

تحلیل کانونی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و باورهای غیرمنطقی در سالمندان

ابراهیم نعیمی^۱

زینب کاظمی^۲

کبری دهقان^۳

تاریخ وصول: ۹۴/۱۰/۷

تاریخ پذیرش: ۹۴/۲/۲۸

چکیده

سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است. با در نظر داشتن نیازهای خاص این دوران، توجه به جهت‌گیری مذهبی و باورهای غیرمنطقی در سالمندان امر بسیار مهمی است. با توجه به اهمیت این سازه در حفظ و ارتقای بهداشت افراد، پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط جهت‌گیری مذهبی با باورهای غیرمنطقی در سالمندان ساکن آسایشگاه کهریزک انجام گرفت. تمامی سالمندان ساکن آسایشگاه کهریزک در سال ۹۳ جامعه آماری این پژوهش را تشکیل دادند. تعداد ۱۰۰ نفر از این جامعه به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و به صورت انفرادی به پرسشنامه ۲۱ سوالی جهت‌گیری مذهبی آلپورت و پرسشنامه ۴۰ سوالی باورهای غیرمنطقی جونز پاسخ دادند. داده‌های جمع‌آوری شده نیز با استفاده از آزمون‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون تحلیل شد. تحلیل کانونی نتایج نشان داد که در بین متغیرهای باور غیرمنطقی جهت‌گیری مذهبی بیرونی، متغیر درماندگی در برابر تغییر ($r = -0.26$; $p < 0.05$) و متغیر بی‌مسئولیتی هیجانی ($r = -0.33$; $p < 0.05$) رابطه مثبت معنی‌دار دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که جهت‌گیری مذهبی بیرونی ۰/۶۲ باورهای غیرمنطقی را تبیین می‌کند. هم‌چنین بین متغیرهای باور غیرمنطقی جهت‌گیری مذهبی درونی، متغیر درماندگی در برابر تغییر ($r = -0.68$; $p < 0.001$)، متغیر توقع تأیید دیگران ($r = -0.40$; $p < 0.001$)، متغیر اجتناب از مشکل ($r = -0.56$; $p < 0.001$) متغیر بی‌مسئولیتی هیجانی ($r = -0.57$; $p < 0.001$) رابطه منفی معنی‌دار دارد. هم‌چنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که جهت‌گیری مذهبی درونی ۰/۴۲ باورهای غیرمنطقی را تبیین می‌کنند.

واژگان کلیدی: جهت‌گیری مذهبی، باورهای غیرمنطقی، سالمندان.

۱. استادیار مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده مسؤل) naeimi@atu.ac.ir

۲. کارشناس ارشد مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی

۳. کارشناس ارشد مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی

مقدمه

انسان در طول تاریخ به نحوی دستخوش دگرگونی، تغییر و تحول بوده است و هرگز حالت ایستا ندارد. با این تفاوت که در طول بخش اول زندگی تغییرات تکاملی هستند که به رشد و نضج ساختار و کارکرد می‌انجامد. در بخش بعدی زندگی این تغییرات عمدتاً انحطاطی هستند که متضمن برگشت به مرحله اولیه زندگی می‌باشد؛ این دوران به دوران " سالخوردگی یا کهنسالی" معروف است (پاشا، صفر زاده و مشاک، ۱۳۸۶). سالخوردگی دوره‌ای از زندگی است که معمولاً از ۶۰ تا ۶۵ سالگی آغاز می‌شود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۹). افراد در دوره سالمندی با مجموعه‌ای از ناتوانی‌های جسمی، روانی و محرومیت‌های اجتماعی روبه‌رو می‌شوند، که باید با آن‌ها کنار بیایند. در این دوره، نیرومندی و سلامت جسمانی آن‌ها کاهش می‌یابد و همراه با بازنشسته شدن از شغل خود تا حد زیادی درآمدشان را از دست می‌دهند و به مرور زمان، رابطه‌شان با همسر، خویشاوندان و دوستان کم می‌شود و ممکن است شاهد مرگ این افراد باشد که می‌تواند از نظر روانی به آن‌ها آسیب جدی وارد کند. همراه با این آسیب‌ها آن‌ها دچار افت جایگاه اجتماعی نیز می‌شوند که ملازم پیری است و احساس منفعلی از "بی مصرف بودن می‌کنند (کرین، ۲۰۱۳). تحقیقات انجام شده در این زمینه نشان می‌دهد که روند پیر شدن جمعیت در سال‌های اخیر شتاب بیشتری گرفته و تعدد و تنوع استرس‌هایی که افراد در دوران سالمندی با آن روبرو می‌شوند، توجه به مقوله سلامت روان در دوره سالمندی را به یک ضرورت تبدیل کرده است (میراب زاده، ۱۳۸۷).

امروزه جمعیت بالای ۶۰ سال جهان، تقریباً با جمعیت کودکان زیر پنج سال برابری می‌کند و پیش بینی می‌شود که در سال ۲۰۵۰، جمعیت سالمندان چند برابر جمعیت کودکان زیر پنج سال شود و در ۵۰ سال آینده جمعیت سالمندان به دو میلیارد نفر در جهان خواهد رسید (اصولی، ۱۳۸۶). سازمان ملل در سال ۲۰۰۶ تعداد کل سالمندان جهان را ۶۸۷ میلیون و ۹۲۳ هزار نفر برآورد کرد، که این تعداد در سال ۲۰۵۰ به رقم یک میلیارد و ۹۶۸ میلیون و ۱۵۳ هزار نفر خواهد رسید. هم اکنون ۶۰ درصد از افراد سالمند در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند، در کشورهای مدیترانه شرقی تا سال ۲۰۰۰ افراد بالای ۶۰ سال حدود ۵۵ درصد کل جمعیت را تشکیل می‌داد. در کشور ایران بر

اساس سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۷۵ سالمندان بالای ۶۰ سال حدود ۶/۶ درصد کل جمعیت را شامل می‌شدند، که بر اساس سرشماری سال ۱۳۸۵ این میزان به حدود ۷/۳ درصد رسیده است و همچنین بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۰ این میزان به حدود ۸/۲ درصد افزایش پیدا کرده است و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۱۴۲۹ به ۲۴/۹ درصد برسد (وزارت بهداشت سلامت خانواده، ۲۰۰۹). گرچه ترکیب سنی کشور ما هنوز جوان است، و در سال‌های گذشته تغییر چندانی نداشته، اما با استفاده از شاخص‌ها و ابزارهای آماری و جمعیت‌شناختی مشخص می‌شود که روند سالمند شدن جمعیت آغاز شده است. بنابراین سالمندی جمعیت، یکی از چالش‌های اساسی کشور در سال‌های آینده خواهد بود؛ که جامعه ناچار است با آن روبرو شود. اگر سالمندان از وضعیت سلامت پایینی برخوردار باشند، طبیعتاً عوارض آن به جامعه و افراد تحمیل می‌شود که این وضعیت تهدید آمیز خواهد بود (سیرون و دبرند، ۲۰۰۸).

امروزه دغدغه اصلی محققان و پژوهشگران صرفاً پرداختن به افزایش طول عمر نمی‌باشد؛ بلکه با نگاهی به آمار و ارقام می‌توان دریافت که اگر چالش اصلی بهداشت در قرن بیستم فقط "زنده ماندن" بود؛ چالش قرن جدید "زندگی کردن با کیفیتی برتر" است (آهنگری، کمالی و ارجمند، ۲۰۰۷). با توجه به افزایش شاخص امید به زندگی در ایران بر طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی که امروزه در مردان ایرانی ۶۷ سال و در زنان ایرانی ۷۱ سال می‌باشد، می‌توان حدس زد که آمار سالمندان ایران نیز رو به افزایش است و ما در آینده در برابر مسائل جدی سالمندان و حل مشکل آن‌ها قرار خواهیم گرفت. (اصولی، ۱۳۸۶).

