بررسی تاثیر آموزش مولفه‌های هوش معنوی برکیفیت زندگی همسران جانباز شاغل به تحصیل درمدارس بزرگسالان شهرتهران درسال تحصیلی۹۰-۸۹

حمیده هادی‌تبار*[۱]، شکوه نوابی‌نژاد[۲]، قدسی احقر[۳]

[۱]کارشناس‌ارشدرشته مشاوره، دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات،[۲]استاد مشاوره دانشگاه تربیت معلم، [۳]دانشیار پژوهشگاه مطالعات و دانشگاه علوم تحقیقات تهران

*نویسنده پاسخگو: Email: hamideh_hadi@yahoo.com

چکیده

مقدمه: ۸سال جنگ بدون‌تردید موقعیت‌های ویژه فراوانی راجهت تحقیق و مطالعه ایجاد کرده‌است که ثبت آثار علمی آن وظیفه محققین کشور است. باتوجه به مسائل جنگ وتاثیر فشارهای ناشی از آن بر خانواده به ویژه همسران، به عنوان محوری‌ترین عضو خانواده، پژوهنده برآن شدکه تاثیر افزایش هوش معنوی (SQ)[I] همسران جانباز را درکیفیت زندگی آن‌ها بررسی نماید.

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مولفه‌های هوش معنوی برکیفیت زندگی همسران جانباز انجام‌شد. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه همسران جانبازشاغل به تحصیل دوره متوسطه درمدارس بزرگسالان شهر تهران، سال تحصیلی ۹۰- ۸۹ بود.

مواد وروش‌ها: حجم نمونه طبق فرمول کوکران ۶۰ نفربا استفاده از روش نمونه گیری چندمرحله‌ای انتخاب شد. به منظورجمع‌آوری‌داده‌ها از"پرسشنامه" کیفیت زندگی Sf-36[II] " وار و شربورن[III](۱۹۹۲) که ابعاد ۸گانه (کارکردجسمانی، محدودیت نقش در ارتباط با سلامت جسمانی، محدودیت نقش درارتباط با مشکلات عاطفی، سرزندگی، رفاه هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد، سلامت عمومی) را می‌سنجید، استفاده شد. آموزش هوش معنوی طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای روی گروه آزمایش اجرا شد. این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحلهٔ پی‌گیری بود. جهت تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آمار استنباطی (آزمون تحلیل کواریانس، آزمون اندازه‌های تکراری[IV])استفاده شد

یافته‌ها: ۱) آموزش هوش معنوی برابعاد ۸گانه کیفیت زندگی (کارکرد جسمانی، محدودیت نقش در ارتباط باسلامت جسمانی، محدودیت نقش در ارتباط با مشکلات عاطفی، سرزندگی، رفاه هیجانی،کارکرد اجتماعی، درد، سلامت عمومی) همسران جانباز تأثیر دارد. ۲) آموزش هوش معنوی برابعاد کیفیت زندگی همسران جانباز درطول زمان از پایداری مناسبی برخوردار است.

نتیجه‌گیری: زمینه بسیارگسترده‌ای برای تحقیق و پژوهش درعوامل موثردر کیفیت زندگی جانبازان وهمسران آن‌ها درابعاد مختلف هوش معنوی (خودآگاهی،هوشیاری، معنادهی، شهود، مراقبت، حل مساله،...)، با ابزار مختلف در پیش روی وجودداردکه با استفاده از آن‌ها ، می‌توان به نیازسنجی وارائه تصویری روشن از مشکلات فرا روی این گروه پرداخت.

کلید واژه: هوش معنوی، کیفیت زندگی، همسران جانباز، سلامت عمومی،کارکردفیزیکی، نشاط وشادابی.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۸/۳۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۰/۱۰

[I] Spiritual Quotient
[II] Short Form
[III] Ware & Sherbourne
[IV] Repeated Measurement

[Downloaded from ijwph.daneshafarand.org on 2026-06-06]

مقدمه

خانواده مولد نیروی انسانی و معبر سایر نهادهای اجتماعی است، به‌گونه‌ای که بهنجاری یا ناهنجاری جامعه درگرو شرایط عمومی خانواده است وهیچ یک از آسیب‌های اجتماعی فارغ از تاثیر خانواده پدید نمی‌آید (۹).

همچنین (هربرت، ۱۹۸۸) معتقداست خانواده به لحاظ قدمت ابتدائی‌ترین واز نظر گستردگی، جهان شمول‌ترین سازمان و یا نهاد اجتماعی است. این امر نشان می‌دهد که خانواده واجد ارزش بقائی بسیار مهمی برای فرد و نوع انسان می‌باشد (۱۴). کیفیت زندگی حوزه‌های مختلفی ازجمله حوزه سلامتی وکار، اقتصادی، اجتماعی، روحی، روانی، و خانوادگی را شامل می‌شود (۱۸). بنابراین کاهش استرس و ارتقاء سطح سلامت و کیفیت زندگی افراد جامعه، موضوع بسیار مهمی است که مورد توجه صاحب نظران بهداشتی قرارگرفته‌است. به اعتقاد کترهال[I] (۲۰۰۴)، اعضای خانواده وقتی از سوی منابع دیگر حمایت شوند، توانائی بیشتری برای کمک به فرد حادثه دیده خواهندداشت. همچمنین تجارب بالینی زیادی ازجمله مشاهدات کافلان و پارکین (۱۹۸۷) نشان‌داده که خانواده جانبازان (خصوصاً همسران) ازمشکلات روانی رنج می‌برند (۱۹). و از آنجا که خانواده رکن اصلی در جامعه به شمار می‌آید و دست‌یابی به جامعه سالم در گروداشتن رابطه‌های مطلوب اعضاء خانواده‌است، لذا پرداختن به این مسئله حائز اهمیت است.

جنگ تحمیلی به عنوان یک عامل فشار روانی شدید محورهای متعدد و اثرات متفاوتی دربرداشت، به نظر می‌رسد پس از اتمام جنگ و با برگشت رزمندگان به خانواده، به سبب استرس‌های ناشی ازجنگ و اثر مخرب آن بر روح و روان افراد، تاثیرات نامطلوب جنگ بر خانواده، به خصوص همسران آنان همچنان ادامه‌دارد(۴).

