

پیش‌بینی کیفیت زندگی و سلامت روان بر اساس میزان بخشش و کینه در سالمندان شهرکرد

نجمه بلالی دهکردی*، حسین سلیمی بجستانی**، جلیل یونسی***

دریافت مقاله:

۱۳۹۳/۴/۲۲

پذیرش:

۱۳۹۴/۶/۱۴

چکیده

هدف: این پژوهش به منظور پیش‌بینی کیفیت زندگی و سلامت روان بر اساس میزان بخشش و کینه در سالمندان شهرکرد صورت گرفت. جامعه پژوهش حاضر را سالمندان شهرکرد تشکیل می‌دادند، نمونه‌ای متشکل از ۱۲۰ نفر سالمند از مراکز سالمندان آفتاب، خانه جهان‌دیدگان، فرهیختگان به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب گردید.

روش: پرسشنامه‌های کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF)، سلامت روان سازمان جهانی بهداشت (GHQ)، پرسشنامه کینه (رشن، ۱۳۹۰) بر روی آنها اجرا شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل داده‌ها با روش همبستگی پیرسون نشان داد که متغیر کینه با سلامت روان رابطه مثبت و معنی‌دار دارد ولی با کیفیت زندگی رابطه منفی دارد. در میان ابعاد سلامت روان، متغیر کینه بیشترین رابطه را با افسردگی داشت. همچنین نتایج تحلیل با روش رگرسیون چندگانه چندمتغیره نشان داد که متغیر کینه توانست هر چهار بعد سلامت روانی را مورد پیش‌بینی قرار دهد و جنسیت فقط توانست دو بعد از سلامت روان (سلامت جسمی و افسردگی) را مورد پیش‌بینی قرار دهد. در پیش‌بینی ابعاد کیفیت زندگی در کل قدرت پیش‌بینی جنسیت بیشتر از متغیر کینه بود. چرا که این متغیر توانست سه بعد از کیفیت زندگی (حیطه جسمانی، حیطه روانی و محیط) را مورد پیش‌بینی قرار دهد در حالی که کینه تنها به پیش‌بینی معنی‌دار بعد حیطه روانی منجر شد.

کلیدواژه‌ها: بخشش، کیفیت زندگی، کینه، سلامت روان.

* کارشناسی ارشد رشته مشاوره توانبخشی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی، تهران (نویسنده مسئول) E-mail: njbalali@gmail.com

** دکترای مشاوره، رئیس مرکز مشاوره دانشگاه علامه طباطبایی، عضو هیئت علمی گروه مشاوره دانشگاه علامه طباطبایی، تهران

*** دکترای سنجش و اندازه‌گیری، عضو هیئت علمی گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران

مقدمه

افزایش سن به یک پدیده جهانی تبدیل شده است. در کشورهای توسعه یافته، برآورد می‌شود که نسبت جمعیت افراد بالای ۶۰ سال در بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۵۰ از ۱۹ درصد تا ۳۲ درصد افزایش خواهد یافت (جوینس، هرمالین، افتدال، و تسفای^۱، ۲۰۰۶). در ایران نیز براساس سرشماری عمومی نفوس و مسکن در سال ۱۳۸۵، سالمندان بالای ۶۵ سال حدود ۵/۲ درصد از کل جمعیت را شامل می‌شوند و پیش بینی می‌شود تا سال ۱۴۱۰ به ۱۹ درصد برسد (درگاه ملی آمار، ۱۳۸۵). بر پایه بررسی‌ها در سال ۱۴۳۰ از هر چهار ایرانی یک نفر سالمند خواهد بود. این تغییرات جمعیت شناختی بی سابقه بوده و به طور بالقوه تاثیرات وارونه ای بر رشد و بهزیستی جمعیت سالمندان داشته و این پیامدهای بالا رفتن سن در سال‌های اخیر مورد توجه زیادی واقع شده است (سازمان توسعه و اقتصاد). در بین کشورهای کاملاً پیشرفته این تغییرات کاملاً جافتاده به نظر می‌رسد، اما در کشورهای در حال توسعه این تغییرات پدیده‌ای نو محسوب می‌شود و موجب نگرانی‌های متفاوتی نسبت به کشورهای پیشرفته شده است (جوینس، هرمالین، افتدال، و تسفای، ۲۰۰۶). افراد مسن به خاطر دگرگونی‌های اجتماعی در زمان حیاتشان، اغلب یک جامعه تغییر یافته و در حال تغییر را تجربه می‌کنند. زوال سلامت تجربه دیگری از سالمندی است. با وجود این که پیری جنبه‌های منفی زیادی دارد، اما جنبه‌های مثبت هم در این

دوره وجود دارد (لازاروس^۲ و لازاروس، ۲۰۰۲؛ ترجمه نجفی زند، ۱۳۸۷). این ارزش‌های مثبت می‌توانند روند کیفیت زندگی و سلامت روان سالمندان را بهبود ببخشند. اما سوال اینجاست که کیفیت زندگی و سلامت روان چگونه در تحقیقات سالمند شناسی برآورد می‌شود؟ در توصیف کیفیت زندگی سالمندان باید رویکردمان نسبت به دوران سالمندی مشخص باشد، به این معنی که سالمندی از نظر ما چه مفهومی دارد و چه ابعادی از کیفیت زندگی برای سالمندان با اهمیت تلقی می‌شود (بوندر و کورنر^۳، ۲۰۰۴؛ ترجمه محقق کمال، ۱۳۸۹).

کیفیت زندگی توانایی افراد در ارائه عملکرد مناسب و احساس آنها در مورد ابعاد اجتماعی، سلامت روانی و جسمی زندگی می‌باشد (هایز^۴ و ریو^۵، ۲۰۰۸) و مجموعه ای از واکنش‌های عاطفی و شناختی افراد در مقابل این ابعاد است (شوارتز^۶، اندرسن^۷، نوسک^۸، کراهن^۹، ۲۰۰۷). کیفیت زندگی به ادراک افراد از موقعیتشان در زندگی بر طبق بافت فرهنگی و سیستم ارزشی شان در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و علائق مورد نظرشان تعریف می‌شود و می‌تواند روی حالات روانی و فیزیکی، سطح استقلال و روابط اجتماعی و اعتقادات شخصی تاثیر گذار باشد (باسی و آسینکاو^{۱۰}، ۲۰۱۱).

2. Lazarus
3. Bond & Corner
4. Hays
5. Reeve
6. Schwartz
7. Andresen
8. Nosek
9. Krahn
10. Bassi
11. Assuncao

1. Joyce, Hermalin, Ofstedal, Tesfai

یکی از مهمترین جنبه‌های زندگی سالمندان بدون تردید سلامت آنهاست. موضوع سلامت گفتگوی غالب سالمندان است (بوند و کورنر، ۲۰۰۴؛ ترجمه محققى کمال، ۱۳۸۹).