بنابراین، پرداختن به متغیرهای مرتبط و موثر بر سلامت جسمانی و روانی سالمندان از اهمیت فراوانی برخوردار است و تحقیقات نشان می‌دهد که دین و جهت‌گیری مذهبی یکی از این متغیرهاست (کیم، ۲۰۰۶). یکی از موضوعاتی که از دیرباز در حوزه مطالعات و تحقیقات روان‌شناسی درباره هیجانات منفی و فراهم آوردن سلامت روان مطرح بوده، بررسی تأثیر دین‌داری و معنویت‌گرایی است و در حال حاضر، مطالعات نسبتاً قابل توجهی وجود دارد که چگونگی تأثیر دین‌داری و معنویت را بر سلامت جسمی و روانی مد نظر قرار می‌دهند (بهرامی احسان و تاشک، ۱۳۸۴). معنویت یکی از

توانمندی‌های انسان است که راه‌های کنار آمدن و استراتژی‌های حل مسئله را برای افراد فراهم می‌کند و به عنوان یک منبع از حمایت اجتماعی، در برابر سردرگمی‌ها و مصیبت‌ها، احساسی از معناداری را در قلبشان ایجاد می‌کند و به مردم احساسی از کنترل غیرمستقیم بر روی پیش آمدها می‌دهد که در نهایت به کاهش انزوا و تنهایی در افراد منجر می‌شود. در اولین تحقیقات نظام مند آماری در حوزه روان‌شناسی دین، فرانسیس گالتون مشهور ترین کار خود را درباره تأثیر عینی نیایش حاجت منداانه انجام داد. از این پس، تحقیقات در حوزه دین داری و موضوعات همبسته با دین ادامه یافت و به تولید نظریه‌های بسیار و حیانا با نتایج متفاوت منجر شد (بهرامی احسان و تاشک، ۱۳۸۳).

روبرت آمونز (۱۹۹۹) معتقد است که دین تا حدودی به این علت که یکپارچگی شخصیت را فراهم می‌سازد، موجب افزایش بهزیستی می‌شود (گراوند، قنبری‌هاشم آبادی، کامکار زاهروند، سپیده جعفری، ۱۳۹۱). نوغانی (۱۳۸۳) از آموزش مجموعه معارف و فرائض دینی (نماز، روزه و مناجات) و تأثیر آن در جهت تسکین افسردگی بهره برده و به این نتیجه رسیده اند که ۵۵ درصد از افرادی که در این بررسی شرکت کرده اند، پس از انجام عبادت‌ها احساس آرامش بهتری داشته اند.

دین یک نظام عمل مبتنی بر اعتقادات است که در قلمرو و ابعاد فکری و اجتماعی از جانب خداوند برای انسان‌ها در مسیر رشد و کمال به جانب الوهیت ارسال شده و شامل عقاید، باورها، نگرش‌ها و رفتارهاست که باهم پیوند داشته و در تدارک احساس جامعیت برای فرد عمل می‌کند (باهنر، ۱۳۸۰). مذهب و دین به عنوان مجموعه‌ای از اعتقادات، بایدها و نبایدها و نیز ارزش‌های اختصاصی و تعمیم یافته، از موثرترین تکیه گاه‌های روانی به شمار می‌رود که قادر است معنای زندگی را در لحظه‌لحظه‌های عمر فراهم سازد و در شرایط خاص نیز با فراهم‌سازی تکیه گاه‌های تبیینی، فرد را از تعلیق و بی‌معنایی نجات دهد (بهرامی احسان، ۱۳۷۸). آلپورت مذهب و جهت‌گیری مذهبی را به دو نوع بیرونی و درونی تقسیم می‌کند. افرادی که دارای جهت‌گیری مذهبی درونی هستند یعنی معتقدند که مذهب در ذات آن‌ها ریشه دارد. در جهت‌گیری درونی ایمان به خودی خود به عنوان یک ارزش تعالی تلقی می‌شود و یک تعهد انگیزش فراگیر نه وسیله‌ای برای دستیابی به اهداف در نظر گرفته می‌شود. اما در جهت‌گیری مذهبی بیرونی، مذهب امری خارجی و ابزاری برای ارضای نیازهای فردی از قبیل مقام و امنیت مورد استفاده قرار می‌گیرد. به عبارتی

دیگر از دین به عنوان وسیله‌ای برای رسیدن به حاجات خود استفاده می‌کند. تمایز قائل شدن بین جهت‌گیری مذهبی درونی و جهت‌گیری مذهبی بیرونی به ما کمک می‌کند تا کسانی که دین برای آن‌ها هدف است از کسانی که دین برای آن‌ها وسیله است جدا کنیم. آلپورت معتقد است که دین برونی کاملاً سودجویانه است و فایده‌ای برای فرد ندارد. در مقابل دین درونی مربوط به ایمان است و به سود و نفع فردی توجه ندارد. در سال‌های اخیر، پیری‌شناسان و پزشکان متخصص سالمندان به طور خاص بر تاثیرات مذهب بر سلامتی و سلامتی روانی متمرکز شده‌اند. این امر احتمالاً ناشی از دانشی است که نشان داده مذهب، هم به عنوان یک نهاد اجتماعی و هم به عنوان یک منبع معنا بخش برای سالمندان می‌تواند مفید باشد (لوین، ۱۹۹۴). در سطح نظری روان‌شناسان برجسته، جهت‌گیری‌های نسبتاً متفاوتی در برابر مذهب داشته‌اند. افرادی چون فروید، بنیانگذار مکتب روان‌تحلیل‌گری و ایس بنیانگذار درمان‌گری عقلانی - هیجانی، نوعی ارزیابی منفی از نقش و تاثیر مذهب بر سلامت روان و رفتار انسان داشته‌اند. اما افراد دیگری چون جیمز، یونگ، آلپورت، مزلو، آدلر و فرام با نگرشی مثبت به مذهب، از تاثیرات سودمند اعتقادات مذهبی سخن گفته‌اند. روان‌تحلیل‌گران، تحت تاثیر فروید معتقد بودند که پیوند با خداوند، ادامه وابستگی دوران کودکی است، بر اساس نظریه روان‌تحلیل‌گری، اعمال مذهبی تکرار رفتارهای آزوده‌وار کودکی درباره والدین است. فروید می‌گوید تا زمانی که دنیا تهدید آمیز و غیرقابل پیش‌بینی باشد، انسان در پی یک پدر متعالی است تا احساس محافظت و احساس ایمنی را در درون به وجود آورد (جان بزرگی، ۱۳۷۸). ایس نیز معتقد بود که افراد مذهبی در مقایسه با افراد غیر مذهبی دارای اغتشاش‌های هیجانی بیشتری هستند (بهرامی احسان، ۱۳۸۷). در مقابل نظریه‌های منفی نسبت به مذهب، در برخی تحقیقات نقش مذهب مثبت ارزیابی شده است. برای مثال کراوس گزارش می‌کند که احساس خود-ارزشمندی نزد سالمندانی که ارتباط اندکی با مذهب دارند در پایین‌ترین حد است (کاوانوق، ۱۹۹۹). هروی کریموی طی تحقیقی نشان داد اکثر سالمندان (۹۰/۶۵) انجام فرایض و فعالیت‌های مذهبی را وسیله‌ای جهت آرامش درونی خود معرفی کرده‌اند (هروی کریموی، ۱۳۸۰). همچنین در مطالعه دیگری که در مرکز سالمندان بر روی چهار هزار نفر انجام شد مشخص گردید میزان افسردگی سالمندانی که به عبادت توجه داشتند نصف میزان افسردگی دیگر سالمندان بود (سیف، ۱۳۸۰). برخی دیگر از پژوهش‌ها مانند پژوهش (جعفری، ۱۳۹۳)