معنویت از ابتدای خلقت انسآن‌ها قسمت عمده زندگی آنان را تشکیل می‌داده است. وقتی خدا داستان خلقت را با فرشتگان در میان می‌گذارد و به آن‌ها درمورد خلقت آدم به عنوان خلیفه خدا خبر می‌دهد و اسماء خود را به آدم آموزش می‌دهد، هستی آدم (ابوالبشر) و به تبع او هستی تمام انسآن‌ها با معنویت شروع می‌شود. هرچند فراموشکاری و نسیان از فطرت ذاتی خود به او این امکان را می‌دهدکه به‌طور موقت از اصل خویش غافل بماند و در بعضی مواقع فراموش کندکه او حامل امانت الهی است و عصیان بورزد، ولی در عمق روان خود هرگز فراموش نمی‌کند که او بعدی دارد که معنادهنده به زندگی و حیات، مرگ، نشور و گذرش از پیچ و خم‌های زندگی است. آگاهی حاصل‌کردن از محتوای معنوی روان ناخودآگاه (جمعی) و دریافت و درک خویشتن معنوی یکی از اهداف عمده زندگی است. پیامبران برای وصل‌کردن انسآن‌ها به این بعد معنوی مبعوث شدند و فرهنگ غنی دینی را در اختیار انسآن‌ها گذاشتند که درصورت تمسک انسآن‌ها به این رهنمودهای معنوی اتصال دوباره انسان با معنویت ایجاد می‌شود. ولی انسان عصیانگر این رهنمودها را جدی نمی‌گیرد و به جدایی خود پافشاری می‌کند و نتیجه‌اش حیرانی، از دست‌دادن معنا، پوچی و سرگردانی است. از زمان رنسانس و عصر روشنگری شکاف عظیمی بین ماده و معنا صورت گرفت. تفکر در ارتباط بین ماده و معنا ودرهم تنیدگی آن‌ها از بین رفت و انسان با خلاء معنا مواجه شد. هرچندکه این امر تسهیل در پیشرفت تکنولوژی را فراهم ساخت ولی رفته‌رفته به تهی‌شدن انسآن‌ها از معنی انجامید. روانشناسان بزرگی مثل یونگ، جیمز، فرانکل و اریک فرام این خلاء معنا را مشاهده‌نموده و در نوشته‌های خودگزارش دادند. ولی عموم روانشناسان این گوشزدها را جدی نگرفتند (۸). پس از انقلاب‌های علمی و صنعتی درغرب، گستره نفوذ دین و معنویت رو به کاهش گذاشت، تاجائی‌که تصور می‌شد دین به کلی رو به زوال است و در سالیان اخیر محرزشده که دین و معنویت هر دو مورد توجه مجدد جوامع قرارگرفته‌اند، اینک ابراز علاقه به دین در عموم کشورهای اسلامی از جمله کشورهای خاورمیانه، آفریقا و همچنین، خاور دور چنان واضح است که از آن به بیداری اسلامی یاد می‌شود. مردم کشورهای مسیحی نیز که ده‌ها سال سردمداران الحاد و بی‌دینی در جهان بوده‌اند، در سالیان اخیر دوباره گرایش قابل‌ملاحظه‌ای به دین و معنویت نشان می‌دهند. حتی در جوامعی مانند آمریکا نوعی تشنگی نسبت به امور معنوی از جمله دین احساس می‌شود (۲). به هرحال تحقیقات ۲۵ سال اخیر نشان‌داد که معنویت یک بعد جدانشدنی انسآن‌ها ست و بایستی برای تأمین سلامت روانی پا به پای سازه‌های دیگر روان‌شناختی به طور جدی مورد توجه قرارگیرد (۸). هر روزه بر تعداد یافته‌های پژوهش

[I] Caterhall,D

[Downloaded from ijwph.daneshafarand.org on 2026-06-06]

در زمینه‌های مختلف علمیه ویژه پزشکی، روان‌شناسی وجامعه‌شناسی که با گزاره‌های دینی همسو هستند یا لااقل تناقضی با دین ندارند، افزوده می‌شود. این یافته‌ها که در سه دهه قبل اندک بودند، درسال‌های اخیر با یک شتاب ناگهانی درحال افزایش هستند .به‌طور مثال، در خصوص ارتباط بین دین و سلامتی چیزی حدود ۲۰۰ پژوهش پس از نیمه اول قرن بیستم وجودداشت که در دهه آخر این قرن، ناگهان به بیش از ۵۰۰۰ پژوهش موءید ارتباط مثبت دین و سلامتی بالغ گردید و امروز با سرعت بیشتری درحال افزایش است، به نحوی که شاید بتوان از آن به "یک نهضت علمی" تعبیرکرد (۲). اهمیت معنویت و رشد معنوی در زندگی انسان در چند دهه گذشته به‌صورت روز افزون توجه روان‌شناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب‌کرده‌است تاجایی که سازمان جهانی بهداشت درتعریف ابعاد وجودی انسان به ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی اشاره می‌کند و بعد چهارم یعنی معنویت را در رشد و تکامل انسان طرح می‌کند(۲۳).

هوش معنوی اخیراً نظر بسیاری ازصاحب نظران و محققان را به خود جلب‌کرده‌است. هوش معنوی قادراست که هوشیاری یا احساس پیوند با یک قدرت برتر یا یک وجود مقدس را تسهیل‌کند یا افزایش‌دهد (۱۹). به موازات بررسی رابطه بین معنویت و دیگر مولفه‌های روان‌شناختی (مثل کیفیت زندگی) گروهی از پژوهشگران در تبیین بعضی از مشاهدات و داده‌ها درصدد مفاهیمی جدید در ارتباط با دین و معنویت بوده‌اند. برای مثال مفاهیم بهزیستی معنوی[I] (گومزو فیشر[II]۲۰۰۳)، تحول معنوی[III] (ریش[IV]،۲۰۰۱)، سلامت معنوی[V] (مک‌دونالد[VI]،۲۰۰۰) در آستانه هزاره سوم میلادی به ادبیات آکادمیک روان‌شناسی اضافه شده‌اند. سازه هوش معنوی در ادبیات اکادمیک روان‌شناسی برای اولین بار در سال ۱۹۹۶ توسط استیونز[VII] و بعد در سال ۱۹۹۹ توسط توسط امونز[VIII] مطرح شد (۲۰).

[I] Spiritual well - being
[II] Gomez & Fisher
[III] Spiritual development
[IV] Rerich
[V] Spiritual health
[VI] Mac Donald
[VII] Stevens,B
[VIII] Emmons,R.A