طی تحقیقات بی‌شمار سازمان جهانی بهداشت یکی از تعاریف سلامت روان را مرحله‌ای از بهزیستی می‌داند که به موجب آن فرد توانایی‌هایش را تشخیص داده و می‌تواند با استرس‌های عادی زندگی کنار آمده و به صورت مولد و ثمربخش کار کند و سهمی در جامعه خود داشته باشد (جوینس، هرمالین، افتدال، و تسفای، ۲۰۰۶). سلامت روانی به ما کمک می‌کند تا اهدافمان را ارتقاء داده و با دیگران به صورت احترام آمیز تعامل برقرار کنیم. سلامت روانی تاثیر مثبت بر زندگی ما می‌گذارد و حساسیت ما را نسبت به استرس، اضطراب و برخی اشکال افسردگی کاهش می‌دهد (زندى پور، آزادی و ناهیدپور، ۱۳۹۰).

با این وجود روی دادن یک سری تخلفات به این دلیل که انسان‌ها کامل نیستند، اجتناب‌ناپذیر است. وقتی فردی به فرد دیگر آسیب می‌رساند رابطه بین آنها برای همیشه می‌تواند خراب شود. فرد آسیب دیده دو راه دارد: یک راه نگاهداشتن کینه و یا همان عصبانیت و رنجش و راه دیگر بخشش است (رشن، ۱۳۹۰). ورتینگتون^۴ (۱۹۹۸) کینه را ننگ داشتن خشم و رنجش در طول زمان که می‌تواند ناخوشایند، استرس زا و برای سلامتی مضر باشد تعریف کرده است

امروزه اکثر محققان معتقدند که کیفیت زندگی دارای ابعاد جسمانی، روحی و روانی، اجتماعی و معنوی می‌باشد و با عواملی مانند: سن، فرهنگ، جنس، تحصیلات، وضعیت طبقاتی، بیماری و محیط اجتماعی ارتباط دارد (کینگ^۱ و هیندز^۲، ۲۰۱۱). بر اساس بهبود کیفیت کیفیت زندگی، ناسالم بودن به معنی ناسازگاری و خود تخریبی است که حتی در صورتی که افکار مراجعان واقعی نیز باشد، ایجاد می‌شود. علی‌پور، سجادی، فروزان، بیگلریان و جلیلیان (۱۳۸۷) در پژوهشی با عنوان کیفیت زندگی سالمندان منطقه دو تهران به این نتیجه رسیدند که بین مردان و زنان سالمند در تمام ابعاد کیفیت زندگی اختلاف آماری معناداری وجود داشت و در تمامی ابعاد کیفیت زندگی مردان سالمند بالاتر بود (علی‌پور، سجادی، فروزان، بیگلریان و جلیلیان، ۱۳۸۷).

موخرجی (۲۰۱۳) در پژوهش خود با عنوان "کیفیت زندگی سالمندان: امیدی فراتر از آسیب" دریافت که تنهایی و نیاز به کمک برای زندگی روزانه با کیفیت زندگی پایین ارتباط دارند. سازگاری اجتماعی، بخشش، و معنویت نیز در تعیین کیفیت زندگی نقش داشتند (موخرجی، ۲۰۱۳).

بهبود کیفیت زندگی در تلاش جهت رفتار دوستانه‌تر و مشخص‌تر با مراجعان از اصطلاح تفکر ناسالم استفاده می‌کند. اصلاح تفکر ناسالم و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی افزایش سلامت روان را به دنبال دارد (فریش^۳، ۲۰۰۶؛ ترجمه خمسه، ۱۳۸۹).

1. King
2. Hinds
3. Frisch

4. Worthington

(ورتینگتون، ۱۹۹۸). همچنین در تحقیقات نشان داده شده است که کینه ورزی و داشتن نشخوار ذهنی در مورد شخص خطاکار باعث افزایش اضطراب و افسردگی در فرد می‌شود (بری^۱ و ورتینگتون، ۲۰۰۵). از طرفی کینه‌ورزی بر سلامت فیزیکی فرد اثر منفی می‌گذارد، و علاوه بر آن بیشتر اوقات به ارتباطات اجتماعی آسیب می‌رساند (ویتولیت، لادویگ و واندرلان، ۲۰۰۱). هرچند انتقام گرفتن پاسخ طبیعی انسان در برابر خطاهای دیگران است (جنکینز، سینکلیر و مایربرگ^۲، ۲۰۱۱)، اما بخشش شاهراه سلامت روانی است (ماتسوکوی^۳، ۲۰۱۱). بخشیدن اگر خوب درک بشود و با شکیبایی به انجام برسد، در بعضی موارد موجب رفاه و سلامت عاطفی بخشنده می‌شود. بسیاری از افراد فرایند بخشش را آغاز می‌کنند، چون از احساس بد خسته شده‌اند و می‌خواهند احساس بهتری داشته باشند (اینرایت، ۲۰۰۱). بخشش یک ویژگی سودمند در روابط انسانی است که به طور گسترده به عنوان یک موضوع پژوهشی به وسیله متخصصان علوم انسانی مورد بررسی قرار گرفته است (به نقل از ایمانی فر، فاطمی، امینی، ۱۳۹۱).

در پژوهشی که توسط غباری بناب، کیوان زاده و وحدت تربتی تحت عنوان "بررسی رابطه بین عفو و گذشت و سلامت روانی در دانشجویان علوم پزشکی" در سال ۱۳۸۷، انجام شد، رابطه بین عفو و گذشت و سلامت روانی در دانشجویان علوم پزشکی مورد بررسی قرار

گرفت. نتایج نشان داد که دانشجویان دارای عفو و گذشت بالا در بعد رفتاری از افسردگی، اضطراب و مشکلات روابط بین فردی پایین تری در مقایسه با گروه دیگر برخوردار بوده‌اند. در پژوهشی تحت عنوان "بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی، بخشش و سلامت روان در زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت گچساران" که توسط زندی‌پور، آزادی و ناهید پور در سال ۱۳۹۰ انجام شد، نتایج نشان داد که بخشش با ویژگی شخصیتی روان رنجورخویی، رابطه منفی و با ویژگی شخصیتی سازگاری، برون‌گرایی، خودآگاهی و پذیرش رابطه مثبت معنی دار دارد. همچنین زوج‌هایی که ویژگی‌های شخصیتی مشابه دارند، نسبت به زوج‌هایی که ویژگی‌های شخصیتی متفاوت دارند، یکدیگر را بیشتر می‌بخشند و از سلامت روان بیشتری برخوردارند.

