

مطالعه کیفی عوامل مذهبی مؤثر در شکل‌گیری خانواده سالم

براساس بافت فرهنگی - اجتماعی

جواد خدادادی سنگده*

چکیده

عوامل مذهبی جایگاه مهمی در بافت فرهنگی اجتماعی کشور دارد و وضعیت سلامت خانواده از باورها و رفتارهای معنوی و مذهبی متأثر است. بر این اساس، پژوهش حاضر به شناسایی عوامل مذهبی مؤثر بر خانواده سالم می‌پردازد. این مطالعه به روش کیفی و با استفاده از روش پدیدارشناسی انجام شد. بدین منظور، ۱۳ والد به روش نمونه‌گیری نظری و با استفاده از مصاحبه عمیق در طول یک دوره ۱۲ ماهه مورد مطالعه قرار گرفتند. داده‌ها جمع‌آوری، ثبت، کدگذاری و در قالب مقوله‌های اصلی بخش‌بندی شدند. نتایج حاصل از تحلیل کدگذاری مصاحبه‌ها به شناسایی ۹ زیرمقوله و ۲ مقوله اصلی شامل باورهای مذهبی و تقیدات مذهبی منجر شد. عوامل مذهبی همچون انجام واجبات دینی، صبوری، گذشت، کفویت در جهان‌بینی، توکل داشتن و خیرخواهی بر سلامت خانواده مؤثر شناسایی شدند. نتایج پژوهش نشان داد در خانواده سالم عواملی نقش دارند که از عوامل دینی متأثر هستند. این عوامل در سلامت خانواده نقش بسیار مهمی ایفا می‌کنند. بنابراین، لزوم توجه بیشتر به عوامل مذهبی در پرداختن به خانواده‌ها در بافت فرهنگی کشورمان اهمیت اساسی دارد.

واژه‌های کلیدی

سلامت، مذهب، خانواده، و بافت فرهنگی - اجتماعی.

* دکتری مشاوره، دانشگاه خوارزمی (javad.khodadadi7@gmail.com)

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۶/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۴/۱۸

مقدمه

سلامت چیزی بیش از فقدان آسیب‌های جسمانی و روانی اعضای جامعه است که در میان عوامل مؤثر بر آن، خانواده به‌عنوان مهم‌ترین بسترساز سلامت فردی و اجتماعی شمرده می‌شود. خانواده مبدأ تمامی ساختارهای موجود اجتماعی است و با وجود اینکه هسته‌ای کوچک از اجتماع را تشکیل می‌دهد، نقش حیاتی در سلامت و بیماری آن ایفا می‌کند (گلدنبرگ و گلدنبرگ^۱، ۲۰۰۵). خانواده در بافت فرهنگ اسلامی محبوب‌ترین و عزیزترین نهاد بشری نزد خداوند است که مسیر سعادت و سلامت دنیوی و اخروی انسان‌ها را تضمین می‌کند؛ واضح است که سلامت و بهداشت روانی نسل‌های جامعه در گرو تأمین بهداشت روانی این نهاد است (سالاری‌فر، ۱۳۹۲). سلامت محیط خانواده اصلی (پدری) و محتوای یادگیری‌های اولیه مرتبط با آن، نقش و اهمیت زیادی در سلامت فردی دارد و به تبع آن سلامت جامعه بازتابی از عملکرد مناسب اعضای آن تلقی می‌شود (آماتو^۲ و همکاران، ۲۰۰۵). سالم بودن خانواده بر سلامت جسمانی، اجتماعی، روانی و اخلاقی اعضای آن تأثیر می‌گذارد. درواقع، آنچه در درون خانواده جریان دارد و چگونگی عملکرد آن عامل کلیدی در ایجاد و تداوم سلامت و آسیب افراد خانواده است (آماتو و کیت^۳، ۲۰۱۱).

متخصصان مسائل خانواده معتقدند که آسیب‌های روانی-اجتماعی افراد برگرفته از روابط درون‌خانوادگی است. از این رو، خانواده می‌تواند از یک سو کانون شکل‌گیری مشکلات و از سوی دیگر محور التیام‌بخش و درمان مشکلات باشد (خدادادی و همکاران، ۱۳۹۴؛ لانگ و یانگ^۴، ۲۰۰۷؛ اولسون^۵ و همکاران، ۲۰۰۸). افرادی که فضای خانوادگی‌شان سالم است در مقایسه با افرادی که در محیط خانوادگی سرد و ناسالم قرار دارند، سطح بالاتری از دوست داشته شدن، مورد حمایت شدن، ارزشمندی، خودکارآمدی، توانایی بهتر برای مقابله با بیماری‌ها و مشکلات را تجربه می‌کنند (آماتو و چیدال^۶، ۲۰۰۸؛ والتون و تاکوچی^۷، ۲۰۱۰). در هر جامعه‌ای سلامت خانواده از عوامل فرهنگی-اجتماعی آن جامعه اثر می‌پذیرد؛ زیرا افراد در بافت‌های فرهنگی مختلف اولویت‌ها، نیازها و انتظارات

1. Goldenberg & Goldenberg
2. Amato
3. Amato & Keith
4. Long & Yong
5. Olson
6. Amato & Cheadle
7. Walton & Takeuchi

متفاوتی نسبت به چگونگی ازدواج و خانواده دارند که نحوه تحقق آن‌ها می‌تواند بر رابطه زناشویی و خانوادگی آن‌ها تأثیر بگذارد (پفیفر^۱ و همکاران، ۲۰۱۳).