نشان داده است که جهت‌گیری مذهبی در مقابله با استرس و استفاده از شیوه‌های مقابله‌ای مسئله محور، موثر است. (مختاری، الهیاری و رسول زاده طباطبایی، ۱۳۸۰) نیز نتیجه گرفتند که جهت‌گیری مذهبی به عنوان عامل تعدیل‌کننده تنیدگی عمل می‌کند و افراد دارای جهت‌گیری مذهبی درونی تنیدگی کمتری را تجربه می‌کنند. در مجموع، جهت‌گیری مذهبی عامل موثری در شکل‌گیری کیفیات زندگی انسان است. پژوهش کیومرثی (۱۳۸۲) نیز به این یافته‌ها منجر شد که جهت‌گیری مذهبی با آرامش، شکیبایی و تنش پایین همراه است و به ویژه در مردان با فرامن قوی، با مهار خود و وفاداری به سنت در ارتباط است.

در این زمینه، نتایج پژوهش‌های موحد (۱۳۸۵)، وثوقی (۱۳۸۴)، یوسفی (۱۳۸۶)، نشان می‌دهد ارزش‌های دینی بالاترین قدرت تبیین‌کنندگی را درباره دوستی‌ها و معاشرت‌های قبل از ازدواج دارند و کنار گذاشتن باورها و اعتقادات دینی و عدم التزام به احکام دینی، عامل بسیاری از نابهنجاری‌ها و کژروی آدمی است. همچنین کابیر و پیناس^۱ (۲۰۰۹) معتقدند جوانانی که تعلق و وابستگی محکم‌تری به کلیسا دارند و به طور مرتب در مراسم آن شرکت می‌کنند، عموماً نگرش منفی‌تری به روابط قبل از ازدواج دارند. نتایج پژوهش احمدی نوده (۱۳۸۶) نیز بیانگر این است که بین اعتقادات دینی و آسیب‌پذیری فرهنگی خانواده رابطه وجود دارد؛ افزایش تقیدات دینی می‌تواند به عنوان مانعی در برابر آسیب‌پذیری فرهنگی خانواده عمل کند.

پژوهش‌های فدایی (۱۳۸۵) که رابطه ادراک فرزندان از سبک فرزند پروری والدین و جهت‌گیری مذهبی را مورد پژوهش قرار داد، نشان داد که بین سبک فرزند پروری سلطه‌گر و جهت‌گیری مذهبی درون‌فکنی شده رابطه معنادار مثبت مشاهده شده است. همچنین بین سبک فرزند پروری قدرت طلب و جهت‌گیری مذهبی درون‌سازی شده رابطه معنادار مثبت وجود دارد و بین سبک فرزند پروری آزادگذار با هر یک از سبک‌های جهت‌گیری مذهبی رابطه معنادار منفی وجود دارد. دشتی در تحقیق خود نتیجه گرفت بین فرزندان افرادی که سبک فرزند پروری منطقی دارند، از نظر جهت‌گیری مذهبی تفاوت زیادی با دیگر سبک‌های فرزند پروری وجود دارد. جهت‌گیری مذهبی درون‌سازی شده در فرزندان این گروه از والدین، به طرز معناداری از دو گروه دیگر بیشتر است. شریفی

1. Kabier & pinas

(۱۳۹۰) بین سبک فرزندپروری منطقی و جهت‌گیری مذهبی درون‌سازی شده رابطه مثبت و معناداری پیدا کرده است.

یافته‌های آردلت (۲۰۰۳) نشان داد که جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی، همبستگی مثبتی با بهزیستی آزمونی و همبستگی منفی با ترس از مرگ و اجتناب از مردن دارد. در واقع جهت‌گیری مذهبی درونی نسبت به جهت‌گیری بیرونی، احتمالاً یک معناداری متعالی از زندگی و مرگ را فراهم می‌کند. همچنین آردلت و کوینگ (۲۰۰۶) در مطالعات خود یافتند که جهت‌گیری مذهبی درونی، به میزان زیادی با پذیرش مرگ همبستگی دارد و جهت‌گیری مذهبی بیرونی به میزان زیادی با اضطراب مرگ همبستگی دارد.

تضعیف پردازش اطلاعات که در سرتاسر سالهای بزرگسالی جریان دارد، جنبه‌های متعدد شناخت را در سن پیری تحت تاثیر قرار می‌دهد، کاهش کارایی تفکر، به توجه، مقدار اطلاعاتی که می‌توان در حافظه فعال نگه داشت، استفاده از راهبردهای حافظه و بازیابی اطلاعات از حافظه بلند مدت، لطمه می‌زند. در سن پیری کاهش هوش سیال در نهایت آنچه را که افراد می‌توانند با کمک مساعدت‌های فرهنگی انجام دهند، از جمله تجربیات اندوخته شده، آگاهی از نحوه یادآوری و حل کردن مسائل زندگی روزمره تحریک کننده، محدود می‌کند. در نتیجه هوش متبلور نیز شروع به تنزل می‌کند. اشخاص سالمند برای گردآوری پاسخ‌هایشان به زمان بیشتری نیاز دارند. حافظه کوتاه مدت در آنها ضعیف شده و سرعت در رسیدن به نتیجه از راه استدلال قیاسی و استقرایی کاهش می‌یابد (شعاری نژاد، ۱۳۶۴). زندگی سرشار از فعالیت عقلانی، فعالیت‌های تحریک کننده اوقات فراغت، مشارکت در جامعه و شخصیت انعطاف‌ناپذیر، حفظ توانایی‌های عقلانی تا سالخوردگی را پیش‌بینی می‌کند. وضعیت سلامتی به طور فزاینده‌ای پیش‌بینی قدرتمندی برای عملکرد عقلانی در اواخر بزرگسالی می‌باشد. بازنشسته شدن از شغل پیچیده بدون فراهم کردن جایگزین‌های چالش‌انگیز، ضعف عقلانی را تشدید می‌کند (محمدی، ۱۳۸۲).

یکی از این متغیرهای زمینه‌ای، باورهای غیرمنطقی می‌باشد. براساس نظر آلبرت ایس، عقاید غیرمنطقی علت اصلی مشکلات مختلف انسان است. عقاید غیرمنطقی مجموعه‌ای از عقاید و باورهایی است که بر حالات ذهنی و روان‌شناختی فرد مسلط می‌شوند. این باورها تعیین می‌کنند که افراد چگونه رویدادها را تعبیر و تفسیر کرده و چگونه کیفیت و کمیت