هولتر^۴ (۲۰۰۷)، در پژوهش خود تحت عنوان "تاثیر آموزش بخشش بر متغیرهای سلامت روان برای کودکان مقطع ابتدایی" به آموزش بخشش بر اساس برنامه‌ای کلاسی مبتنی بر مدل فرایندی انرایت پرداخت. دانش آموزان به دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شدند و تحلیل داده‌ها گویای کاهش معنادار در خشم برای گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل بود.

یسل دیک^۵ و همکاران (۲۰۰۷) در پژوهش خود تحت عنوان "اتصال شکاف بین بخشش، کینه و سلامت روان" به این نتیجه رسیدند که

1. Berry
2. Jenkins, Sinclair, Myerberg
3. Matsuyuki

4. Holter
5. Ysseldyk

شخصی پژوهشگر از سوالات پرسشنامه شده و به عنوان یک متغیر مزاحم مطرح است. متغیر مزاحم دیگر سن شرکت کننده‌ها بود که در شیوه نمره گذاری پرسشنامه‌ها تاثیر گذار بود.

از آنجاکه حداقل تعداد نمونه در پژوهش‌های همبستگی ۳۰ نفر پیشنهاد شده است (دلاور، ۱۳۹۱)، با توجه به وجود سهم متغیر و به منظور افزایش روایی بیرونی پژوهش اندازه نمونه انتخابی ۱۲۰ نفر در نظر گرفته شد. ابزارهای استفاده شده در این مطالعه شامل موارد زیر می‌باشد.

پرسش‌نامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی (GHQ-28)

پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۹ ارایه شد. این پرسشنامه به منظور شناسایی اختلالات روانی غیرروان‌پریشی تدوین و تنظیم گردید که به طور وسیعی از آن برای تشخیص اختلالات خفیف روانی و غربال‌گری اختلالات روانشناختی غیرروان‌پریشی در مراکز درمانی و سایر جوامع، در موقعیت‌های مختلف استفاده می‌شود. فرم ۲۸ ماده‌ای این پرسشنامه دارای این مزیت است که، برای تمامی افراد جامعه طراحی شده است. دارای ۴ مقیاس فرعی است و هر مقیاس ۷ پرسش دارد. مقیاس‌های مذکور عبارتند از: مقیاس علایم جسمانی، مقیاس علایم اضطرابی و اختلال خواب، مقیاس کارکرد اجتماعی و مقیاس علایم افسردگی. نظام نمره‌گذاری این پرسشنامه، براساس مقیاس لیکرت می‌باشد که به هر یک از موقعیت‌های

میان بخشش و سلامت روان، رابطه مثبت وجود دارد و همچنین افراد بخشنده نسبت به افرادی که قادر به بخشیدن اشتباهات دیگران نیستند، از سلامت روان بیشتری برخوردارند.

اورکات^۱ (۲۰۰۶)، در پژوهش خود با عنوان "ارتباط بخشش میان‌فردی و نشانه‌های ناراحتی روانشناختی (افسردگی، اضطراب، استرس) در میان زنان دانشگاهی" با استفاده از مدل معادلات ساختاری دریافت که بخشش تخلفات خاص، رابطه معنادار منفی با نشانه‌های ناراحتی روانشناختی دارد. همچنین زمان، تعدیل‌کننده رابطه بین بخشش و تغییر نشانه‌های ناراحتی روانشناختی است.

پژوهش حاضر از نوع همبستگی می‌باشد که طی آن متغیرهای کیفیت زندگی و سلامت روان به عنوان متغیرهای ملاک و متغیرهای بخشش و کینه به عنوان متغیرهای پیش بین در نظر گرفته شده‌اند.

جامعه پژوهش را سالمندان زن و مرد شهرستان شهرکرد تشکیل داده‌اند، که از بین آنها ۱۲۰ سالمند از سه مرکز روزانه جهاندیدگان از طریق نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های سلامت عمومی ۲۸ سوالی، (28-GHQ)، پرسشنامه کینه، و پرسشنامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF) پاسخ گفتند. در طی اجرا سوالات پرسشنامه‌ها برای سالمندان بی‌سواد به طور شفاهی خوانده و پاسخ‌های آنها ثبت می‌شد. باید متذکر شد که انجام این عمل چه بسا که باعث برداشت‌های

1. Orcutt

چهارگانه، نمره‌ی (۳-۲-۱-۰) داده می‌شود. در هر مقیاس از نمره ۶ و در مجموع از نمره ۲۲ به بالا بیانگر علایم مرضی است (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹ به نقل از نوربالا، باقر یزدی و محمد، ۱۳۸۷). پژوهشگران، اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی را بارها مورد تأیید قرار دادند و گلدبرگ و هیلر اعتبار این پرسشنامه را ۸۹٪ گزارش کرده‌اند (نوربالا، باقر یزدی و محمد، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ بر روی ۱۱۹ نفر از نمونه پژوهش اندازه‌ای برابر ۹۰٪ به دست آمد که از مقدار قابل قبولی برخوردار بود.

پرسشنامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF)

در این پژوهش برای سنجش کیفیت زندگی از فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) استفاده شده است. این پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی با همکاری ۱۵ مرکز بین‌المللی در سال ۱۹۸۹ ساخته شده است و جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (رفیعی، ۱۳۸۸، به نقل از ترخان، ۱۳۹۰). این پرسشنامه با توجه به عمومیت، سادگی، سازگاری و انطباق ابعاد مورد ارزیابی با فرهنگ و نوع فعالیت فیزیکی- روانی جمعیت مورد مطالعه برای این پژوهش مناسب تشخیص داده شد. این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی است که توسط خود آزمودنی تکمیل می‌گردد و چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۶ سوال می‌سنجد، که دو سوال اول آن در مورد رضایت‌مندی از سلامت عمومی و درک کلی فرد از کیفیت زندگی

خود و بقیه سوال‌ها، احساس و رفتار فرد را در ابعاد مختلف کیفیت زندگی می‌سنجد. پرسشنامه دارای یک طیف ۵ گزینه‌ای می‌باشد، که به ترتیب دارای گزینه‌های "بسیار ناراضی"، "ناراضی"، "بی‌نظر"، "راضی"، "بسیار راضی" به ترتیب از ۱ تا ۵ می‌باشد (نجات، منتظری و هلاکویی، ۱۳۸۸).

در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ ضریب پایایی برابر ۸۶٪ به دست آمد. که نشانگر پایا بودن پرسشنامه کیفیت زندگی می‌باشد.

