). شواهد تجربی نشان می‌دهد که شیوه‌های مختلف دینداری و یا معنویت بر روند سالمندی تأثیر مثبت دارد. همچنین مذهب تأثیر زیادی بر رضایت از زندگی افراد دارد (۱۳ و ۲۲). اعمال معنوی برای افراد سالمند معنی و حمایت عاطفی فراهم می‌آورد (۲۳). اعمال معنوی یا مقابله مذهبی به عنوان یک مکانیسم دفاعی مهم و ضربه‌گیر در برابر عوامل خطرزای مربوط به علائم بالینی نظیر افسردگی، به ویژه در افراد سالمند عمل می‌کند (۲۴). تجارب روزانه معنوی به فرد کمک می‌کنند که احساسات مثبت‌تری را تجربه کند و هر چه فرد احساسات مثبت‌تری را تجربه نماید از بهزیستی روان‌شناختی مطلوب‌تری برخوردار می‌شود. میری (۱۹) در پژوهشی نشان داد که تجارب معنوی قدرت پیش‌بینی بهزیستی ذهنی را دارد و همچنین نتایج نشان دادند که بین بهزیستی و تجارب معنوی رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد. با توجه به پیشینه‌های نظری و تحقیقاتی ذکر شده که حاکی از اهمیت معنویت در سنین سالمندی بوده و پیشینه‌های پژوهشی که رابطه تجارب معنوی و بهزیستی روان‌شناختی در گروه‌های دیگر را

انجام گرفت.

ابزار پژوهش

پرسشنامه بهزیستی روان شناختی ریف: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط ریف طراحی شده که مشتمل بر ۱۸ سؤال بوده و هدف آن ارزیابی و بررسی بهزیستی روان شناختی از ابعاد مختلف (استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود) می باشد. طیف نمره گذاری آن بر اساس طیف لیکرت شش گزینه ای می باشد (۱=کاملاً مخالفم تا ۶=کاملاً موافقم). نمرات بالاتر نشان دهنده بهزیستی روان شناختی بالاتر در فرد پاسخ دهنده می باشد و برعکس. در پژوهش خانجانی و همکاران (۲۶) نتایج تحلیل عاملی تأییدی تک گروهی نشان داد که در کل نمونه و در دو جنس، الگوی شش عاملی این مقیاس (پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال) از برازش خوبی برخوردار است. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در ۶ عامل پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال به ترتیب برابر با ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۷۳، ۰/۷۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۱ بدست آمد و همچنین در این پژوهش مقدار آلفای کرونباخ بر ۶ زیرمقیاس ذکر شده به ترتیب برابر ۰/۶۹، ۰/۷۳، ۰/۷۸، ۰/۷۱، ۰/۷۹ و ۰/۶۷ و برای مقیاس کل مقدار ۰/۷۴ بدست آمد که پایایی آن مطلوب ارزیابی شد.

حمایت اجتماعی-مقیاس دوستان: این پرسشنامه توسط مری پروسیدانو و کنیت هلر ۲ در سال ۱۹۸۳ ارائه شد. گزینه های این پرسشنامه عبارت از بله، خیر و نمی دانم است. نمره نمی دانم همیشه برابر با صفر، در سوالات ۲، ۶، ۷، ۱۵، ۱۸ و ۲۰ مساوی ۱+ است و برای بقیه سوالات نمره پاسخ بله مساوی ۱+ است. دامنه نمره کل سوالات بین ۰ تا ۲۰ می باشد. نمره بالا به منزله حمایت اجتماعی بیشتر از نظر پاسخ دهندگان است. پرسشنامه حمایت اجتماعی با ضریب آلفای ۰/۹۰ از هماهنگی درونی فوق العاده ای برخوردار است. آلفای نهایی برای این پرسشنامه