احساسات و رفتارهایشان را تنظیم می‌کنند (الیس، ۱۹۹۵). الیس معتقد است ریشه بسیاری از ناراحتی‌ها و اختلالات رفتاری و روانی انسان در انواع عقاید و باورهای غیرمنطقی که در مورد جهان پیرامون خود دارد، اتفاق می‌افتد. به عنوان مثال، او معتقد است وقتی حادثه فعال کننده A برای فرد اتفاق می‌افتد، او براساس تمایلات ذاتی خود ممکن است دو برداشت متفاوت و متضاد از A داشته باشد؛ یکی افکار، عقاید و باورهای منطقی و عقلانی (RB)، و دیگری افکار، عقاید و باورهای غیر منطقی و غیرعقلانی (IB). در حالی که فرد تابع عقاید و باورهای منطقی باشد (RB)، به عواقب منطقی (RC) دست خواهد یافت و شخصیت سالم خواهد داشت؛ درحالی که اگر تابع و دستخوش افکار و باورهای غیرمنطقی و غیرعقلانی (IB) قرار گیرد، با عواقب غیرمنطقی (IC) مواجه خواهد شد که در این حالت فردی است مضطرب و غیرعادی که شاخصیت ناسالمی دارد (شفیع آبادی و ناصری، ۱۳۸۶). همچنین از نظر الیس (۲۰۰۱) ما گرایش نیرومندی داریم به این که، با درونی کردن عقاید خودشکن، خود را از لحاظ هیجانی ناراحت کنیم و به همین دلیل است که دستیابی به سلامت روان و حفظ کردن آن واقعاً دشوار است. باورهای غیرمنطقی دو ویژگی دارند: اولاً آن‌ها توقعات خشک و تعصب آمیزی هستند که معمولاً با کلمات باید و حتماً بیان می‌شوند. دوماً فلسفه‌های خود آشفته‌ساز، که معمولاً حاصل این توقعات هستند و انتساب‌های نامعقول و بیش از حد تعمیم یافته ایجاد می‌کنند (پروچاسکا، ۲۰۱۱، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۸).

الیس معتقد بود پاسخ فرد به محرکات تحت تاثیر عقاید و برداشت‌ها و تعبیرها و تفسیر وی قرار دارد بنابراین وقتی پاسخی مانند اضطراب به محرکی داده می‌شود به سرعت می‌توان رد پای آن را در عقاید غیر منطقی شخص جستجو کرد در این صورت اگر عقاید با برخوردی منطقی مورد بحث قرار گیرد عوارض آشفته‌گی و اضطراب از بین می‌رود و از اتفاق افتادن مجدد آن جلوگیری می‌کند. نظریه عقلانی عاطفی ادعا می‌کند که تمایل بشر به ارزیابی متعصبانه و مطلق گرایانه رویدادهای ادراک شده در زندگی، هسته اصلی پریشانی روانشناختی است. این ارزیابی‌ها به شکل "باید"، "بایست"، "اجباراً"، "جزمی و پیچیده هستند. ملزر (۱۹۹۹) می‌گوید که یک سوم سالمندان دچار ناتوانی‌های شناختی شده و بیش از ۶۰ درصد آن‌ها به کمک‌هایی در انجام فعالیت‌های زندگی روزمره نیاز دارند (ملزر، ۱۹۹۹ به نقل از ادیب حاج باقری و اکبری، ۱۳۸۸). در برخی از مطالعات نیز حدود

۲۰ درصد از سالمندان را دچار افت شناختی با درجات مختلف می‌دانند (کویی و کیویپتو، ۲۰۰۹). عملکرد شناختی مطلوب، یک عامل حیاتی برای ارتقاء و حفظ بهداشت روانی و کیفیت زندگی سالمندان محسوب می‌گردد (نجاتی و عشایری، ۱۳۸۷). مزلو (۱۹۷۰) و راجرز (۱۹۹۲) در مطالعات کلاسیک خود به اهمیت گشودگی به تجربه، انعطاف‌پذیری و تحمل در شخصیت سالم اشاره می‌کنند؛ باور غیرمنطقی باعث جزم‌اندیشی می‌شود. در قالب تفکر بیمارگونه‌ی افراد جزم‌اندیش، تجربه جدید و انعطاف راه ندارد؛ آن‌ها در مقابل رشد و تغییر، تحمل خود را از دست می‌دهند و به همان قالب کهنه خود می‌چسبند. به عقیده برن ناخالصی یکی از مشکلات مرزی بین دو حالت "من" است و زمانی روی می‌دهد که عقاید و نگرش‌های متعصبانه یا غیرمنطقی والد و یا احساسات کهنه و منسوخ کودک در تفکر منطقی و شیوه بزرگسال تداخل کرده باشد (شلینگ، ۲۰۰۲، ترجمه آراین، ۱۳۸۲). بمجیجو - تور و پریو - اورسوا (۲۰۰۶) نشان دادند باورهای غیرمنطقی می‌تواند بر تفکرات و عقاید افراد در موقعیت‌های پراسترس تأثیر بگذارد و باعث افزایش فرسودگی شود. گردی، میناکار و حیدری (۱۳۸۴) دریافتند که در مجموع تفکرات غیرمنطقی رابطه معناداری با سلامتی و سلامت روانی دارند. روی هم رفته، یافته‌ها نشان می‌دهند که بین باورهای غیرمنطقی و اضطراب و موقعیت‌های پراسترس (مالوف، اسپجات و ککلند، ۱۹۹۲)، اختلالات عاطفی (فرانک، ویکر، ریچاردسون و لامبرت، ۱۹۸۵)، استرس، افسردگی و خلق افسرده (سنتاگوتای و فریمان^۱، ۲۰۰۷؛ دیلورتزو، دیوید و مونتگومری^۲، ۲۰۰۷) رابطه وجود دارد.

های اسلیپ، گالت و نیشن^۳ (۱۹۹۴) در مطالعه‌ای با هدف بررسی ارتباط باورهای غیرمنطقی با علائم افسردگی در افراد سالخورده نشان دادند که باور شناختی هیجانی وابستگی / انعطاف‌ناپذیری^۴ به طور مثبت و باور کنترل درونی / سازگاری^۵ به طور منفی با علائم بدنی و عاطفی افسردگی مرتبط می‌باشد. پاپاجورجیوس و همکاران (۲۰۰۶) با بررسی رابطه شاخص‌های التهابی پلازما با باورهای غیرمنطقی در افراد بزرگسال به این

1. Sentagotay & freman
2. Dylor & david & montgomery
3. Hayslip & galt & nition
4. rigidity/dependency
5. adaptation/internal control

نتیجه رسیدند که باورهای غیر منطقی ارتباط مثبتی با پروتئین واکنشی^۱ C، اینترلیوکین-۶^۲، نوکروز تومور فاکتور آلفا^۳ و تعداد سلولهای سفید خون دارد. لیو، شین، کیم، هیون و پارک^۴ (۲۰۱۳) در مطالعه روی سالمندان نشان دادند که خوش بینی رابطه مثبتی با بهزیستی روانی و معنای زندگی دارد و معنای زندگی نیز میانجی رابطه بین خوش بینی و بهزیستی روانی سالمندان می‌باشد. در همین راستا توناتو (۲۰۰۸) در تحقیقی به این نتیجه دست یافت که گروه مصرف کننده مواد نسبت به گروه گروه نمرات بالاتری در مقیاس نگرش‌های ناکارآمد و باورهای غیر منطقی داشتند و در نتیجه شناخت درمانی را برای این بیماران ضروری دانستند.

در مجموع مرور شواهد موجود نشان می‌دهد که باورهای فرد در مورد زندگی می‌تواند در سلامت روان‌شناختی فرد نقش داشته باشد. از آنجا که دوره سالمندی همراه با تغییرات مختلف فیزیکی، روانی، شناختی و هیجانی می‌باشد، ارزیابی و عملکرد شناختی مطلوب و باورهایی که فرد درباره این تغییرات دارد، می‌تواند عاملی حیاتی برای ارتقاء و حفظ سلامت روان و کیفیت زندگی این افراد به حساب بیاید. با توجه به این امر، پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه باورهای غیرمنطقی و جهت‌گیری مذهبی سالمندان انجام گرفت.