پرسشنامه کینه

پرسشنامه شدت کینه ساخته شهرزاد رشن (۱۳۹۱) می‌باشد. این پرسشنامه شامل ۱۷ سوال بسته پاسخ براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت است که جواب‌ها از نمره صفر- هیچ- تا چهار- خیلی زیاد را در بر می‌گیرند. این پرسشنامه ابعاد مختلف کینه را بررسی می‌کند که عبارتند از: هیچجانی که فرد آسیب دیده نسبت به موضوع تخلف دارد. مدت زمانی که کینه دارد، تفکراتی که درباره این موضوع در ذهن دارد و شدت و نوع واکنش‌های مقابله‌ای که استفاده می‌کند. پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ محاسبه شده و ضریب آلفای محاسبه شده برابر ۰/۹۶ است که حاکی از پایایی خوب این پرسشنامه است. در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بر روی ۱۱۹ نفر از نمونه پژوهش اندازه این ضریب همسانی برابر با ۰/۹۴ بدست آمد که دال بر عالی بودن این ضریب بود. به عبارت دیگر بین سوالات این پرسشنامه انسجام درونی خوبی برقرار است.

کنندگان بر اساس جنسیت نشان داده شده است. با توجه به شکل مشخص است که ۳۰ نفر از شرکت کنندگان تحقیق (۲۵/۲ درصد) دارای جنسیت مرد و ۸۹ نفر (۷۴/۸ درصد) دارای جنسیت زن بودند.

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات پرسش نامه کینه، ابعاد سلامت روان، سلامت روان، ابعاد کیفیت زندگی و کیفیت زندگی نشان داده شده است.

در پژوهش حاضر از شاخص‌های روانسنجی برای روایی و پایایی ابزارهای اندازه‌گیری و از شاخص‌های آمار توصیفی و استنباطی در بخش تحلیل داده‌ها استفاده شد. به‌طور دقیق در پژوهش حاضر از ضرایب همبستگی پیرسون، و رگرسیون چندگانه چند متغیری استفاده شد.

یافته‌ها

در جدول ۱ فراوانی و درصد فراوانی شرکت

جدول ۱: فراوانی و درصد فراوانی شرکت کنندگان تحقیق بر اساس جنسیت

جنسیت	فراوانی	درصد	درصد معتبر	درصد تراکمی
مرد	30	25.2	25.2	25.2
زن	89	74.8	74.8	100.0
کل	119	100.0	100.0	

جدول ۲: آمار توصیفی مربوط به متغیرهای اصلی پژوهش

متغیر	بعد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
کینه-بخشش	کینه	1.00	82.0	28.0672	21.60498
	جسمانی	0	21	9.71	4.716
	اضطراب	1	21	8.87	3.786
سلامت روان	عملکرد اجتماعی	1	21	8.71	3.880
	افسردگی	0	17	4.64	4.125
	سلامت روان	7	79	33.700	13.617
	جسمانی سازی	12	41	25.50	5.733
	حیطه روانشناختی	9	36	24.38	5.936
کیفیت زندگی	روابط اجتماعی	5	18	12.31	1.999
	محیط و وضعیت اجتماعی	24	48	35.69	4.857
	کیفیت زندگی	59	155	106.216	16.159

بیشتر نشان‌گر مشکلات در سلامت روان و نمرات کمتر نشانگر سلامت روان می‌باشد. نمرات بالاتر در ابعاد کیفیت زندگی نشان‌گر بهتر بودن کیفیت زندگی و نمرات کمتر نشان‌گر پایا بودن کیفیت زندگی می‌باشد.

برای بررسی این فرضیه که بین کینه و

نکته مهمی که در تفسیر نتایج مربوط به آمار توصیفی باید به آن دقت کرد نحوه نمره‌گذاری پرسش‌نامه‌های تحقیق است. نمرات متغیر کینه به گونه‌ای است که نمرات بالاتر نشانگر کینه بیشتر و نمرات کمتر نشانگر بخشش بیشتر می‌باشد. همچنین در نمرات سلامت روان نمرات

بخشش با ابعاد سلامت روان و ابعاد کیفیت زندگی رابطه وجود دارد، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است. ضریب همبستگی پیرسون شاخص آماری پارامتریک برای بررسی ارتباط بین دو متغیری است که هر دو از مقیاس فاصله‌ای برخوردار باشند. در جدول ۳ نتیجه ضریب همبستگی پیرسون نشان داده شده است.

جدول ۳: ضریب همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه کینه با ابعاد سلامت روان و کیفیت زندگی

9	8	7	6	5	4	3	2	1	کینه
								1	جسمانی
						1	0.327**	0.263**	اضطراب
				1	0.961**	0.377**	0.188*	0.399**	عملکرد اجتماعی
			1	0.334**	0.359**	0.553**	-0.049	-0.248**	افسردگی
		1	-0.291**	-0.451**	-0.444**	-0.403**	-0.049	-0.248**	جسمانی سازی
	1	0.455**	-0.646**	-0.313**	0.327**	-0.532	-0.248**	-0.142	حیطه روانشناختی
1	0.451**	0.385**	-0.249**	-0.231*	0.220*	-0.319**	-0.142	-0.115	روابط اجتماعی
0.343**	0.429**	0.472**	-0.265**	-0.408**	-0.411**	-0.399**	-0.115		محیط و وضعیت اجتماعی

** همبستگی در سطح ۱ درصد معنی دار است.

* همبستگی در سطح ۵ درصد معنی دار است.

داشته باشد، همچنین به علت اینکه در این پژوهش به علت محدودیت‌های عملی حجم گروه نمونه مربوط به زنان و مردان به طور نامساوی بود، به جای مقایسه زنان و مردان در ابعاد مختلف سلامت روان و کیفیت زندگی از این متغیر به عنوان متغیر پیش‌بینی‌کننده در پژوهش استفاده شد. از طرف دیگر پژوهشگر علاقه‌مند بود تا ابعاد سلامت روان و کیفیت زندگی را از طریق متغیر کینه مورد بررسی قرار دهد.

