رویش روان شناسی، سال۱۱، شماره۹، شماره پیاپی ۷۸، آذر ۱۴۰۱
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),11(9), 2022

نقش میانجی گر تاب آوری در رابطه بین نگرش دینی و منبع کنترل با بهزیستی روان شناختی در زنان سالمند

The mediating role of resilience in the relationship between religious attitude and locus of control with psychological well-being in elderly women

محبوبه غایتی
کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.
سیمین دخت رضاخانی (نویسنده مسئول)
استادیار گروه مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

Mahboubeh Ghayati
M.A in Family Counseling, Department of Counseling, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.
Simindokht Rezakhani*
Assistant Professor, Department of Counseling, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran. rezakhani@riau.ac.ir

چکیده
پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی‌گر تاب‌آوری در رابطه بین نگرش دینی و منبع کنترل با بهزیستی روان‌شناختی در زنان سالمند انجام شد. پژوهش توصیفی- همبستگی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل زنان سالمند ۶۰ تا ۸۰ سال عضو کانون سالمندان اداره سلامت شهرداری منطقه ۱۲ تهران در محدوده زمانی خرداد و تیر ۱۴۰۰ بود. تعداد ۲۰۰ نفر از این افراد با روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی ریف (RSPWB، ریف، ۱۹۸۰). نگرش دینی (RAS، خدایاری‌فرد و همکاران، ۱۳۷۹)، منبع کنترل راتر (RLOC، راتر، ۱۹۶۶). تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC، کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) بود. برای تحلیل داده‌ها از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. شاخص‌های برازندگی به دست آمده نشان‌دهنده برازش قابل قبول مدل اصلاح شده با داده‌ها بود. نتایج نشان‌داد ضریب مسیر بین تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی ($p<۰/۰۱$) مثبت و معنادار بود. همچنین نگرش دینی ($p<۰/۰۵$) و منبع کنترل ($p<۰/۰۱$) هم به صورت مستقیم و هم به‌صورت غیرمستقیم از طریق تاب‌آوری ($p<۰/۰۱$) بهزیستی روان‌شناختی را در سالمندان پیش‌بینی نمودند. از یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه‌گرفت که نگرش دینی و منبع کنترل با میانجی‌گری تاب‌آوری در جهت ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی زنان سالمند نقش مثبت و موثری دارد. همچنین توجه به برنامه‌ریزی آموزشی برای ایجاد بینش و شناخت منبع کنترل زنان سالمند و جهت‌دادن آن‌ها به سوی منبع‌کنترل‌درونی و افزایش تاب‌آوری و ارتقاء باورهای دینی آنان حائز اهمیت است.

واژه‌های کلیدی: *بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری، منبع کنترل، نگرش دینی.*

Abstract
The present study was conducted with the aim of investigating the mediator role of resilience in the relationship between religious attitude and locus of control with psychological well-being in elderly women. The descriptive-correlational research was of structural equation modeling type. The statistical population included elderly women 60 to 80 years old, members of the Center for the Elderly of the 12th District of Tehran Municipal Health Department in 1400. 200 of these people were selected by available sampling method. Data collection tool Riff Psychological Well-Being Scale (RSPWB, 1980). Religious Attitude (RAS, Khodayari Fard et al., 1379), Rother's Resource-Control (RLOC, 1966). Conner and Davidson Resilience (CD-RISC, 2003). Structural equation modeling method was used for data analysis. The obtained goodness-of-fit indices indicated an acceptable fit of the modified model with the data. The results showed that the path coefficient between resilience and psychological well-being ($p<0.01$) was positive and significant. Also, religious attitude ($p>0.05$) and source of control ($p>0.01$) both directly and indirectly through resilience ($p>0.01$) affect psychological well-being in The elderly predicted. From the findings of this research, it can be concluded that religious attitude and resource-control with the mediation of resilience have a positive and effective role in improving the psychological well-being of elderly women. It is also important to pay attention to educational planning to create insight and recognition of the source-control of elderly women and to direct them towards the internal source-control and to increase resilience and promote their religious beliefs.

Keywords: *psychological well-being, resilience, source of control, religious attitude.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : اسفند ۱۴۰۰** | **پذیرش: مهر ۱۴۰۱** | **ویرایش نهایی: آذر ۱۴۰۱**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.9.9.2]

مقدمه

دوره سالمندی، آخرین دوره رشد انسان است وفرد پس از رسیدن به ۶۰ سالگی به عنوان سالمند طبقه بندی می‌شود (آلمیرا[1] و همکاران، ۲۰۱۹). از مهم‌ترین تغییراتی که در قرن ۲۱ در ساختار اجتماعی جوامع اتفاق افتاده افزایش جمعیت سالمندان است (ایکستین[2]، ۲۰۲۰). در سال ۲۰۲۰، جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر جهان بیش از یک میلیارد نفر بوده که ۱۳/۵ درصد از جمعیت ۷/۸ میلیارد نفر جهان را تشکیل می‌دهد. پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۳۰، این تعداد به ۱/۴ میلیارد و تا سال ۲۰۵۰، به ۲/۱ میلیارد نفر افزایش یابد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۰). در حال حاضر جمعیت سالمندان بالای ۶۰ سال ایران، حدود ۱۰/۲ درصد از جمعیت کشور یعنی نزدیک به هشت و نیم میلیون نفر است. از سال ۱۳۵۵ تا ۱۳۹۸ یعنی طی ۴۳ سال، جمعیت سالمندی ایران از ۵ درصد به ۱۰ درصد رسیده و پیش بینی می‌شود از سال ۱۳۹۸ تا ۱۴۲۰ یعنی در طی ۲۳ سال، جمعیت سالمندی از ۱۰ درصد به ۲۰ درصد برسد و استمرار این رشد، باعث عبور جمعیت سالمندان ایران از یک سوم جمعیت کشور (یعنی ۳۳ درصد) در حدود سال ۱۴۳۵ خواهد شد (سازمان بهزیستی کشور، ۱۴۰۰).

در این راستا، با توسعه روان‌شناسی مثبت در دهه اخیر، دیدگاه جدیدی در حوزه پیری‌شناسی مطرح شده است (سجادی‌اناری، ۱۳۹۹). یکی از مسائل مهم در این حوزه، بهزیستی روان شناختی[3] است. بهزیستی روان‌شناختی از مؤلفه‌های سلامتی است که به معنای تلاش شخص در جهت تحقق استعدادها و توانایی‌های بالقوه تعریف شده‌است (هانلی[4] و همکاران، ۲۰۱۷). افزایش سطح بهزیستی می‌تواند افراد را به سمت ارتباط اجتماعی حمایت‌گرانه سالم‌تر، موفقیت در زندگی و سلامت جسمی و روانی بالاتر هدایت‌کند (کروز[5]، ۲۰۱۷). اما کاهش سطح بهزیستی روان‌شناختی باعث می‌شود فرد رویدادهای زندگی خود را نامطلوب ارزیابی‌کرده و بیشتر هیجان‌های منفی را تجربه‌کند (هینتزلمن و داینر[6]،۲۰۱۹). احساس شایستگی، خودمختاری و توانایی در مدیریت محیط پیرامون، ایجاد روابط مناسب و مثبت با دیگران، رشدشخصی، هدفمندی در زندگی و پذیرش‌خود و احساس مثبت به خود و زندگی گذشته، از مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی و از مشخصه‌های فرد سالم است (سواری و سواری، ۱۳۹۹). با توجه به اهمیت بهزیستی روان‌شناختی شناخت پیشایندهای آن ضرورت دارد. به نظر می‌رسد یکی از متغیرهای مهم در رابطه با بهزیستی روان‌شناختی، نگرش دینی[7]است. نگرش دینی عبارت است از اعتقادات منسجم و یکپارچه‌ی توحیدی که خداوند را محور امور می‌داند و ارزش‌ها، اخلاقیات، آداب و رسوم و رفتارهای انسان با یکدیگر، طبیعت و با خویشتن را تنظیم می‌کند (علیجانی و همکاران، ۱۳۹۷). نتایج پژوهش کریمی و همکاران (۱۳۹۹) نشان‌داد که بین نگرش دینی و خرده‌مقیاس‌های آن با بهزیستی روان‌شناختی سالمندان رابطهٔ مثبت و معناداری وجوددارد. همچنین اکبری‌زردخانه و سجادی‌اناری (۱۳۹۹) دریافتند بین مؤلفه خودپیروی و رضایت از زندگی، بهزیستی روان‌شناختی و دینداری در سالمندان رابطه مستقیم وجودارد.

