

The Prediction of Coherence and Family Functioning in Couples based on Practical Commitment to Religious Beliefs

Qolamhossein Javanmard¹, Roghaye Mohammadi Gharehghozlo¹, Elaheh Porakbaran², Hossein Mohammadi^{3*},
Mohammad Reza Mousavi³

1- Department of Psychology, University of Payam Noor, Tehran, Iran.

2- Department of Clinical Psychology, Young Researchers Club, Torbat heydariyeh, Iran.

3- Department of Clinical Psychology, Medical School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Background and Objectives: Practical Commitment to Religious Beliefs can affect The relationship, decision, commitment and parenting of couples and improve family functioning and strengthen the foundation of families. The purpose of this study is the prediction of Coherence and family functioning in couples based on Practical Commitment to Religious Beliefs in city of Tabriz.

Materials and Methods: The type of this study was descriptive cross-sectional and sampling method was available sampling, n = 40 men, n = 37 women and studied population included all secondary schools in Tabriz city. Data collection techniques were Family Assessment Device (FAD) and questionnaire of Practical Commitment to Religious Beliefs. Data were analyzed using SPSS software and descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (Pearson correlation).

Results: There was a significant positive correlation between religiosity and family functioning ($r = 0.375$, $P < 0.01$). Linear regression analysis showed that men and women religious has a significant role in explaining and predicting changes in family functioning ($P < 0.01$).

Conclusion: Practical Commitment to Religious Beliefs can predict coherence and family functioning in couples, And promote positive relationships between family members in the family.

Keywords: Coherence and family functioning, religious belief, couples, Tabriz

پیش‌بینی انسجام و کارکردهای خانوادگی در زوجها، براساس عمل به باورهای دین

غلامحسین جوانمرد^۱، رقیه محمدی قره قوزل^۱، الهه پوراکبران^۲، حسین محمدی*^۳، محمد رضا موسوی^۳

۱- گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۲- گروه روان‌شناسی بالینی، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، تربت حیدریه، ایران.

۳- گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

چکیده

سابقه و اهداف: عمل به باورهای دینی می‌تواند رابطه‌ها، تصمیم‌گیری، تعهد و فرزندپروری زوجها را متأثر سازد و سبب ارتقای عملکرد خانواده و استحکام بنیان آن گردد. این مطالعه با هدف بررسی انسجام و کارکردهای خانوادگی در زوجها، براساس عمل به باورهای دینی، در شهر تبریز صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش، از نوع مطالعه‌ی توصیفی است که به روش مقطعی انجام گرفته. روش نمونه‌گیری در این مطالعه، از نوع نمونه‌گیری در دسترس بوده (۳۷ زن، ۴۰ مرد) و جامعه‌ی مورد مطالعه نیز کل دبستان‌های پسرانه‌ی شهر تبریز بوده است. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش، مقیاس عمل به باورهای دینی (معد دو) و مقیاس عملکرد خانواده (FAD) بوده است. داده‌ها نیز با نرم‌افزار SPSS و با تحلیل همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: کارکرد کلی خانواده با میزان دین‌داری، رابطه‌ی مثبت معناداری داشت ($r=0.375, P<0.01$). تحلیل رگرسیون خطی نشان داد که میزان دین‌داری زنان و مردان، سهم معناداری در تبیین و پیش‌بینی تغییرهای کارکرد کلی خانواده دارد ($P<0.01$).

نتیجه‌گیری: عمل به باورهای دینی می‌تواند انسجام و کارکرد خانوادگی را در زوجها پیش‌بینی کند و باعث ارتقای رابطه‌های مثبت بین اعضای خانواده گردد.

واژگان کلیدی: انسجام و کارکرد خانواده، باور دینی، زوجها، شهر تبریز

مقدمه

یکی از نهادهای مهم اجتماعی که از نظر اهمیت، نقش و کارکردهای مختلف، مورد توجه عالمان مذهبی، اخلاقی و صاحب نظران تعلیم و تربیت، جامعه‌شناسان و روان‌شناسان قرار گرفته، نهاد خانواده است؛ بنابراین اهمیت شناخت و بررسی عامل‌هایی که سبب قوام و استحکام این نهاد اجتماعی می‌گردد، می‌تواند گام مفیدی در ارتقای سطح فرهنگ جامعه باشد (۱). عملکرد خانواده، عبارت است از توانایی خانواده در هماهنگی با تغییرهای ایجاد شده در طول حیات، حل تضادها و تعارض‌ها، همبستگی بین اعضا و موفقیت در الگوهای انضباطی، رعایت حد و مرز بین افراد، اجرای مقررات و اصول

حاکم بر نهاد خانواده، با هدف حفاظت از کل سیستم خانواده (۲).

یکی از ویژگی‌هایی که می‌تواند انسان را در مقابله با فشار روانی کمک نماید، صبر است. صبر در لغت به معنای حبس و در تنگنا و محدودیت قرار دادن است. به عبارتی صبر، خود را باز داشتن و خودداری کردن است، بنابراین هرگاه کسی خود را از عملی اختیاری باز دارد، صبر کرده است (۴).