طبق یافته‌های متعدد مطالعات داخلی و خارجی، عوامل مذهبی ارتباط معنادار و تنگاتنگی با چگونگی سلامت خانواده دارد (یاکسین لو^۲، ۲۰۰۷؛ کوترلا^۳ و همکاران، ۲۰۱۰؛ شام^۴ و همکاران، ۲۰۱۲؛ خدادادی و همکاران، ۱۳۹۴؛ صفورایی پاریزی، ۱۳۹۲). مذهب به‌عنوان سیستم اعتقادی منسجم همراه با مجموعه‌ای از اعمال و رفتارها (تقیدات) تعریف می‌شود و از طریق آن، شیوه پاسخ‌دهی افراد به تجربه‌های زندگی شکل می‌یابد و تفسیر می‌شود (زولینگ^۵ و همکاران، ۲۰۰۶). احمدی و همکاران (۱۳۸۵) گزارش می‌کنند که نگرش‌های مذهبی به بهبود روابط زوجی، صمیمیت زناشویی و استحکام رابطه کمک می‌کند و موجب می‌شود زن و شوهر توانایی بیشتری در حل مسائل خانوادگی داشته باشند. مطالعه کیفی اینگرام^۶ (۲۰۱۰) روی خانواده‌های سالمی که حداقل ۱۰ سال از زندگی آن‌ها گذشته بود، نشان داد که والدین این خانواده‌ها در فرایند زندگی ارزش‌های مذهبی و جهان‌بینی مشترکی دارند، در برابر مشکلات ثابت‌قدم هستند و به ارتباط با آشنایان و دوستان اهمیت می‌دهند. کریمی ثانی و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه کیفی خود روی زوج‌های تبریزی نشان دادند که صداقت، وفاداری، مسئولیت‌پذیری، تفاهم، پاک بودن، گذشت و توجه به مسائل معنوی، عوامل مؤثری بر پایداری خانواده محسوب می‌شوند.

آشکار است که باورها و هنجارهای فرهنگی علاوه بر اینکه دیدگاه افراد را نسبت به خودشان شکل می‌دهند، به دیدگاه آن‌ها در چگونگی زندگی خانوادگی نیز جهت می‌دهند. فرهنگ دینی به دلیل آثار عمیق و همه‌جانبه دنیوی و اخروی نهاد خانواده، بستری برای تشکیل خانواده سالم و سعادت‌مند فراهم کرده و برای سلامت و تعالی انسان‌ها بیشترین توجه خود را به بُعد خانوادگی معطوف داشته است (سلطانی، ۱۳۹۰؛ صفورایی پاریزی، ۱۳۹۲). سلامت خانواده اساساً متأثر از بافت فرهنگی-اجتماعی است و بررسی سازوکار سیستم خانواده بدون توجه به بافت فرهنگی که خانواده در آن قرار دارد، امری ناقص و نادرست است (پارا - کاردونیا و بوسی^۷، ۲۰۰۶). فرهنگ کشور ایران به میزان زیادی از آموزه‌های

1. Pfeifer
2. Yaxin Lu
3. Kotrla
4. Schramm
5. Zulling
6. Ingram
7. Parra-Cardona & Busby

دین اسلام تأثیر می‌گیرد. بنابراین، مطالعه و شناخت صحیح خانواده مستلزم پژوهش‌هایی است که متغیرهای بافتی حاصل از فرهنگ دینی را نادیده نگیرد. توجه کمتر به مؤلفه‌های فرهنگ دینی از عمده‌ترین نقص‌های موجود در پژوهش‌های داخلی حوزه سلامت خانواده است. از سوی دیگر، نقص دانش و فقدان اطلاعات کیفی درباره سلامت خانواده و مذهب یکی دیگر از عوامل ضرورت‌بخش این پژوهش اکتشافی است. اغلب مطالعات گذشته در حوزه عوامل دینی به شکل کمی و با استفاده از پرسش‌نامه بوده و این روش برای کسب دانش لازم درباره سلامت خانواده ناقص است. از این رو، پژوهش حاضر با استفاده از رویکرد کیفی با هدف شناسایی عوامل دینی مؤثر بر سلامت خانواده انجام شده است.

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش گردآوری داده‌های کیفی از نوع پدیدارشناسی است. در این روش، پژوهشگر به دنبال این است که دیدگاه شرکت‌کنندگان در پژوهش را درک کند. او نخست سعی می‌کند به پدیده‌ها از دید شرکت‌کننده در پژوهش بنگرد و سپس فرایندها و محتوای شکل‌دهنده دنیای دیده‌شده را کشف و بررسی کند (دنزین و لینکلن^۱، ۲۰۰۵). تمامی والدین خانواده‌های موفق شهر که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، جامعه آماری پژوهش را تشکیل دادند. معیارهای ورود و خروج مطالعه عبارت بود از: ۱) گذشتن حداقل ۱۵ سال از مدت ازدواج، ۲) داشتن حداقل یک فرزند، ۳) سوء پیشینه نداشتن هیچ یک از اعضای خانواده، ۴) نبود سابقه آسیب‌های اعتیاد، خیانت زناشویی و طلاق در هیچ یک از اعضای خانواده و ۵) والدین براساس مقیاس‌های عینی و استاندارد شده رضایت زناشویی انریچ (ENRICH)^۲ و پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ)^۳ در سطح متوسط به بالا باشند.

برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری نظری استفاده شد؛ زیرا این نمونه‌گیری به آزمودنی‌هایی اشاره دارد که حداکثر دستیابی به پاسخ سؤالات پژوهش را ممکن می‌سازد. همچنین، جهت دسترسی راحت‌تر به نمونه‌های مورد نظر به‌طور هم‌زمان از روش گلوله‌برفی استفاده شد؛ به این شکل که از هر مشارکت‌کننده در پایان مصاحبه درخواست شد تا در صورت شناخت و دسترسی به افراد دیگری که مشابه آن‌ها هستند، برای ارزیابی

1. Denzin & Lincoln

2. Enriching and Nurturing Relationship Issues Communication and Happiness.

3. General Health Questionnaire

آن‌ها را معرفی کنند. جهت دسترسی به اطلاعات غنی، عرصه پژوهش در محدوده وسیعی انتخاب شد و افراد از بین والدین شرکت‌کننده در برنامه‌های مختلف سراهای سلامت مناطق ۲، ۵، ۷، ۱۲ و ۱۷ شهر تهران از سوی پژوهشگر انتخاب شدند. فرایند گزینش نمونه‌ها و جمع‌آوری داده‌ها تا حصول اشباع نظری داده‌ها ادامه یافت. اشباع نظری زمانی بود که مفاهیم جدیدی آشکار نمی‌شد و داده‌ها شروع به تکرار شدن می‌کرد.

به دلیل ماهیت اکتشافی پژوهش از روش مصاحبه عمیق و بدون ساختار استفاده شد. مصاحبه‌ها با یک سؤال کلی در مورد تجارب زندگی خانوادگی شروع شد و در طول آن در مواقع لازم از سؤالات کاوش‌گرانه مانند «می‌توانید در این باره بیشتر توضیح دهید؟» یا «می‌شود منظورتان را واضح‌تر بیان کنید؟» جهت دستیابی به جزئیات و اطلاعات غنی‌تر استفاده شد. ابتدا ۲ مصاحبه به صورت آزمایشی و سپس ۱۳ مصاحبه تا زمان رسیدن به اشباع داده‌ها انجام شد. مدت مصاحبه‌ها معمولاً بین ۳۰ تا ۵۷ دقیقه به طول انجامید. کلیه مصاحبه‌ها با تعیین زمان مشخص شده قبلی از سوی پژوهشگر و بدون حضور فرد دیگری انجام شد. در رابطه با رعایت اصول اخلاقی پژوهش قبل از انجام مصاحبه، شرکت‌کنندگان از اهداف و اهمیت پژوهش آگاه شدند و به دور از اجبار با رضایت و آگاهی لازم درباره چستی و چگونگی پژوهش شرکت کردند. علاوه بر کسب رضایت آن‌ها جهت ضبط صدا و یادداشت‌برداری میدانی، به افراد اطمینان از حق انصراف و محرمانه بودن مشخصات در کل فرایند پژوهش داده شد.

برای تحلیل داده‌ها، متن مصاحبه‌ها - پس از پیاده‌شدن روی برگه - چندین بار مرور شد تا شناخت کلی از آن حاصل شود. سپس برای هر یک از متون مصاحبه خلاصه تفسیری نوشته و نیز برای درک و استخراج معانی نهفته در آن‌ها اقدام شد. جهت روشن‌سازی، مقوله‌بندی و رفع تناقض‌های موجود در تفسیر، فرایند بازگشت مکرر به متون صورت گرفت. در هر مرحله با ادغام خلاصه‌های تفسیری، تحلیل کلی‌تر انجام شد تا در نهایت ارتباط بین زیرطبقات به بهترین نحو ممکن جهت رسیدن به طبقه نهایی صورت گرفت. متن مصاحبه‌ها پس از گوش دادن چندین باره و پیاده کردن آن‌ها روی برگه، تحلیل شدند. طبقه‌بندی بر اساس غرق شدن در اطلاعات، تکرار کدگذاری‌ها و مقایسه‌ها صورت گرفت. پس از استخراج، کدگذاری و طبقه‌بندی اطلاعات، مضامین مشترک و مرتبط با هم در قالب طبقات فرعی و در نهایت طبقه عمده تلفیق و مضامین نابجا و نامرتب حذف شدند.

برای رسیدن به معیار قابلیت اعتماد (معادل مفهوم اعتبار و روایی در تحقیق کمی) از شاخص‌های اعتباریابی گابا و لینکلن^۱ (۱۹۸۹) استفاده شد. در این راستا برای تضمین قابلیت اعتبار^۲ داده‌ها پس از تحلیل، هر مصاحبه مجدداً به شرکت‌کننده مراجع و صحت و سقم مطالب تأیید و تغییرات لازم اعمال شد. جهت تضمین قابلیت تصدیق^۳ سعی بر آن بود که پژوهشگر پیش‌فرض‌های پیشین خود را تا حد امکان در فرایند جمع‌آوری اطلاعات دخالت ندهد. جهت تضمین قابلیت کفایت^۴ از راهنمایی و نظارت همکاران متخصص استفاده شد و متن مصاحبه به همکاران پژوهش و دو متخصص پژوهش کیفی جهت بررسی کدگذاری‌ها داده شد. جهت افزایش قابلیت تعمیم و انتقال^۵ به موقعیت‌های دیگر این تلاش صورت گرفت که تا حد امکان از خانواده‌های متعلق به سطوح مختلف اجتماعی-اقتصادی برای شرکت در پژوهش استفاده شود.