به نظر می‌رسد یکی از متغیرهای مهم دیگر که در بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روان هر فرد نقش‌دارد، منبع کنترل[8] است. منبع کنترل بر کنترل‌پذیری (منبع‌کنترل‌درونی) یا غیرقابل کنترل بودن (منبع‌کنترل‌بیرونی) علل پیامدها توجه‌دارد. به عبارت دیگر، منبع کنترل به درجه‌ای از مسئولیت‌پذیری که فرد نسبت به رویدادها دارد، اشاره می‌کند (کن و دورکان[9]، ۲۰۱۹). نتایج پژوهش سواری و سواری (۱۳۹۹) نیز نشان‌داد متغیرهای منبع‌کنترل‌درونی و آمادگی برای یادگیری خودراهبر علاوه‌بر دارا بودن ارتباط با یکدیگر، بهزیستی روان‌شناختی را نیز در سالمندان پیش‌بینی می‌کنند. در این ارتباط، پیش‌بینی می‌شود متغیر تاب‌آوری[10] نیز می‌تواند در بهزیستی روان‌شناختی نقش‌داشته‌باشد. تاب‌آوری به‌طور عام توانایی کنارآمدن با شرایط نامطلوب است (هنشال[11]و همکاران، ۲۰۲۰). نتایج پژوهش امیری و همکاران (۱۳۹۹) نشان‌داد که بین بهزیستی روان‌شناختی با تاب‌آوری و حمایت‌اجتماعی رابطه مثبت معنادار

1. Almira
2.Eckstein
3.psychological well-being
4.Hanley
5.Crous
6. Heintzelman& Diener
7. Religious Attitude
8. Locus of Control
9. Can & Durukan
10. Resilience
11. Henshall

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.9.9.2]

وجود دارد. همچنین فیرکلوت[1] (۲۰۱۷) در پژوهش خود نشان‌داد رابطه بین بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری مثبت و معنادار است و تاب‌آوری تاحدی میانجی رابطه بین حوادث منفی زندگی و مولفه‌های بهزیستی روان‌شناختی است. باید درنظرداشت که مذهب نیز عامل نیرومندی برای تاب‌آوری محسوب می‌شود. بسیاری از افراد مذهبی این احساس را دارند که ایمان در هنگام بحران به عنوان یک فرصت برای دستیابی به پیامدهای ارزشمند، بیشتر به آنان کمک خواهدکرد (پارگامنت و کومینگز[2]، ۲۰۱۰). نتایج پژوهش چانگ[3] و همکاران (۲۰۲۱) نشان‌داد افرادی که معنویت و دینداری بالایی داشتند از تاب‌آوری روان‌شناختی بالاتری برخوردار بودند.

بدیهی است هرچه سن افراد بیشتر باشد به مراقبت‌ها و خدمات بیشتری احتیاج دارند. لذا برنامه‌ریزی برای ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان ضروری است. اگر به سالمندی به عنوان یک دوره رشدی طبیعی نگاه شود، این زندگی طولانی‌تر باید همراه با فرصت‌های همیشگی برای سلامتی، مشارکت و امنیت باشد. در این صورت است که می‌توان سالمندی فعال و بانشاط را انتظارداشت که به عنوان منبعی حمایت‌کننده برای خانواده و جامعه است. با توجه به روند روبه‌رشد سالمندی در کشور، اهمیت بهزیستی سالمندان ضرورت می‌یابد. پرداختن به پرورش راه‌های مهار یا مقابله کارآمد استرس، به کاهش بیماری‌های جسمی و روانی در آنان منجرخواهدشد. بنابراین، اقدامات مراقبت از سلامتی برای سالمندان نباید صرفاً به ابعاد جسمانی یا ظرفیت عملکردی محدود شود، بلکه باید نیازهای معنوی، بهزیستی و عزت نفس نیز لحاظ شود. مرور پژوهش‌های انجام شده در مورد سالمندان نشان‌می‌دهد که بیشتر آن‌ها به بیماری‌های مرتبط با سالمندی پرداخته‌اند و شواهد قابل توجهی در مورد بهزیستی روان‌شناختی، نگرش دینی، منبع کنترل و تاب‌آوری سالمندان در ارتباط با هم وجودندارد. لذا انجام این پژوهش می‌تواند در بعد نظری سبب افزایش دانش موجود در این زمینه باشد که با ارائه فرض‌های جدید در قالب یک مدل در زمینه عوامل مؤثر بر بهزیستی روان‌شناختی ارائه می‌شود و در سطح کاربردی می‌تواند مبنای تجربی مناسبی برای تدوین برنامه‌های آموزشی، مداخله‌ای و درمانی در زمینه افزایش بهزیستی روان‌شناختی سالمندان باشد. با مرور مطالب بالا و این که سالمندان سرمایه‌های کشور هستند و زنان سالمند همچنان حمایت عاطفی خانواده را برعهده دارند؛ و با توجه به تجربه این افراد در فراز و فرودهایی که در زندگی‌شان دارند؛ این پژوهش با هدف بررسی نقش میانجی‌گر تاب‌آوری در رابطه بین نگرش دینی و منبع کنترل با بهزیستی روان‌شناختی در زنان سالمند انجام شد.

روش

پژوهش حاضر، توصیفی_همبستگی و از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری است. جامعه آماری پژوهش شامل زنان سالمند ۸۰-۶۰ سال عضو کانون سالمندان اداره سلامت شهرداری منطقه ۱۲ تهران بود که در محدوده زمانی خرداد و تیر ۱۴۰۰ به خانه‌های سلامت منطقه مراجعه کرده بودند. تعداد این افراد از سوی اداره سلامت شهرداری ۳۰۰ نفر گزارش شده بود. برای تعیین حجم نمونه براساس نظر هویت و کرامر[4] (۲۰۰۴، ترجمه شریفی و همکاران، ۱۳۹۵) مبنی بر کفایت ۴۰-۲۰ نفر به ازای هر متغیر پیش‌بین عمل شد. با توجه به این‌که در این پژوهش منبع کنترل دارای دو مؤلفه است و نگرش دینی و تاب‌آوری به عنوان سازه درنظرگرفته شده‌اند، با درنظرگرفتن ۴۰ نفر برای هر مؤلفه، حجم نمونه ۱۶۰ نفر برآورد شد. با درنظرگرفتن احتمال افت، ۲۵ درصد به این تعداد اضافه شد و حجم نمونه به ۲۰۰ نفر افزایش یافت. با توجه به شیوع بیماری کرونا در زمان اجرای پژوهش، امکان نمونه گیری تصادفی وجود نداشت بنابراین گروه نمونه به صورت در دسترس انتخاب شدند. به دلیل محدود بودن تعداد اعضای کانون سالمندان و نیز عدم حضور بسیاری از سالمندان در کانون در زمان اجرای پژوهش به دلیل پاندمی‌کرونا، با توجه به ملاک‌های ورود (تحصیلات حداقل سوم راهنمایی و عضویت در کانون سالمندان، منطقه و شهر) افراد داوطلب از ۱۳ خانه سلامت موجود در منطقه ۱۲ تهران و با رعایت اصول اخلاقی (رضایت آگاهانه، حفظ حریم شخصی و رازداری) انتخاب شدند. ملاک‌های خروج شامل انصراف از تکمیل پرسشنامه‌ها و پرسشنامه‌های مخدوش و ناقص بود. برای تحلیل داده‌ها از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری با کمک نرم‌افزار AMOS نسخه ۲۵ و SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