معنویت، هوشی است که ما توسط آن، نیازهایمان را شناسایی و بیان می‌کنیم و مشکلات با معنا و ارزشمندمان را حل می‌کنیم و با استفاده از آن می‌توانیم اعمال و کیفیت زندگیمان را دریافتی که از لحاظ معنادهی غنی‌تر و وسیع‌تر باشد قراردهیم، و به کمک آن می‌سنجیم که یک روش و یک راه، از دیگر روش‌ها و راه‌ها بامعناتر و هدفمندتر است (۲۴). معنویت، به معنای اجتناب از زندگی و مشکلات و بلاتکلیفی‌ها نیست. معنویت اگر حالت اعتیاد نداشته‌باشد و سالم باشد حامی آزادی فرد، استقلال، عزت‌نفس و همین‌طور مسوولیت اجتماعی اوست، و به منع یا انکار احساسات نمی‌پردازد (۲۳). در طول چند دهه گذشته، نظریه‌های هوش چندگانه، فهم ما را از هوش وسیع‌تر ساخته‌است، خصوصاً توانائی‌های منطقی و زبانی با تست هوش‌شناختی، هوش هیجانی خلاق، عملی، اجتماعی، وجودی و معنوی را در برگرفته‌است (۷). هوش معنوی بیانگر مجموعه‌ای ازتوانایی‌ها وظرفیت‌ها و منابع معنوی می‌باشد که کاربست آن، در زندگی روزانه موجب افزایش انطباق‌پذیری فرد می‌شود. درتعریف‌های موجود از هوش معنوی، به‌ویژه بر نقش آن در حل مسائل وجودی و یافتن معنا و هدف در اعمال و رویدادهای زندگی روزمره تاکید شده‌است (۲۰). سیندی ویگلز ورث[IX]، هوش معنوی را به عنوان توانایی برای رفتارکردن همراه با دلسوزی و مهربانی و عقل و خرد باحفظ آرامش درونی بیرونی بدون‌توجه به شرایط می‌داند وامونز (۲۰۰۰) هوش معنوی را کاربرد انطباقی اطلاعات معنوی درجهت حل مسئله در زندگی روزانه و فرایند دستیابی به هدف می‌داند (۲۰). همچنین گستره معنویت در همه زوایای زندگی انسان و نیز لزوم ارزیابی مجدد نقش مذهب در بهداشت روانی مشهود است. پژوهش درباره معنویت امروزه دررشته‌های متنوعی از قبیل پزشکی، روان‌شناسی، انسان‌شناسی، عصب‌شناسی و علوم‌شناختی در حال پیشرفت است. هوش معنوی همان معنویت نیست که در هر زمینه فرهنگی متفاوت باشد و بنابراین احتمالاً باید امکان ساخت یک مقیاس جهان شمول برای آن وجود داشته‌باشد برای مثال یوسی‌آمرام[X] (۱) از طریق یک تحقیق کیفی تلاش‌کرد تا ابعاد جهان شمول هوش

[IX] Wiggles Worrth
[X] Amram,Y

[Downloaded from ijwph.daneshafarand.org on 2026-06-06]

معنوی را بدست‌آورد. همچنین دیویدکینگ[I] (۱۲) معتقداست مجموعه‌ای از قابلیت‌های جهان شمول وجوددارد که به معنویت با هر دیدگاهی مرتبط است. فتاحی و فرهنگی نیز یک تحقیق جهت ساخت مقیاس هوش معنوی بر اساس مجموعه توانائی‌های معنوی مشترک میان همه انسان‌ها انجام‌دادند (۶).

باتوجه به این تعاریف هوش معنوی می‌توان نتیجه‌گرفت که هوش معنوی موجب افزایش کیفیت عملکرد و بهزیستی روانی افراد می‌شود و در پژوهش‌ها نشان‌داده شده‌است، هوش معنوی باسلامت افراد رابطه مثبت دارد. لذا با توجه به شواهد موجود، این پژوهش کوششی است در پاسخ به یک سلسله مسائل مهم روانی و تربیتی ازطریق بررسی تاثیر آموزش هوش معنوی بر کیفیت زندگی همسران جانباز. اکنون پس ازگذشت چند سال از جنگ هنوز برای این سئوال که"تاثیر آموزش هوش معنوی بر کیفیت زندگی همسران جانباز به چه میزان است؟" پژوهش جامعی انجام‌نشده تا بتوان با دست‌یابی به نتایج مفید آن ازتنیدگی خانوادهای جانبازان کاست و به وضعیت درمانی آن‌ها کمک‌کرد. پرداختن به سئوال مذکور از دیدگاه نظری، می‌تواند یک دیدگاه روشن، دست‌یابی به دانش بنیادی و گسترش اطلاعات لازم در زمینه بهداشت روان جانبازان و خانواده آن‌ها ارائه‌دهد. تا به تبع داشتن خانواده‌های سالم، جامعه‌ای سالم در پیش رو داشته‌باشیم. از دیدگاه عملی، باتوجه به این‌که پژوهش حاضر به تعیین مولفه‌های هوش معنوی و کیفیت زندگی تاکیددارد، انتظار می‌رود یافته‌ها بتواند مولفه‌های مهمی را شناسائی کند که نقش مهمی در کیفیت زندگی و همچنین توسعه طرح‌های درمانی ایفاکند، تا بتوان به همسران جانباز و از آن طریق به خاتواده آن‌ها کمک کرد. و به این ترتیب کیفیت زندگی مناسب‌تر، منجر به بهبود روابط بین فردی و خانوادگی، سازگاری مناسب و فهم درست مشکلات می‌شود.

مواد وروش‌ها

جامعه و نمونه

کلیه همسران جانباز شاغل به تحصیل دوره متوسطه در مدارس بزرگسالان شهر تهران، سال تحصیلی ۹۰-۸۹ جامعه ما بودند.

چون مقیاس اندازه‌گیری پیوسته و فرضیه‌های پژوهش دو دامنه بود، حجم نمونه طبق فرمول کوکران درسطح اطمینان ۹۵٪ به شرح زیر اندازه‌گیری شد:

$$n = \frac{\sigma^2 \times z^2 1-\frac{\alpha}{2}}{D^2}$$

n = حجم نمونه

σ^2 = واریانس جامعه براساس تحقیقات انجام‌شده برابر با ۰.۷۸ (۱۲).

$= z^2 1-\frac{\alpha}{2}$ سطح اطمینان برای فرضیه‌های دو دامنه در سطح اطمینان ۹۵٪ برابر ۱.۹۶

D^2= خطای قابل‌قبول برابر ۰.۰۵

$$n = \frac{\frac{0}{78} \times \left(\left[\frac{1}{96}\right]^2\right.}{\frac{0}{05}} = \frac{59}{92}$$

جهت جلوگیری از افت نمونه و تعمیم‌پذیری بیشتر حجم نمونه به ۶۰ نفر افزایش می‌یابد.

ابزار

دراین مطالعه از پرسشنامه "کیفیت زندگی Sf-36"در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده‌شد. این پرسشنامه ابزار مناسبی برای ادراکات فرد از سلامتی خود می‌باشدکه توسط وار و شربورن (۱۹۹۲) طراحی شد و دارای ۳۶ سوال با گزینه‌های مختلف در ۸ بعد است، که دو حیطه اصلی جسمی و روانی را در ابعاد (کارکرد جسمانی، محدودیت نقش در ارتباط با سلامت جسمانی، محدودیت نقش در ارتباط با مشکلات عاطفی، سرزندگی، رفاه هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد، سلامت عمومی) می‌سنجد. پاسخ‌دهی به پرسشنامه به صورت بلی و خیر و همچنین در بعضی زیرمقیاس‌ها به صورت طیف لیکرت است. نمره بالاتر در هر یک از زیرمقیاس‌ها بیانگر وضعیت مطلوب‌تر فرد است. امتیازها از ۰تا۱۰۰ متغیر است و صفر بدترین و ۱۰۰ بهترین وضعیت را نشان می‌دهد.

طی ۱۲ جلسه به آزمودنی‌ها آموزش هوش معنوی داده‌شد. پروتکل آموزشی براساس مطالعات زوهر و مارشال (۲۲)، سیسک و تورنس (۱۷) و پایان‌نامه معینی (۱۳) انتخاب‌شد فاصله جلسات پنج روزه بود و هر جلسه۹۰ دقیقه به طول انجامید. جلسات برگزارشده مجموعا در طی ۲ ماه بود و کلیه جلسات توسط محقق برگزارشد.