یافته‌ها

نمونه مورد مطالعه شامل ۱۳ شرکت‌کننده (۷ زن و ۶ مرد) و دامنه سنی شرکت‌کنندگان از ۳۸ تا ۶۴ سال بود. مدت ازدواج از ۱۵ تا ۴۲ سال با میانگین ۲۵/۷ متغیر بود. نوع ازدواج ۹ نفر از آن‌ها سنتی و ۴ نفر دیگر غیرسنتی بود. سایر اطلاعات جمعیت‌شناختی نیز در جدول ۱ آمده است.

همان‌گونه که جدول ۱ نشان می‌دهد گستره تحصیلی شرکت‌کنندگان از دکتری تا ابتدایی متغیر است. وضعیت شغلی آن‌ها نیز از هیئت علمی، کارمند، خانه‌دار، فروشنده تا راننده را شامل می‌شود که بر تنوع نمونه دلالت دارد. پس از حصول اشباع نظری داده‌ها در فرایند مصاحبه، کدهای اولیه پس از هر مصاحبه پالایش شد و با توجه به همخوانی و سنخیت هر کد با سایر کدها، ذیل یک مفهوم کلی‌تر با عنوان زیرمقوله قرار گرفت. سپس، پس از پالایش مکرر، زیرمقوله‌ها بر اساس تجانس مفهومی به عنوان مقوله اصلی سازماندهی شدند. جهت روشن‌سازی و رفع تناقض‌ها در مقوله‌بندی، فرایند بازگشت مکرر به متن انجام شد.

1. Guba & Lincoln
2. credibility
3. conformability
4. dependability
5. transferability and extension

در نهایت، تجزیه و تحلیل اطلاعات به شناسایی ۹ زیرمقاله و ۲ مقوله اصلی با عنوان تقیدات مذهبی و باورهای مذهبی منجر شد که در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۱ اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش

تعداد فرزند	درآمد خانواده	شغل	تحصیلات		مدت ازدواج	سن ازدواج		جنسیت	شرکت‌کننده
			مرد	زن		مرد	زن		
۳	۱/۵ میلیون	خانه‌دار	راهنمایی	پنجم	۲۸	۲۳	۲۱	۴۹	زن
۴	۱ میلیون	بازنشسته	دیپلم	بی‌سواد	۴۲	۲۲	۱۸	۶۴	مرد
۳	۱/۵ میلیون	راننده	دیپلم	سیکل	۲۲	۲۴	۱۹	۴۶	مرد
۲	۱/۶ میلیون	کارمند	راهنمایی	دیپلم	۱۵	۲۸	۲۳	۳۸	زن
۳	۲/۳ میلیون	معلم	ارشد	لیسانس	۲۳	۲۶	۲۱	۴۹	مرد
۳	۲ میلیون	معلم	لیسانس	کاردانی	۲۲	۲۵	۱۹	۴۱	زن
۲	۲ میلیون	معلم	لیسانس	لیسانس	۲۶	۲۴	۲۰	۴۶	زن
۳	۴ میلیون	هیئت علمی	دکتری	لیسانس	۲۶	۲۶	۱۹	۵۲	مرد
۳	۱/۵ میلیون	خانه‌دار	راهنمایی	دیپلم	۲۷	۲۴	۲۱	۴۸	زن
۳	۲ میلیون	کارمند	لیسانس	دیپلم	۲۳	۲۴	۱۸	۴۷	مرد
۴	۱ میلیون	خانه‌دار	دیپلم	دیپلم	۳۰	۲۹	۲۳	۵۳	زن
۳	۱/۲ میلیون	کارمند	فوق دیپلم	لیسانس	۲۳	۲۶	۲۱	۴۴	زن
۵	۲ میلیون	فروشنده	پنجم	سیکل	۲۹	۲۱	۱۹	۵۰	مرد

جدول ۲ مقوله‌ها و زیرمقاله‌های شناسایی شده به‌عنوان عوامل مذهبی مؤثر بر سلامت خانواده

مقاله	زیرمقاله
الف) تقیدات مذهبی	۱. انجام واجبات دینی (۴۹ مورد در ۱۳ مصاحبه)
	۲. صبوری (۳۷ مورد در ۱۱ مصاحبه)
	۳. ساده‌زیستی (۳۷ مورد در ۱۱ مصاحبه)
	۴. صلۀ رحم (۳۲ مورد در ۱۲ مصاحبه)
	۵. گذشت داشتن (۲۹ مورد در ۹ مصاحبه)
ب) باورهای مذهبی	۱. کفویت در جهان‌بینی (۴۶ مورد در ۱۳ مصاحبه)
	۲. توکل داشتن به خداوند (۴۱ مورد در ۱۳ مصاحبه)
	۳. ایمان به خیرخواهی (۳۵ مورد در ۱۲ مصاحبه)
	۴. توجه به رضایت خداوند (۳۲ مورد در ۱۰ مصاحبه)