1. Faircloth
2. Pargament & Cummings
3. Chang
4. Howit& Cramer

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.9.9.2]

ابزار سنجش

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف[1] (RSPWB): این مقیاس توسط ریف (۱۹۸۰) طراحی شد. فرم اصلی دارای ۱۲۰ سؤال و فرم کوتاه دارای ۱۸ سؤال است. این مقیاس دارای شش خرده مقیاس پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط است. آزمودنی‌ها در مقیاسی ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) به سوال‌ها پاسخ می‌دهند. نمره‌گذاری سؤال‌های ۳، ۴، ۵، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۶ و ۱۷ با روش معکوس و بقیه با روش مستقیم انجام می‌شود (ریف و سینگر[2]، ۲۰۰۶، به نقل از سفیدی و فرزاد، ۱۳۹۱). دیلر و همکاران (۲۰۰۵) همبستگی مثبت این مقیاس با مقیاس رضایت از زندگی نیوگارتن (۰/۴۸)، مقیاس شادی آکسفورد (۰/۵۷) و مقباس عزت نفس روزنبرگ (۰/۴۶) بیانگر روایی همگرای آن است (بیانی و همکاران، ۱۳۸۷). آلفای کرونباخ برای پذیرش خود ۰/۹۳، ارتباط مثبت با دیگران ۰/۹۱، خودمختاری ۰/۸۶، تسلط بر محیط ۰/۹۰ و رشد شخصی ۰/۸۷ گزارش شده‌است (ریف،۱۹۸۵؛ به نقل از پیرنیا و همکاران،۱۳۹۹). در ایران، سفیدی و فرزاد (۱۳۹۱) ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس را بررسی‌کردند. در مجموع ۴ مؤلفه ۵۰/۳۷ درصد از واریانس را تبیین می‌کردند و در این میان عامل اول (۲۳/۰۵ درصد)، عامل دوم (۱۲/۶ درصد)، عامل سوم (۸/۰۴ درصد) و عامل چهارم (۶/۶۸ درصد) از واریانس کل را تبیین می‌کرد که نشان‌دهنده روایی سازه پرسشنامه است. آلفای کرونباخ کل مقیاس برابر با ۰/۷۳ و برای عامل‌ها به ترتیب ۰/۶۷، ۰/۷۲، ۰/۶۵ و ۰/۷۵ به دست آمد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای پذیرش خود ۰/۶۶، رابطه مثبت با دیگران ۰/۶۸، خود مختاری ۰/۶۶، زندگی هدفمند ۰/۶۳، رشد شخصی ۰/۷۱ و تسلط بر محیط ۰/۶۲ به دست آمد (در این پژوهش از فرم کوتاه استفاده شد).

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون[3] (CD– RISC): مقیاس تاب‌آوری را کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) تهیه کردند. این مقیاس دارای ۲۵ عبارت و پنج مؤلفه (تصور از شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی/تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تاثیرات معنوی) است. نمره‌گذاری در طیف لیکرتی ۵ گزینه‌ای بین صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) انجام می‌شود. بنابراین نمرات آزمون بین ۰ تا ۱۰۰ قراردارد. نمرات بالاتر بیانگر تاب‌آوری بیشتر آزمودنی است. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۹ و همبستگی این مقیاس را با مقیاس تحمل بلاتکلیفی ۰/۷۴ گزارش کرده اند که نشان دهنده روایی ملاکی آن است . همچنین ضریب پایایی حاصل از روش باز آزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است (به نقل از محمدی، ۱۳۸۴). در پژوهش محمدی (۱۳۸۴) آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده است. مشعل‌پور (۱۳۸۹) همبستگی این مقیاس را با مقیاس سرسختی روان‌شناسی اهواز ۰/۶۴ به‌دست‌آورده است که نشان‌می‌دهد این مقیاس از روایی نسبتاً بالایی برخوردار است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای تصور از شایستگی ۰/۸۳، اعتماد به غرائز ۰/۷۶، پذیرش مثبت تغییر ۰/۶۴، کنترل ۰/۶۱ و تاثیرات معنوی ۰/۵۱ به‌دست آمد.

مقیاس منبع کنترل راتر[4] (RLOC): این مقیاس توسط راتر (۱۹۶۶) برای سنجش درونی و بیرونی بودن منبع کنترل ساخته‌شده است و دارای ۲۹ ماده است که هر ماده دارای یک جفت سؤال (الف و ب) است. راتر ۲۳ ماده از مواد این مقیاس را باهدف مشخص جهت روشن شدن انتظارات افراد درباره منبع کنترل تدوین کرده و ۶ ماده دیگر هدف آزمون را بالباس مبدل دنبال می‌کند که این ماده‌های خنثی، ساختار و بعد اندازه‌گیری شده را برای آزمودنی مبهم می‌سازد. به‌عبارت‌دیگر این مقیاس دارای شش جفت عبارت‌های جنبی است که به آن‌ها نمره داده نمی‌شود (۱، ۸، ۱۹، ۱۴، ۲۴، ۲۷). بنابراین، حدود نمره‌ها از صفر تا ۲۳ خواهد بود. به گزینه‌های الف نمره یک و به گزینه‌های ب نمره صفر داده می‌شود. افرادی که نمره ۹ یا بیشتر بگیرند دارای منبع کنترل بیرونی و افرادی که نمره کمتر از ۹ کسب کنند دارای منبع کنترل درونی هستند. راتر ضریب پایایی باز آزمایی ۰/۷۲ را (پس از یک ماه) بر روی ۶۰ دانشجو و ضریب ۰/۵۵ را (پس از ۲ ماه) بر روی گروهی ۱۱۷ نفری به دست آورده است. میزان ضریب باز آزمایی این مقیاس در فاصله زمانی دو ماه بین ۰/۴۰ و ۰/۸۳ است. به گزارش بال[5] (۱۹۷۷؛ ترجمه مسدود، ۱۳۷۳) برای بررسی روایی سازه این مقیاس، تحلیل عاملی نمره‌های ۱۰۰۰ دانش‌آموز دبیرستانی نشان‌داد همه سؤالات پرسشنامه به گونه معناداری با یک عامل کلی همبستگی داشتند و این عامل ۵۳ درصد واریانس پرسشنامه را تبیین می‌کند (به نقل از یاریاری و همکاران، ۱۳۸۶). صبوری مقدم (۱۳۷۲، به نقل از یاریاری و همکاران، ۱۳۸۶). ضریب

1. Ryff's Scales of Psychological Well-bing
2. Ryff & Singer
3. The Conor_Davidson Resilience Scale (CD-RISC)
4. Rutter control scale (internal - external)
5. Ball

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.9.9.2]

پایایی مقیاس راتر را با استفاده از روش تصنیف حدود ۰/۸۱ به دست آورد. موفق (۱۳۷۵، به نقل از یاریاری و همکاران، ۱۳۸۶) روایی این مقیاس را با استفاده از روایی ملاک هم‌زمان با منبع کنترل نویکی استریکلند[1] به‌عنوان ملاک، ۰/۷۹ به دست آورد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۶۳ به دست آمد.