در جامعه‌ی مدرن، عامل‌هایی چون صنعتی شدن و تغییر الگوهای تولید، تغییرهای گسترده در ساختارهای اجتماعی، جایگزینی انسان‌محوری (اومانیزم) به جای خدامحوری و حضور تأثیرگذار و فرهنگ‌ساز تکنولوژی‌های جدید در زندگی مردم (شبکه‌های مجازی)، ساختار خانواده‌ها را دگرگون کرده

همکاران که بر روی ۱۲۰ نفر مرد متأهل انجام شد، مشخص گردید، بین میزان معنویت و کارکرد خانواده، رابطه‌ی مثبت معناداری وجود دارد (۱۴). عبدالله‌پور و همکاران نیز به بررسی رابطه‌ی بین دین‌داری، با کارکرد خانواده پرداختند و یافته‌های آن‌ها نشان داد دین‌داری، متغیری پیش‌بین در کارکرد سالم خانواده است (۱۵).

با توجه به اینکه خانواده و رابطه‌های درون آن، پیچیدگی‌های خود را دارد، نظریه‌های مختلفی در زمینه‌ی کارکردهای آن داده شده است. یکی از مدل‌های مهم در زمینه‌ی کارکرد خانواده، که جامع‌تر از دیگر مدل‌ها بوده و برای ارزیابی خانواده هم از ابزارهای مشاهده‌ی سود می‌جوید و هم از ابزارهای خودسنجی، مدل کارکرد خانواده‌ی مک مستر است (۱۶). این مدل را که در اوایل دهه‌ی ۱۹۶۰ اوستین، بیشاپ و لوین در دانشگاه مک مستر طراحی و کامل کردند (کارلسون و همکاران)، به ارزشیابی ازدواج‌ها و خانواده‌ها می‌پردازد و دارای شش معیار و مؤلفه است (ارتباطات، نقش‌ها، حل مسئله، واکنش‌های عاطفی، آمیزش عاطفی و کنترل رفتار) (۱۶). مدل مک مستر، مدلی نظام‌مند از کارکرد خانواده با جهت‌گیری بالینی است که ویژگی‌های ساختاری و سازمانی گروه خانواده و الگوهای تبدیلی مهم موجود میان اعضای خانواده را معین می‌کند (۱۷). این مدل مزیت‌های مهمی نسبت به سایر رویکردهای خانواده‌درمانی دارد، از جمله: با توجه به اینکه در این مدل، خانواده، نظامی شامل سیستم‌های درونی (فردی و زوجی) در نظر گرفته می‌شود، درمانگر می‌تواند مقصودها، هدف‌ها و روش‌های درمان را شناسایی کند؛ این مدل همچنین بر خلاف مدل‌های دیگر، گذشته‌نگر نیست و به اینجا و اکنون توجه دارد. از ویژگی‌های دیگر مدل مک مستر، آموزش‌محور و درمانگر بودن آن است و اینکه ارتباط مستقیم بین اعضای خانواده برقرار می‌کند. همچنین بر خلاف مدل‌های دیگر، موجب مفهوم‌سازی نسبتاً آسان رفتارهای افراد درون سیستم می‌شود و فهمی واضح از فرایند درمانی فراهم می‌کند (۱۸).

آنچه مسلم است، در فهم مشکل‌های خانوادگی و ارزیابی و حل آن‌ها، توجه به بافت فرهنگی-اجتماعی، که فرایند درمانی در آن صورت می‌گیرد، از اهمیت ویژه‌ی برخوردار است، به گونه‌ی که بی‌توجهی به آن می‌تواند درمانگران را از نیل به هدف نهایی خود بازدارد. از آنجاکه فرهنگ اسلامی و رهنمودهای اخلاقی، اجتماعی و خانوادگی آن سال‌ها است که در خانواده‌های ایرانی ریشه دارد، توجه به آموزه‌های دین آسمانی اسلام، در درمان مشکل‌های خانوادگی و تهیه‌ی

است (۳). با وجود این، به نظر می‌رسد یکی از مهم‌ترین عامل‌های از هم‌پاشیدگی بنیان خانواده‌ها، سست شدن باورهای مذهبی و اصول اخلاقی و نیز از دست رفتن معنویت باشد (۴). مطالعه‌های قبلی به رابطه‌ی بین نگرش مذهبی با پدیده‌هایی مانند افسردگی، سلامت روانی، رضایت زناشویی، اقدام به خودکشی، مرگ و میر و ... اشاره داشته است (۵)؛ اما طبق جستجوی محقق این تحقیق، پژوهش زیادی درباره‌ی رابطه‌ی عملکرد خانواده و نگرش دینی صورت نگرفته است. افزایش میزان طلاق در جامعه‌ی کنونی ایران، ضرورت بررسی عامل‌های مؤثر بر سازگاری و عملکرد خانواده‌ها را آشکار می‌نماید، که یکی از این عامل‌ها، نگرش دینی است که می‌تواند رابطه‌ها، تصمیم‌گیری، تعهد و فرزندپروری زوج‌ها را متأثر سازد و سبب ارتقای عملکرد خانواده و استحکام بنیان آن گردد (۶).