باورها و تقیدات مذهبی به‌عنوان دو مقوله‌ی اساسی مؤثر دینی بر سلامت خانواده شناسایی شده است. از عوامل دینی زمینه‌ساز سلامت خانواده در نمونه مورد مطالعه پرداختن به واجبات دینی، صبور بودن، گذشت داشتن، صلۀ رحم و ساده‌زیستی بود که با عنوان تقیدات مذهبی طبقه‌بندی شد؛ در ادامه به نمونه‌هایی از آن می‌پردازیم:

آقا ۴۷ ساله، مدت ازدواج ۲۳ سال: اون بیشتر موقع‌ها زودتر از من واسه نماز بلند می‌شه، خیلی کم دیدم که شبی یک صفحه قرآن نخونه. الان شاید ده یازده سالی هست بیشتر شبها با هم می‌ریم مسجد، پنجشنبه‌ها می‌ریم فاتحه اهل قبور. نماز جمعه رو خودم خیلی راغب نیستم برم، اما هر وقت خانمم می‌گه بریم شده به خاطرش می‌رم. صبر و بردباری فضیلتی است که به فرد و خانواده در برخورد موفقیت‌آمیز با پیشامدهای پیش‌بینی‌شده و پیش‌بینی‌نشده زندگی کمک کرده است و توان آن‌ها را از یک‌سو برای اتخاذ رویه‌های صحیح حل مسئله و از سوی دیگر، برای رسیدن به سطح بالاتری از کارآمدی خانواده افزایش داده است.

خانم ۴۸ ساله، مدت ازدواج ۲۷ سال: زندگی هزارتا بالا و پایین داره، اینکه آدم خودش چطور باشه مهمه، من آدم صبور و دل‌داری‌ام، شوهرم همین‌طور. ما داغ‌یه جوون دیدیم، خیلی سخت و جیگرسوزه... ولی تو زندگی خودمونو نباختیم، صبر کردیم و توکلمونو دادیم به خدا... صبر داشتن به عادتیه که همیشه و همه جای زندگی کمکون کرده و باعث شده زندگیمون خیر و برکت داشته باشه و همیشه راضی باشیم.

تحلیل مصاحبه افراد شرکت‌کننده در مطالعه بیانگر این واقعیت است که برخورداری از روابط گرم و مناسب با خویشاوندان (صلۀ رحم) و فقدان تعارض با آن‌ها یکی از دلایل مهم دینی در شکل‌گیری خانواده سالم است.

خانم ۴۹ ساله، مدت ازدواج ۲۸ سال: ما ارتباط گرمی با فامیلامون داریم، می‌ریم و می‌آیم، از حال هم خبر داریم و هر چند وقت یک‌بار حتماً یه شامی یا ناهاری خونه خانواده‌هامونیم... با فامیلامون رفت‌وآمد گرمی داریم و کم می‌شه از هم بی‌خبر باشیم. خدای نکرده به مشکلی، اتفاقی که پیش می‌آد همه جمع می‌شیم دور هم و هر که هر جور می‌تونه کمک می‌کنه.

ساده‌زیستی نیز از عوامل دینی مؤثر در داشتن خانواده سالم بیان شده است. این عوامل از درگیر ساختن خانواده با فشارهای ناشی از تأمین امکانات غیرضروری جلوگیری می‌کند، فرصت بیشتری را برای پرداختن به مسائل مهم‌تر اعضا فراهم می‌سازد و موجب نزدیکی، یکی شدن و عدم دودستگی و اختلاف بر سر مسائل اساسی زندگی می‌شود.

آقا ۴۶ ساله، مدت ازدواج ۲۲ سال: هفت هشت ساله دارم با همین مسافرکشی خرج زندگیمو درمی آرم و خدا رو صد هزار مرتبه شکر تا حالا هم محتاج کسی نبودیم و امورات زندگی مون می چرخه... از این زندگی ام راضی ام نه اینکه در آمدم خیلی باشه یا شب و روز فقط کار کنم، به خاطر اینکه خودمو زن و بچه ام تو زندگی ساده زندگی کردیم، اهل پُر دادن و مد روز گشتن و ریخت و پاش بی خودی نبودیم، کاری به اینکه فلان وسیله مد شده یا فلان چیز تازه اومده نیستیم.

مقوله دوم، باورهای دینی خانواده را شامل می شود، یعنی عقاید، افکار و باورداشت های ذهنی افراد در ارتباط با توکل داشتن به خداوند، ایمان به خیرخواهی خداوند، کفویت جهان بینی اعضای خانواده به ویژه والدین و توجه داشتن به رضایت خداوند در همه امور. این باورهای غیرمادی که ممکن است با عقل سطحی و مادی صرف تبیین پذیر نباشد؛ اما بر اساس تجارب افراد مورد مطالعه در پژوهش نقش عمده ای در سلامت خانواده در بافت فرهنگی کشورمان داشته است که به خوبی در دو نمونه زیر مشهود است:

آقا ۶۲ ساله، مدت ازدواج ۳۷ سال: ما به لحاظ دینی و فرهنگی تقریباً مثل هم بودیم و جفتمون تو یه خانواده سنتی و پررفت و آمد بزرگ شدیم... ما این طوری بزرگ شده بودیم که تو زندگی قناعت کار بودیم، گذشت داشتیم، تو کلمون به اون بالاسری باشه، دروغ نگیم و راه کج نریم، حرمت بزرگ ترامون رو داشته باشیم و به خانوادهامون و بزرگ ترامون اهمیت بدیم، صلّه ارحام داشته باشیم و برای هر کاری از خدا و ائمه معصوم کمک بگیریم و راضی باشیم به رضای خدا... این (جهان بینی) باعث شده بود که الانم بچه هامون به شکر خدا اهل رعایت حلال و حرام اند و تو خیلی از مسائل یکی باشیم و پشت هم باشیم.