مقیاس نگرش دینی[2] (RAS): این مقیاس توسط خدایاری‌فرد و همکاران (۱۳۷۹) تدوین‌شده است و دارای ۴۰ سؤال و شش خرده مقیاس شامل عبادات (۸ ماده)، اخلاقیات و ارزش‌ها (۵ ماده)، اثر مذهب در زندگی و رفتار انسان (۷ ماده)، مباحث اجتماعی (۵ ماده)، جهان‌بینی و باورها (۹ ماده) و علم و دین (۶ ماده) است. نمره‌گذاری بر اساس روش لیکرت با گزینه‌های کاملاً موافقم، تا حدی موافقم، بینابین، تا حدی مخالفم و کاملاً مخالفم تنظیم‌شده است. سؤال‌ها ازنظر رابطه با نگرش مذهبی، بعضی دارای نگرش معنایی مثبت و برخی دارای نگرش معنایی منفی هستند. برای نمره‌گذاری مقیاس، به هر یک از گزینه‌های انتخاب‌شده که نگرش مثبت تلقی شده‌اند، ۴ و ۵ امتیاز، به گزینه‌هایی که نگرش منفی تلقی شده‌اند، ۱ و ۲ و به گزینه‌های بینابین ۳ نمره تعلق‌می‌گیرد. بیشترین نمره در این مقیاس ۲۰۰ امتیاز است. ضریب همبستگی نمره هریک از مواد با نمره کل مقیاس در سطح ۰/۰۰۰۱ معتبر است. ضریب پایایی برای کل مقیاس از روش باز آزمایی ۹۱/ ۰(پس از دو هفته) و به روش تصحیح اسپیرمن-براون ۰/۸۲ و به روش گاتمن ۰/۸۰ به‌دست‌آمده است (خدایاری‌فرد و همکاران، ۱۳۷۹). در پژوهش یزدانی و همکاران (۱۳۸۲) نتایج تحلیل عاملی برای روایی سازه مقیاس نگرش دینی به یک عامل خشنودی از زندگی قابل‌تقلیل است و این عامل ۷۴/۸۶ درصد تغییرات نگرش مذهبی را تبیین می‌کند. مقدار ضریب همبستگی این عامل با متغیر اثرگذاری در رفتار و زندگی ۰/۸۱، عوامل اجتماعی ۰/۸۳۶، جهان‌بینی و باورها ۰/۸۸۷، اخلاقیات و ارزش‌ها ۰/۹۱۷ و عبادات ۰/۸۷۲ را نشان می‌دهد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به‌دست آمد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۲۰۰ شرکت‌کننده با میانگین و انحراف استاندارد سنی ۶۸/۲۳ و ۱۳/۰۹ سال حضور داشتند. بررسی شاخص‌های جمعیت شناختی نشان‌داد که میزان تحصیلات ۱۴۸ نفر (۷۴ درصد) از آنان زیر دیپلم، ۳۵ نفر (۱۷/۵ درصد) دیپلم، ۲ نفر (۱ درصد) فوق‌دیپلم و ۱۵ نفر (۷/۵ درصد) لیسانس یا بالاتر بود. در بین شرکت‌کنندگان ۱۸۸ نفر (۹۴ درصد) متأهل و ۱۲ نفر (۶ درصد) از همسر خود جداشده بودند یا همسر آنان فوت‌شده بود. گفتنی است که ۵۳ نفر (۲۶/۵ درصد) از شرکت‌کنندگان دو فرزند یا کمتر، ۷۴ نفر (۳۷ درصد) سه فرزند، ۵۶ نفر (۲۸ درصد) چهار فرزند و ۱۷ نفر (۸/۵ درصد) پنج فرزند یا بیشتر از پنج فرزند داشتند. جدول ۱ میانگین، انحراف معیار و مقادیر چولگی و کشیدگی هر یک از متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳
۱. نگرش دینی	-												
۲. منبع کنترل	-۰/۱۰	-											
۳. تاب‌آوری- تصور از شایستگی	۰/۳۵**	-۰/۲۹**	-										
۴. ت- اعتماد به غرایز	۰/۱۹**	-۰/۳۱**	۰/۶۸**	-									
۵. ت- پذیرش مثبت تغییر	۰/۲۴**	-۰/۲۰**	۰/۵۱**	۰/۴۴**	-								
۶. ت- کنترل	۰/۱۳	-۰/۰۶	۰/۳۸**	۰/۳۲**	۰/۲۷**	-							
۷. ت- تأثیرات معنوی	۰/۱۹**	-۰/۰۳	۰/۴۶**	۰/۳۰**	۰/۲۴**	۰/۱۴*	-						
۸. بهزیستی روان‌شناختی - استقلال	۰/۳۲**	-۰/۲۴**	۰/۴۴**	۰/۲۸**	۰/۱۰	۰/۰۶	۰/۲۴**	-					
۹. ب - تسلط بر محیط	۰/۲۵**	-۰/۲۸**	۰/۳۷**	۰/۲۶**	۰/۰۴	۰/۰۹	۰/۲۰**	۰/۷۱**	-				
۱۰. ب- رشد شخصی	۰/۲۸**	-۰/۲۸**	۰/۴۰**	۰/۳۱**	۰/۰۷	۰/۰۴	۰/۲۵**	۰/۶۶**	۰/۷۳**	-			
۱۱. ب - ارتباط مثبت با دیگران	۰/۲۱**	-۰/۳۷**	۰/۳۵**	۰/۳۰**	۰/۰۲	۰/۱۱	۰/۲۳**	۰/۵۴**	۰/۶۵**	۰/۶۱**	-		

1. Strickland
2. Religious Attitude Scale

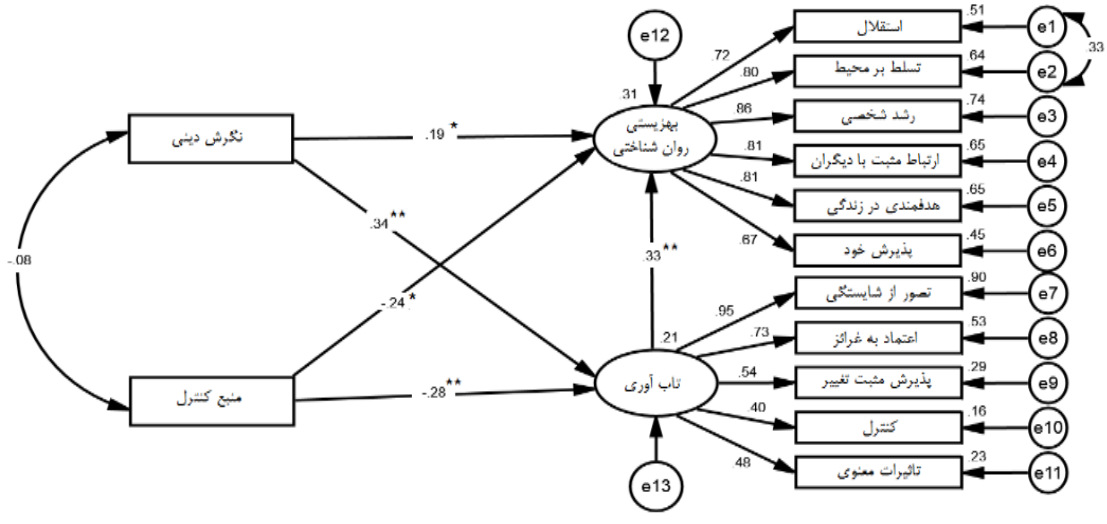
[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.9.9.2]