معرفی نامه و مجوز جهت توزیع پرسشنامه ها در مراکز دولتی و خصوصی سالمندان شهر تهران، با مسئولین دانشگاه آزاد کرمانشاه و تهران هماهنگی های لازم صورت گرفت. پس از انجام امور اداری مربوطه و مشخص کردن تعداد و چارچوب گروه نمونه و ارتباط با سالمندان، توضیحات لازم در رابطه با نحوه پاسخ دهی صحیح به آزمودنی ها ارائه گردید و در ابتدا به آزمودنی ها اطمینان داده شد که این آزمون ها و نتایج به دست آمده از آن ها صرفاً جنبه پژوهشی دارد، برای اطمینان بخشی بیشتر و جلب همکاری آزمودنی ها در پاسخگویی صحیح و دقیق به آن ها تذکر داده شد که ضرورتی برای نوشتن مشخصات شخصی (نام، نام خانوادگی) وجود ندارد. پرسشنامه ها نیز پس از تکثیر در اختیار افراد تعیین شده قرار گرفت و پس از پر شدن جمع آوری گردید. افراد نمونه بر اساس ملاک های ورود (۱). رضایت از شرکت در پژوهش، ۲. عدم ابتلا به بیماری های خاص، ۳. ساکن مرکز سالمندان و ۴. توانایی شنوایی مناسب) انتخاب شدند و این اطمینان داده شد که اطلاعات دریافت شده از آن ها به صورت محرمانه خواهد ماند و کسانی که مایل نیستند به این سؤالات پاسخ دهند، می توانند در هر مرحله ای از پاسخگویی که هستند، همکاری خود را ادامه ندهند. در پایان بسیاری از پرسشنامه ها ناقص بودند و یا خطا داشتند برای مثال بعضی از پرسشنامه ها تمامی سؤالات را ۱ یا دو علامت گذاری کردند، تقریباً ۵۰ پرسشنامه از بررسی خارج شدند و ۳۰۰ پرسشنامه ارزیابی شدند. برای تحلیل داده ها از همبستگی و تحلیل مسیر استفاده شد. جهت ارزیابی برازندگی مدل پیشنهادی، تحلیل های مربوط به مفروضه های زیربنایی الگویابی معادلات ساختاری و همچنین تحلیل های گسترده تری انجام شد که همگی از طریق تحلیل مسیر و الگویابی معادلات ساختاری (SEM)، اعمال گردید. بررسی روابط غیرمستقیم مسیرها از روش بوت استراپ ماکرو پیشنهادی توسط پریچر و هیز^۱ (۲۰۰۸) استفاده شده است. تمام تحلیل ها با استفاده از نرم افزارهای بسته آماری برای علوم اجتماعی (SPSS) ویراست ۲۲ و تحلیل ساختارهای گشتاوری (AMOS) ویراست ۲۲

¹ Preacher and Hayes

² Procidano and Heller

اغلب روزها، بعضی روزها، هر چندگاه یکبار و هرگز یا تقریباً هرگز (اغلب اوقات = ۶ و هرگز یا تقریباً هرگز = ۱). مطالعه تنیگان، والتر و اندروود^۲ (۳۰) نشان دهنده ضریب همبستگی ۰/۸۵ برای بازآزمایی بود. در یک بررسی اندروود و ترسی (۲۹) ثبات درونی مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ بررسی کردند که مقادیر ۰/۹۴ و ۰/۹۵ در دو بار اجرای مقیاس را در برداشت. برآورد آلفای کرونباخ از ثبات درونی ۰/۸۸ برای آزمون و ۰/۹۲ برای بازآزمون بود. مطالعه تنیگان و همکاران (۳۰) نشان دهنده آلفای کرونباخ ۰/۸۶ برای اجرای نخست و ۰/۹۰ برای اجرای دوم مقیاس است. هالند و نیمیر^۳ (۳۱) در مطالعه خود با نمونه‌ای به حجم ۸۰ نفر، آلفای کرونباخ را ۰/۹۵ گزارش کردند. مقدار آلفای کرونباخ بدست آمده جهت بررسی پایایی پرسشنامه مذکور در این پژوهش برابر ۰/۸۳ بود.

نتایج

اطلاعات جمعیت شناختی افراد نشان داد که از کل ۳۰۰ نفر نمونه، ۷۶ نفر (۲۵/۳٪) زن و ۲۲۴ نفر (۷۴/۷٪) مرد بودند، ۲۳۸ نفر (۷۹/۳٪) بین ۶۵-۷۵ سال، ۴۲ نفر (۱۴٪) بین ۷۵-۸۵ سال و ۲۰ نفر (۶/۷٪) بالای ۸۵ سال سن داشتند. از نظر تحصیلات تعداد ۱۱۰ نفر (۳۶/۷٪) بی‌سواد، ۱۶۷ نفر (۵۵/۷٪) زیر دیپلم و ۲۳ نفر (۷/۶٪) تحصیلات آکادمیک داشتند و نیز از این میزان تعداد ۱۳۲ نفر (۴۴٪) نفر خانه‌دار، ۵۷ نفر (۱۹٪) شغل دولتی و ۱۱۱ نفر (۳۷٪) شغل آزاد داشته‌اند. در ادامه نتایج آزمون سوبل برای بررسی نقش میانجی خودمراقبتی و تجارب معنوی آورده شده است.

بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۰ است. این پرسشنامه از روایی همزمان خوبی برخوردار است. نمرات این پرسشنامه با درماندگی روانی و کارآمدی اجتماعی همبستگی دارد. ضرایب همبستگی بین نمرات حاصل از این پرسشنامه با پرسشنامه شخصیت سنج کالیفرنیا و وابستگی بین اشخاص معنی‌دار بود. مقدار آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر برابر ۰/۷۶ بوده که نشان از پایایی مطلوب آن دارد.