وجود باورهای مذهبی تأثیر بسزایی در استحکام خانواده دارد. همچنین نبود ایمان به خدا موجب می‌شود فرد انسجام و آرامش نداشته باشد و همین، موجب ضعف فرد و منشأ اختلاف‌های بسیاری در زندگی خانوادگی می‌شود (۷). از آنجایی که مذهب و نهاد خانواده، ارزش‌های مشابهی را مورد تأکید قرار می‌دهند و برای تقویت اجتماعی شدن به هم وابسته‌اند، پژوهشگران رابطه‌ی نزدیک بین این دو را پیش‌بینی می‌کنند (۸). نگرش مذهبی می‌تواند در رابطه‌ی زناشویی مؤثر باشد؛ زیرا مذهب شامل رهنمودهایی برای زندگی و نیز نشان دهنده‌ی مجموعه‌ی باورها و ارزش‌هایی است که می‌تواند زندگی زناشویی را متأثر سازد (۹). افزون بر این، نگرش‌های افراد خانواده درباره‌ی مذهب است که استمرار ارزش‌ها و رفتارهای مذهبی و انتقال به نسل‌های دیگر را موجب می‌شود (۱۰). از این‌رو رابطه‌ی باورهای دینی و خانواده را می‌توان رابطه‌ی اثرگذار و اثرپذیر در نظر گرفت، چراکه محیط خانواده و رفتار والدین تعیین‌کننده‌های مهمی برای ارزش‌های مذهبی جوانان خواهد بود (۱۱).

آهنگری و همکاران به بررسی رابطه‌ی بین جهت‌گیری مذهبی و ساختار خانواده، در ۴۰۳ نفر از افراد متأهل (۲۰۵ زن، ۱۹۸ مرد) پرداختند، که نتیجه‌ها نشان داد جهت‌گیری مذهبی می‌تواند در انسجام و ساختار خانواده نقش داشته باشد (۱۲). رسولی و همکاران به بررسی رابطه‌ی بین جهت‌گیری مذهبی و عمل به باورهای دینی، با سازگاری زناشویی در دانشجویان پرداختند، که یافته‌ها نشان داد عمل به باورهای دینی و جهت‌گیری مذهبی می‌تواند سازگاری زناشویی را پیش‌بینی نماید (۱۳). در مطالعه‌ی یوسفی و

FAD پرسش‌نامه‌ی ۶۰ سئوالی است که برای سنجیدن عملکرد خانواده، بر مبنای الگوی مک مستر تدوین شده است (۱۹). این ابزار با هدف توصیف ویژگی‌های سازمانی و ساختاری خانواده تهیه شده که توانایی خانواده را در سازش با حوزه‌ی وظیفه‌های خانوادگی، با مقیاسی خودگزارش دهنده، مورد سنجش و ارزیابی قرار می‌دهد. FAD شش بُعد از عملکرد خانواده و مقیاسی کلی را مشخص می‌کند (حل مسئله، ارتباطات، نقش‌ها، واکنش‌های عاطفی، آمیزش عاطفی و کنترل رفتار). همچنین توانایی خانواده را در سازش با حوزه‌ی وظیفه‌های خانوادگی بر روی مقیاس چهار درجه‌ی لیکرت، به صورت کاملاً موافقم (۱)، موافقم (۲)، مخالفم (۳)؛ و کاملاً مخالفم (۴)، مشخص می‌نماید. برای نمره‌گذاری FAD تمام پاسخ‌ها از یک تا چهار کدگذاری می‌شوند؛ نمره‌ی بالاتر نشانگر کارکرد ناسالم است و نمره‌ی پایین‌تر، کارکرد سالم خانواده را نشان می‌دهد (۲۰).

ج) مقیاس عمل به باورهای دینی (معبد دو):

این مقیاس را در سال ۱۳۸۰ گلزاری ساخته است. فرم اولیه‌ی آن، ۸۱ سئوالی بود که پس از انجام تمامی مراحل آزمون‌سازی، به ۶۵ سئوال کاهش یافت (۲۱). آخرین نسخه‌ی این آزمون، ۲۵ سئوال بوده که بر اساس مقیاس پنج درجه‌ی لیکرت (۰-۴) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسش‌نامه، شش زمینه‌ی عمل به واجبات، دوری از محرمت، عمل به مستحبات، دوری از مکروهات، انجام فعالیت‌های مذهبی و تصمیم‌ها و انتخاب‌های رایج میان مسلمانان را می‌سنجد. اعتبار آزمون معبد دو، با روش محاسبه‌ی آلفای کرونباخ معادل ۰/۹۷؛ و با شیوه‌ی بازآزمایی، معادل ۰/۷۶؛ و با دو نیمه کردن آزمون، معادل ۰/۹۲ گزارش شده است، که حاکی از پایایی و روایی خوب آن است (۲۲).