۱۲. ب - هدفمندی در زندگی	۰/۳۳**	-۰/۳۱**	۰/۳۹**	۰/۳۷**	-۰/۰۵	۰/۰۳	۰/۲۶**	۰/۵۶**	۰/۶۲**	۰/۵۸**	۰/۴۹**	-	
۱۳ ب - پذیرش خود	۰/۲۵**	-۰/۱۹**	۰/۳۰**	۰/۲۶**	۰/۰۳	۰/۰۴	۰/۲۹**	۰/۴۰**	۰/۴۸**	۰/۵۶**	۰/۵۲**	۰/۵۶**	-
میانگین	۱۳۵/۹۲	۱۲/۴۸	۲۲/۱۹	۱۸/۶۹	۱۵/۹۵	۹/۷۴	۶/۱۰	۱۳/۵۹	۱۳/۴۲	۱۳/۰۷	۱۱/۹۷	۱۲/۰۳	۱۲/۹۳
انحراف معیار	۲۱/۷۷	۵/۶۷	۵/۶۳	۴/۵۴	۴/۳۸	۳/۲۶	۲/۰۵	۳/۹۰	۳/۶۱	۳/۶۹	۳/۷۸	۳/۷۱	۳/۶۰
کجی	-۰/۶۷	-۰/۵۴	-۰/۴۶	-۰/۲۲	-۰/۷۱	-۰/۴۸	-۰/۸۰	-۰/۸۴	-۰/۷۶	-۰/۵۴	-۰/۰۲	-۰/۵۱	-۰/۴۴
کشیدگی	۰/۹۰	-۰/۳۱	-۰/۶۸	-۰/۸۹	-۰/۱۱	-۰/۲۹	-۰/۴۳	-۰/۰۳	۰/۴۹	-۰/۳۵	-۰/۰۷	۰/۱۶	-۰/۲۸
ضریب تحمل[1]	۱/۱۶	۱/۱۲	۲/۶۳	۲/۰۴	۱/۴۱	۱/۲۴	۱/۲۹	-	-	-	-	-	-
تورم واریانس[2]	۰/۸۶	۰/۸۷	۰/۳۸	۰/۴۹	۰/۷۱	۰/۸۱	۰/۷۸	-	-	-	-	-	-

P*< ۰/۰۵ و P**< ۰/۰۱

جدول ۱ ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش حاضر را نشان می‌دهد. همچنان که ملاحظه می‌شود، از بین مؤلفه‌های تاب‌آوری تصور از شایستگی (p<۰/۰۱)، اعتماد به غرایز (p<۰/۰۱) و تأثیرات معنوی (p<۰/۰۱) به‌صورت مثبت با مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی همبسته‌اند. همچنین جدول فوق نشان‌می‌دهد که نگرش دینی (p<۰/۰۱) به‌صورت مثبت و منبع کنترل (p<۰/۰۱) به‌صورت منفی با مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی همبسته‌اند. لازم به توضیح است که منطبق بر دستورالعمل نمره‌گذاری پرسشنامه منبع کنترل، نمرات بالا بیانگر منبع کنترل بیرونی است. بنابراین جهت همبستگی بین منبع کنترل و دیگر متغیرهای پژوهش منطقی و معقول است.

در این پژوهش به‌منظور ارزیابی نرمال بودن توزیع داده‌های تک متغیری، کشیدگی و چولگی تک‌تک متغیرها و به‌منظور ارزیابی مفروضه هم خطی بودن عامل تورم واریانس و ضریب تحمل متغیرهای پیش‌بین موردبررسی قرار گرفت. جدول ۱ نشان می‌دهد که مقادیر کشیدگی و چولگی همه مؤلفه و متغیرها در محدوده ۲± قرار دارد. این یافته بیانگر آن است که توزیع داده‌های تک متغیری در پژوهش حاضر نرمال هستند. همچنین مقادیر ضریب تحمل متغیرهای پیش‌بین بزرگ‌تر از ۰/۱ و مقادیر عامل تورم واریانس هر یک از آن‌ها کوچک‌تر از ۱۰ است. بر این اساس می‌توان گفت مفروضه هم خطی بودن در بین داده‌های پژوهش حاضر برقرار بود. در این تحقیق به‌منظور ارزیابی برقراری یا عدم برقراری مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌های چند متغیری، از تحلیل اطلاعات مربوط به ماهالانوبیس[3] و ترسیم نمودار توزیع آن استفاده شد. چولگی و کشیدگی نمرات فاصله ماهالانوبیس به ترتیب برابر با ۱/۱۲ و ۰/۴۱ به دست آمد که خود بیانگر برقراری مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌های چند متغیری در بین داده‌ها بود. درنهایت شاخص دوربین واتسون برای داده‌های پژوهش برابر با ۱/۸۴ به دست آمد، بنابراین می‌توان گفت مفروضه استقلال واریانس‌های خطا در بین متغیرهای پیش‌بین نیز برقرار بود.



شکل ۱: مدل پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی

1. Tolerance
2. variance inflation factor
3. Mahalanobis distance (D)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.9.9.2]

شکل ۱ روابط بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. در این مدل متغیرهای نگرش دینی و منبع کنترل به‌عنوان متغیرهای برون‌زا در نظر گرفته‌شده که روابط مستقیم و غیرمستقیم آن دو متغیر با بهزیستی روان‌شناختی موردبررسی قرارگرفته است. نقش متغیر تاب‌آوری به‌عنوان متغیر میانجی گر نیز با بهزیستی روان‌شناختی در مدل برآورد شده است. در ادامه ضرایب مسیر مستقیم و غیرمستقیم روابط بین متغیرها در جداول ۲ و ۳ ارائه‌شده است.

جدول ۲: ضرایب مسیر مستقیم مدل پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی

ضرایب مسیر مستقیم	b	SE	β	P	t
منبع کنترل ← تاب‌آوری	-۰/۶۲۳	۰/۱۸۳	-۰/۲۸۰	۰/۰۰۱	-۳/۴۰
نگرش دینی ← تاب‌آوری	۰/۱۲۲	۰/۰۳۲	۰/۳۴۱	۰/۰۰۱	۳/۸۱
تاب‌آوری ← بهزیستی روان‌شناختی	۰/۱۱۴	۰/۰۴۲	۰/۳۳۲	۰/۰۰۱	۲/۷۱
منبع کنترل ← بهزیستی روان‌شناختی	-۰/۱۷۹	۰/۰۷۱	-۰/۲۳۵	۰/۰۱۴	-۲/۵۲
نگرش دینی ← بهزیستی روان‌شناختی	۰/۰۲۴	۰/۰۱۲	۰/۱۹۳	۰/۰۲۷	۲/۰۰

جدول ۲ نشان می‌دهد که ضریب مسیر مستقیم بین نگرش دینی و بهزیستی روان‌شناختی (p<۰/۰۵، β=۰/۱۹۳) مثبت و ضریب مسیر مستقیم بین منبع کنترل و بهزیستی روان‌شناختی (p<۰/۰۱، β=-۰/۲۳۵) منفی و معنادار است. ضریب مسیر بین نگرش دینی و تاب‌آوری (p<۰/۰۱، β=۰/۳۴۱) مثبت و ضریب مسیر بین منبع کنترل و تاب‌آوری (p<۰/۰۱، β=-۰/۲۸۰) منفی و معنادار بود. همچنین ضریب مسیر بین تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی (p<۰/۰۱، β=۰/۳۲۵) مثبت و معنادار بود. در ادامه جهت بررسی رابطه غیرمستقیم بین منبع کنترل و نگرش دینی با بهزیستی روان‌شناختی از روش بوت استراپ استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: ضرایب مسیر غیرمستقیم مدل پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی

مسیرهای غیرمستقیم	ضریب غیراستاندارد	خطای استاندارد	ضریب استاندارد	سطح معناداری	حد پایین ضریب استاندارد	حد بالا ضریب استاندارد
منبع کنترل ← بهزیستی روان‌شناختی	-۰/۰۷۱	۰/۰۳۵	-۰/۰۹۳	۰/۰۰۴	-۰/۱۹۹	-۰/۰۳۵
نگرش دینی ← بهزیستی روان‌شناختی	۰/۰۱۵	۰/۰۰۶	۰/۱۱۴	۰/۰۰۱	۰/۰۴۹	۰/۲۲۱

استفاده از روش بوت استراپ نشان‌داد که ضریب مسیر غیرمستقیم بین نگرش دینی و بهزیستی روان‌شناختی (p<۰/۰۱، β=۰/۱۱۴) مثبت و ضریب مسیر غیرمستقیم بین منبع کنترل و بهزیستی روان‌شناختی (p<۰/۰۱، β=-۰/۰۹۳) منفی و معنادار است. بر این اساس نتایج پژوهش حاضر نشان‌داد که در بین زنان سالمند تاب‌آوری رابطه بین نگرش دینی و بهزیستی روان‌شناختی را به‌صورت مثبت و رابطه بین منبع کنترل و بهزیستی روان‌شناختی را به‌صورت منفی و معنادار میانجی‌گری می‌کند. جدول ۴ شاخص‌های برازندگی مدل کلی را نشان می‌دهد.