خانم ۳۹ ساله، مدت ازدواج ۱۹ سال: ما تو زندگی مون همیشه تو کلمون به خدا بوده، هر کم و زیادی بوده فقط از خدا خواستیم و از ته دل باور داریم که خدا بیشتر از خودمون خیرمون را می خواد و هر چی خیر بوده برامون رقم خورده... با این دید زندگی مون توی همه چیز پربرکت و با خیره... همیشه تلاش می کنیم رضایت خدا رو به جا بیاریم و این (رضایت خداوند) برامون از هر چی واجب تره.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف شناسایی عوامل دینی مؤثر بر سلامت خانواده به روش کیفی انجام شد. نتایج آن نشان داد که معنویت عاملی مؤثر بر سلامت خانواده هاست. براساس اطلاعات حاصل از مصاحبه ها، باورها و تقیدات مذهبی دو مقوله اصلی هستند که در داشتن خانواده

سالم نقش دارند. بر این اساس، در این بافت فرهنگی خانواده‌هایی که به انجام واجبات دینی می‌پردازند، در زندگی خود به خداوند توکل دارند، صبر و گذشت دارند، صلۀ رحم با اقوام را به جای می‌آورند، ساده‌زیست و دور از تجمل‌گرایی هستند، در انجام امور به خداوند توکل دارند، به خیرخواهی خداوند اعتقاد دارند، اعضای خانواده به‌ویژه والدین در جهان‌بینی کفویت دارند و به رضامندی خدا توجه دارند، بستر مناسب‌تری برای داشتن خانواده‌ای سالم دارند.

در تبیین یافته‌های حاضر می‌توان بیان داشت که رفتارها و باورهای دینی سبب تقویت زندگی خانوادگی می‌شود و احساس صمیمیت و نزدیکی بیشتری را برای افراد به ارمغان می‌آورد (اولسون و همکاران، ۲۰۰۸) و از طریق تأکید و تشویق بر روابط سالم، نقش مهمی در سلامت کانون خانواده ایفا می‌کند؛ به گونه‌ای که گرایش به عوامل تهدیدکننده سلامت خانواده در افراد مذهبی کمتر است (کوترلا و همکاران، ۲۰۱۰). افرادی که باورهای مذهبی دارند به پیام‌های دینی جهت اجتناب از رفتارهای آسیب‌زا و در عوض انجام دادن رفتارهایی که انسجام و استحکام خانواده را تقویت می‌کند، بیشتر توجه دارند و آن‌ها را بیشتر به کار می‌گیرند (یاکسین لو، ۲۰۰۷).

باورها و رفتارهای دینی در چگونگی روابط خانوادگی نقش معناداری دارند و به‌صورت یک عامل تعدیل‌کننده عمل می‌کنند (رسولی و سلطانی‌گرد، ۱۳۹۱). این عامل می‌تواند هنگام بروز تعارض‌ها در روابط از طریق مفاهیم و ارزش‌های معنوی مشترک، اختلاف نظر بین زوج‌ها را تعدیل کند و مانع بروز واکنش‌های تند و آسیب‌زا شود. همچنین، رضایت از زندگی خانوادگی با مدت زمان فعالیت‌های مذهبی رابطه مثبت دارد و در عین حال با فقدان احساس تنهایی، بی‌معنایی و پوچی همراه است و افراد احساس حمایت‌شدگی را تجربه می‌کنند.

زندگی خانوادگی جایگاه مقدس و امنی است که مراقبت و حمایت لازم را برای اعضای خود فراهم می‌کند. همسانی در جهان‌بینی و باورهای دینی مشترک بین زن و شوهر در رشد و توسعه روابط زناشویی و خانوادگی پایه‌ای محکم ایجاد می‌کند، با پرداختن به فعالیت‌های مشترک نزدیکی و صمیمیت روان‌شناختی و معنوی زوج را تقویت می‌کند، منبع حمایتی قوی برای مواجهه با مشکلات زندگی محسوب می‌شود و به افراد کمک می‌کند تا بر جنبه‌های مثبت یکدیگر توجه و یکدیگر را تشویق کنند و به هم احترام بگذارند. بنابراین، منطقی است که این اشتراک در باورها بتواند در سلامت و تحکیم

خانواده نظامی مؤثر باشد (آدلر و فاگلی^۱، ۲۰۰۵).

به گواه پژوهش‌ها زوجینی که نسبت به ارزش‌های دینی پایبندند، سازگاری زناشویی بیشتری دارند و عملکرد بالاتری را نشان می‌دهند (فتحی آشتیانی و احمدی، ۱۳۸۳). برای مثال، مطالعه بر ۱۲ هزار زوج نشان داد آن دسته از زوج‌هایی که باورها و رفتارهای مذهبی مشابه بیشتری دارند میزان بالاتری از سازگاری زناشویی و رضایتمندی مادی را نشان می‌دهند و احساس بهتری نسبت به رابطه خود دارند، در حل و فصل تعارض‌ها و مدیریت مالی موفق‌ترند و رابطه جنسی لذت‌بخش و انعطاف‌پذیری بیشتری دارند (اولسون و همکاران، ۲۰۰۸). از سوی دیگر، فقدان باورهای مذهبی، تفاوت مذهبی و کم‌رنگ بودن رفتارهای مذهبی از عوامل مؤثر بر ناکارآمدی خانواده و بالا رفتن احتمال فروپاشی انسجام خانواده بیان شده است (کیم^۲، ۲۰۰۷).