چون در این طرح همزمان دو متغیر پیش‌بین و هشت متغیر ملاک (ابعاد سلامت روان و کیفیت زندگی) وجود دارند، برای تحلیل آماری و پیش‌بینی متغیرهای ملاک از طریق متغیرهای پیش‌بین از تحلیل رگرسیون چندگانه چند متغیره^۱

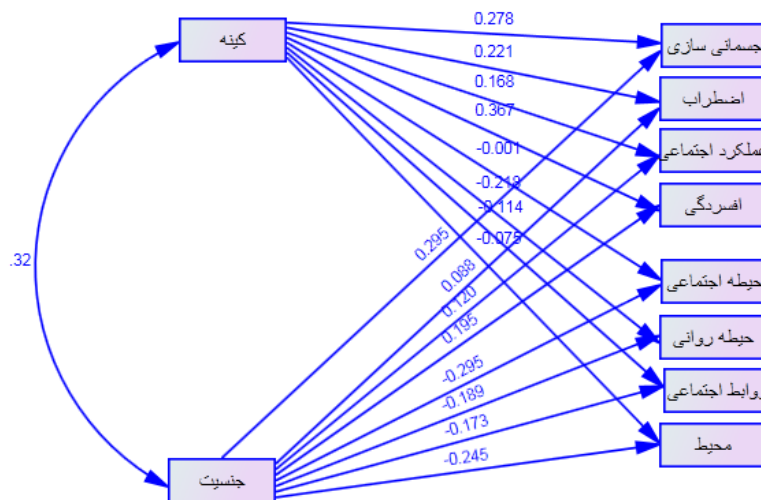
با توجه به جدول ۳ مشخص است که:

- بین تمام ابعاد سلامت روان با کینه همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد.
 - بین ابعاد کیفیت زندگی و کینه رابطه منفی وجود دارد.
 - از بین ابعاد کیفیت زندگی تنها متغیر حیطه روانشناختی با کینه ارتباط معنی‌دار دارد (همبستگی پیرسون برابر با $-0/248$ - که در سطح ۱ درصد معنی‌دار است).
 - متغیر کینه بیشترین رابطه را با بعد افسردگی سلامت روان دارد.
 - متغیر کینه با بعد جسمانی سلامت روان رابطه نسبتاً قدرتمندی دارد ($0/327$) که در سطح ۱ درصد معنی‌دار است.
- از آنجایی که متغیر جنسیت می‌تواند به طور بالقوه نقش مهمی در سلامت روان و کیفیت زندگی

1. Multivariate Multiple Regression

می‌شود، به پیش‌بینی معنی‌دار ابعاد سلامت روان و کیفیت زندگی می‌انجامد یا نه. همانطور که شکل ۱ نشان می‌دهد، متغیر کینه توانست هر چهار بعد سلامت روانی را مورد پیش‌بینی قرار دهد. ولی متغیر جنسیت فقط توانست دو بعد از سلامت روان (جسمانی‌سازی و افسردگی) را مورد پیش‌بینی قرار دهد. در پیش‌بینی بعد جسمانی‌سازی هر دو متغیر جنسیت و کینه تقریباً به یک اندازه توانستند به طور معنی‌داری به پیش‌بینی منجر شوند، هرچند که اندازه ضریب استاندارد پیش‌بینی جنسیت کمی بیشتر از متغیر کینه بود.

استفاده شد. مهمترین دلیل برای استفاده از این تحلیل به جای تحلیل رگرسیون چندگانه به این علت است که ابعاد مربوط به متغیرهای ملاک در این پژوهش اساساً به هم وابسته هستند و با همدیگر هم‌پوشانی داشته و اگر به صورت تک متغیره مورد بررسی قرار بگیرند موجب تورم در خطای نوع اول شده و همچنین وجود ارتباط همزمان متغیرهای پژوهش نادیده گرفته می‌شود. آوردن متغیر دموگرافیک جنسیت در کنار متغیر کینه از این رو اهمیت دارد که مشخص می‌سازد که آیا متغیر کینه زمانی که با متغیر جنسیت وارد مدل



شکل ۱: پیش‌بینی ابعاد سلامت روان و کیفیت زندگی از طریق متغیرهای کینه و جنسیت

قدرت پیش‌بینی جنسیت بیشتر از متغیر کینه بود. چرا که این متغیر توانست سه بعد از کیفیت زندگی (حیطه جسمانی، حیطه روانی، و محیط) را مورد پیش‌بینی قرار دهد. کینه تنها به پیش‌بینی معنی‌دار بعد حیطه روانی منجر شد. لازم به ذکر است که علامت منفی در پیش‌بینی

در پیش‌بینی افسردگی هرچند هر دو متغیر کینه و جنسیت به طور معنی‌داری به پیش‌بینی منجر شدند، ولی سهم متغیر کینه خیلی بیشتر از جنسیت بود. در کل کینه بهترین پیش‌بین برای بعد افسردگی سلامت روان بود. در پیش‌بینی ابعاد کیفیت زندگی در کل

جنسیت برای ابعاد کیفیت زندگی دلالت بر این داشت که مردان از کیفیت زندگی بالاتری نسبت به زنان برخوردار می‌باشد. همچنین علامت مثبت در پیش‌بینی سلامت روان بر اساس جنسیت نشانگر این نکته است که زنان دارای مشکلات روانی بیشتری نسبت به مردان بودند.

بحث

مهمترین یافته این تحقیق این بود که بین نمرات کینه سالمندان با سلامت روان همبستگی مثبتی وجود دارد. نکته مهمی که باید در اینجا به آن اشاره کرد این است که نمرات سلامت روان در حقیقت به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند، یعنی نمرات بالا در پرسشنامه سلامت روان نشانگر حالت مرضی فرد می‌باشد. به عبارت دیگر بین کینه و مشکلات در سلامت روان نظیر افسردگی، اضطراب و ... رابطه مستقیمی وجود دارد. یعنی سالمندانی که کینه و نفرت از دیگران دارند، سلامت روان کمتری دارند. نتیجه این تحقیق با پژوهش‌های انجام شده توسط هولتر (۲۰۰۷)؛ یسل دیک و همکاران (۲۰۰۷)؛ وایتد، ویت و لارکین (۲۰۱۰)؛ اورکات (۲۰۰۶)؛ زندگی پور، آزادی و ناهیدپور (۱۳۹۰)؛ غباری بناب، کیوانزاده (۱۳۸۷) همسو بود.

در کل، بخشش در سالمندان به سلامت فیزیکی آنها کمک می‌کند و با توجه به اینکه با بخشش، فرد باید تمام رنجش‌ها، ناراحتی‌های گذشته و حس‌های منفی را نسبت به فرد تخلفکار در ذهن خود از بین ببرد، در نتیجه هیچ کینه و خشمی برای مدت طولانی در او باقی