یافته‌ها

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

متغیرها	مردان n= 40	زنان n= 37
طبقه‌ی سنی		
سیکل	٪۵۰	٪۷۰
دبپلم	٪۳۰	٪۲۰
لیسانس و فوق لیسانس	٪۲۰	٪۱۰
کارمند	٪۳۰	٪۱۸
شغل آزاد	٪۷۰	٪۱۵
خانه‌دار	-	٪۶۷
وضعیت اشتغال		

برنامه‌های آموزشی در این زمینه، لازم و ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به موارد فوق، هدف ما در این مطالعه، تعیین رابطه‌ی بین عمل به باورهای دینی با کارکرد خانواده، براساس دیدگاه مک مستر و نیز پیش‌بینی انسجام و کارکرده خانواده از طریق عمل به باورهای دینی در زوجها بوده است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع مطالعه‌های توصیفی و روش مورد استفاده در آن، همبستگی (رگرسیون) است. جامعه‌ی مورد مطالعه در این پژوهش، کل دبستان‌های پسرانه شهر تبریز در نظر گرفته شد و روش نمونه‌گیری هم از نوع نمونه‌گیری در دسترس بوده است؛ به این صورت که از کل دبستان‌های پسرانه‌ی شهر تبریز یکی به صورت تصادفی انتخاب شد و از میان والدین دانش‌آموزان آن مدرسه، براساس معیارهای ورود و خروج به مطالعه، ۴۰ زوج انتخاب شدند. پس از تعیین نمونه‌ی پژوهش، با هماهنگی مدیر مدرسه در مراسم انجمن اولیا و مربیان، به والدینی که داوطلبانه تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، توضیح‌های لازم درباره‌ی هدف‌های پژوهش، رازداری و محرمانه بودن اطلاعات شخصی داده شد و از آن‌ها خواسته شد که صادقانه و با دقت کامل به مقیاس‌های عمل به باورهای دینی (معبد دو) و عملکرد خانواده (FAD) پاسخ دهند. داده‌ها نیز با نرم‌افزار SPSS و با تحلیل همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون (خطی) تجزیه و تحلیل شد.

ملاک‌های ورود به مطالعه: دارا بودن دست کم سواد خواندن و نوشتن، نداشتن اختلال‌های بارز روان‌پزشکی به گزارش خود شرکت‌کنندگان در پژوهش و ابراز رضایت کامل برای شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج از پژوهش: مطلقه یا بیوه بودن، سابقه‌ی مصرف داروهای روان‌پزشکی، داشتن بیماری‌های جسمی، داشتن اختلال ارگانیک مغزی به گزارش خود شرکت‌کنندگان در مطالعه و فکر کردن به خودکشی.

ابزار گردآوری اطلاعات

الف) پرسش‌نامه‌ی اطلاعات فردی:

پرسش‌نامه‌ی اطلاعات فردی که شامل این معیارها می‌شود: سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل (مطلقه یا بیوه بودن)، سابقه‌ی بیماری جسمانی، سابقه‌ی بیماری عصبی روانی، سابقه‌ی استفاده از داروهای غیرنسخه شده و سابقه‌ی مصرف الکل و مواد مخدر.

ب) مقیاس سنجش عملکرد خانواده (FAD):

آن، بین زوجها کمک می‌کند (۲۳)؛ ادای وظیفه‌های والدینی را تسریع می‌کند؛ و به والدین کمک می‌کند تا در زمینه‌ی روش‌های تربیت فرزند با هم توافق داشته باشند (۲۴). همچنین ضمن اینکه به پدر و مادر کمک می‌کند تا رابطه‌ی مناسبی با فرزندان خود برقرار نمایند، موجب می‌شود زوجها دیدگاه فلسفی و هدف‌های مشترکی در زندگی داشته باشند (۲۵). همچنین در مرتبه‌ی بعد، پایبندی‌های مذهبی، به افراد کمک می‌کند تا اوقات فراغت آن‌ها در کنار خانواده و به همراه خانواده باشد و برنامه‌ریزی مناسبی در این زمینه داشته باشند (۲۶). عمل به باورهای دینی در درجه‌ی سوم، به افراد کمک می‌کند تا تفاوت در سلیقه‌های یکدیگر را بپذیرند و با آن سازگار شوند؛ رابطه‌ی مناسبی با اقوام و دوستان داشته باشند و صله‌ی رحم را در برنامه‌ی زندگی خود جای دهند (۲۷). در درجه‌ی چهارم نیز موجب می‌شود زوجها، بتوانند تعارض‌های بین خود و همسرشان را به خوبی حل کنند؛ و نیز برای درآمد و هزینه‌های خود برنامه‌ریزی کنند. سرانجام، پایبندی‌های مذهبی در درجه‌ی پنجم سبب می‌شود که زوجها رابطه‌ی جنسی متقابلاً رضایت‌بخشی داشته باشند (۲۸).