پرسشنامه خود مراقبتی: این مقیاس بری سنجش میزان مراقبت از خود توسط توبرت و گلاسکو^۱ در سال ۲۰۰۲ تهیه شد (۲۷). نحوه امتیازدهی به سولات این مقیاس به این صورت بود که به فردی که در هفت روز گذشته هیچ روزی رفتارهای خود مراقبتی در زمینه‌های ذکر شده نداشت، نمره صفر و به فردی که در تمام هفت روز مراقبت‌ها را بصورت روزانه و کامل انجام داده بودند، امتیاز هفتاد را کسب نمودند. جهت تعیین سطح مطلوبیت وضعیت خودمراقبتی علاوه بر مقیاس میانگین نمرات، دامنه نمرات کسب شده از ۰-۷۰ بوده است و به سه قسمت تقسیم شده است و یک نمره تبعیت کلی از طریق جمع کردن نمره‌های هر سؤال به دست می‌آید. میزان آلفای کرونباخ برای سازه رفتارهای خودمراقبتی در مطالعه مقدماتی ۰/۶۶ و در کل نمونه ۰/۶۸ محاسبه گردید و اعتبار معادل ۰/۷۵ بدست آمد (۲۸). در این پژوهش مقدار ۰/۷۱ برای ضریب آلفای کرونباخ به دست آمد.

مقیاس تجارب معنوی روزانه: مقیاس تجارب معنوی روزانه DSES توسط اندروود و ترسی (۲۹) تهیه شده و برای سنجش ادراک فرد از یک نیروی برتر در زندگی روزمره و ادراک او از تعاملش این وجود مافوق جهان مادی به کار می‌رود. در این مقیاس نمره‌های بالاتر نشان دهنده تجارب معنوی کمتر است، اما گاهی جهت سهولت در تفسیر نتایج، جهت نمره‌دهی معکوس می‌شود از این رو باید هنگام مقایسه داده‌ها در پژوهش‌های مختلف به تفاوت در نمره گذاری‌ها توجه داشت. در این مقیاس از روش نمره‌گذاری لیکرت استفاده شده است. گزینه‌های پاسخ‌دهی عبارت است از: اغلب اوقات روز، هر روز،

² Tonigan, Walter & Underwood

³ Holland & Neimeyer

¹ Toobert, Hampson & Glasgow

جدول ۱. نتایج آزمون سوبل نقش میانجی خودمراقبتی در تاثیر حمایت اجتماعی بر بهزیستی روان شناختی

نوع	ضرایب استاندارد	آماره‌ی سوبل	مقدار احتمال P-Value	نتایج
اثر مستقیم حمایت اجتماعی بر بهزیستی روان شناختی	۰/۲۰			
اثر مستقیم خودمراقبتی بر بهزیستی روان شناختی	۰/۱۴	۲/۲۹۲	۰/۰۲۱	معنی دار است.
اثر غیر مستقیم حمایت اجتماعی بر بهزیستی روان شناختی از مسیر خودمراقبتی	۰/۰۴۷			
اثر کل	۰/۲۴۷			

اثر کل بین این دو متغیر برابر با ۰/۲۴۷۶ به دست آمده و با توجه به آماره‌ی سوبل برابر با ۲/۲۹۲ و مقدار P-Value کمتر از ۰/۰۵ بوده، لذا حمایت اجتماعی با میانجیگری خودمراقبتی بر بهزیستی روان شناختی اثر مستقیم دارد.

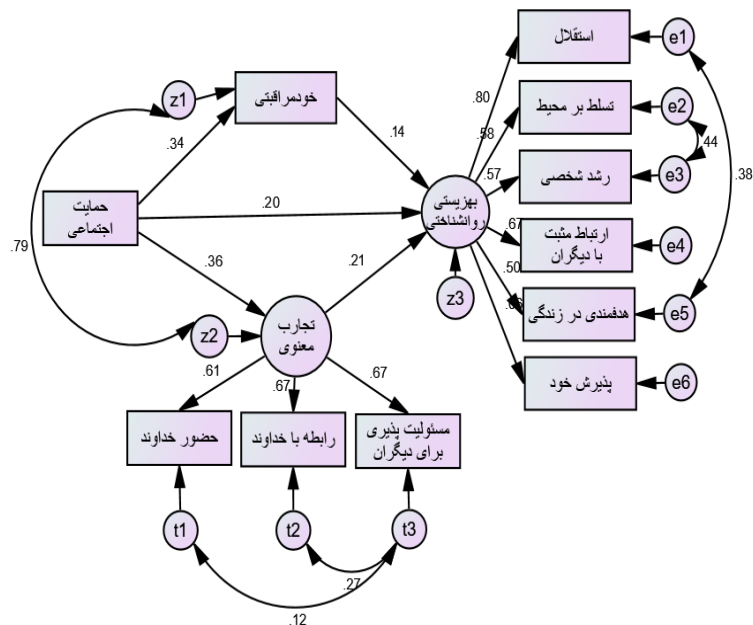
با توجه به این روش، مقدار اثر مستقیم حمایت اجتماعی بر بهزیستی روان شناختی سالمندان برابر با ۰/۲۰، مقدار اثر مستقیم خود مراقبتی بر بهزیستی روان شناختی سالمندان نیز برابر با ۰/۱۴، مقدار اثر غیرمستقیم حمایت اجتماعی بر بهزیستی روان شناختی از طریق (مسیر) خودمراقبتی برابر با ۰/۰۴۷۶ و مقدار