نمی‌ماند و این باعث بهبود سلامت روان او می‌شود (وایتد، ویت و لارکین، ۲۰۱۰). برخی از محققان مهارت‌های لازم برای بخشش را مربوط به عوامل خاص شخصیت می‌دانند، بخششی که اثر مثبت واقعی بر سلامت دارد، ناشی از تمامیت شخصیت می‌باشد و بر کل شخصیت تاثیر می‌گذارد. محققان معتقدند که بخشش تاثیر مثبت بر تمامیت فرد دارد. خشم آثار بسیار مضر در قلب و سیستم عروقی باقی می‌گذارد، که از نظر فیزیولوژیکی قابلیت آشکار شدن را دارد. اگرچه فرو خوردن خشم و سرکوب آن امکان پذیر است، اما نتیجه این کنش در ناخودآگاه پیامدهای مخرب خود را باقی می‌گذارد. این سرکوبی بر جسم و روان انسان تاثیر منفی دارد (کالکسار، ۲۰۰۶). بخشش به بهبود صدمات گذشته و کاهش رفتارهای پرخاشگرانه کمک می‌کند و بخشش نقش مهمی در کاهش خشم و پرخاشگری دارد (کلات، ۲۰۰۸). از طرفی هر کدام از مراحل بخشش (تشخیص، عذرخواهی، بخشیدن و پذیرفتن بخشش) تاثیر خوشایندی بر سلامت روان و جسم می‌گذارد (کالکسار، ۲۰۰۶). شواهد تجربی (برای مثال وایتد، ویت و لارکین، ۲۰۱۰؛ هولتر، ۲۰۰۷؛ یسل دیک و همکاران، ۲۰۰۷؛ تویسانت و وب، ۲۰۰۵). اگرچه کم هستند، با این وجود از این نکته که بخشش تاثیر سودمندی بر سلامت روان دارد، حمایت می‌کنند. این احتمال وجود دارد که بخشش به‌طور غیرمستقیم از طریق متغیرهایی مثل حمایت اجتماعی، عملکرد بین فردی و رفتار سالم بر

بهبود آن، مطرح شده است. شبکه‌های حمایتی مجموعه دوستان و آشنایانی هستند که فرد در هنگام نیاز می‌تواند به آنها تکیه کرده و حمایت لازم را از جانب آنها دریافت کند، فرد کینه‌جو روابط اجتماعی و صمیمانه محدودی با اطرافیان خود دارد، یا حتی اگر روابط گسترده‌ای داشته باشد به خاطر ویژگی کینه‌جویی امکان از دست دادن این ارتباطات وجود دارد. به همین دلیل شبکه‌های حمایتی این افراد محدود است. تحقیقات نشان می‌دهند که یکی از عوامل تاثیرگذار بر کیفیت زندگی افراد حمایت‌ها و شبکه‌های اجتماعی است که افراد با آنها تعامل دارند، به طوری که عدم حضور این عامل در سالمندان همسر فوت‌شده یا سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند می‌تواند بر سلامت و کیفیت زندگی آنها تاثیر بگذارد. حمایت اجتماعی تا حدی می‌تواند از افسردگی سالمندان جلوگیری نماید. هر چه سالمندان از حمایت اجتماعی کمتری برخوردار باشند، احتمال بیشتری برای افسردگی آنان وجود دارد. بنابراین توجه به شبکه‌های اجتماعی و حمایتی برای سالمندان و همچنین توانمندسازی آنان به منظور مواجهه مناسب با عوارض ناشی از کمبود شبکه‌های حمایتی ضروری به نظر می‌رسد (علی‌پور و همکاران، ۱۳۸۷). برکنم معتقد است که حمایت اجتماعی در صورتی باعث افزایش سلامتی می‌شود که حسی از صمیمیت را ایجاد نماید و این حس صمیمیت از طریق حمایت عاطفی، برقراری ارتباط محبت‌آمیز یا پشتیبانی عاطفی از فرد است (علی‌پور و همکاران، ۱۳۸۸). در پژوهش‌هایی که تا کنون به بررسی رابطه

افزایش سلامت روان تاثیر بگذارد (تویسانت و وب، ۲۰۰۵). این متغیرهای میانجی معمولاً موجب بهبود سلامت روان می‌شوند. ورتینگتون و همکاران (۲۰۰۱)، معتقدند که بخشش همبستگی مثبتی با این متغیرهای میانجی داشته و این متغیرها نیز به نوبه خود بر سلامت روان تاثیر می‌گذارند (تویسانت و وب، ۲۰۰۵) بخشش می‌تواند موجب بهبود خلق و روی هم رفته، احساس خوب بودن، شود. تحقیقات نشان می‌دهد که افراد افسرده الگوهای فکری ناسازگاری دارند و خلق آنها زمانی بهبود می‌یابد که الگوی فکری خود را تغییر دهند. شاید بخشش موجب کاهش نشخوار فکری شده و برای فرد روش جدیدی برای فکر کردن درباره شرایطش فراهم کند، و از این طریق موجب بهبودی خلق و احساس خوب بودن فرد شود (رای^۱، فلوک^۲، هیم^۳، اولزوسکی^۴، تراینا^۵، ۲۰۰۴). افراد دارای عفو و گذشت بالا در بعد رفتاری از افسردگی، اضطراب و مشکلات روابط بین فردی پایین‌تری در مقایسه با افرادی که گذشت کمتری دارند، برخوردار هستند (غباری بناب و همکاران، ۱۳۸۷) که با نتیجه این پژوهش همسو می‌باشد.

یافته دیگر این تحقیق این بود که بین ابعاد کیفیت زندگی و کینه رابطه منفی وجود دارد. در سال‌های اخیر کیفیت زندگی به عنوان یکی از شاخص‌ها و معیارهای قابل سنجش برای تعیین نیازها و شرایط سلامتی سالمندان و همچنین

1. Rye
2. Flock
3. Heim
4. Olszewski
5. Traina

بین متغیر جنسیت و سلامت روان پرداخته‌اند، بیشتر نتایج حاکی از پایین بودن سلامت روان زنان نسبت به مردان بود (سو، ۲۰۰۷؛ شگری و همکاران، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر، متغیر جنسیت فقط توانست دو بعد از سلامت روان (جسمانی‌سازی و افسردگی) را مورد پیش‌بینی قرار دهد. همان‌طور که در فصل چهار اشاره شد ضریب پیش‌بینی ابعاد سلامت روان از طریق جنسیت دارای علامت مثبت بود که بیانگر آن بود که زنان از سلامت روان پایین‌تری نسبت به مردان برخوردار بودند. که این نتیجه با نتایج پژوهش‌های قبلی (سو، ۲۰۰۷؛ شگری و همکاران، ۱۳۸۷؛ ریاحی و همکاران، ۱۳۸۹) همسو می‌باشد.