آنچه از نتیجه‌های بیش‌تر مطالعه‌ها بر می‌آید، این است که عمل به باورهای دینی و وجود مفهوم‌های مشترک دینی بین زوجها همچون تسهیل‌کننده‌ی رابطه، ایجاد کننده‌ی تفاهم و حل کننده‌ی تعارض‌ها در رابطه‌های درون خانوادگی عمل می‌نماید (۲۹). انتقال مفهوم‌های دینی و عمل به آن‌ها، از والدین به فرزندان؛ و ایجاد جوّی دینی در خانواده‌ها می‌تواند هم کارکرد خانواده را بهتر کند و هم رابطه‌های بین اعضای خانواده را مناسب و مستحکم نماید و خانواده را از خطر فروپاشی و انحطاط برهاند (۳۰).

به نظر می‌رسد دین در اغلب موارد، نقش میانجی دارد؛ و در چنین شرایطی بر فرایندهای فکری و ارزیابی رویدادهای روزمره‌ی فرد تأثیر می‌گذارد، به طوری که درباره‌ی زوجها، به کمک باورهای دینی، مقابله با هیجان‌ها و شرایط اجتماعی آسان می‌گردد (۳۱). در تبیین این یافته که عمل به باورهای دینی متغیری پیش‌بین در انسجام و کارکرد خانوادگی است، می‌توان گفت افرادی که به باورهای دینی عمل می‌کنند، دارای طرحواره‌هایی هستند که به‌همه‌ی بُعدهای ساختار رابطه‌ها و مناسبات انسان، در پرتو رابطه‌اش با خدا مرجعیت می‌بخشد (۳۲). این افراد بنابر دلایل اعتقادی و مذهبی، در نظام خانواده و در ارتباط با اعضای آن، نسبت به ارزش‌ها و علاقه‌های یکدیگر حساس‌تر هستند و در فعالیت‌های

پس از جمع‌آوری اطلاعات، با توجه به اینکه پرسش‌نامه‌های سه نفر از زنان به صورت ناقص تکمیل شده بود، بنابراین تجزیه و تحلیل داده‌ها برای ۳۷ زن و ۴۰ مرد صورت گرفت. میانگین و انحراف معیار نمره‌های کارکرد خانواده و عمل به باورهای دینی در کل شرکت‌کنندگان، به ترتیب $4/54 \pm 25/43$ و $22/27 \pm 21/3$ بود. برای بررسی همبستگی بین کارکرد خانواده و دین‌داری، از آزمون همبستگی گشتاوری پیرسون استفاده شد که ضریب همبستگی، $0/375$ (معنادار در سطح $0/01$) به دست آمد. برای پیش‌بینی تغییرهای کارکرد خانواده از روی متغیر دین‌داری، از روش تحلیل رگرسیون خطی استفاده شد. ضریب همبستگی این دو متغیر، $0/375$ است؛ و ضریب تعیین آن، برابر $R^2 = 0/128$ است که نشان می‌دهد حدود ۱۳ درصد از واریانس نمره‌های کارکرد خانواده، با نمره‌های عمل به باورهای دینی تبیین می‌شود. نتیجه‌های تحلیل رگرسیون برای بررسی قطعیت وجود رابطه‌ی خطی بین متغیرها، نشان داد که فرض خطی بودن رابطه‌ی متغیرها برقرار و درست بوده است ($P < 0/01$).

جدول ۲. ضریب‌های رگرسیون استاندارد و غیراستاندارد پیش‌بینی کارکرد خانواده، براساس عمل به باورهای دینی

مدل	B	Beta	T	سطح معناداری
مقدار ثابت	۹/۳۵	-	۱/۹۶	۰/۰۵۴
عمل به باورهای دینی	۰/۰۷۶	۰/۳۷۵	۳/۳۸۵	۰/۰۰۱

پیش‌بین: عمل به باورهای دینی؛ ملاک: کارکرد کلی خانواده

نتیجه‌ی ضریب‌های رگرسیون استاندارد شده و استاندارد نشده‌ی متغیر پیش‌بین، نشان می‌دهد که ویژگی عمل به باورهای دینی ($Beta = 0/375$) با اطمینان ۹۹٪ می‌تواند تغییرهای مربوط به کارکرد خانواده را پیش‌بینی کند (جدول ۲).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش، پیش‌بینی انسجام و کارکردهای خانوادگی در زوجها، براساس عمل به باورهای دینی بوده است. این پژوهش نشان داد که بین دین‌داری و کارکرد کلی خانواده، رابطه‌ی مثبت معناداری وجود دارد؛ و عمل به باورهای دینی می‌تواند کارکرد خانوادگی را پیش‌بینی نماید. در تبیین روان‌شناختی این یافته، می‌توان گفت عمل به باورهای دینی (عمل به واجبات، دوری از محرمات، عمل به مستحبات، دوری از مکروهات و انجام فعالیت‌های مذهبی) در درجه‌ی اول، به بهبود رابطه‌های خانوادگی و تقویت و تحکم

توضیح‌های لازم درباره‌ی هدف‌های پژوهش، ممکن است مشارکت‌کنندگان عمل به باورهای دینی خود را بالاتر از حد واقعی گزارش کرده باشند. همچنین به دلیل نوع نمونه‌گیری (در دسترس؛ داوطلبانه)، احتمال وجود سوگیری در افراد نمونه افزایش می‌یابد و قابلیت تعمیم‌دهی کاهش؛ که تمام این موارد روایی داخلی و اعتبار بیرونی نتیجه‌های پژوهش را با مشکل مواجه می‌سازد.