جدول ۲. نتایج آزمون سوبل نقش میانجی تجارب معنوی در تاثیر حمایت اجتماعی بر بهزیستی روان شناختی

نوع	ضرایب استاندارد	آماره‌ی سوبل	مقدار احتمال P-Value	نتایج
اثر مستقیم حمایت اجتماعی بر بهزیستی روان شناختی	۰/۲۰			
اثر مستقیم تجارب معنوی بر بهزیستی روان شناختی	۰/۲۱	۲/۳۴	۰/۰۱۹	معنی دار است.
اثر غیر مستقیم حمایت اجتماعی بر بهزیستی روان شناختی از مسیر تجارب معنوی	۰/۰۷۵			
اثر کل	۰/۲۷۵			

مقدار اثر کل بین این دو متغیر برابر با ۰/۲۷۵۶ بدست آمده و با توجه به آماره‌ی سوبل برابر با ۲/۳۴ و مقدار P-Value کمتر از ۰/۰۵ بوده، لذا حمایت اجتماعی با میانجیگری تجارب معنوی بر بهزیستی روان شناختی سالمندان اثر مستقیم دارد.

با توجه به این روش، مقدار اثر مستقیم حمایت اجتماعی بر بهزیستی روان شناختی سالمندان برابر با ۰/۲۰، مقدار اثر مستقیم تجارب معنوی بر بهزیستی روان شناختی سالمندان نیز برابر با ۰/۲۱، مقدار اثر غیرمستقیم حمایت اجتماعی بر بهزیستی روان شناختی از طریق (مسیر) تجارب معنوی برابر با ۰/۰۷۵۶ و



شکل ۱. مدل اصلی پژوهش با برآورد ضرایب استاندارد

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل پژوهش

شاخص‌ها	مقدار قابل قبول	مقدار یافته پژوهش	مطوبیت
کای دو (χ^2) مجذور کای	-	۲۹۵۷/۲۸۴	تایید مدل
P-Value	-	۰/۰۰۱	تایید مدل
Df (درجه آزادی)	$df \geq 0$	۱۸۷۸	تایید مدل
χ^2/df	$\chi^2/df < 3$	۱/۵۷۵	تایید مدل
RMSEA	$RMSEA < 0.08$	۰/۰۴۴	تایید مدل
NFI	$NFI > 0.9$	۰/۷۹۵	عدم تایید مدل
AGFI	$AGFI > 0.9$	۰/۷۵۹	عدم تایید مدل
GFI	$GFI > 0.9$	۰/۷۷۶	عدم تایید مدل
CFI	$CFI > 0.9$	۰/۹۱۴	تایید مدل
IFI	$IFI > 0.9$	۰/۹۱۴	تایید مدل
TLI	$TLI > 0.9$	۰/۹۱۰	تایید مدل
SRMR	هر چه به صفر نزدیکتر باشد.	۰/۰۵۲	تایید مدل

طرفی دیگر شاخص‌های برازندگی الگو مانند CFI و IFI همگی در حد قابل قبول و مناسب قرار دارند و شاخص SRMR نیز ۰/۰۵۱۸ است.

همانطور که در جدول بالا ملاحظه می‌گردد، مقدار آماره‌ی کای-دو در مدل ۲۹۵۷/۲۸۴، درجه آزادی مدل نیز برابر با ۱۸۷۸ است که حاصل نسبت آن‌ها برابر با ۱/۵۷۵ است که مقدار قابل قبولی است. مقدار RMSEA نیز برابر با ۰/۰۴۴ بود و از