مشکلات روانشناختی در دوران سالمندی به فراوانی قابل مشاهده می‌باشد و اثراتی بر وضعیت روانی، عاطفی و رفتاری سالمندان بر جای می‌گذارد. حدود ۱۵ تا ۲۵ درصد افراد مسن مشکلات روانی مهمی دارند. شخص پیر ناگزیر است با سوگ فقدان‌های متعدد (مرگ همسر، دوست، خانواده و همکار و ...)، تغییر وضع شغلی و افت توانایی جسمی و تندرستی، مدارا نماید. فقدان در هر زمینه‌ای در دوران پیری سبب می‌شود که شخص انرژی زیادی را صرف سوگواری، فراق ناشی از مرگ و ایجاد تطابق با تغییرات ناشی از فقدان کند. تنها زندگی کردن استرس عمده‌ای است که حدود ده درصد سالمندان را تحت تاثیر قرار می‌دهد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷). سالمندان بیماری‌های جسمانی زیادی تجربه می‌کنند. فشار خون بالا، دیابت، ناراحتی‌های قلبی، مشکلات

جسمی و حرکتی و سالمندان را تهدید می‌کند. سالمندان نمونه این پژوهش، مشکلات جسمانی و روانی زیادی داشتند. آنها از تنهایی و دردهای جسمانی شکایت داشتند و از این که نمی‌توانستند به خوبی گذشته از پس کارهای خود برآیند، ناراحت و نگران بودند، اضطراب آنان بیشتر به خاطر ترس از سربار شدن و زمین‌گیر شدن بود. تنهایی و فقدان‌ها موجب بروز علائم افسردگی در آنان شده بود. این شکایات و نگرانی‌ها در زنان بیشتر از مردان دیده می‌شد. مردان به خاطر نقش اجتماعی که داشتند راحت‌تر در جامعه حضور می‌یافتند و این خود موجب می‌شد که مردان کمتر از زنان دچار علائم افسردگی و اضطراب باشند. از طرفی مردان به خاطر داشتن تعاملات اجتماعی در بیرون از خانه، تنهایی کمتری را تجربه می‌کردند. در نتیجه هم سلامت روان و هم کیفیت زندگی بهتری نسبت به زنان داشتند. در بررسی رابطه بین متغیر جنسیت و کیفیت زندگی سالمندان پژوهش‌های قبلی نتایج متناقضی گزارش شده است: در برخی پژوهش‌ها در تمامی ابعاد، کیفیت زندگی مردان بالاتر از زنان بوده است (علی‌پور و همکاران، ۱۳۸۷ و ۱۳۸۸) و در برخی پژوهش‌ها فقط در ابعاد جسمانی و عملکرد اجتماعی اختلاف معنادار آماری مشاهده شده است (وحدانی نیا، گشتاسبی و منتظری، ۱۳۸۵؛ آهنگری، کمالی و ارجمند، ۱۳۸۶). با این حال برخی پژوهش‌ها نیز تفاوت معناداری بین دو جنس نیافته‌اند (تی‌سای، ۲۰۰۴) و حتی برخی پژوهش‌ها کیفیت زندگی زنان بهتر از مردان برآورد شده است (آکین یمی و آرانسولا، ۲۰۱۰).

داخل شهرکرد تعمیم نتایج این پژوهش به سایر نمونه‌ها و ساکنان خانه‌های سالمندان دیگر باید با احتیاط صورت گیرد.

۲. یکی از محدودیت‌ها بررسی میزان صداقت آزمودنی‌ها در پاسخ دادن به سوالات می‌باشد که خارج از کنترل پژوهشگر است.

۳. مورد دیگر سن شرکت‌کننده‌ها بود، برخی سوالات پرسشنامه به خاطر مشکلات دوران سالمندی مثل کندی حرکتی، بیماری‌های جسمی و تنهایی، ممکن بود نمره بالا دریافت کنند که این نیز می‌توانست در تحریف نمرات واقعی موثر باشد.

سپاسگزاری

در نهایت از مدیران همه مراکز سالمندان آفتاب، خانه جهاندیدگان، فرهیختگان به خاطر همکاری در این پروژه تحقیقاتی تشکر می‌کنم.

منابع

- Ahangari, M.; Kamali, M.; Arjmand; M. (1386). Quality of life in elderly member of the Academy of Elder Tehran. *Journal of Aging*; 3: 182-188.
- Akinyemi, A.; Aransiola, J. (2010). Gender perspectives in self-assessment of quality of life of the elderly in South-Western Nigeria. *Journal of Comparative Research in Anthropology and Sociology*; 1(1): 107-120.
- Alipoor, F.; Sajadi, H.; Biglarian, A.; Jalilian, A. (1387). Elder's quality of life in 2 of Tehran. *Journal of Iran's elders*; 9: 10, 75-83.
- Alipoor, F.; Sajadi, H.; Biglarian, A.; Jalilian, A. (1388). The role of social support in elder's quality of life. *Journal of social welfare*; 33: 145-167.
- B. Fresh, M. (2006). *Psychotherapy based on quality of life's improvement*. (translate by Khamseie, A). Tehran: Arjmand (1389).

در پژوهش حاضر، برای پیش‌بینی ابعاد کیفیت زندگی در کل قدرت پیش‌بینی جنسیت بیشتر از متغیر کینه بود. چرا که این متغیر توانست سه بعد از کیفیت زندگی (حیطه جسمانی، حیطه روانی، محیط) را مورد پیش‌بینی قرار دهد. همان‌طور که در فصل چهار اشاره شد ضریب پیش‌بینی ابعاد کیفیت زندگی از طریق جنسیت دارای علامت منفی بود که دلالت بر این داشت که مردان از کیفیت زندگی بالاتری نسبت به زنان برخوردار می‌باشند. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های (علی پور و همکاران، ۱۳۸۷ و ۱۳۸۸) همسو می‌باشند.

نتیجه‌گیری

در کل نتیجه این پژوهش دال بر این است که سالمندانی که کینه‌جو هستند، روابط صمیمانه محدودتری نسبت افراد بخشنده و با گذشت دارند، در نتیجه تنهاتر و منزوی‌تر از همسالان خود هستند و در مواقعی که با مشکلات حاد و استرس‌زا مواجه می‌شوند، حمایت عاطفی کمتری دریافت می‌کنند، و در حمایت‌هایی هم که دریافت می‌کنند احساس سربار بودن دارند. در این افراد احساس بیمار بودن، عصبی بودن، افسرده بودن بیشتر از همسالان بخشنده است.

محدودیت‌ها

تحقیق حاضر از نوع تحقیقات توصیفی و غیرآزمایشی بود. بنابراین استنباط علی در مورد نتایج تحقیق باید توأم با احتیاط صورت بگیرد.