[I] King,D

[Downloaded from ijwph.daneshafarand.org on 2026-06-06]

محتوای آموزش شامل:

- نحوه آزمون.
- اجراء تمرینات ریلکسیشن و مدیتیشن و تعمق و آموزش آن جهت اجرا در هر روز.
- آموزش روش‌های خودآگاهی و پرسشنامه‌های باز پاسخ طراحی‌شده در این زمینه.
- آموزش در زمینه پرسش‌های اساسی زندگی و یادگیری جستجوی عواملی که فرد را به بالا یا پایین هرم انگیزه‌ها هدایت می‌کنند.
- آموزش در زمینه معنی و نقش آن در مقابله با بحرآن‌ها و شرایط پر استرس زندگی با الهام از معنادرمانی ویکتور فرانکل.
- آموزش در زمینه تفکر انتقادی

این پژوهش نیمه آزمایشی ازنوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. در مرحله اول از بین مناطق آموزشی شهر تهران سه منطقه به صورت تصادفی انتخاب‌شد. درمرحله دوم ازهریک از مناطق آموزشی منتخب، یک مدرسه در دوره متوسطه بزرگسالان به صورت تصادفی انتخاب‌شد. پرسشنامه کیفیت زندگی رابه تمام همسران جانباز درآن مدارس داده، افرادی راکه نمره کیفیت زندگی آن‌ها پائین‌تر از متوسط (بین ۳۱تا۷۰) است انتخاب‌کرده، و از بین آن‌ها ۶۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب‌شدند. آن‌ها را به ۲ گروه مساوی تقسیم‌کرده، یک گروه را تحت عنوان گروه آزمایش و گروه دوم را تحت عنوان کنترل مشخص‌کردیم. در گروه آزمایش متغیر مستقل (آموزش هوش‌معنوی) را اجراکرده، و گروه گواه هیچگونه آموزشی را دریافت‌نکرد. در مرحله پی‌گیری نیز مجددا پرسشنامه کیفیت زندگی را برروی گروه آزمایش اجرا تا وضعیت پایداری آموزش معلوم گردد.

روش‌های آماری

جهت تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و نمودار...) استفاده‌شد و جهت آزمون فرضیه‌های پژوهش از آمار استنباطی (آزمون تحلیل کواریانس و آزمون اندازه‌های تکراری)، استفاده‌شد.

یافته‌ها

میانگین سنی همسران جانباز مورد مطالعه ۴۲.۸سال بود و تمامی آن‌ها از نظر جنسیت زن بودند، که درصد جانبازی شوهرانشان با دامنه ۲۵الی۷۰بود.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی افراد گروه آزمایش و گروه گواه درمر حله پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پی‌گیری

مرحله / خرده مقیاس	گروه آزمایش						گروه گواه			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD
کارکردجسمانی	۷۹.۱۷	۱۵.۶۰	۸۵.۱۷	۹.۹۶	۸۵.۸۳	۹.۸۳	۷۸.۵۰	۲۰.۹۷	۷۹.۰۰	۱۹.۸۰
محدودیت نقش در ارتباط با سلامت جسمانی	۷۰.۲۷	۲۴.۶۳	۷۳.۳۳	۳۰.۵۱	۰.۳۱۷	۱۰.۱۳	۶۴.۱۷	۳۹.۷۴	۶۶.۱۱	۳۷.۸۴
محدودیت نقش در ارتباط با مشکلات هیجانی عاطفی	۷۱.۰۹	۳۶.۷۸	۷۴.۴۱	۲۸.۶۲	۷۵.۱۴	۲۶.۶۰	۶۴.۴۳	۴۱.۰۰	۷۱.۰۹	۳۵.۸۱
سرزندگی	۶۷.۴۳	۱۷.۴۲	۷۲.۱۷	۱۳.۴۳	۷۲.۰۰	۱۳.۳۶	۷۰.۸۳	۱۵.۲۰	۶۶.۹۰	۱۶.۳۵
رفاه هیجانی	۶۷.۱۹	۲۳.۳۹	۷۶.۴۷	۱۴.۲۱	۷۶.۲۸	۱۳.۹۳	۷۱.۳۰	۱۵.۴۹	۷۲.۴۰	۱۲.۹۲
کارکرد اجتماعی	۷۸.۷۷	۲۰.۰۱	۸۶.۶۷	۱۶.۷۲	۸۴.۱۷	۲۹.۴۱	۷۰.۷۷	۲۴.۴۱	۷۳.۹۷	۲۰.۲۲
درد	۶۵.۰۰	۲۶.۳۰	۷۴.۷۰	۲۰.۷۶	۷۴.۶۲	۲۰.۳۵	۷۰.۰۲	۲۶.۵۸	۶۸.۰۸	۲۶.۴۳
سلامت عمومی	۶۷.۷۰	۱۸.۰۷	۷۴.۵۰	۱۶.۶۳	۷۲.۱۰	۱۶.۶۲	۶۷.۵۸	۱۷.۵۲	۶۹.۰۰	۱۷.۲۹
نمره کلی کیفیت زندگی	۵۶۶.۶۲	۱۲۳.۰۰	۶۱۷.۱۴	۱۰۴.۲۸	۶۱۷.۶۴	۱۰۳.۵۸	۵۵۷.۶۰	۱۳۱.۹۳	۵۶۶.۵۵	۱۲۸.۴۰

همانگونه که اطلاعات جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین نمرات معیار خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی (سلامت عمومی، محدودیت نقش فیزیکی، درک بیمار از درد بدن، عملکرد فیزیکی، سلامت روان، مشکلات روان، عملکرد اجتماعی، سرزندگی) در بین افراد گروه آزمایش در مرحله بعد از آزمون نسبت به مرحله قبل از آزمون تغییر پیدانموده و در همه زیر مقیاس‌ها افزایش داشته است. همچنین شواهد نشان می‌دهد که میانگین نمرات کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های آن در مرحله پیگیری بین افراد گروه آزمایش تقریبا ثابت‌مانده‌است و تغییر چندانی درآن‌ها رخ نداده‌است و این درحالی است که میانگین نمرات مولفه خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی در بین

[Downloaded from ijwph.daneshafarand.org on 2026-06-06]

افراد گروه گواه در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر چندانی پیدا نکرده‌است.

داده‌های تحقیق از طریق آزمون تحلیل کوواریانس مورد تحلیل قرار می‌گیرد، ولی در ابتدا لازم است نتایج آزمون لوین در مورد پیش‌فرض برابری واریانس‌ها گزارش‌گردد.

قبل از اجرای آزمون، همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین به‌گونه‌ای که در پی‌می‌آید مورد بررسی قرارگرفت.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که درزیرمقیاس‌های کیفیت زندگی مقدار f درسطح ۰.۰۵ معنادار نیست، بنابراین مفروضه یکسانی واریانس‌ها تایید می‌شود. پس با توجه به رعایت سایر مفروضه‌ها برای تحلیل داده‌ها می توان از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده‌نمود.