بحث و نتیجه گیری

جمعیت پیری بدون شک یک موفقیت مطلوب می باشد که به وسیله تغییرات در کاهش مرگ و میر و همچنین تحولات اجتماعی و اقتصادی به وجود آمد. پژوهش حاضر با هدف، بررسی رابطه بهزیستی روان شناختی با حمایت اجتماعی در سالمندان با در نظر گرفتن نقش میانجی خود مراقبتی و تجارب معنوی انجام شد. نتایج نشان داد حمایت اجتماعی بر بهزیستی روانشناختی از طریق خودمراقبتی تأثیر مثبت و معناداری دارد. این نتیجه با نتایج حاصل از پژوهش های برقی ایرانی و همکاران (۳۲)، عرب زاده (۳۳)، میری (۱۹)، کروز - گوت و همکاران (۳۴)، رودریگو کانادارو، جیمز جی پاتر (۳۵)، ربه (۳۶) همسو بود. در تبیین این نتایج می توان گفت که بین حمایت اجتماعی ادراک شده و بهزیستی روانی در سالمندان رابطه معنی داری وجود دارد؛ همانطور که در تحقیق صادقی و همکاران نتایج مشابه ای یافت شد و ارتباط بین حمایت اجتماعی و بهزیستی روانی مورد تأیید قرار گرفت. در این باره «کوهن» حمایت اجتماعی، یک کمک دوجانبه است که موجب تصور مثبت از خود، پذیرش خود، احساس عشق و ارزشمندی می گردد و تمام اینها به فرد فرصت خودشکوفایی و رشد می دهد. همچنین «باریرا» و «کامینز» می گویند افرادی که حمایت کننده های بیشتری دارند، از سلامت بهتری برخوردار هستند. علاوه بر مراقبت از وضعیت روحی روانی سالمندان (به دلیل به خطر انداختن ارتباطات و حمایت های اجتماعی سالمندان)، باید دامنه حمایت اجتماعی را ارتقا داد؛ زیرا ممکن است در افزایش میزان رضایتمندی و در نتیجه ارتقای بهزیستی روانشناختی نقش مهمی داشته باشد. زندگی سالم، از یکسو محصول تعامل اجتماعی بین انتخاب های فردی و از سوی دیگر، محیط اجتماعی و اقتصادی احاطه کننده افراد است. مهارت های اجتماعی و عضویت در شبکه های اجتماعی، رفتارهایی است که فرد را قادر به تعامل مؤثر می نماید و سلامت رفتاری و اجتماعی افراد را نشان می دهد. از یک سو، وجود همبستگی معنی دار تأیید شده بین حمایت اجتماعی و بهزیستی روانشناختی در دریافت کنندگان خدمت از مراکز توانبخشی روزانه سالمندان در این مطالعه و از

سوی دیگر، رابطه تأیید شده بهزیستی روانی و حمایت اجتماعی با بیماریزایی و مرگ و میر در سالمندان، بر ضرورت مداخلات زودرس با هدف تقویت شبکه اجتماعی سالمندان به منظور پیشگیری یا کاهش اثرات آسیب روانی به سالمندان و ارتقای سلامت روان سالمندان نیازمند توانبخشی تأکید دارد.

علیپور و همکاران (۳۷) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی سالمندان ارتباط مثبت و معناداری دارد. در اینجا با توجه به اینکه بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی به یکدیگر نزدیک هستند و هر دو در یک مقوله قرار می گیرند؛ بنابراین، حمایت اجتماعی می تواند بر هر دو تأثیر داشته باشد که در این مورد هر دو مطالعه این تأثیر را تأیید کرده اند (هر دو مطالعه با زمان و مکان متفاوت، در شهر تهران صورت گرفته اند). بنابراین می توان نتیجه گرفت که حمایت اجتماعی بر بهزیستی روانشناختی از طریق خودمراقبتی تأثیر مثبت و معناداری دارد.

همچنین نتایج نشان داد حمایت اجتماعی بر بهزیستی روانشناختی از طریق تجارب معنوی تأثیر مثبت و معناداری دارد. این نتیجه با نتایج حاصل از پژوهش های ورعی، مؤمنی، مرادی (۳۸)، ریف کارول (۳۹)، لیم (۲۲) همسو بود. در تبیین این یافته ها می توان گفت که در این پژوهش تغییر در هریک از مؤلفه های حمایت اجتماعی شامل خرده مقیاس خانواده، دوستان و دیگران می شود. بنابراین تغییرات در هر کدام میت واند بهزیستی روانی را تحت تأثیر قرار دهد. همانطور که در تحقیق ورعی، مؤمنی و مرادی (۳۸) و ریف کارول (۳۹) نتایج مشابهی یافت شد و ارتباط بین حمایت اجتماعی و بهزیستی روانشناختی تأیید شد. نتایج حاصل از یافته های پژوهش حاضر با پژوهش های انجام شده که پیشتر به آنها اشاره شد، همسو بود. نتایج این تحقیقات نشان داد بین حمایت اجتماعی و بهزیستی روانشناختی رابطه وجود دارد. در تبیین این نتایج می توان گفت حمایت اجتماعی تسهیل کننده سازگاری با استرس و همچنین حمایت موفقیت آمیز به عنوان یکی از منابع مقابله هم محسوب می شود؛ حتی ادراک اینکه افرادی در شرایط استرس آمیز فرد را مساعدت می کنند، بر حالات روانشناختی آثار مثبتی دارد.

با توجه به اینکه در بیشتر جوامع، سالمندی با ضعف نیروی جسمی و فکری و ناکارآمدی اجتماعی و تنهایی همراه است و این موارد هم در جامعه ایران و هم در جوامع دیگر (نیپال) قابل مشاهده است؛ بنابراین حمایت اجتماعی برای همه سالمندانی که با موارد مذکور روبه‌رو هستند، می‌تواند به بهبود شرایط روانی- اجتماعی آن‌ها کمک نماید. از این رو، می‌توان همسویی نتایج چالز و همکاران را با نتایج پژوهش حاضر توجیه کرد.