جدول ۴: شاخص‌های برازش مدل کلی پژوهش

شاخص‌های برازندگی	مدل اولیه	مدل اصلاح‌شده	نقطه برش[1]
مجذور کای[2]	۱۴۶/۸۸	۱۳۰/۷۲	-
درجه آزادی مدل	۶۱	۶۰	-
χ^2/df^3	۲/۴۱	۲/۱۸	کمتر از ۳

۱ - نقاط برش براساس دیدگاه کلاین (۲۰۱۶)

2.Chi-Squre

3.normed chi-square

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.9.9.2]

GFI[1]	۰/۸۹۸	۰/۹۱۱	۰/۹۰ <
AGFI[2]	۰/۸۴۸	۰/۸۶۵	۰/۸۵۰ <
CFI[3]	۰/۹۲۴	۰/۹۳۷	۰/۹۰ <
RMSEA[4]	۰/۰۸۴	۰/۰۷۸	۰/۰۸ <

جدول ۴ نشان می‌دهد که به‌استثنای شاخص برازندگی χ^2/df و CFI دیگر شاخص‌های برازندگی حاصل از تحلیل از برازش قابل‌قبول مدل با داده‌های گردآوری‌شده حمایت نمی‌کنند (χ^2/df=۲/۴۱، CFI= ۰/۹۲۴، GFI= ۰/۸۹۸، AGFI= ۰/۸۴۸ و RMSEA= ۰/۰۸۴). با توجه به اهمیت شاخص برازندگی دو شاخص مزبور مدل با ایجاد کوواریانس بین خطاهای دو نشانگر استقلال و تسلط بر محیط بهزیستی روان‌شناختی اصلاح و درنهایت شاخص‌های برازندگی حاصل شد که نشان می‌دهد مدل با داده‌های گردآوری‌شده برازش قابل‌قبول دارد (χ^2/df=۲/۱۸، CFI=۰/۹۳۷، GFI=۰/۹۱۱، AGFI=۰/۸۶۵ و RMSEA=۰/۰۷۸).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی گر تاب‌آوری در رابطه بین نگرش دینی و منبع کنترل با بهزیستی روان‌شناختی در زنان سالمند عضو کانون سالمندان اداره سلامت شهرداری منطقه ۱۲ تهران بود. نتایج نشان‌داد مدل مفهومی با داده‌های گردآوری‌شده برازش قابل‌قبول دارد. همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان‌داد که نگرش دینی به‌صورت مثبت و معنادار بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی می‌کند، این یافته با نتایج پژوهش کریمی و همکاران (۱۳۹۹) و اکبری زردخانه و سجادی اناری (۱۳۹۹) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که معنویت بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانی سالمندان تأثیر دارد و می‌تواند اثر رویدادها و مشکلات زندگی را تعدیل کند و امیدواری، توانمندی، پذیرش، تحمل رنج و سازگاری با استرس را افزایش دهد (دیناروند و برقی ایرانی، ۱۴۰۰). حضور سالمندان در گروه‌های اجتماعی (مانند کانون سالمندان) و بهره گرفتن از اعتقادات دینی به‌ویژه زمانی که با انجام اعمال گروهی همراه باشد، برای آنان این فرصت را فراهم می‌کند تا با دیگران ارتباط مثبت داشته باشند و علاوه بر دریافت حمایت عاطفی و اجتماعی، با انجام دادن فعالیت‌های معنوی و انتقال تجربه‌های خود به دیگران به احساس رضایت فردی و رشد شخصی دست یابند، حس رضایت از زندگی و پذیرش خود را تقویت کنند و احساس هدفمندی و مفید بودن داشته باشند. بنابراین نگرش دینی می‌تواند عامل مهمی در افزایش بهزیستی روان‌شناختی آنان باشد.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان‌داد منبع کنترل به‌صورت منفی و معنادار بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی می‌کند (یادآور می‌شود نمرات بالاتر در پرسشنامه منبع کنترل نشان‌دهنده منبع کنترل بیرونی است). این یافته با نتایج پژوهش سواری و سواری (۱۳۹۹)، اینفورنا[5] و همکاران (۲۰۱۶) و سلم‌آبادی و همکاران (۲۰۱۵) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که طبق نظر لونسون[6] (۱۹۷۳) افرادی که منبع کنترل درونی دارند بر پیامد کارها کنترل دارند و راحت‌تر از چرخه افکار تکراری و مزاحم خارج می‌شوند. وقتی افراد به این باور رسیده باشند که می‌توانند با یک عامل استرس‌زا مقابله کنند، نگرانی آنان کاهش‌یافته درنتیجه با کاربرد مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد، اضطراب آنان نیز کاهش می‌یابد (گالیانا[7] و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین سالمندان با داشتن احساس قدرت اراده، صمیمیت و کنترل زندگی می‌توانند با شناخت واقعی توانمندی‌های خود، در جهت چگونگی برقراری روابط بین فردی، مدیریت مؤثر زندگی و بهبود شرایط تلاش کنند. این امر بهزیستی روان‌شناختی آنان را بهبود می‌بخشد.

1.Goodness Fit Index
2.Adjusted Goodness Fit Index
3.Comparative Fit Index
4.Root Mean Square Error of Approximation
5.Infurna
6.Levenson
7.Galiana

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.9.9.2]

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان‌داد تاب‌آوری به‌صورت مثبت و معنادار بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی می‌کند. این یافته با نتایج پژوهش امیری و همکاران (۱۳۹۹) و فیرکلوت (۲۰۱۷) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که تاب‌آوری، مقاومت منفعل در برابر موقعیت‌های تهدیدکننده و ناگوار نیست بلکه مشارکت فعال و سازنده با محیط تلقی می‌شود که می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی افراد را افزایش دهد (میرو و نیول[1]، ۲۰۱۹). در ایجاد و بهبود میزان تاب‌آوری عوامل متعددی مانند ویژگی‌های درونی، روانی-اجتماعی، حمایت اعضای خانواده و دوستان نقش دارند. با توجه به اینکه سالمندان با طی کردن گذارهای متفاوت زندگی، راه‌های مختلفی را برای مواجهه با استرس‌های موجود تجربه کرده‌اند، حضور آنان در گروه‌های اجتماعی (مانند کانون سالمندان) ممکن است فرصتی برای باهم بودن و به اشتراک گذاشتن تجربیاتشان باشد که می‌توانند از حمایت اجتماعی یکدیگر بهره‌مند شوند (پارسون و تامز[2]، ۲۰۱۷) و به دلیل داشتن ارتباط مثبت با دیگران، حرکت به‌سوی رشد شخصی و بهزیستی روان‌شناختی آنان بهبود یابد.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان‌داد که تاب‌آوری به‌صورت مثبت و معنادار رابطه بین نگرش دینی و بهزیستی روان‌شناختی را در سالمندان میانجی‌گری می‌کند. این یافته با نتایج پژوهش کریمی و همکاران (۱۳۹۹)، اکبری زردخانه و سجادی اناری (۱۳۹۹)، امیری و همکاران (۱۳۹۹)، چانگ و همکاران (۲۰۲۱) و فیرکلوت (۲۰۱۷) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که گرایش‌های مذهبی می‌تواند نوعی خودکنترلی را برای فرد به ارمغان بیاورد، به ترتیبی که اثربخشی عوامل بیرونی را کاهش دهد و فرد کمتر تحت تأثیر شرایط نامناسب قرار بگیرد و درنتیجه سلامت روان خود را حفظ کند (دیناروند و برقی ایرانی،۱۴۰۰). از سوی دیگر، تاب‌آوری در دوره سالمندی یک عامل حمایتی محسوب می‌شود (اسمیت-آزبورن و فلدر هوف[3]، ۲۰۱۶). بنابراین وجود ویژگی تاب‌آوری می‌تواند در کنار ایمان به نیروی لایزال الهی به توانایی و صبوری بیشتر برای تحمل شرایط استرس‌زا منجر شود (اکبری دهکردی و همکاران، ۲۰۱۵).