روش پژوهش

این پژوهش، در قالب تحقیق پیمایشی که یکی از انواع تحقیق توصیفی (غیر آزمایشی) است انجام گرفت. طرح پژوهش، از نوع همبستگی بنیادی یا کانونی است. کلیه سالمندان ساکن آسایشگاه کهریزک در سال ۹۴ جامعه آماری این پژوهش را تشکیل دادند. از بین جامعه آماری فوق تعداد ۱۰۰ نفر، که ۵۰ زن و ۵۰ مرد بودند، به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و در این پژوهش شرکت داده شدند. ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات عبارت بودند از:

1. C-reactive protein
2. interleukin
3. tumor necrosis factor- α
4. Lio & shin & kim & hion & park

(۱) پرسشنامه باورهای غیر منطقی جونز (۴۰ سوالی): پرسشنامه باورهای غیر منطقی جونز شامل ۴۰ سوال بوده و توسط عبادی و معتمدین (۱۳۸۴) بر اساس پرسش نامه ده عاملی باورهای غیر منطقی جونز به روش تحلیل عوامل در جامعه ایران ساخته شده است. این پرسشنامه چهار عامل درماندگی در برابر تغییر، توقع تأیید دیگران، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی را بر اساس مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) اندازه می‌گیرد. عبادی و معتمدین برای بررسی ضریب پایایی این آزمون از روش آلفای کرونباخ و روش تصنیف استفاده کرده‌اند که این ضرایب را به ترتیب برای کل مقیاس ۰/۷۵ و ۰/۷۶ و برای خرده مقیاس‌های درماندگی بر برابر تغییر ۰/۸۰ و ۰/۸۲، توقع تأیید از دیگران ۰/۸۱ و ۰/۸۴، اجتناب از مشکل ۰/۷۳ و ۰/۷۴ و بی‌مسئولیتی هیجانی ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش کرده‌اند. عامل درماندگی در برابر تغییر، شامل سوال‌های (۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵)، توقع تأیید دیگران (۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵)، اجتناب از مشکل (۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰) و بی‌مسئولیتی هیجانی (۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰) است (عبادی و معتمدین، ۱۳۸۴).

(۲) مقیاس جهت‌گیری دینی آلپورت: آلپورت و راس در سال ۱۹۵۰م این مقیاس را براساس سنجش جهت‌گیری‌های درونی و بیرونی دین تهیه کرده‌اند. او به این منظور یک مقیاس ۲۰ گزینه‌ای ساخت که ۱۱ گزینه آن به جهت‌گیری مذهبی بیرونی و ۹ گزینه آن به جهت‌گیری مذهبی درونی اشاره می‌کردند. مطالعه اولیه‌ای که براین مبنا صورت گرفت، مشاهده شد که همبستگی جهت‌گیری بیرونی با درونی ۰/۲۱ است (آلپورت و راس، ۱۹۶۷). در سال ۱۹۶۳ فگینیک نسخه ۲۱ گزینه‌ای از مقیاس I/E ساخت که تمام گزینه‌های آلپورت در آن انتخاب شده بودند و علاوه بر آن یک گزینه دیگر نیز به آن افزود. (مذهب همان کاری را می‌کند که عضویت من در گروه دوستان و آشنایان می‌کند، یعنی کمک می‌کند که زندگی را متعادل و پایدار نگهدارم). این گزینه همبستگی بالایی (۰/۶۱) با مقیاس E داشت و از آن به بعد این مقیاس بیشتر مورد استفاده قرار گرفته است (دوناهو، ۱۹۸۵). طبق تحقیق آلپورت همبستگی بین گزینه‌های جهت‌گیری مذهبی درونی با گزینه‌های جهت‌گیری مذهبی بیرونی (۰/۲۱-) بود. این آزمون در سال ۱۳۷۸ ترجمه و هنجاریابی شده است. همسانی درونی آن توسط جان بزرگی و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۷۱، و پایایی آن ۰/۷۴. به دست آمده است (جان بزرگی، ۱۳۷۸). در این مقیاس

نمره گذاری برای سوالات مقیاس جهت‌گیری مذهبی بیرونی بدین صورت می‌باشد: کاملاً مخالفم ۵، تقریباً مخالفم ۴، تقریباً موافقم ۲ و کاملاً موافقم ۱. و برای سوالات مقیاس جهت‌گیری مذهبی درونی نمره گذاری بدین صورت می‌باشد: کاملاً موافقم ۱، تقریباً موافقم ۲، تقریباً مخالفم ۴ و کاملاً مخالفم ۵.

روش اجرای پژوهش حاضر به این صورت بود که در پاییز ۹۴ پس از اخذ مجوزهای لازم از دانشگاه، از بین کلیه سالمندان ساکن آسایشگاه کهریزک نمونه‌گیری تصادفی صورت گرفت و پس از تبیین اهداف پژوهش و اخذ رضایت برای شرکت در پژوهش، از آن‌ها خواسته شد به صورت انفرادی به پرسشنامه‌های جهت‌گیری زندگی و باورهای غیرمنطقی پاسخ بدهند. اطلاعات جمع‌آوری شده نیز با استفاده از ابزارهای آمار توصیفی و آزمون‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به شیوه ورود با کاربر نسخه ۲۱ نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌های پژوهش

یافته‌های توصیفی این پژوهش، شامل شاخص‌های آماری مانند میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای مورد مطالعه و عامل‌های استخراج شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها

وضعیت اشتغال	تحصیلات	تأهل	جنس	فرآوانی
دولتی آزاد/خانه دار/بازنشسته	دیپلم تا کارشناسی	متاهل	مرد/زن	
۳۰/۴۵/۲۵	۲	۱۳	۸۵	۱۵/۴۰/۱۰
			۳۵/۶۵	۵۰/۵۰

جدول ۱ توزیع فرآوانی و درصد آزمودنی‌ها را بر اساس متغیرهای جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات و وضعیت اشتغال نشان می‌دهد.

تعداد کل سالمندان ۱۰۰ نفر می‌باشد که میانگین و انحراف معیار آن‌ها در کل مقیاس باورهای غیرمنطقی به ترتیب برابر (۱۳۵/۳۹ و ۴۸/۲۱) است. هم‌چنین میانگین و انحراف

معیار خرده مولفه‌های آن عبارت است از درماندگی به تغییر (۵۱/۳۶ و ۲۰/۹۳)، توقع تأیید دیگران (۳۲/۹۵ و ۲۶/۱۰)، اجتناب از مشکل (۱۷/۰۵ و ۷/۱۱) و بی مسئولیتی هیجانی (۳۴/۵۲ و ۱۷/۷۵). میانگین و انحراف معیار در جهت‌گیری مذهبی درونی (۳۰/۳۳ و ۱۳/۹۴) و در جهت‌گیری بیرونی (۳۰/۷۸ و ۱۶/۴۶) است.

جدول ۲. همبستگی بین باورهای غیرمنطقی و مؤلفه‌های آن با جهت‌گیری مذهبی (درونی و بیرونی)

متغیرها	باورهای غیرمنطقی	درماندگی برای تغییر	توقع تأیید دیگران	اجتناب از مشکل	بی مسئولیتی هیجانی
مذهب بیرونی	.۲۴**	.۲۶*	.۱۶	.۱۷	.۰۲۳*
مذهب درونی	-.۶۵**	-.۶۸**	-.۴۰**	-.۵۶**	-.۵۷**
	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۲ مشاهده می‌شود که بین نمره کلی باورهای غیرمنطقی با جهت‌گیری مذهبی درونی رابطه منفی و معنی دار و با جهت‌گیری بیرونی رابطه مثبت و معنی دار وجود دارد و این نکته می‌تواند بیانگر این باشد که نمره جهت‌گیری مذهبی بیرونی و جهت‌گیری درونی می‌تواند باورهای غیرمنطقی را پیش‌بینی کند. هم‌چنین بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی با عامل درماندگی برای تغییر و بی مسئولیتی هیجانی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد و این نکته بیانگر این است که جهت‌گیری مذهبی بیرونی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده این دو مؤلفه از مؤلفه‌های باور غیرمنطقی باشد. بین مؤلفه‌های اجتناب از مشکل و مؤلفه‌های توقع تأیید از دیگران با جهت‌گیری بیرونی ارتباطی وجود نداشت. چنان‌که بین جهت‌گیری مذهبی درونی با تمام مؤلفه‌های باورهای غیرمنطقی یعنی عامل درماندگی برای تغییر، توقع تأیید از دیگران، اجتناب از مشکل و بی مسئولیتی هیجانی رابطه منفی و معنادار وجود دارد و این نکته بیانگر این است که می‌توان از نمره جهت‌گیری مذهبی درونی، وجود باورهای غیرمنطقی را پیش‌بینی کند.