طبق یافته‌های مطالعه حاضر، داشتن صلۀ رحم و ارتباط گرم و سازنده با خانواده‌های اقوام و آشنایان اثر معناداری بر چگونگی وضعیت خانواده و اعضای آن دارد. دین اسلام در همه ابعاد بر حفظ و استمرار روابط خویشاوندی بسیار تأکید دارد و در آیات و روایات به آثار مثبت این روابط و پیامدهای ناخوشایند قطع رابطه با آن‌ها اشاره شده است. برای مثال، خداوند در سوره نساء مسئولیت در قبال وظایف الهی و روابط خویشاوندی را در یک ردیف اعلام کرده و در سخنان رسول خدا (ص) آمده است که بالاترین مراتب رفتارهای دینی پس از ایمان به خدا، برقراری روابط خویشاوندی است (سالاری فر، ۱۳۹۲). بنابراین، بر خورداری فرد از این شبکه‌های حمایتی می‌تواند در مواقع لزوم در کمک به فرد و خانواده برای حل بهتر مسائل پیش رو نقش فعالی داشته باشد و فرصت حضور بیشتر در کنار دیگران و بهره بردن از مزایای روابط اجتماعی سالم را ایجاد کند.

ساده‌زیستی و قناعت داشتن بر سبک زندگی خانواده در مدیریت مالی و اقتصادی بسیار تأثیرگذار است، از درگیر ساختن خانواده با فشارهای ناشی از تأمین امکانات غیرضروری جلوگیری می‌کند و فرصت بیشتری را برای پرداختن به مسائل مهم‌تر اعضا فراهم می‌سازد. حاکم شدن سبک زندگی تجمل‌گرایی با افزایش نارضایتی و تنش‌ها همراه است و زمینه ناکارآمدی خانواده را سبب می‌شود (خدادادی و همکاران، ۱۳۹۴). مصرف‌گرایی و تمایل به زندگی طبق مد روز باعث می‌شود دیدگاه افراد از یک زندگی معقول، باثبات و سالم تغییر

1. Adler & Fagley
2. Kim

کند و مشکلات متعددی در زمینه مالی و در نتیجه کاهش رضایت از زندگی را تجربه کنند. مشکلات مالی یکی از دلایل اصلی طلاق شمرده می‌شود و زوج‌های ناموفق و شکست خورده در مدیریت مالی ضعف عمده نشان می‌دهند (رسولی و سلطانی گرد، ۱۳۹۱).

توکل داشتن به خداوند در همه امور و محور قرار دادن رضایت خداوند، بنا بر تجارب افراد شرکت کننده در مطالعه، باعث تقویت اراده و کاهش پیامدهای عوامل مزاحم می‌شود و فرد را در برداشتن موانع زندگی و رسیدن به سازگاری توانا تر می‌کند و در نتیجه، حمایت و یاری‌شدگی بیشتری را تجربه می‌کند. والدین نظامی که از این خصوصیت بهره‌مندند همه تغییر و تحولات نظام هستی را در تصرف خداوند می‌دانند، در رویارویی با مسائل و مشکلات زندگی به او تکیه دارند و معتقدند خداوند نه تنها نسبت به مصالح انسان‌ها آگاه‌تر است، بلکه خیر خواه‌تر از خود فرد برای اوست؛ بنابراین، همه حوادث در جهت خیر و صلاح اوست و در نتیجه، نگرش مثبتی به پیشامدها و اتفاقات دارند و به زندگی امیدوارترند.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود در حمایت از سلامت و صیانت خانواده به نهادینه‌سازی نقش دین و معنویت در زندگی بیش از پیش توجه شود. برای تبیین و روشن‌سازی اثرگذاری معنویت تلاش و اهتمام بیشتری صورت پذیرد و در اقدامات آموزشی علاوه بر مؤلفه‌های روانی و اجتماعی به مؤلفه‌های معنوی توجه شود. پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود، از جمله این که نمونه‌های مورد مطالعه از والدین شهر تهران بودند، لذا تعمیم این نتایج به همه خانواده‌ها مستلزم رعایت احتیاط است. از سوی دیگر، سلامت هر خانواده از دلایل بی‌شمار دیگری اثرپذیر است که در این پژوهش به دلیل عدم شناسایی حاصل از تجارب افراد به آن‌ها پرداخته نشده است. با این حال، این مطالعه می‌تواند دستمایه پژوهش‌های دیگر جهت دستیابی به اطلاعاتی جامع در حوزه معنویت و سلامت باشد.