جدول۲: نتایج آزمون لوین درمورد پیش فرض برابری واریانس نمره‌های پس‌آزمون افراد مورد مطالعه

شاخص کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های آن	ضریب f	ضریبp
کارکردجسمانی	۱.۵۲۴	۰.۱۳۳
محدودیت نقش در ارتباط با سلامت جسمانی	۱.۲۷۷	۰.۲۶۳
محدودیت نقش در ارتباط با مشکلات هیجانی عاطفی	۱.۸۶۷	۰.۱۷۷
سرزندگی	۲.۰۶۴	۰.۱۵۶
رفاه هیجانی	۱.۱۰۴	۰.۲۹۸
کارکرد اجتماعی	۰.۳۶۴	۰.۵۴۹
درد	۱.۵۷۵	۰.۰۶۴
سلامت عمومی	۱.۰۹۷	۰.۲۹۹
نمره کلی کیفیت زندگی	۲.۰۹	۰.۱۵۳

جدول۳- نتایج تحلیل کوواریانس اثرات آموزش هوش معنوی برافزایش کیفیت زندگی همسران جانباز

شاخص / منبع	SS مجموع مجذورات	df درجه آزادی	MS میانگین مجذورات	F ضریب	P ضریب	مجذور اتا	توان آماری
کارکردجسمانی	۴۹۵.۳۲۵	۱	۴۹۵.۳۲۵	۴.۴۰۵	۰.۰۴۰	۰.۰۷۲	۰.۵۴۱
خطا	۶۴۰۸.۸۴۲	۵۷	۱۱۲.۴۳۶				
کل	۴۱۹۰۷۵.۰۰۰	۶۰					
محدودیت نقش در ارتباط با سلامت جسمانی	۱۱۲.۳۴۶	۱	۱۱۲.۳۴۶	۹.۹۷۱	۰.۰۰۰	۰.۵۵۱	۰.۶۷۱
خطا	۳۴۵۰۵.۴۹۶	۵۷	۶۰۵.۳۶۰				
کل	۳۶۰۹۲۷.۸۰۰	۶۰					
محدودیت نقش در ارتباط با مشکلات هیجانی عاطفی	۱۸.۳۸۰	۱	۱۸.۳۸۰	۳.۰۷۵	۰.۰۰۰	۰.۴۹۳	۰.۵۵۲
خطا	۵۱۲۳۸.۸۴۱	۵۷	۸۹۸.۹۲۷				
کل	۳۷۸۶۹۱.۲۱۰	۶۰					
سرزندگی	۷۶۷.۰۰۹	۱	۷۶۷.۰۰۹	۵.۴۴۹	۰.۰۲۳	۰.۰۸۷	۰.۶۳۱
خطا	۸۰۲۳.۶۱۲	۵۷	۱۴۰.۷۶۵				
کل	۳۰۳۴۹۸.۰۰۰	۶۰					
رفاه هیجانی	۵۱۱.۱۷۷	۱	۵۱۱.۱۷۷	۴.۶۱۹	۰.۰۳۶	۰.۰۷۵	۰.۵۶۱
خطا	۶۳۰۷.۸۴۲	۵۷	۱۱۰.۶۶۴				
کل	۳۴۳۳۶۴.۰۰۰	۶۰					
کارکرد اجتماعی	۱۱۱۳.۵۳۸	۱	۱۱۱۳.۵۳۸	۴.۹۰۴	۰.۳۱۰	۰.۰۷۹	۰.۵۶۸
خطا	۱۲۹۴۳.۳۶۵	۵۷	۲۲۷.۰۷۷				
کل	۴۰۹۴۲۴.۵۰۰	۶۰					
درد	۱۵۳۱.۳۸۸	۱	۱۵۳۱.۳۸۸	۶.۹۰۹	۰.۰۱۱	۰.۱۰۸	۰.۷۳۴
خطا	۱۲۶۳۴.۷۹۰	۵۷	۲۲۱.۶۶۳				
کل	۳۳۹۲۲۴.۷۵۰	۶۰					
سلامت عمومی	۴۴۱.۱۲۴	۱	۴۴۱.۱۲۴	۰.۸۹۸۴	۰.۴۰	۰.۴۸۱	۰.۸۸۵
خطا	۸۶۷۵.۱۱۶	۵۷	۱۵۲.۱۹۵				
کل	۳۲۶۰۲۵.۰۰۰	۶۰					
کیفیت زندگی	۳۰۳۹۷.۳۷۳	۱	۳۰۳۹۷.۳۷۳	۴.۳۱۳	۰.۰۴۲	۰.۰۷۰	۰.۵۳۳
خطا	۴۰۱۷۳۲.۶۷۰	۵۷	۷۰۴۷.۹۴۲				
کل	۲۱۸۵۸۴۶۰.۸۸۰	۶۰					

[Downloaded from ijwph.daneshafarand.org on 2026-06-06]

با توجه به اطلاعات جدول بالا و براساس نتایج آزمون تحلیل کوواریانس

تأثیر آموزش هوش معنوی در افزایش کیفیت زندگی در بین همسران جانباز مورد مطالعه، پس از تعدیل نمره‌های قبل از آزمون درسایر زیرمقیاس‌ها و نمره کلی کیفیت زندگی معنی‌دار بوده است :

-در زیرمقیاس کارکرد جسمانی معنی‌دار بوده‌است (F=۴.۴۰۵ و P=۰.۰۰۱). میزان این تفاوت؛ یعنی مجذور اتا برابر ۰.۰۷۲ شده‌است و توان آماری مساوی با p=۰.۵۴۱ شده‌است.

-در زیرمقیاس محدودیت نقش در ارتباط با سلامت جسمانی معنی‌دار بوده‌است (F=۹.۹۷۱ و P=۰.۰۰۱). میزان این تفاوت؛ یعنی مجذور اتا برابر ۰.۵۵۱ شده‌است و توان آماری مساوی با p=۰.۶۷۱ شده‌است.

- در زیرمقیاس محدودیت نقش درارتباط با مشکلات هیجانی معنی‌دار بوده‌است (F=۳.۰۷۵ و P=۰.۰۰۱). میزان این تفاوت؛ یعنی مجذور اتا برابر ۰.۴۹۳ شده‌است و توان آماری مساوی با p=۰.۵۵۲ شده‌است.

- درزیرمقیاس سرزندگی معنی‌دار بوده‌است (F=۵.۴۴ و P=۰.۰۲). میزان این تفاوت؛ یعنی مجذور اتا برابر ۰.۰۸۷ شده‌است و توان آماری مساوی با p=۰.۶۳۱ شده‌است.

- درزیر مقیاس رفاه هیجانی معنی‌دار بوده‌است (F=۴.۶۱۹ و P=۰.۰۳). میزان این تفاوت؛ یعنی مجذور اتا برابر ۰.۰۷۵ شده‌است و توان آماری مساوی با p=۰.۵۶۱ شده‌است.

- در زیرمقیاس کارکرد اجتماعی معنی‌دار بوده است (F=۴.۹۰۴ و P=۰.۰۳). میزان این تفاوت؛ یعنی مجذور اتا برابر ۰.۰۷۹ شده‌است و توان آماری مساوی با p=۰.۵۸۶ شده‌است.