پیشنهادها

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، نمونه‌های با حجم بیش‌تر از حجم این پژوهش انتخاب شود. همچنین لازم است پژوهش‌های دیگری این پژوهش را در شهرهای مختلف با فرهنگ‌ها، عقیده‌ها و آداب و رسوم مختلف تکرار کنند تا قابلیت تعمیم‌پذیری بیش‌تر گردد. پیشنهاد می‌شود از پرسش‌نامه‌های دیگری، مانند تعارض خانوادگی و سازگاری خانواده استفاده شود تا یافته‌های همسو با این مطالعه مشخص شود. همچنین توصیه می‌شود متغیرهای جمعیت‌شناختی (سن، جنس، تحصیلات، وضعیت اقتصادی و ...) در پیش‌بینی انسجام و کارکردهای خانوادگی در زوج‌ها، براساس عمل به باورهای دینی، وارد مطالعه شود تا نتیجه‌های مطمئن‌تری حاصل گردد.

قدردانی

پژوهشگران مراتب سپاس خود را از تمامی افرادی که در این پژوهش مشارکت داشته‌اند، به عمل می‌آورند. در ضمن؛ از مدیر مرکز مطالعات دین و سلامت، حاج آقای عبدالجباری؛ دبیر محترم، جناب آقای دکتر رضایی طابیرانی؛ کارشناس مسئول، سرکار خانم کرمخانی؛ و همچنین سرکار خانم دولتشاهی، کمال تشکر و قدردانی اعلام می‌گردد.

References

1. De Boer A, Ter Horst GJ, Lorist M M. Physiological and psychosocial age-related changes associated with reduced food intake in older persons. *Ageing research reviews* 2013; 12(1): 316-328.
2. Hosseinabadi R. [Influence of acupressure on sleep quality in older aging]. M.A thesis. University of Social Welfare and Rehabilitation 2007. (Text in Persian)
3. Cotroneo A, Gareri P, Lacava R, Cabodi S. Use of zolpidem in over 75-year-old patients with sleep disorders and co morbidities. *Arch Gerontology Geriatric Supply* 2004; 38:93-96.
4. Foley D, Monjan A, Brown S, Simonsick E, Wallace R, Blaer D. Sleep complaints among elderly persons:

خانوادگی وقت و انرژی بیش‌تری صرف یکدیگر می‌کنند. همچنین نسبت به اعضای خانواده احساس مسئولیت و پذیرش بیش‌تری می‌کنند، که این امر در پیشرفت، شادی و تقویت باورهای مذهبی اعضای خانواده نیز مؤثر است و سبب پیوستگی بیش‌تر نظام خانواده می‌شود (۳۳).

خانواده‌هایی که به باورهای دینی خودشان عمل می‌کنند، احتمالاً پرورش‌دهنده‌ی ویژگی‌هایی همچون حق اظهار نظر آزادانه در فضای خانواده، احترام به عقیده‌های دیگر اعضای خانواده و مشارکت‌دهی آن‌ها در تصمیم‌ها و تدوین قواعد خانوادگی، هستند (۳۴). این افراد مشکل‌ها را در نظام خانوادگی، بنابر سبک زندگی خود، به منزله‌ی فرصتی برای رشد و تقویت معنوی و روحی خویش می‌دانند که سبب انعطاف‌پذیری آن‌ها در نظام خانواده می‌شود (۳۵).

پژوهش‌های مختلفی، وجود رابطه‌ی مثبت بین عمل کردن به باورهای دینی و متغیرهای مختلفی از جمله سلامت روانی، شادکامی و رضایت زناشویی را نشان داده است (۳۶). نتیجه‌های مطالعه‌ی حاضر با یافته‌های زولینگ و کلی همسو است، که نشان می‌دهد دین‌داری بر کارکرد خانواده تأثیر می‌گذارد (۳۷ و ۳۸). یافته‌های این پژوهش همچنین با یافته‌های پارگامنت، سولیان و ارتینکال و ونستیوگان، همسویی دارد (۳۹، ۴۰ و ۴۱). این یافته‌ها بدان معنا است که هرچه فرد از رهنمودهای دین اسلام در تصمیم‌گیری‌ها و انتخاب‌هایش استفاده نماید، کارکرد خانواده را ارتقا خواهد داد. نتیجه‌ی مطالعه حاضر همچنین با یافته‌های مالتبی و همکاران همسو است، که نشان داد دین‌داری بر کارکرد خانواده تأثیر می‌گذارد (۴۲). همچنین مطالعه‌ی ما با یافته‌ها واندلور همسو است، که عمل به باورهای دینی را بهترین عامل ثبات و پایداری در انسجام خانوادگی می‌داند (۴۳).