منابع

- احمدی، خ.، فتحی آشتیانی، ع. و عرب‌نیا، ع. (۱۳۸۵). بررسی رابطه بین تقیدات مذهبی و سازگاری زناشویی. *خانواده‌پژوهی*، ۲(۵)، ۶۷-۵۵.
- خدادادی سنگده، ج.، احمدی، خ. و آموستی، ف. (۱۳۹۴). عوامل خانوادگی دخیل در سلامت خانواده‌های نظامی: مطالعه کیفی. *روان‌شناسی نظامی*، ۶(۲۱)، ۶۲-۵۱.
- خدادادی سنگده، ج.، نظری، ع. م.، احمدی، خ. و حسنی، ج. (۱۳۹۳). شناسایی شاخص‌های ازدواج موفق: مطالعه اکتشافی. *مطالعات راهبردی وزارت ورزش و جوانان*، ۲۵، ۲۴-۹.

- رسولی، ر. و سلطانی گرد، س. (۱۳۹۱). مقایسه و بررسی رابطه جهت گیری مذهبی و عمل به باورهای دینی با سازگاری زناشویی در طلاب و دانشجویان. *خانواده پژوهی*، ۸(۴)، ۴۲۷-۴۳۹.
- سالاری فر، م. ر. (۱۳۹۲). *خانواده در نگرش اسلام و روان شناسی*، قم: پژوهشکده حوزه و دانشگاه.
- سلطانی، م. (۱۳۹۰). الگوی ساختار خانواده مطلوب از دیدگاه اسلامی. *معرفت فرهنگی اجتماعی*، ۲(۳)، ۱۴۳-۱۷۱.
- فتیحی آشتیانی، ع. و احمدی، خ. (۱۳۸۳). بررسی ازدواج های موفق و ناموفق در بین دانشجویان. *دانشور رفتار*، ۱۱(۷)، ۹-۱۶.
- صفوراایی پاریزی، م. م. (۱۳۹۲). «شاخص های خانواده کارآمد». *پژوهش نامه اسلامی زنان و خانواده*، ۱(۱)، ۵۸-۲۹.
- کریمی ثانی، پ.، احیائی، ک.، اسماعیلی، م. و فلسفی نژاد، م. (۱۳۹۲). عوامل تعیین کننده ازدواج موفق: یک مطالعه کیفی. *پژوهش های مشاوره*، ۱۲(۴۵)، ۷۵-۹۳.
- Adler, M.G. & Fagley, N.S. (2005). Appreciation: individual differences in finding value and meaning as a unique predictor of subjective well-being. *Journal of Personality*, 73(1), 79-114.
- Amato, P.R. & Keith, B. (2011). Parental divorce and adult well-being: A meta- analysis. *Journal of Marriage and Family*, 53(1), 43-58.
- Amato, P. R. & Cheadle, J. E. (2008). Parental divorce, marital conflict and children's behavior problems: A comparison of adopted and biological children. *Social Forces*, 86(3), 1139-1161.
- Amato, P.R., Loomis, L.S. & Booth, A. (2005). Parental divorce, marital conflict, and offspring well-Being during early adulthood. *Social Forces*, 73, 895-915.
- Denzin, N. & Lincoln, Y. S. (2005). *Handbook of Qualitative Research*, Second Edition, London: Sage Publication.
- Guba, E.G. & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth Generation Evaluation*, Newbury park, CA: Sage.
- Goldenberg, I. & Goldenberg, H. (2005). *Family Therapy: an Overview*(5th ed.), pacific grove brooks/Cole.
- Ingram, J.R. (2010). *Money stories of successful long-term married couples*, Pro Quest dissertations and theses. Texas Woman's University.
- Kim, Y.M. (2007). Spirituality and affect: A function of changes in religious affiliation. *Journal of Family Psychology*, 13, 3-17.
- Kotrla K, Dyer P. & Stelzer, K. (2010). How clergy sexual misconduct happens: A qualitative study of first-hand accounts. *Journal of the Scientific Study of Religion*, 484, 817-824.
- Long, L.L. & Young, M. E. (2007). *Counseling and Therapy for Couples*, Thomson: BROOKS/COLE.
- Olson, D.H., Olson-Sigg, A. & Larson, P. J. (2008). *The Couple Checkup: Find Your Relationship Strengths*, Nashville, TN: Thomas Nelson.
- Parra-Cardona, J.R. & Busby, D. M. (2006). Exploring relationship functioning in premarital caucasian and latino/a couples: Recognizing and valuing cultural differences. *Journal of Comparative Family Studies*, 37(3), 345-57.
- Pfeifer, L., Miller, R.B., Li, T. & Hsiao, Y. (2013). Perceived marital problems in taiwan. *Contemporary Family Therapy*, 35, 91-104.
- Schramm, D.G., Marshall, J.P., Harris, V.W. & Lee, T. R. (2012). Religiosity, homogamy, and marital adjustment: An examination of newlyweds in first marriages and remarriages.

- Journal of Family Issues*, 33, 8567-1571.
- Walton, E. & Takeuchi, D.T. (2010). Family structure, family processes, and well-being among Asian Americans: Considering gender and nativity. *Journal of Family Issues*, 31(3), 301-32.
- Yaxin Lu, B.S. (2007). *Religiosity and chinese immigrants marriage*. Unpublished Master thesis, Louisiana State University, <http://etd.lsu.edu/docs>.
- Zulling, K.J., Ward, R.M. & Horn, T. (2006). The association between perceived spirituality, religiosity and life satisfaction: The mediating role of self-rated health. *Social Indicators Research*, 79, 255-27.

Archive of SID