- در زیرمقیاس درد معنی‌دار بوده‌است (F=۶.۹۰۹ و P=۰.۰۱). میزان این تفاوت؛ یعنی مجذور اتا برابر ۰.۱۰۸ شده‌است و توان آماری مساوی با p=۰.۷۳۴ شده‌است.

- در زیرمقیاس سلامت عمومی معنی‌دار بوده‌است (F=۴.۹۸۹ و P=۰.۰۰۴). میزان این تفاوت؛ یعنی مجذور اتا برابر ۰.۱۴۸ شده‌است و توان آماری مساوی با p=۰.۵۸۸ شده‌است.

- در کل کیفیت زندگی معنی‌دار بوده‌است (F=۴.۳۱۳ و P=۰.۰۴). میزان این تفاوت؛ یعنی مجذور اتا برابر ۰.۰۷ شده‌است و توان آماری مساوی با p=۰.۵۳۳ شده‌است.

نتایج فوق نشان‌دهنده آن است که آموزش هوش معنوی بر آزمودنی‌های مورد مطالعه در افزایش کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های آن در بین همسران جانباز تاثیر دارد و از نظر آماری نیز معنادار می‌باشد (p<۰.۰۵) بنابر شواهد فوق فرضیه تحقیق تایید می‌شود.

با توجه به نتایج ارائه‌شده در جدول ۴ تفاوت چندانی بین میانگین نمرات کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های آن (کارکرد جسمانی، محدودیت نقش در ارتباط با سلامت جسمانی، محدودیت نقش در ارتباط با مشکلات هیجانی عاطفی، سرزندگی، رفاه هیجانی، کارکرداجتماعی، درد، سلامت عمومی) در بین افراد گروه آزمایش در بین مرحله پس‌آزمون با پی‌گیری دیده‌نمی‌شود. به‌منظور حصول اطمینان از نتیجه فوق، وضعیت پایداری نسبی کیفیت زندگی همسران جانباز در گروه آزمایش با استفاده از آزمون اندازه‌های تکراری مورد آزمون قرارگرفت که نتیجه آن در جدول ۵ آمده‌است.

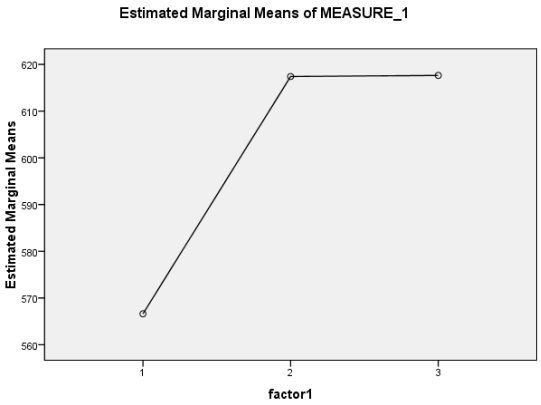
جدول ۴: مقایسه تغییرات میانگین زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری

گروه / شاخص / زیرمقیاس	پس‌آزمون گروه آزمایش		پیگیری گروه آزمایش	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کارکردجسمانی	۸۵.۱۷	۹.۹۶	۸۵.۸۳	۹.۸۳
محدودیت نقش در ارتباط با سلامت جسمانی	۷۳.۳۳	۳۰.۵۱	۷۱.۳۰	۱۰.۳۱
محدودیت نقش در ارتباط با مشکلات هیجانی عاطفی	۷۴.۴۱	۲۸.۶۲	۷۵.۱۴	۲۶.۶۰
سرزندگی	۷۲.۱۷	۱۳.۴۳	۷۲.۰۰	۱۳.۳۶
رفاه هیجانی	۷۶.۴۷	۱۴.۲۱	۷۶.۲۸	۱۳.۹۳
کارکرد اجتماعی	۸۶.۶۷	۱۶.۷۲	۸۴.۱۸	۱۴.۹۲
درد	۷۴.۷۰	۲۰.۷۶	۷۴.۶۲	۲۰.۳۵
سلامت عمومی	۷۴.۵۰	۱۶.۶۳	۷۲.۱۰	۱۶.۶۲
نمره کلی کیفیت زندگی	۶۱۷.۴۱	۱۰۴.۲۸	۶۱۷.۶۴	۱۰۳.۵۴

[Downloaded from ijwph.daneshafarand.org on 2026-06-06]

جدول۵: نتیجه حاصل از اجرای آزمون اندازه‌های تکراری کیفیت زندگی همسران جانباز در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبتf	p
کارکرد جسمانی	۶.۶۶۷	۱	۶.۶۶۷	۱.۳۴۹	۰.۲۵۵
خطا	۱۴۳.۳۳۳	۲۹	۴.۹۴۳		
محدودیت نقش در ارتباط با سلامت جسمانی	۳۶۵.۱۰۶	۱	۳۶۵.۱۰۶	۰.۷۱۲	۰.۴۴۱
خطا	۲۶۲۱۳.۷۱۴	۲۹	۹۰۳.۹۱۶۳		
محدودیت نقش در ارتباط با مشکلات هیجانی عاطفی	۱۶۵.۳۳۶	۱	۱۶۵.۳۳۶	۰.۲۱۲	۰.۶۴۹
خطا	۲۲۶۱۳.۵۷۴	۲۹	۷۷۹.۷۷۸		
سرزندگی	۳۱۲.۸۱۷	۱	۳۱۲.۸۱۷	۱.۳۷۷	۰.۱۷۶
خطا	۲۶۸۶.۶۸۳	۲۹	۹۲.۶۴۴		
رفاه هیجانی	۱۲۴۱.۲۴۰	۱	۱۲۴۱.۲۴۰	۰.۳۶۸	۰.۷۱۱
خطا	۴۸۸۵.۷۶۵	۲۹	۱۶۸.۴۷۵		
کارکرد اجتماعی	۹۳۶.۱۵۰	۱	۹۳۶.۱۵۰	۱.۴۰۲	۰.۴۱۷
خطا	۴۲۴۰.۸۵۰	۲۹	۱۴۶.۲۳۶		
درد	۱۳۸۷.۲۰۴	۱	۱۳۸۷.۲۰۴	۰.۲۲۴	۰.۵۱۴
خطا	۴۳۶۱.۴۲۱	۲۹	۱۵۰.۳۹۴		
سلامت عمومی	۶۹۳.۶۰۰	۱	۶۹۳.۶۰۰	۰.۹۳۶	۰.۶۳۴
خطا	۴۰۷۵.۴۰۰	۲۹	۱۴۰.۵۳۱		
کیفیت زندگی	۰.۸۱۷	۱	۰.۸۱۷	۰.۰۵۷	۰.۸۱۳
خطا	۴۱۶.۱۸۳	۲۹	۱۴.۳۵۱		



شکل۱: نمودار تغییرات کیفیت زندگی همسران جانباز در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

نتایج جدول ۵ و شکل ۱ نشان می‌دهد درهمه خرده مقیاس‌ها تفاوت بین مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری معنادار نمی‌باشد (p>۰.۰۵).

بنابراین می‌توان نتیجه‌گرفت که آموزش هوش معنوی برکیفیت زندگی همسران جانباز درطول زمان از پایداری مناسبی برخورداراست.