پژوهش حاضر روی سالمندان شهر تهران انجام شده است و با توجه به تفاوت‌های فرهنگی، نمی‌توان آن را به سالمندان دیگر در مناطق دیگر ایران تعمیم داد. محدودیت دیگر این پژوهش حجم زیاد سؤالات پرسش‌نامه‌ها بود. با اینکه از هر مقیاس کوتاه‌ترین فرم آن انتخاب شده بود، از حوصله سالمندان خارج بود؛ ضمن اینکه سطح پایین تحصیلات سالمندان نیز مزید بر علت بود. از جمله محدودیت‌هایی که در این پژوهش وجود داشت، می‌توان به کم بودن حجم نمونه اشاره کرد که بر تعمیم‌پذیری آن اثر می‌گذارد. از این رو پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از حجم نمونه وسیع‌تری استفاده شود. همچنین انتخاب شرکت‌کنندگان به صورت در دسترس می‌تواند اعتبار بیرونی پژوهش را تهدید کند، بنابراین پیشنهاد می‌شود در صورت امکان مطالعات آتی برای افزایش اعتبار بیرونی نمونه‌ها به صورت تصادفی انتخاب شوند. از دیگر محدودیت‌ها می‌توان به نوع پژوهش اشاره کرد که توصیفی-همبستگی است و نمی‌توان روابط علت و معلولی از آن استخراج کرد.

با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های گذشته، به مسئولان، خانواده‌ها و برنامه‌ریزان امور مربوط به سالمندان، پیشنهاد می‌شود برای کسب و نگهداری منابع مؤثر و مهارت‌های مقابله برای ترویج بیشتر روند سالمندی موفق آموزش‌های کمک‌کننده به سالمندان داده شود. همچنین برگزاری کارگاه‌هایی برای سالمندان که در آن روش‌های حمایت اجتماعی و خودمراقبتی آموزش داده می‌شود، می‌تواند مفید باشد. همچنین باید درباره مسائل اضطراب آور دوران سالمندی به عنوان مقوله‌ای خاص و تأثیر آن بر بهزیستی روان‌شناختی پژوهش شود. با توجه به یافته‌های موجود در خصوص متغیرهای پیش‌بینی‌مورد مطالعه در

بهزیستی روان‌شناختی شامل دو بعد شناختی و عاطفی است. در سطح هیجانات عاطفی افراد با بهزیستی روان‌شناختی مطلوب عمدتاً مثبت از قبیل شادمانی دارند و از ارزیابی مثبت رویدادهای درحال وقوع استفاده می‌کنند. افراد با بهزیستی کمتر نیز شرایط و رویدادها را نامطلوب ارزیابی می‌کنند و هیجانات ناخوشایند مانند اضطراب، افسردگی و پرخاشگری را تجربه می‌کنند. حمایت اجتماعی بر ارتقای سلامت در افراد سالمند تأثیرگذار است. داشتن دوست به افراد کمک می‌کند رویدادهای استرس‌زا را کمتر تهدیدکننده و قابل کنترل بدانند و احساسات منفی ناشی از استرس را کاهش دهند. برم در مدل صمیمیت پیرامون حمایت اجتماعی بیان می‌کند اشخاصی که روابط صمیمانه‌ای با اطرافیان خود دارند، از نظر سلامت در سطح بالاتری قرار دارند. پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهد که داشتن پیوندهای نزدیک و اطمینان بخش با دیگران در جلوگیری از اقدام به خودکشی و بیماری‌های روانی از جمله افسردگی و اضطراب عامل تعیین‌کننده‌ای است. گودرز مدل صمیمیت روابط سودمند را روابط نزدیک و با اعتماد می‌داند. روابط مثبت با دیگران که یکی از مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی است، به داشتن توانایی روابط خوب انسانی اشاره دارد که یکی از مشخصه‌های کلیدی سلامت روان است، زیرا آسیب‌شناسی معمولاً با اختلال در عملکرد اجتماعی مشخص می‌شود. از طرفی، معنویت به عنوان شاخص معناداری برای پیامدهای مثبت سلامتی و کیفیت زندگی شناخته شده است. معنویت و دینداری می‌توانند به عنوان راهبردهای مثبت برای افزایش معنا در زندگی، امید و تعاملات اجتماعی در سالمندان و همچنین برای مقابله با بیماری‌های روان‌شناختی از قبیل افسردگی و احساس تنهایی در آنان مفید واقع شوند. سالمندی که رابطه مثبت با دیگران دارد، می‌تواند حمایت اجتماعی دیگران را جلب کند و سلامت خود را ارتقا دهد. افزایش حمایت اجتماعی می‌تواند باعث بهزیستی روانی در سالمندان شود. بنابراین می‌توان گفت که حمایت اجتماعی بر بهزیستی روان‌شناختی از طریق تجارب معنوی تأثیر مثبت و معناداری دارد.