جدول ۳. نتایج مربوط به تحلیل رگرسیون ساده برای پیش بینی باورهای غیرمنطقی از طریق جهت‌گیری درونی

مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
رگرسیون	۹۶۶۸۳	۱	۹۶۶۸۳	۷۱/۵۱۴	۰/۰۰۱
خطا	۱۳۱۱۴۰	۹۷	۱۳۵۱		
کل	۲۲۷۸۲۳	۹۸			

متغیر پیش بین: جهت‌گیری درونی متغیر وابسته: باورهای غیرمنطقی
مقدار R^2 برابر ۰/۴۲ می‌باشد، یعنی ۴۲ درصد از تغییرات متغیر وابسته به وسیله متغیر پیش‌بین تبیین می‌شود و همچنین با توجه به اینکه در جدول تحلیل واریانس رگرسیون مقدار F آن معنادار است ($F = 71/514$, $P < 0/001$) می‌توان گفت باورهای غیرمنطقی از طریق جهت‌گیری درونی قابل پیش‌بینی است.

جدول ۴. نتایج مربوط به تحلیل رگرسیون ساده برای پیش بینی باورهای غیرمنطقی از طریق جهت‌گیری بیرونی

مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
رگرسیون	۱۴۱۴۹	۱	۱۴۱۴۹	۶/۴۲۳	۰/۰۱۳
خطا	۲۱۳۶۷۴	۹۷	۲۲۰۲		
کل	۲۲۷۸۲۳	۹۸			

متغیر پیش بین: جهت‌گیری بیرونی متغیر وابسته: باورهای غیرمنطقی
مقادیر جدول ۴ بیانگر این است که مقدار R^2 برابر ۰,۶۲ می‌باشد، یعنی ۶۲ درصد از تغییرات متغیر وابسته به وسیله متغیر پیش‌بین تبیین می‌شود و همچنین با توجه به اینکه در جدول تحلیل واریانس رگرسیون مقدار F آن معنادار است ($F = 6.426$, $P < 0,013$) می‌توان گفت که باورهای غیرمنطقی از طریق جهت‌گیری بیرونی قابل پیش‌بینی است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین نقش متغیرهای باورهای غیر منطقی در پیش‌بینی جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی سالمندان بود. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که نمره کلی باورهای غیرمنطقی با جهت‌گیری منفی رابطه منفی و معنی‌دار و با متغیر جهت‌گیری بیرونی رابطه مثبت و معنی‌دار دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که جهت‌گیری بیرونی حدود ۰/۴۲ درصد از کل واریانس باورهای غیرمنطقی سالمندان را تبیین می‌کند و جهت‌گیری بیرونی حدود ۰/۶۲ درصد از کل واریانس باورهای غیرمنطقی در سالمندان را تبیین می‌کند. بین مؤلفه‌های باورهای غیرمنطقی و رابطه آن با متغیر جهت‌گیری مذهبی بیرونی، بین مؤلفه‌های درماندگی برای تغییر و بی‌مسئولیتی هیجانی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد، جهت‌گیری مذهبی بیرونی می‌تواند درماندگی در برابر تغییر و بی‌مسئولیتی هیجانی سالمندان را پیش‌بینی کند. همچنین بین همه متغیرهای باور غیرمنطقی و جهت‌گیری درونی ارتباط منفی و معنادار وجود دارد، در واقع جهت‌گیری درونی می‌تواند کاهش متغیرهای درماندگی برای تغییر، توقع تأیید از دیگران، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی را پیش‌بینی کند.

به نظر می‌رسد که این یافته با اظهار نظرهای الیس (۲۰۰۲) که معتقد بود دین با غیرمنطقی بودن در ارتباط است، افراد مذهبی نوعی تفکرات و رفتارهای جزمی دارند که موجب نابسامانی وضع روانی آن‌ها می‌شود و افراد مذهبی بهداشت روانی ضعیف‌تری دارند، تنها از جهت دینی بیرونی هماهنگ است، اما از جهت دینی درونی متفاوت است (گرواند و همکاران، ۱۳۹۱). در تبیین این یافته می‌توان گفت افرادی که جهت‌گیری دینی درونی دارند؛ یعنی معتقدند که دین در ذات آن‌ها ریشه دارد، طبیعی می‌نماید که در مقایسه با افرادی که دین بیرونی دارند؛ یعنی دین را وسیله‌ای برای دست‌یابی به چیز دیگری می‌دانند، مسئول هیجان‌ات و عواطف خود باشند. از مهم‌ترین ویژگی‌های افرادی که جهت‌گیری دینی درونی دارند این است که آن‌ها در کارها و اعمال روزمره خود فراق‌کنی نمی‌کنند و واقعیت‌ها را قبول می‌کنند، زیرا بی‌مسئولیتی هیجانی ناظر بر این موارد می‌باشد که باعث ایجاد خشم و ناراحتی در درون هر انسانی، دیگران هستند. به عبارت دیگر، عامل بدبختی هرکس خودش نیست، بلکه دیگران هستند؛ معمولاً واقعیت‌ها را آنچنان که اتفاق می‌افتد آرام و بی‌سروصدا نباید پذیرفت. بنابراین، با توجه

به آنچه در مورد ویژگی‌های جهت‌گیری دینی درونی و بیرونی گفته شد، می‌توان گفت که جهت‌گیری دینی درونی می‌تواند متغیرهای درماندگی برای تغییر، توقع تأیید از دیگران، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی را کاهش دهد و جهت‌گیری بیرونی می‌تواند متغیرهای درماندگی برای تغییر، توقع تأیید از دیگران، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی را در سالمندان افزایش دهد.

در واقع وقتی باورهای غیرمنطقی در فردی ایجاد می‌شود، جنبه‌های مختلف زندگی تحت تأثیر باورها و رفتارهای بعدی که می‌تواند تأثیرات جدی بر تفکر و سبک زندگی فرد بگذارد، قرار می‌گیرند. در واقع باورهای غیرمنطقی؛ باورهایی هستند که بر الزام و اجبار، جزم‌اندیشی و اجحاف تأکید دارند و مانع سلامت فکر و روان و سالم سازی محیط فردی و اجتماعی می‌شوند. نتایج پژوهش‌های الیس (۱۹۹۴)؛ بک، راش و ایمری (۱۹۷۶)؛ بک و ویشار (۱۹۹۵) بیانگر آن است که مشکلات عاطفی و رفتاری از تحریف واقعیت بر اساس فرض‌ها و منطق معیوب ناشی می‌شوند. این نوع ارزیابی‌های تحریف شده به هیجان خاصی منتهی می‌شوند. بنابراین پاسخ‌های هیجانی فرد با ارزیابی تحریف شده خود هماهنگ است نه با واقعیت. الیس و هارپر (۱۹۹۷) معتقدند که موارد زیر نمونه‌هایی از عقاید غیرمنطقی هستند که آن‌ها را درونی می‌کنیم و به ناچار به خودشکنی منجر می‌شوند:

۱. "من باید محبت و تأیید تمام افراد مهم در زندگی را کسب کنم". ۲. "من باید تکالیف مهم را با شایستگی تمام انجام دهم". ۳. "چون عمیقاً میل دارم که افراد با من از روی ملاحظه و منصفانه برخورد کنند، آنها حتماً باید این کار را انجام دهند". ۴. "اگر چیزی را که می‌خواهم بدست نیاورم، وحشتناک است و نمی‌توانم آن را تحمل کنم".