بحث

نتایج پژوهش حاضر بخوبی روشن نمود که آموزش هوش معنوی بر آزمودنی‌های مورد مطالعه در افزایش کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های آن در بین همسران جانباز تاثیر دارد و از پایداری نسبی در طول زمان برخوردار می‌باشد. درمقایسه تطبیقی یافته‌های این پژوهش درتحقیقات پژوهشگران و محققان داخلی و خارجی با بخش‌هایی از یافته‌ها و نتایج پژوهش معینی (۱۳)، فلاح‌جوشقانی (۵)، هاشمی (۹)، منتظری و همکاران (۱۴)، دژکام و امین‌الرعایا (۴)، ریچاردسون و همکاران[I](۱۵)، هاهرا[II]

[I] Richardson & et al
[II] Huhra

[Downloaded from ijwph.daneshafarand.org on 2026-06-06]

(۱۰)، بارتلت[I] و همکاران (۳)، همخوانی دارد و با نتایج آن‌ها منطبق است.

پژوهشگران و محققان داخلی و خارجی نشان‌داده‌اند که روش‌های مداخله بر ارتقاء کیفیت زندگی و سطح سلامت افراد جامعه به خصوص جانبازان و همسرانشان موثر است و همچنین بین بهداشت روانی و هوش معنوی رابطه معناداری وجوددارد. نتایج بررسی فلاح‌جوشقانی (۵) نشان‌داد آموزش معنویت بر افزایش امید، رضایت از زندگی و شادکامی تأثیردارد. نتایج بررسی هاشمی (۹)، نشان‌داد تاثیر آموزش تدوین‌شده توسط پژوهشگر را که با احتمال ۹۵٪ در افزایش رضایت زناشوئی این جانبازان موثراست. منتظری و همکاران (۱۴)، با استفاده از پرسش‌نامه SF-36 دریافتند کیفیت زندگی در گروه مراقبین جانبازان در حیطه‌های فعالیت جسمی و سلامت عمومی و نشاط به‌طور معناداری بهتر از جانبازان بود و هرچند در حیطه مشکلات روحی، گروه مراقبین، میانگین کمتری از جانبازان داشتند، اما تفاوت معناداری بین این دو مشاهده‌نشد.کیفیت زندگی مراقبین در حیطه‌های فعالیت جسمی، درد جسمی، عملکرد اجتماعی مشکلات روحی به‌طور معناداری کمتر ازجامعه ایرانی بود.در حیطه‌های نشاط و سلامت روان تفاوت معناداری مشاهده نشد. ریچاردسون و همکاران (۱۵)، بدین نتیجه‌رسیدند که جانبازان دارای آسیب‌های زیادی در بعد سلامت و کیفیت زندگی هستند، یافته‌های هاهرا (۱۰)، حاکی از اثر سبک مقابله مذهبی برنتایج درمان سوء مصرف الکل است، که سبک مشارکتی با قدرت برتر یا همان سبک مثبت در درمان دوازده گام بیشترین تأثیر را بر نتایج درمان داشته‌است و فقدان این سبک بیشترین تأثیر سوء را بر نتایج درمان و عود پس از درمان دارد. نتایج بارتلت و همکاران (۳)، نشان‌دادکه معنویت می‌تواند به پیشرفت، سازگاری، و انعطاف‌پذیری هیجانی این افراد از طریق تجربه احساسات مثبت و توجه به موارد مثبت در زندگی کمک کند و معنویت به طورمستقیم با تظاهر مثبت و درک سلامتی بیشتر در ارتباط بود. به نقل از وفایی و خسروی (۱۹)، تجارب بالینی زیادی ازجمله مشاهدات کافلان و پارکین (۱۹۸۷) نشان‌داده که خانواده جانبازان (خصوصاً همسران) ازمشکلات روانی رنج می‌برند و از آنجا که خانواده رکن اصلی درجامعه به‌شمارمی‌آید و دست‌یابی به جامعه سالم در گروداشتن رابطه‌های مطلوب اعضاء خانواده است، لذا پژوهش حاضر جهت نیل به این هدف گام برداشت. در تبیین و تفسیر کلی نتایج حاصله از تایید فرضیه‌های این پژوهش باید اذعان نمود عوامل متعددی وجوددارند که می‌توانند مستقیم یا غیرمستقیم و به‌طور مثبت یا منفی برکیفیت زندگی افراد و علی‌الخصوص همسر جانباز اثر بگذارند. از بین این عوامل تاثیرگذار می‌توان به هوش معنوی اشاره‌نمود که تاثیر مهمی بر ابعاد مختلف برکیفیت زندگی آنان می‌گذارد. پژوهش‌های اخیر نیز نشان‌داده‌اند که عقاید و اعمال معنوی با نتایج مثبتی مانند بهزیستی جسمانی، هیجانی و روان‌شناختی، کنش درون فردی مثبت، ثبات و رضایت زناشویی و افزایش کیفیت زندگی رابطه دارد. ممکن است یک عامل سهیم در این پیامدهای مثبت، برخورداری از یک گرایش معنوی به زندگی باشد که از رفتارهای ناسازگار و نامطلوب مانند عمل به روش‌های مخرب شخصی و اجتماعی جلوگیری می‌کند. همچنین مشخص شده‌است، گرایش به سمت مفاهیم بنیادین زندگی به تجربه‌ی هدفمندی، احساس رضایت و یکپارچگی شخصیتی منجر می‌شود. هوش معنوی در برگیرنده انعطاف‌پذیری رفتاری و هیجانی است و به سلامت روان‌شناختی و بهزیستی کمک می‌کند. همچنین، هوش معنوی به واسطه فراهم‌سازی چارچوبی برای یافتن معنا و فهم معنای تجربیات منفی مثل بیماری، ضربه‌ی عاطفی و آسیب‌دیدگی، از کارکردی انطباقی برخوردار است. نتایج بسیاری از پژوهش‌ها نشان می‌دهند، رابطه میان مذهب یا معنویت با سلامت پیچیده بوده و ناظر برتاثیر بسیار سودمند مذهب و معنویت بر سلامت جسمی و روانی است. به ویژه که برای پیوند مستحکم بین علائق معنوی و بهزیستی شخصی شواهد تجربی پیدا شده‌است.