۱. به علت بالا نبودن حجم نمونه تحقیق و محدودبودن پژوهش به سالمندان مراکز سالمندان

- Joyce, S.; Ward, J.; Marsh, M.; Hermalin, A.I.; Ofstedal, M.B.; Tesfai, R.; Sridhar, M.K. (2006). Accelerating the abandonment of female genital cutting: community change to support human rights. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*; 75(4): 622-629.
- Kulcsár, A. (2006). Forgiveness and mental health. *Studia Universitatis Babes-Bolyai-Theologia Catholica Latina*, (1), 93-102.
- King, C.R.; Hinds, P.S. (Eds.). (2011). *Quality of life: From nursing and patient perspectives*. Jones & Bartlett Publishers.
- Klatt, J. (2008). Testing a forgiveness intervention to treat aggression among adolescents. Unpublished doctoral dissertation. WINCONSIN-MADISON UNIVERSITY.
- Lazarus, R.; Lazarus, B.N. (2002). Coping with aging. (translate by Najafizand, J). Tehran: Danje. (1387)
- Matsuyuki, M. (2011). An Examination of the Process of Forgiveness and the Relationship Among State Forgiveness, Self-compassion, and Psychological Well-being Experienced by Buddhists in the United States.
- Mukherjee, S. B. (2013). Quality of Life of Elderly: Hope Beyond Hurt. *Indian Journal of Gerontology*; 27(3).
- Nejat, S.; Montazeri, A.; Holakoue naieni, K. (1385). Standardization of the world health organization quality of life questionnaire (WHOQOL-BREF) translation and psychometric Iranian species. *Journal of health institute*.
- Noorbala, A.; Bagheriyazdi, A.; Mohammad, K. (1387). Validation of the General Health Questionnaire-28 as a screening tool for psychiatric disorders in Tehran. *Journal of Hakim*; 4: 43-54.
- Orcutt, H.K. (2006). The prospective relationship of interpersonal forgiveness and psychological distress symptoms among college women. *Journal of Counseling Psychology*; 53 (3), 350.
- Rashan, Sh. (1391). Investigate the relationship between the intensity of grudge with mental health in Allame tabatabae's students. Unpublished msc dissertation.
- Riahi, M.; Verdaninia, A.; Poorhosein, Z. (1390). The relationship between social support and mental health. *Journal of Social Welfare*; 39: 85-121.
- Bassi, I.B.; Assunção, A.Á.; de Medeiros, A.M.; de Menezes, L.N.; Teixeira, L.C.; Côrtes Gama, A.C. (2011). Quality of life, self-perceived dysphonia, and diagnosed dysphonia through clinical tests in teachers. *Journal of Voice*; 25(2): 192-201.
- Berry, J.W.; Worthington, E.L.; O'Connor, L.E.; Parrott, L.; Wade, N.G. (2005). Forgiveness, vengeful rumination, and affective traits. *Journal of personality*; 73(1): 183-226.
- Bond, J.; Corner, L. (2004). *Quality of life and agings* (translate by Mohagheghi Kamal). Tehran: Danje (1389).
- Connor, K.M.; Davidson, J.R.; Lee, L.C. (2003). Spirituality, resilience, and anger in survivors of violent trauma: A community survey. *Journal of traumatic stress*; 16(5): 487-494.
- Delavar, A. (1391). *Teoretical and practical research in humanities and social scienties*. Tehran: Roshd
- Enright, R.D. (2001). Forgiveness is a choice. (translate by Shapooryan, L). Tehran: Ghatre (1389).
- Ghobaribonab, B.; Ke.yvanzade, M.; Vahdattorbati, SH. (1388). Investigate relationship between forgiveness and mental health in medical students. *Psychology and education Tehran university*; 2: 167-180.
- Hays, R.D.; Reeve, B.B. (2008). Measurement and modeling of health related quality of life. *International EnCyclopedia in Public Health*; 20: 241-252.
- Holter, A.C. (2007). The forgiving child: The impact of forgiveness education on mental health variables for elementary-aged children. ProQuest.
- Hsu, H.C. (2007). Gender differences in health-related quality of life among the elderly in Taiwan. *Asian Journal of Health and Information Sciences*; 1(4), 366-76.
- Imanifar, H., Fatemi, J., Amini, F. (1391). Forgiveness from Quran and psychology's perspective. *Ensanpajouhi e dini*; 27: 149-175.
- Jenkins, N.; Sinclair, E.; Myerberg, L.; Burnette, J. (2011). Forgiveness as a mechanism of self-regulation: An ego-depletion model. Unpublished raw data.

- Vahdaninia, M.; Goshtasbi, A.; Montazeri, A. (1385). The effect of demographic characteristics on the quality of life in old age. Presented at the National Conference on Ageing and Geriatric Medicine.
- Van Oyen Witvliet, C.; Ludwig, T.E.; Vander Laan, K.L. (2001). Granting forgiveness or harboring grudges: Implications for emotion, physiology, and health. *Psychological Science*; 12(2): 117-123.
- Whited, M.C.; Wheat, A.L.; Larkin, K.T. (2010). The influence of forgiveness and apology on cardiovascular reactivity and recovery in response to mental stress. *Journal of behavioral medicine*; 33(4): 293-304.
- Worthington, E.L. (Ed.). (1998). Dimensions of forgiveness: Psychological research & theological perspectives (Vol.1). Templeton Foundation Pr.
- Ysseldyke, R.; Maltheson, K.; Anisman, H. (2007). Rumination: Bridging a gap between forgiveness, venegfulness, and psychological health. *Journal of Personality and Individual Differences*; 42: 1573-1584.
- Zandipoor, T.; Azadi, Sh.; Nahidpoor, F. (1390). Investigate the relationship between personality characters, forgiveness and mental health in couples that referred to Gachsaran's health center. *Journal of woman and society*; 2(2): 1-18.
- Rye, M.S.; Folck, C.D.; Heim, T.A.; Olszewski, B.T.; Traina, E. (2004). Forgiveness of an ex-spouse: How does it relate to mental health following a divorce?. *Journal of Divorce & Remarriage*; 41(3-4): 31-51.
- Sadock, B.J.; Kaplan, H.I.; Sadock, V.A. (2007). Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/ clinical psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins.
- Schwartz, C.E.; Andresen, E.M.; Nosek, M.A.; Krahn, G.L. (2007). Response shift theory: important implications for measuring quality of life in people with disability. *Archives of physical medicine and rehabilitation*; 88 (4), 529-536.
- Shokri, O.; Moradi, A.; Daneshvarpoor, Z.; Tarkhan, R. (1387). The role of gender differences in coping styles and mental health. *Journal of Contemporary Psychology*; 1: 51-62.
- Site melli amar:
- Tarkhan, M. (1390). The effectiveness of short-term interperson group therapy on psychological well-being and quality of life for spouses of addicts. *Journal of Educational Psychology Azad University of Tonekabn*; 2: 23-36.
- The economic and community development institute site. www.ecodi.org
- Toussaint, L.; Webb, J.R. (2005). Theoretical and empirical connections between forgiveness, mental health, and well-being. *Handbook of forgiveness*; 349-362.
- Tsai, S.Y.; Chi, L.Y.; Lee, L.S.; Chou, P. (2004). Health-related quality of life among urban, rural, and island community elderly in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association= Taiwan yi zhi*; 103(3): 196-204.