و تعارضات تجربه شده بهبود یابد. پیشنهاد می شود به صورت دوره ای وضعیت سالمندان از لحاظ افسردگی و اضطراب مورد بررسی قرار دهد تا از این طریق بتواند سالمند مستعد و یا دچار فرسودگی و اضطراب را شناسایی کند و برنامه ریزی و سازمان دهی مناسب تری داشته باشد. با توجه به تأثیر مثبت مستقیم بهزیستی روان شناختی بر خود مراقبتی، پیشنهاد می شود که بررسی سلامت عمومی سالمندان مورد بررسی قرار گیرد و همچنین برنامه هایی جهت سنجش و ارتقاء سطح سلامت عمومی سالمندان مد نظر قرار گیرد.

این پژوهش، به محققان توصیه می گردد که به صورت مجزا این متغیرها را مورد سنجش قرار داده و با انجام مقایسه نتایج، زمینه را برای مداخلات بهبود وضعیت هر یک از متغیرها در سالمندان فراهم سازند. پیشنهاد می شود دوره ها و کارگاه های آموزشی جهت آشنایی هر چه بیشتر خانواده با روحیات سالمندان با مفهوم سالمند- خانواده و پیامدهای آن برگزار گردد. پیشنهاد می شود برنامه های آموزشی مناسبی در جهت توانمندسازی، افزایش مهارت های اجتماعی و قدرت تطابق و سازگاری برای سالمندان برگزار گردد تا قدرت مقابله مؤثر آنان در برابر تنش ها

Reference

- Nouhi E, Karimi T, Iranmanesh S. Comparing Fear of Death of the Elderly Settled in Elderly's Home and Inhabited in City Houses of Isfahan. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2014; 8 (4) :24-31
- Harrefors C, Sävenstedt S, Axelsson K. Elderly people's perceptions of how they want to be cared for: an interview study with healthy elderly couples in Northern Sweden. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2009 Jun;23(2):353-60.
- Ljunggren M. Elderly abuse and depression in developed countries: Does religion/spirituality matter?. 2012.
- Siedlecki KL, Salthouse TA, Oishi S, Jeswani S. The relationship between social support and subjective well-being across age. *Social indicators research*. 2014 Jun 1;117(2):561-76.
- Ryff CD. Psychological well-being in adult life. *Current directions in psychological science*. 1995 Aug;4(4):99-104.
- Nel L. The psychofortological experiences of master's degree students in professional psychology programmers: an interpretative phenomenological analysis (Doctoral dissertation, University of the Free State). 2011.
- Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*. 1989 Dec;57(6):1069.
- Ryff CD, Singer BH. Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social Science Research*. 2006 Dec 1;35(4):1103-19.
- Durayappah A. The 3P Model: A general theory of subjective well-being. *Journal of Happiness Studies*. 2011 Aug 1;12(4):681-716.
- Bridges LJ, Margie NG, Zaff JF. Background for community-level work on emotional well-being in adolescence: Reviewing the literature on contributing factors. *ERIC Clearinghouse*; 2001 Dec.
- Linley PA, Joseph S. Applied positive psychology: A new perspective for professional practice. *Positive psychology in practice*. 2004 Jul 30:3-12.
- Kan C, Karasawa M, Kitayama S. Minimalist in style: Self, identity, and well-being in Japan. *Self and Identity*. 2009 Apr 1;8(2-3):300-17.
- Park N, Peterson C, Seligman ME. Character strengths in fifty-four nations and the fifty US states. *The Journal of Positive Psychology*. 2006 Jul 1;1(3):118-29.
- Lu L. Culture, self, and subjective well-being: Cultural psychological and social change perspectives. *Psychologia*. 2008;51(4):290-303.
- Chakraborti AK, Chowdhuri AN, Weiss MG, Ditta SL. " Dr. PC Sen Memorial Best Paper Presentation Award on rural health practice". *Physical and mental community health: what are the obstacles!*. *Indian journal of public health*. 1999;43(3):101-5.
- Lang AJ, Stein MB. Anxiety disorders. How to recognize and treat the medical symptoms of emotional illness. *Geriatrics (Basel, Switzerland)*. 2001 May;56(5):24-7.
- Farhadi A, Barazandeh S, Mokhtarpour H, Karami Kh, DarayiZadeh A. The role of social support, spiritual well-being and self-efficacy in predicting the mental well-being of the elderly. *Aging Quarterly*. 2016; 1 (2): 48-35.
- Sadeghi F. Investigating the Relationship between Perceived Social Support and Dimensions of Psychological Well-Being in Older Men and Women in Tehran's Elderly Cultural Center. Master's thesis. 2011; University of Rehabilitation Sciences and Social Welfare. Welfare Science Research Institute.
- Miri E. The relationship between social support and religiosity and psychological well-being in literate elderly people. (Unpublished master's thesis). 2015; Chamran of Ahwaz University. Faculty of Education and Psychology.