بهرامی و تاشک (۱۳۸۴) نیز در پژوهشی درباره نقش جهت‌گیری مذهبی (درونی و بیرونی) در سلامت روان و میزان افسردگی سالمندان به این نتیجه رسیده‌اند که رابطه همبستگی معناداری بین جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان و بررسی افسردگی سالمندان وجود دارد. همچنین این نتیجه در برخی مؤلفه‌ها در راستای پژوهش‌های است که نشان می‌دهد تفکرات غیرمنطقی تأیید دیگران، انتظار بیش از حد، واکنش به ناکامی، بیش دلوپسی اضطرابی، اجتناب از مشکل در ماندگی برای تغییر، نقش عمده‌ای در آشفستگی‌های عاطفی بازی می‌کنند.

این یافته که بین سالمندان زن و مرد تفاوت معناداری وجود ندارد با یافته‌های غرایبی و همکاران (۱۳۸۷) که در پژوهش خود به این نتیجه رسیده‌اند که تفاوت معناداری بین دو جنس از لحاظ نوع جهت‌گیری مذهبی وجود ندارد، هماهنگ است. هر چند به لحاظ آماری تفاوت معناداری بین سالمندان زن و مرد مشاهده نشد، اما باز هم سالمندان زن از لحاظ جهت‌گیری مذهبی بیرونی میانگین کمتری دارند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در واقع این احتمال وجود دارد که مردان در مقایسه با زنان، بیشتر از منافع جهت‌گیری مذهبی بیرونی، همانند حمایت اجتماعی و به دست آوردن مقام و موقعیت در محیط‌های اجتماعی و شغلی، به وسیله دین استفاده می‌برند، چرا که آن‌ها بیشتر درگیر مسائل اقتصادی در خانواده هستند. اما زنان در مقایسه با مردان، بیشتر از منافع جهت‌گیری مذهبی درونی، همانند آرامش درونی ایجاد شده به وسیله مذهب لذت می‌برند، چرا که آن‌ها به سبب شرایط اجتماعی و فرهنگی خاص، برای مثال، خطرپذیری بیشتر در مقابل طلاق و فروپاشی خانواده، بیشتر به دعا و باورهای مذهبی درونی گرایش دارند. در مجموع به این نتیجه رسیدیم که جهت‌گیری مذهبی و باورهای غیرمنطقی ارتباط معنی‌داری با هم دارند.

محدودیت: نمونه این پژوهش، حاضرین در خانه سالمندان بوده‌اند که سواد پایینی داشته‌اند لذا در تعمیم یافته‌های این پژوهش به سایر سالمندان با میزان سواد بالاتر و سالمندانی که در منازل نگهداری می‌شوند لازم است با احتیاط عمل شود. در این راستا پیشنهادهای زیر ارائه می‌گردد:

۱- تشکیل جلسات گروه درمانی شناختی - رفتاری برای مدیریت مؤلفه‌های باورهای غیرمنطقی موثر است. در واقع از این یافته می‌توان برای کمک به سالمندان برای بهبود باورهای غیرمنطقی آنان سود جست و با تقویت جهت‌گیری مذهبی درونی منجر به تقویت منبع کنترل درونی، در جهت کاهش باورهای غیرمنطقی آن‌ها اقدام نمود.

۲- برای بهبود کارکرد شناختی و در نتیجه بعد مذهبی سالمندان با دقت بیشتری به مباحث آموزش سالمندان در خصوص افزایش خودآگاهی جهت شناسایی باورهای غیرمنطقی و مقابله با این افکار، بازسازی عقاید تحریف شده و جایگزین نمودن باورهای منطقی با غیرمنطقی پردازند.

۳- انجام مطالعه مشابه بر روی سالمندانی که در منزل خود هستند، می‌تواند جالب توجه بوده و شاید نتایج متفاوتی داشته باشد.

منابع

- احمدی نوده، خدابخش. (۱۳۸۶). بررسی رابطه بین اعتقادات دینی و آسیب دیدگی فرهنگی خانواده. *فصلنامه علوم رفتاری*، شماره ۱، ۳۸-۳۱
- ادیب حاج باقری، محسن؛ اکبری، حسین. (۱۳۸۹). شدت ناتوانی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان. *فصلنامه فیض*، ۱۳(۳)، ۲۳۴-۲۲۵.
- اصولی، پریسا. (۱۳۸۶). سالمندان ایرانی به روایت آمار. *فصلنامه سلامت*. ۳۹، ۱۴-۱۲.
- باهنر، ناصر. (۱۳۸۰). *آموزش مفاهیم دینی همگام با روانشناسی رشد* (چاپ اول). تهران: نی.
- بهرامی احسان، هادی. (۱۳۷۸). بررسی اثربخشی روان درمانگری کوتاه مدت "آموزش خود مهارگیری با و بدون جهت گیری مذهبی بر مهارت اضطراب و تنیدگی. دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم انسانی.
- بهرامی احسان، هادی؛ تاشک، آناهیتا. (۱۳۸۴). رابطه بین ابعاد مذهب جهت گیری مذهبی، سلامت روانی و اختلال های روانشناختی. *مجله روانشناسان ایرانی*، دوره دوم، شماره پنجم، ۴۵-۳۲.
- بهرامی احسان، هادی؛ تاشک، آناهیتا. (۱۳۸۳). ابعاد رابطه جهت گیری مذهبی و ارزیابی مقیاس جهت گیری مذهبی. *روانشناسی و علوم تربیتی*، سال سی و چهارم، شماره ۲، ۶۳-۴۱.
- پاشا، غلامرضا، صفرزاده، سحر، و مشاک، رویا. (۱۳۸۶). مقایسه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی بین سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده. *فصلنامه خانواده پژوهی*، ۳، ۵۰۳-۵۰۴.
- پروچاسکا، جیمز لو و نورکراس، جان سی. (۱۳۸۸). *نظریه های روان درمانی*. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: انتشارات رشد.
- جان بزرگی، مسعود. (۱۳۷۸). بررسی اثربخشی روان درمانگری با و بدون جهت گیری مذهبی اسلامی بر اضطراب و تنیدگی، پایان نامه دکتری، تهران، دانشگاه تربیت مدرس.
- جعفری، علیرضا. (۱۳۹۳). بررسی رابطه جهت گیری مذهبی با شیوه های مقابله با استرس. *علوم رفتاری*. ۱، ۹۶-۹۰.

سیف، سوسن. (۱۳۸۰). مذهب و بهداشت بشری. *اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان (چکیده مقالات)*. تهران: معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و

خدمات بهداشتی درمانی ایران

شریفی، فاطمه. (۱۳۹۰). بررسی رابطه ادراک دانش‌آموزان از سبک‌های فرزند‌پروری والدین با خودتنظیمی و جهت‌گیری مذهبی آنان در مدارس. *علوم رفتاری*. ۴، ۲۳-۲۰.

شفیع‌آبادی، عبدالله، ناصری، غلامرضا. (۱۳۸۶). *نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی*. تهران: نشر دانشگاه.