عمل به باورهای دینی به این دلیل می‌تواند در ارتباط زناشویی مؤثر باشد که مذهب شامل رهنمودهایی برای زندگی و نشان‌دهنده‌ی مجموعه‌ی باورها و ارزش‌ها است، که این ویژگی‌ها می‌تواند زندگی را متأثر سازد (۴۴). آندرسون نشان داده است افرادی که در سطح بالاتری از مذهبی بودن قرار دارند، نسبت به افراد دارای سطح مذهبی پایین‌تر، ثبات زناشویی بیش‌تری دارند و از ازدواج خود راضی‌تر به نظر می‌رسند (۴۵).

محدودیت‌ها

از محدودیت‌های این مطالعه، این بود که زوج‌ها پرسش‌نامه‌ها را در حضور محقق تکمیل نمی‌کردند؛ علی‌رغم دادن

- an epidemiologic study of three communities. *Sleep* new York 1995;18(6):425-432.
5. Giganti F, Ficca G, Gori S, Salzarulo P. Body movements during night sleep and their relationship with sleep stages are further modified in very old subjects. *Brain Research Bulletin* 2008; 75(1): 66-69.
 6. Wolkove N, Elkholy O, Baltzan M, Palayew M. Sleep and aging: 1. Sleep disorders commonly found in older people. *Canadian Medical Association J* 2007; 176(9): 1299-1304.
 7. Harrington JJ, Avidan AY. Treatment of sleep disorders in elderly patients. *Current treatment options in neurology* 2005; 7(5): 339-352.
 8. Krishnan P, Hawranik P. Diagnosis and management of geriatric insomnia: a guide for nurse practitioners. *J Am Academy of Nurse Practitioners* 2008; 20(12): 590-599.
 9. Sheikhy L, Karami mattin B, Chupani J, Hookari S, Fallah B. Evaluation the status of sleep quality in elderly people in Kermanshah city. *The scientific J rehabilitation medicine* 2015; 3(4): 81-88.
 10. Noubahar M, Vafaei A. Assessment of elderltes sleep disorder and different confronts method among them. *Iranian J Ageing* 2007; 2(4): 263-268. (Text in Persian)
 11. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research* 2012; 36(5): 427-440.
 12. Golparvar M, Bozorgmehri K, Kazemi M. Integrative relationship between retirement syndromes components with general health symptoms among retired adults. *Iranian J Ageing* 2011; 6 (2) :15-25. (Text in Persian)
 13. Alexander ES, Onwuegbuzie AJ. Academic procrastination and the role of hope as a coping strategy. *Personality and Individual Differences* 2007; 42(7): 1301-1310.
 14. Snyder CR. (Ed). *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*. San Diego, CA: Academic Press; 2000.
 15. Mohammadi F, Fard FD, Heidari H. Effectiveness of Logo Therapy in Hope of Life in the Women Depression. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2014;159; 643-646. (Text in Persian)
 16. Moosavi S, Kafi SM, Haghiri M, Ofoghi N, Atashkar SR, Abolghasemi S. Comparison of efficiency of cognitive therapy and logo therapy on the depression rate of aged men. *Int J Psychology and Counselling* 2012; 4(11): 143-149. (Text in Persian)
 17. Cutcliffe JR, Grant G. What are the principles and processes of inspiring hope in cognitively impaired older adults within a continuing care environment. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2001;8:427-36.
 18. Chimich WT, Nekolaichuk CL. Exploring the links between depression, integrity, and hope in the elderly. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie* 2004; 49(7): 428-433.
 19. Robotmili S, Sohrabi F, Shahrak MA, Talepasand S, Nokani M, Hasani M. The Effect of Group Logotherapy on Meaning in Life and Depression Levels of Iranian Students. *Int J Advancement of Counselling* 2014; 4(11): 1-9.
 20. Ebrahimi N, Bahari F, Zare-Bahramabadi M. The Effectiveness of Group Logo Therapy on the Hope among the Leukemic Patients. *Iranian J cancer prevention* 2014; 7(1): 9. (Text in Persian)
 21. Hosseinzadeh-Khezri R, Rahbarian M, Sarichloo ME, Lankarani KB, Jahanihashemi H, Rezaee F. Evaluation effect of Logotherapy group on Mental health and hope to life of Patients with Colorectal Cancer receiving Chemotherapy. *Bull. Env. Pharmacol. Life Sci* 2014; 3(5): 164-169. (Text in Persian)
 22. Morgan JH. Geriatric Logotherapy: Exploring the Psychotherapeutics of Memory in Treating the Elderly. *Psychological Thought* 2012; 5(2): 99-105.
 23. Steger MF, Oishi S, Kashdan TB. Meaning in life across the life span: Levels and correlates of meaning in life from emerging adulthood to older adulthood. *J Positive Psychology* 2009; 4(1): 43-52.
 24. Park N, Peterson C, Ruch W. Orientations to happiness and life satisfaction in twenty-seven nations. *J Positive Psychology* 2009; 4(4): 273-279.
 25. Shojaeian M, Sodani M, Moradi F. The effectiveness of group logo therapy on the increase of life expectancy in retired men of the retirement center of Mamasani. *Armaghane –danesh J* 2014; 19(6): 497-506. (Text in Persian)
 26. Aliasgharpoor M, Eybpoosh S. Quality of sleep and its correlating factors in residents of Kahrizak Nursing home. *J Nursing and Mid Urmia University of Medical Sciences* 2011; 5(9):374-383. (Text in Persian)
 27. Miller JF, Powers M J. Development of an instrument to measure hope. *Nursing Research* 1998; 37(1): 6-10.
 28. Hosseini M. Relationship between hope in life and hardness in female and male students. MA. Thesis. Gachsaran branch of IslamicAzad University, 2006. (Text in Persian)
 29. Buysse D J, Reynolds CFI, Monk TH. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research* 1989; 28(2):193-213.
 30. Mokarami H, Kakooei H, Dehdashti A, Jahani Y, Ebrahimi H. Comparison of general health status and sleeping quality of shift workers in a car industry workshop 2008. *Behbood J* 2010; 14 (3): 237-243. (Text in Persian)
 31. Folstein M, Folstein S, McHugh P. "Mini Mental State": a practical method for grading the cognitive