20. Sadeghpour M. Predicting the psychological well-being of the elderly based on their ability to manage stress and social support. 2017; Master's thesis. Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.
21. Moatamedy A, Borjali A, Sadeqpur M. Prediction of psychological well-being of the elderly based on the power of stress management and social support. *Iranian Journal of Ageing*. 2018 Apr 15;13(1):98-109.
22. Lim LL, Kua EH. Living alone, loneliness, and psychological well-being of older persons in Singapore. *Current gerontology and geriatrics research*. 2011;2011.
23. Thoresen CE, Harris AH. Spirituality and health: What's the evidence and what's needed? *Annals of behavioral medicine*. 2002 Feb 1;24(1):3-13.
24. Jafari A, Hesampour F. Predicting Life Satisfaction Based On Spiritual Intelligence and Psychological Capital in Older People. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2017; 12 (1) :90-103
25. Houman H. Statistical inference in behavioral research. Samat Publications. Eighth edition. 2014.
26. Khanjani M, Shahidi Sh, FathAbadi J, Mazaheri M, Shokri O. Factor Structure and Psychometric Characteristics Short Form (18 questions) Reef Psychological Welfare Scale in male and female students. *Thought and behavior*. The eighth period. Issue 32, 2014.
27. Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes care*. 2000 Jul 1;23(7):943-50.
28. Islami M, Fesharaki M, Farmahini F B, Haji Ismailpour Ay. Investigating the relationship between depression and self-care behaviors in depressed and non-depressed patients with diabetes. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*. 2010; 10 (3): 313-318
29. Underwood LG, Teresi JA. The daily spiritual experience scale: Development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health-related data. *Annals of Behavioral Medicine*. 2002 Feb 1;24(1):22-33.
30. Tonigan J, Walter S, Underwood L. Test-Retest Study of the Brief Measure of Religiousness and Spirituality Among Treatment Seeking Substance Users. Manuscript submitted for publication. 2002.
31. Holland JM, Neimeyer RA. Reducing the risk of burnout in end-of-life care settings: The role of daily spiritual experiences and training. *Palliative & supportive care*. 2005 Sep;3(3):173-81.
32. Barghi Irani Z, Rajabi M, Nazemi M, Bagian Koleh Marz M. The role of lifestyle, psychological capital and self-care behaviors in predicting the mental well-being of diabetic elderly. *Journal of Health Psychology*, 2017; 6 (23): 17-38.
33. Arabzadeh M, Pirsaghi F, Kavosian J, Amani K, Abdollah pour Y. Investigating the structural relationship between basic psychological needs and subjective well-being with mental health in older adults. *joge*. 2017; 2 (2) :1-10
34. Cruza-Guet MC, Spokane AR, Caskie GI, Brown SC, Szapocznik J. The relationship between social support and psychological distress among Hispanic elders in Miami, Florida. *Journal of counseling psychology*. 2008 Oct;55(4):427.
35. Cantarero R, Potter J. Quality of life, perceptions of change, and psychological well-being of the elderly population in small rural towns in the Midwest. *The International Journal of Aging and Human Development*. 2014 Jun;78(4):299-322.
36. Robah K. Determinants of existential death anxiety: a cross-sectional survey study on the effect of age, gender and religious affiliation on death anxiety (Bachelor's thesis, University of Twente).
37. alipoor F, sajadi H, Forozan A, biglarian A. The role of social support in elderly quality of life. *refahj*. 2009; 8 (33) :149-167
38. varae 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. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2019; 14 (2) :162-177
39. Ryff CD. Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2014;83(1):10-28.

Original Article

Investigating the mediating role of self-care and spiritual experiences in the relationship between psychological well-being and social support of the elderly

Received: 15/03/2020 - Accepted: 14/05/2020

Ahmad Heydari¹
Mokhtar Arefi*²
Hasan Amiri³

¹ PhD in counselling, Department of Psychology and Consulting, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran.

² Assistant Professor in counselling, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran. (Corresponding Author)

³ Assistant Professor in counselling, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran.

Email: arefi.2020@gmail.com

Abstract

Introduction: Paying attention to the subject of mental health and psychological well-being in old age became a necessity and in order to achieve a comprehensive and effective program to promote psychological well-being in the elderly, it was necessary to research, study and find effective and related factors. The aim of this study was to determine the mediating role of self-care and spiritual experiences in the relationship between psychological well-being and social support of the elderly.

Materials and Methods: The present research method was correlation with path analysis method. From the community of all elderly people in private and public centers of Tehran in 1997-96, 300 elderly people (76 men, 224 women) were selected by military sampling method. The research tools included Reef's Psychological Welfare Questionnaire, Social Support Questionnaire, Self-Care Scale, and Spiritual Experience Questionnaire. In this study, Sobel test, path analysis and structural equation modeling were used to analyze the research findings.

Results: The results showed that the variable of social support indirectly had a significant relationship with psychological well-being through self-care and spiritual experiences ($p \leq 0 / 005$).

Conclusion: The model of predicting the psychological well-being of the elderly based on social support with self-care mediation and spiritual experiences has a favorable fit.

Key words: Psychological well-being, the elderly, social support, self-care, spiritual experiences

Acknowledgement: There is no conflict of interest.