

بررسی تاثیر آموزش مولفه‌های هوش معنوی بر کیفیت زندگی همسران جانباز شاغل به تحصیل در مدارس بزرگسالان شهر تهران در سال تحصیلی ۹۰-۸۹

حمیده هادی تبار^{۱*}، شکوه نوابی نژاد^۲، قدسی احقر^۳

^۱ کارشناس ارشد رشته 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: ۸ سال جنگ بدون تردید موقعیت‌های ویژه فراوانی را جهت تحقیق و مطالعه ایجاد کرده‌است که ثبت آثار علمی آن وظیفه محققین کشور است. با توجه به مسائل جنگ و تاثیر فشارهای ناشی از آن بر خانواده به ویژه همسران، به عنوان محوری‌ترین عضو خانواده، پژوهنده بر آن شد که تاثیر افزایش هوش معنوی (SQ)^۱ همسران جانباز را در کیفیت زندگی آن‌ها بررسی نماید.

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مولفه‌های هوش معنوی بر کیفیت زندگی همسران جانباز انجام شد. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه همسران جانباز شاغل به تحصیل دوره متوسطه در مدارس بزرگسالان شهر تهران، سال تحصیلی ۹۰-۸۹ بود.

مواد و روش‌ها: حجم نمونه طبق فرمول کوکران ۶۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب شد. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از "پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36"^۲ وار و شربورن^۳ (۱۹۹۲) که ابعاد ۸ گانه (کارکرد جسمانی، محدودیت نقش در ارتباط با سلامت جسمانی، محدودیت نقش در ارتباط 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 مرحله پی‌گیری بود. جهت تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آمار استنباطی (آزمون تحلیل کواریانس، آزمون اندازه‌های تکراری^۴) استفاده شد یافته‌ها: (۱) آموزش هوش معنوی بر ابعاد ۸ گانه کیفیت زندگی (کارکرد جسمانی، محدودیت نقش در ارتباط با سلامت جسمانی، محدودیت نقش در ارتباط با مشکلات عاطفی، سرزندگی، رفاه هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد، سلامت عمومی) همسران جانباز تاثیر دارد. (۲) آموزش هوش معنوی بر ابعاد کیفیت زندگی همسران جانباز در طول زمان از پایداری مناسبی برخوردار است.

نتیجه‌گیری: زمینه بسیار گسترده‌ای برای تحقیق و پژوهش در عوامل موثر در کیفیت زندگی جانبازان و همسران آن‌ها در ابعاد مختلف هوش معنوی (خودآگاهی، هوشیاری، معنادهی، شهود، مراقبت، حل مساله، ...)، با ابزار مختلف در پیش روی وجود دارد که با استفاده از آن‌ها، می‌توان به نیازسنجی و ارائه تصویری روشن از مشکلات فرا روی این گروه پرداخت.

کلید واژه: هوش معنوی، کیفیت زندگی، همسران جانباز، سلامت عمومی، کارکرد فیزیکی، نشاط و شادابی.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۸/۳۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۰/۱۰

^۱ Spiritual Quotient

^۲ Short Form

^۳ Ware & Sherbourne

^۴ Repeated Measurement

مقدمه

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

همچنین (هربرت، ۱۹۸۸) معتقد است 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 از جمله حوزه سلامتی و کار، 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 قرار گرفته است. به اعتقاد کترهال^۱ (۲۰۰۴)، اعضای خانواده وقتی از سوی منابع دیگر حمایت شوند، توانائی بیشتری برای کمک به فرد حادثه دیده خواهند داشت. همچنین تجارب بالینی زیادی از جمله مشاهدات کافلان و پارکین (۱۹۸۷) نشان داده که خانواده جانبازان (خصوصاً همسران) از مشکلات روانی رنج می‌برند (۱۹). و از آنجا که خانواده رکن اصلی در جامعه به شمار می‌آید و دستیابی به جامعه سالم در گرو داشتن رابطه‌های مطلوب اعضاء خانواده است، لذا پرداختن به این مسئله حائز اهمیت است.