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان‌داد که تاب‌آوری به‌صورت مثبت و معنادار رابطه بین منبع کنترل و بهزیستی روان‌شناختی را میانجی‌گری می‌کند. این یافته با نتایج پژوهش امیری و همکاران (۱۳۹۹)، سواری و سواری (۱۳۹۹) و فیرکلوت (۲۰۱۷) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که تاب‌آوری بر مقاومت درونی و مثبت نگری تأکید دارد و افراد را به مراقبت و مدیریت خود تشویق می‌کند. این امر در سالمندان، بهبود کیفیت زندگی آنان را موجب می‌شود (کیم و کو[4]، ۲۰۱۸). افراد تاب آور، برای هر مشکلی، منابع بیرونی را سرزنش نمی‌کنند و سهم خود را در امور زندگی مسئولانه می‌پذیرند. پیامد قبول مسئولیت، افزایش شکیبایی فرد برای غلبه بر مشکل و افزایش تاب‌آوری خواهد بود (مولورد[5] و همکاران،۲۰۱۴)؛ بنابراین ارزیابی مثبت فرد از شایستگی‌های خود، علاوه برافزایش احساس توانایی مدیریت زندگی و احساس کارآمدی (منبع کنترل) می‌تواند تأثیر عوامل بیرونی را به حداقل رسانده و درنتیجه احساس بهزیستی و رضایت از زندگی را افزایش دهد.

به‌طورکلی می‌توان گفت با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر اینکه تاب‌آوری می‌تواند رابطه بین نگرش دینی و بهزیستی روان‌شناختی را به‌صورت مثبت و معنادار و نیز رابطه بین منبع کنترل و بهزیستی روان‌شناختی را به‌صورت منفی و معنادار میانجی‌گری کند؛ و اهمیت سالمندی به‌عنوان یک پدیده جهانی، توجه به برنامه‌ریزی آموزشی برای ایجاد بینش و شناخت منبع کنترل زنان سالمند و جهت دادن آن‌ها به‌سوی منبع کنترل درونی و افزایش تاب‌آوری و ارتقاء باورهای دینی آنان در جهت افزایش بهزیستی روان‌شناختی حائز اهمیت است.

مهم‌ترین محدودیت پژوهش حاضر استفاده از نمونه‌گیری در دسترس (به دلیل پاندمی کرونا) بود. همچنین گروه نمونه را زنان ۸۰-۶۰ سال عضو کانون سالمندان اداره سلامت شهرداری منطقه ۱۲ تشکیل می‌داد که این امر می‌تواند قدرت تعمیم‌پذیری یافته‌ها را کاهش دهد. لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی و در مناطق مختلف تهران و نیز در مورد مردان سالمند انجام گیرد. با توجه به یافته‌های پژوهش، به مسئولان خانه‌های سلامت شهرداری (به‌ویژه منطقه ۱۲ تهران) پیشنهاد می‌شود کارگاه‌های آموزشی برای ایجاد بینش و شناخت منبع کنترل زنان سالمند و جهت دادن آن‌ها به‌سوی منبع کنترل درونی برگزار کنند و برای ارتقاء و افزایش تاب‌آوری و باورهای دینی آنان برنامه‌هایی را ترتیب دهند.

1 .Meerow & Newell
2 .Parson & Thoms
3. Smith-Osborne & Felderhoff
4. Kim & Ko
5. Moljord

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.9.9.2]

نویسندگان این مقاله از مسئولان اداره سلامت شهرداری منطقه ۱۲ تهران و شرکت‌کنندگان در پژوهش قدردانی می‌کنند.
لازم به ذکر این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در رشته مشاوره خانواده در گروه مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن است.

منابع

اکبری زردخانه، س.، و سجادی اناری، س. (۱۳۹۹). رابطه بهزیستی روان‌شناختی و دین‌داری در سالمندان شهر تهران. *نشریه سالمند شناسی*، ۵(۳)، 45-53. http://joge.ir/article-1-401-fa.html

امیری، م.، آزادی، ر.، و رنجبر، م. (۱۳۹۹). بررسی معادله ساختاری امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی با میانجی‌گری حمایت اجتماعی در تاب‌آوری سالمندان ۶۹ -۶۵ ساله در کهریزک البرز. *هفتمین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی، مشاوره و علوم تربیتی*. https://civilica.com/doc/1136520

بهادری خسروشاهی، ج.، و هاشمی نصرت‌آباد، ت. (۱۳۹۰). رابطه امیدواری و تاب‌آوری با بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی (اندیشه و رفتار)*، ۶ (۲۲)،۴۱-۵۰. https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=159375

بیانی، ع.، محمد کوچکی، ع.، و بیانی، ع. (۱۳۸۷). روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی، ۱۴ (۲)، ۱۴۶-۱۵۱. http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-464-fa.html

پیرنیا، ب.، کاظمی آشتیانی، م.، ملکان مهر، پ.، و صادقی، پ. (۱۳۹۹). اثربخشی بهزیستی درمانی بر شاخص بهزیستی روانی، خوش‌بینی و امید در مردان ایرانی وابسته به مت‌آمفتامین در فاز پرهیز از مصرف: یک کار آزمایی بالینی تصادفی. *مجله علوم پزشکی رازی*،۲۷(۵):۱۴۰-۱۳۱. http:/rjms.iums.ac.ir/article-1-5042-fa.html

خدایاری فرد، م.، شکوهی یکتا، م.، و غباری بناب، ب. (۱۳۷۹). آماده سازی مقیاس نگرش‌مذهبی دانشجویان. *مجله روان‌شناسی*، ۴(۳ (پیاپی ۱۵))، ۲۶۸-۲۸۵. https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=22311 .

سامانی، س.، جوکار، ب.، و صحراگرد، ن. (۱۳۸۶). تاب‌آوری، سلامت روانی، و رضایت‌مندی از زندگی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۳ (۳)، ۲۹۵-۲۹۰. http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-275-fa.html

دیناروند، ن.، و برقی ایرانی، ز. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی فراشناخت درمانی و معنویت درمانی بر ناهماهنگی شناختی و احساس تنهایی سالمندان مقیم سرای سالمندان. *روان‌شناسی پیری*،۷(۲): ۱۹۷-۱۸۱. doi:10.22126/jap.2021.6334.1520

سازمان بهزیستی کشور، معاونت توان‌بخشی (۱۴۰۰).https://behzisti.ir/xpkw

سفیدی، ف.، و فرزاد، و.(۱۳۹۱). روا سازی آزمون بهزیستی روان‌شناختی ریف در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین در سال ۱۳۸۸. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، ۱۶(۱(پیاپی ۶۲))، ۶۵-۷۱. https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=156710

سواری، ک؛ و سواری، ی. (۱۳۹۹). بررسی نقش آمادگی برای یادگیری خود راهبر و منبع کنترل درونی در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی سالمندان. *نشریه سالمند شناسی*، ۵(۴)، ۳۴-۴۲. http://joge.ir/article-1-395-fa.html

علیجانی، ح.، اورنگ، ب.، نورالدینی، ف.، مصدری، م.، عربیان، م.، و رجنی، ا. (۱۳۹۷). پژوهشی بر مطالعات نگرش مذهبی و رضایت از زندگی زناشویی (مروری). *دومین همایش علوم اجتماعی، روان‌شناسی و علوم تربیتی، جیرفت*، https://civilica.com/doc/786672/