صولتی، کمال. (۱۳۸۰). بررسی باورهای غیرمنطقی در اقدام‌کنندگان به خودکشی (به روش خودسوزی) و افراد بهنجار. *مجله دانشکده علوم پزشکی شهرکرد*. ۱، ۶۶-۵۲. عبادی، غلام‌حسین و مختار معتمدین. (۱۳۸۴). بررسی ساختار عاملی آزمون باورهای غیرمنطقی جوانان در شهر اهواز. *دانش و پژوهش در روانشناسی*، سال هفتم، ۹۲-۷۳. غرایبی، بنفشه؛ اشین‌احمدنند؛ اشرف‌اکبری دهقی؛ سعیده زنونیان. (۱۳۸۷). بررسی سلامت روان با مذهب درونی و بیرونی در شهر کاشان. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز*، سال سوم، شماره دهم، ۸۸-۶۵.

فدایی، مژگان. (۱۳۸۵). بررسی رابطه ادراک فرزندان از سبک فرزند‌پروری و جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان دانشجویان دختر دانشگاه علامه طباطبایی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

کرین، ویلیامز. (۲۰۱۳). *نظریه‌های رشد، مفاهیم و کاربردها (چاپ نهم)*. (ترجمه‌ی غلامرضا خوی‌نژاد و علیرضا رجایی، ۱۳۹۲). تهران: رشد.

کیومرثی، محمدرضا. (۱۳۸۲). رابطه جهت‌گیری مذهبی با عوامل شخصیت. *معرفت*. ۷۵، ۷۷-۵۹.

گراوند، هوشنگ؛ بهرام‌علی‌قنبری هاشم‌آبادی؛ پیمان کامکار زاهروند؛ سپیده جعفری. (۱۳۹۱). بررسی تطبیقی جهت‌گیری دینی (درونی و بیرونی) با سلامت روان و باورهای غیرمنطقی. *روانشناسی و دین*، سال پنجم، شماره اول، ۱۰۳-۷۹.

گردی، فلور؛ میناکار، محمود؛ حیدری، محمود. (۱۳۸۴). رابطه سلامت روانی با تفکرات غیرمنطقی در دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی. *پژوهش‌های روان‌شناختی*، ۸(۳، ۴)، ۴۵-۶۱.

مختاری، عباس، الهیاری، عباسعلی، رسول زاده طباطبایی، کاظم. (۱۳۸۰). رابطه جهت‌گیری مذهبی با میزان تنیدگی. *مجله روانشناسی*. ۱۷، ۶۷-۵۶.

موحد، مجید. (۱۳۸۵). بررسی رابطه عوامل اجتماعی و فرهنگی دانشجویان نسبت به معاشرت قبل ازدواج و دوستی دختر و پسر. *علوم اجتماعی و انسانی*. ۲، ۱۶۵-۱۴۷.

میراب زاده اردکانی، آرش. (۱۳۸۷). *سالمندی بهنجار، مجموعه مقالات اولین کنفرانس بین‌المللی سالمندی در ایران، مسائل روان‌شناختی، ورزش و تغذیه در سالمند (جلد سی)*. تهران: گروه بانوان نیکوکار.

نجاتی، وحید؛ عشایری، حسن. (۱۳۸۷). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان شهرستان کاشان. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۴(۱)، ۵۶-۶۱.

نوغانی، فاطمه. (۱۳۸۳). تأثیر آموزش فرهنگ دینداری بر میزان افسردگی. *فصلنامه حیات*، سال دهم، شماره بیست و سوم، ۴۹-۵۶.

وثوقی، منصور. (۱۳۸۴). بررسی رابطه عوامل اجتماعی و فرهنگی بر نگرش والدین نسبت به روابط میان نوجوانان دختر و پسر شهر تهران. *انسان‌شناسی*. ۴، ۱۸۸-۱۶۱.

هروی کریموی، مجیده. (۱۳۸۰). *نقش اسلام در ارضای نیازهای روانی سالمندان*. اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان (چکیده مقالات). تهران: معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

یوسفی، زهرا. (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی آموزش روابط سالم با رویکرد یادگیری اجتماعی بر افزایش آگاهی دختران و پسران. *اصول بهداشت روانی*، ۳۵، ۱۶۰-۱۵۳.

- Ardelt, M. (2003). Effects of Religion and Purpose in life on Elders Subjective Well-Being and Attitudes toward Death. *Journal of Religious Gerontology*, 14, 125-129.
- Ardelt, M. & Koeing, C. (2006). The role of religious for hospice patients and relatively healthy older adults. *Research on Aging*, 28, 184-215.
- Cavanaugh, J. C. (1999). *Adult Development and aging*. Publishing Company, Pacific Grove.
- Dilorenzo, TA; David, DY; & Montgomery, G. H. (2007). The interrelations between irrational cognitive processes and distress in stressful academic setting. *Personality and Individual Differences*, 42 765-776.

- Donahue, M.J. (1985), Intrinsic and Extrinsic religiousness: Preview and meta-analysis. *Journal of Psychology and Social Psychology*, 48.
- Ellis, A. (1994). Reason and emotion in psychotherapy revised. New York: Carol publishing.
- Ellis, A. (1995). Changing rational-emotive therapy (RET) to rational emotive behavior therapy (REBT). *Journal of rational-emotive and cognitive behavioral therapy psychotherapy*, Vol. 13, Pp. 85-89.
- Ellis, A. (2001). Feeling better, getting better, and staying better. Atascadero, CA: Impact.
- Ellis, A. & Harper, P. A. (1997). A guide to rational living. North holly wood, CA: Melvin powers (Wilshire books).
- G. W. Allport & J.M. Ross, (1967). Personal Religious Orientation Prejudice, *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol.5. 432-443.
- Hayslip, BJr; Galt, CP; Lopez, FG; Nation, PC. (1994). irrational beliefs and depressive symptoms among younger and older adults: a cross-sectional comparison, *International Journal of Aging and Human Development*, 38(4): 307-26.
- Kim, F.A. (2006). Religious influence and personal and societal well- being social indicator research.62, 149-170h sexual activate among high school students in Nairobi· KENYA. *Journal of Adolescence*. 32, 1023-1030.
- Kabiru, c.w & Panas, p. (2009). Factors associated with sexual among high school students in Nairobi· Kenya. *Journal of Adolescence*. 32% 1023-1030
- Levin, J.S. (1994). Religion in aging and health. Theoretical foundation and methodological frontiers. California. SAGE. Publication Inc.
- Malouff, J. M; Schutte, N. S. (1992). Examination of the relationshipbetween irrational beliefs and state anxiety. *Personality and Individual Differences*, Vol. 13, Pp. 451-456.
- Organization WHO Aging and life course (2009). Available from: <http://www.who.int/ageing/en/>.
- Papageorgiou, C; Panagiotakos, DB; Pitsavos, C; Tsetsekou, E; Kontoangelos, K; Stefanadis, C; Soldatos, C. (2007). Association between plasma inflammatory markers and irrational beliefs; the ATTICA epidemiological study. *Progress in Nero-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, Progress in Nero-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 30(8), 1496–1503.
- Qui, C; Kivipetto, m. (2009). Epidemiology of Alzheimer's disease: occurrence, determinant and strategies toward intervention. *Dialogues Clin Neuscal*, Vol. 11, No. 2, Pp. 111-128.
- Szentagocai, A; & Freeman, A. (2007). An analysis of relationship between irrational beliefs and automatic thoughts in predicting distress. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, Vol. 7, Pp. 1-9.
- Sirven, N. and Debrand. (2008). *promoting social participating for healthy aging: A conceptual analysis from the survey of health· aging· and retirement in Europe*. IRDES Institute for Research and information in health Economic.