نتیجه‌گیری

باتوجه به مروری که در بین موارد ذکرشده پیرامون هوش معنوی و کیفیت زندگی جانبازان و خانواده‌های محترم آن‌ها انجام‌شد، می‌توان به این نتیجه دست یافت که زمینه بسیارگسترده‌ای برای تحقیق و پژوهش درعوامل موثر در کیفیت زندگی جانبازان و همسران آن‌ها در ابعاد مختلف هوش معنوی (خودآگاهی، هوشیاری، معنادهی، حل مساله، شهود، نظارت،...)، با ابزار مختلف در پیش‌روی وجود دارد که با استفاده از آن‌ها ، می‌توان به نیازسنجی و

[I] Bartlet & et al

[Downloaded from ijwph.daneshafarand.org on 2026-06-06]

ارائه تصویری روشن از مشکلات فراروی این گروه پرداخت. هم‌چنین از بررسی مطالعاتی که تاکنون ذکر آن به میان آمد می‌توان این‌گونه برداشت کرد که علم روان‌شناسی امروز به سمت حوزه‌های معنوی گرایش نشان‌داده و افق وسیعی برای تحقیق و پژوهش گسترانده‌است که می‌تواند بیانگر اهمیت و تأثیر شگرف نیروهای معنوی برجسم و روان انسان باشد و این اهمیت توجه به هوش معنوی را روشن‌تر می‌کند. آن‌چه از مطالعه نظرات مختلف می‌توان دریافت، به نظر می‌رسد مذهب می‌تواند باعث ارتقاء هوش معنوی شده و هوش معنوی نیز باعث دل مشغولی بیشتر به وجود متعالی، سایر همنوعان و نهایتا توجه به معنویات شود. هم‌چنین قابلیت رشد و امکان‌پذیری رشد این هوش با قرارگرفتن در محیط‌های غنی و سئوال برانگیز و افزایش خودآگاهی می‌تواند به شفافیت رشته‌های ارتباطی انسان و ماوراءش کمک کرده و گرایش به مذهب درونی را در فرد بیشتر کند. پژوهش‌های بررسی‌شده و مفاهیم مرورشده همگی حاکی از تاثیر بنیادین ارتقاء هوش معنوی در سلامت، رفاه، بهبود از بیماری‌های افراد دارد.

محدودیت‌ها

این مطالعه فقط محدود به همسران شاغل به تحصیل در دوره متوسطه بزرگسال است، که امکان تعمیم نتایج درسایر سنین و گروه‌ها مثلا همسران خانه‌دار و یا شاغل جانبازان را محدود کرده‌است. همچنین با توجه به این‌که آزمودنی‌ها دارای فرزند بودند و همسر جانباز لذا اکثرا چندین آزمودنی ناچار به ترک زودهنگام کلاس و عدم‌حضور در مباحث مهم بودند که این امر در تأثیرگذاری آموزش‌ها موثر بود (افت‌آزمودنی).

تقدیر و تشکر

بدین وسیله ازتمامی همسران جانبازی که دراین پژوهش شرکت نمودند قدردانی می‌نمایم.

منابع

1. Amram, Y. (2007). The seven dimensions of spiritual intelligence: an ecumenical grounded theory, Paper presented at the 115 Annual (August 2007) Conference of the American Psychological Association, San Francisco, C.A.
2. Avrsvlakyng ،translation Shojaei, Ali Reza. (1383). spirituality. Magazine seven heavens, Number 23.
3. Bartlet, S. J.; Piedmont, R. L.; Bilderback, A.; Matsumoto, A. K. & bathon, J. M. (2003). Spirituality, well-being, and quality of life in people with rheumatoid arthritls. Journal of American College of Rheumatology, 49(6), 778-783.
4. Dejkam, Mahmood & Aminoroaya, Azita. (1382). Comparing between psychological health of veterans' wives and ordinaries' wives who had refered to Imam Hosein Hospital and Sadr Hospital, First Conference of veterans and families.
5. Falah Jvshqany, Raheleh. (1389). Effectiveness of higher education, spirituality, hope, happiness and life satisfaction in women with breast cancer under the Cancer Research Center.Tehran. Master's thesis, unpublished, university Allameh Tabatabaei.
6. Fattahi , Mahdi ;farhangi, Ali Akbar.(1387). Spiritual intelligence, unity other types of intelligence. Management and Development, Year I, No, 37.
7. Gardner, H. (2000).A Case against spiritual intelligence. International journal for the psychology of Religion, 10(1), 27-34.
8. Ghobari Bonab, Bagher. (1388). Psychological counseling and therapy approach to spirituality. Tehran. (First edition) published by the Arvan.
9. Hamidi, F. Rasoolzade Tabatabaei, K. Afrooz, G.A-. Kyamnsh, A.R. (1383).Runaways and effectiveness of family structure and family therapy, supportive therapy in the change. Journal of Psychology, 8 (2 (30):114-127. (Persian)
10. Hashemei, Mahdieh. (1386). Effectiveness of the training partners of veterans with traumatic stress disorder with Adler's approach to increase their marital satisfaction. Tehran. Master's thesis, university Allameh Tabatabaei.
11. Huhra, R. (2007). Religious Coping as a moderator of the five factor model of personality traits and Alcohol abuse severity at six – month follow – up in a 12 step treatment sample. Unpublished dissertation. University of Akron.
12. King, D. B. (2008). Rethinking claims of spiritual intelligence: A definition, model & measure. Unpublished master‘s thesis. Trent University.
13. Mahmoodi, Nasrin. (1388).Examine the feasibility, reliability, validity and application of spiritual intelligence in the questionnaire for students. Master's thesis, published, Islamic Azad University zanjan. . (Persian)

[Downloaded from ijwph.daneshafarand.org on 2026-06-06]

14. Mazaheri, M.A; Heidari, M. & Pvratmad, H.R. (1382). Mental health compared to married couples celebrate Vzvj ordinary student. Journal of Psychology, 7 (1), 52-72. (Persian)
15. Moeinei, zohreh. (1389). The Effects of Training Spiritual Intelligence on Existential Anxiety and Religious Coping Styles on College students. Master's thesis, unpublished, Islamic Azad University-Torbate Jamm.
16. Montazeri Ali; Mousavi, Batool; Soroush Mohammad Reza. (1386). Quality of life in women veterans with spinal cord injuries. Payesh Health monitor Journal of Iranian Institute for Health sciences Research, Volume VII, Number I.
17. Richardson, D. Mary, F. Pedler, D. Elahi, J.(2008). Postraumatic Stress Disorder and Health-Realated Quality of Life Among aSample Treatment- and Pension-Seeking Deployed Canadian Forces Peacekeeping Veterans.The Canadian Journal ofPsychology,153(9):594-600
18. Sammarco, A. (2001). Perceived social support: uncertainty, and quality of life younger breast cancer , Cancer Nursing, 24(3), 212-218
19. Sisk, D.A & Torrance, E.P (2001).Spiritual intelligence: Developing higher. Consciousness Buffalo, New York: crative Eduation foundation press.
20. Sohrabi, F. (1387). Principles of Spiritual Intelligence, Journal of mental health in the first year, the first issue.
21. Vafaei, T & Khosravi S. (1388). Comparing spouses of veterans and spouses of people with common mental health. Iranian Journal of War and Public Health Medicine Veteran. First year, No. 4, p. 9
22. Ware, J. E. & Sherbourne, C.D. (1992). The mos 36 – item – from health survey (sf-36).I Conceptual Framework And Iitem Selection, Med Care,30(6), pp:473-483.
23. West, W ؛ translation Shahidi, Shahriar & Shirafkan, Sultanali. (1387). Psychotherapy and Spirituality. (Second edition) published by the roshd.
24. Zohar, D. & Marshall, I. (2000) SI: Spiritual Intelligence, the Ultimate Intelligence. London: Bloomsburg.

[Downloaded from ijwph.daneshafarand.org on 2026-06-06]