کریمی، ن.، و موسوی، س.، و فلاح نودهی، م. (۱۳۹۹). بررسی رابطهٔ بین نگرش دینی و حرمت خود با بهزیستی روان‌شناختی سالمندان شهرستان اهواز. *مجله پژوهش در دین و سلامت*، ۶(۴)، ۸۸-۱۰۰. https://doi.org/10.22037/jrrh.v6i4.25762

محمدی، م. (۱۳۸۴). *بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوءمصرف مواد. پایان‌نامه دکتری. دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران.*

مروتی، س.، و یعقوبی، م. (۱۳۸۹). نقد و بررسی نظریه انسان شناسانه "مازلو" با رویکردی بر آیات قرآن کریم. *مطالعات قرآن و حدیث*،۴(۱(پیاپی ۷))، ۷۷-۹۲. https://dx.doi.org/10.30497/quran.2011.987

هویت، د.، و کرامر، د. (۲۰۰۴). روش‌های تحقیق در روان‌شناسی و سایر علوم رفتاری. ترجمه حسن پاشا شریفی، جعفر نجفی زند، مالک میر هاشمی، نسترن شریفی و داوود معنوی پور (۱۳۹۵). تهران: نشر سخن.

یاریاری، ف.، مرادی، ع.، و یحیی زاده، س. (۱۳۸۶). رابطه هوش هیجانی و منبع کنترل با سلامت روان‌شناختی در بین دانشجویان دانشگاه مازندران. مطالعات روان‌شناختی.۳(۱)، ۲۱-۴۰. https://dx.doi.org/10.22051/psy.2007.1646

یزدانی، ف. (۱۳۸۲). بررسی رابطه بین نگرش دینی، سبک‌های مقابله‌ای (کارآمد، ناکارآمد) و شادکامی در دختران و پسران دبیرستان اصفهان. *پایان‌نامه دکتری تخصصی روان‌شناسی_دانشگاه علامه طباطبایی.*

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.9.9.2]

Aliakbari Dehkordi, M., Peymanfar, E., Mohtashami, T., Borjali, A. (2015). The Comparison of Different Levels of Religious Attitude on Sense of Meaning, Loneliness and Happiness in Life of Elderly Persons Under Cover of Social Wlfare Organisation of Urmia City. Salmand: *Iranian Journal of Ageing.* 9 (4):297-305 URL: http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-682-en.html

Almira, L., Hanum, L., & Menaldi, A. (2019). Relashionship with children and the psychological well-being of the elderly in Indonesia.*SAGE Open Medicine*,7:1-6. https://doi.org/10.1177%2F2050312119836026

Can, S.,& Durukan, E. (2019). Determination of the level of pedagogical formation students academic locus of control. Intrenational Journal of Evaluation and Research in Education(IJERE).8 (3): 531-536. DOI: http://doi.org/10.11591/ijere.v8i3.18166

Chang, M. C., Chen, P. F., Lee, T.H., Lin, C.C., Chiang, K.T., Tsai, M. F,. & lung, F.W. (2021). The Effect of Religion on Psychological Resilience in Health care workers During the coronavirus Diseas 2019 Pandemic. *Frontiers in Psychology*, *12*,628894-628894. doi:10.3389/fpsyg.2021.628894

Conor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale:The Conor-Davidson Resilience Scale(CD-RISC*). Journal of Depression and Anexiety*, 18(2), 76-82. http://dx.doi.org/10.1002/da.10113

Crous, G. (2017). Child psychological well-being and its associations with material deprivation and type of home. *Children and Youth Services Review, 80*, 88–95. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.06.051

Eckstein, S. M. (2020). Elderly care: current Issues and challenges, *Nova science publishers.*

Faircloth, A. L. (2017). Resilience as a Mediator of the relationship Between Negative life Events and psychological Well-Being. *Electronic Theses & Dissertation*, 1373.

Galiana, L., Tomás J.M., Fernández, I. and Oliver, A. (2020). Corrigendum: Predicting Well-Being Among the Elderly: The Role of Coping Strategies. *Front. Psychol.* 11:2125. doi: 10.3389/fpsyg.2020.02125

Hanley, A. W., Baker, A. K., & Garland, E. L. (2017). Self-interest may not be entirely in the interest of the self:

Association between selflessness, dispositional mindfulness and psychological well-being. *Personality and Individual Differences, 117*, 166–171. https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.05.045

Henshall, C., Davey, Z., & Jackson, D. (2020). Nursing resilience interventions- A way forward in challenging healthcare. Territories. *Jouenal of Clinical Nursing,29(2).*3597-3599. http://dx.doi.org/10.1111/jocn.15276

Heintzelman, S. J., & Diener, E. (2019). Subjective well-being, social interpretation, and relationship thriving. *Journal of Research in Personality, 78*, 93–105. https://doi.org/10.1016/j.jrp.2018.11.007

Infurna, FJ.,Gerstoref, D., Ram, N., Schupp, J., Wagner, GG.,& Heckhausen, J. (2016). Maintaining Perceived control with unemployment facilitates future adjustment. *Journal of Vocational Behavior. 1: 93: 103-119.* https://doi.org/10.1016/j.jvb.2016.01.006

Kim, C.,& Ko, H. (2018).The impact of self- compassion on mental health, sleep,quality of life and life satisfaction among older adults. *Journal of Geriatric Nursing,*39(6),623-628.https://doi.org/10.1016/J.gerinurse.2018.06.005

Kail, R.V., & Cavanaugh, J.C. (1954*). Human Development: Alife- Span View*(7 th ed).

Kline, R. B. (2016*). Principles and practice of structural equation modeling*(4 th ed.).Guilford press, New York & London.

Levenson, H. (1973). Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41*(3), 397–404. https://doi.org/10.1037/h0035357

Meerow,S.,&Newell,J.p. (2019).Urban resilience for whom,what,when,where, and why? *Urban Geography*,40(3),309-329.https://doi.org/10.1080/02723638.2016.1206395

Moljord, E.O., Moksnes, U.K., Epsnes, G.A., Hjemeld, O., &Eriksen, L. (2014). Physical activity, resilience, and depressive symptoms in adolescence. *Mental Health and Physical Activity*, 7(2): 79-85. DOI: http://dx.doi.org/10.1016%2Fj.mhpa.2014.04.001

Pargament, K. I., & Cummings, J. (2010*). Anchored by Faith: Religion as a Resilience Factor. In: reich, J. W., Zuatra. A. J. & Hall, J. S.* Handbook of adult resilience. The Guilford press, New York & London.

Parsons, M., & Thoms, M.C., (2018). From academic to applied: Operationalising resilience in river systems.*Geomorphology, In Press, and Corrected Proof Available online.305, 242-251. https://doi.org/10.1016/j.geomorph.2017.08.040*

Ryff, C.D., & Singer, B.H. (2006*).* Best news yet on the six-factor model of Well-Being.*Social Science Research*,35(4), 1103-1119. https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2006.01.002

Salmabadi, M., Esmaeili, M., Mahdizadeh, I., usefynezhad, A. (2015). The role of Islamic Lifestyle and Locus of Control in the Prediction of Psychological Well-being of the Staff of Qazvin Bu-Ali Hospital. *IHJ*. 1 (4):49-56 URL: http://iahj.ir/article-1-86-en.html

Smith-Osborne, A., & Felderhoff, B. (2016). Formal and family caregiver protective factors in systems of care: a systematic review with implications toward a resilience model for aging veterance.*Traumatology*,22(1),29-39.https://doi.org/10.1037/trm0000056

World Health Organization. (2020). Decade of healthy ageing: baseline report. World Health Organization.https://apps.who.int/iris/handle/10665/338677.License:https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.9.9.2]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.9.9.2]