- state of patients for the clinician. *J Psy Research* 1975; 12(3): 189-198
32. Foroghan M, Jafari Z, Bayan peyman Sh, Ghaem Farahani Z, Rahgozar M. [Standardization of brief cognitive status examination of elderly in Tehran in 2008]. *cognitive sciences updates* 2008; 3: 29-37. (Text in Persian)
33. Gholami M, Pasha GH, Sodani M. Influence of teaching logotherapy in hope in life and general health between female Thalassaemia disease. *J Knowledge & research in applied psychology* 2010; 11(42): 23-42. (Text in Persian)
34. Kang KA, Kim SJ, Song MK, Kim M J. Effects of Logotherapy on Life Respect, Meaning of Life, and Depression of Older School-age Children. *J Korean Academy of Nursing* 2013; 43(1): 91-101.
35. Khledian M, Sohrabi F. Effectiveness of Group Logotherapy on Reducing Depression and Increasing Hope in Elderly with Empty Nest Syndrome. *J clinical psychology studies* 2015; 4(15): 79-104. (Text in Persian)
36. Zanjiran S, Borjali A, Kraskian A. Effect of group Logotherapy education on quality of life and general health in women of sanatorium. *RJMS* 2015; 21 (127): 39-51. (Text in Persian)
37. Aliabadi B. Assessing the effect of logotherapy group counselling on living hope in old population in Tehran, M.A dissertation, Islamic Azad University, Roudehen branch; 2011. (Text in Persian)
38. James Ligimol. [The Effect of Logotherapy on Meaning and Quality of Life of the Elderly in Old Age Homes]. MA. thesis, Christ University 2012.
39. Martiny C, e Silva ACDO, Neto JPS, Nardi AE. Factors associated with risk of suicide in patients with hemodialysis. *J Comprehensive psychiatry* 2011; 52(5): 465-468.
40. Gall H. Logotherapeutic treatment of neurotic sleep disturbances. In *International Forum for Logotherapy*. Viktor Frankl Inst of Logotherapy 1983; 6(2): 1983, 92-94
41. Allami Z, Khankeh H, Dalvandi A, ali zademohammai M, Rezasoltani P. Effect of music-therapy on quality of sleep among elderly male of the Isfahan city petroleum's Retirement Association 2014; 1 (1) :55-63. (Text in Persian)
42. Ahmadi S, Khankeh H, Mohammadi F, Fallahi M, Reza Soltani P. The effect of sleep restriction treatment on quality of sleep in the elders. *Iranian J Ageing* 2010; 5 (2) :7-15. (Text in Persian)
43. Dastani M, Jomheri F, Fathi-Ashtiani A, Sadeghniaat Kh, Someloo S. Effectiveness of drug therapy and behavioral therapy on chronic insomnia. *J Behavioral Sciences* 2011; 5 (1): 27-32. (Text in Persian)
44. Izadi F, Adib Hajbagheri M, Kafaei M. Determining Disturbing Factors of Sleep Quality among Hospitalized Elderly Patients in Kashan Hospitals, Iran 2009. *JSSU*. 2013; 20 (6) :688-698. (Text in Persian)
45. Orbach, A, counseling with older people, translated to Persian by Anahita khodabakhshi koolae, Jungle publication, 3th edition, 2010, Tehran, Iran (Text in Persian)