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

معنویت از ابتدای خلقت انسان‌ها 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 انسان‌ها با معنویت شروع می‌شود. هرچند فراموشکاری و نسیان از فطرت ذاتی خود به او این امکان

را می‌دهد که به‌طور موقت از اصل خویش غافل بماند و در بعضی مواقع فراموش کند که 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 حاصل کردن از محتوای معنوی روان ناخودآگاه (جمعی) و دریافت و درک خویشتن معنوی یکی از اهداف عمده زندگی است. پیامبران برای وصل کردن انسان‌ها به این بعد معنوی مبعوث شدند و فرهنگ غنی دینی را در اختیار انسان‌ها گذاشتند که در صورت تمسک انسان‌ها 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 دست دادن 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 و درهم تنیدگی آن‌ها از بین رفت و انسان با خلاء معنا مواجه شد. هرچند که این امر تسهیل در پیشرفت تکنولوژی را فراهم ساخت ولی رفته‌رفته به تهی شدن انسان‌ها از معنی انجامید. روانشناسان بزرگی مثل یونگ، جیمز، فرانکل و اریک فرام این خلاء معنا را مشاهده نموده و در نوشته‌های خود گزارش دادند. ولی عموم روانشناسان این گوشزدها را جدی نگرفتند (۸). پس از انقلاب‌های علمی و صنعتی در غرب، گستره نفوذ دین و معنویت رو به کاهش گذاشت، تاجائی که تصور می‌شد دین به کلی رو به زوال است و در سالیان اخیر محرز شده که دین و معنویت هر دو مورد توجه مجدد جوامع قرار گرفته‌اند، 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 قابل ملاحظه‌ای 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 نشان داد که معنویت یک بعد جدانشدنی انسان‌ها ست و بایستی برای تأمین سلامت روانی پا به پای سازه‌های دیگر روان‌شناختی به طور جدی مورد توجه قرار گیرد (۸). هر روزه بر تعداد یافته‌های پژوهش

^۱ Caterhall,D

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 معناداری غنی‌تر و وسیع‌تر باشد قرار دهیم، و به کمک آن می‌سنجیم که یک روش و یک راه، از دیگر روش‌ها و راه‌ها بامعنا تر و هدفمندتر است (۲۴). معنویت، به معنای اجتناب از زندگی و مشکلات و بلا تکلیفی‌ها نیست. معنویت اگر حالت اعتیاد نداشته باشد و سالم باشد حامی آزادی فرد، استقلال، عزت نفس 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 ساخته است، خصوصاً توانایی‌های منطقی و زبانی با تست هوش شناختی، هوش هیجانی خلاق، عملی، اجتماعی، وجودی و معنوی را در بر گرفته است (۷). هوش معنوی بیانگر مجموعه‌ای از توانایی‌ها و ظرفیت‌ها و منابع معنوی می‌باشد که کاربرد آن، در زندگی روزانه موجب افزایش انطباق‌پذیری فرد می‌شود. در تعریف‌های موجود از هوش معنوی، به‌ویژه بر نقش آن در حل مسائل وجودی و یافتن معنا و هدف در اعمال و رویدادهای زندگی روزمره تاکید شده است (۲۰). سیندی ویگلز ورث^{IX}، هوش معنوی را به عنوان توانایی برای رفتار کردن همراه با دلسوزی و مهربانی و عقل و خرد با حفظ آرامش درونی بیرونی بدون توجه به شرایط می‌داند و امونز (۲۰۰۰) هوش معنوی را کاربرد انطباقی اطلاعات معنوی در جهت 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 در رشته‌های متنوعی از قبیل پزشکی، روان‌شناسی، انسان‌شناسی، عصب‌شناسی و علوم شناختی 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 داشته باشد برای مثال یوسی‌آرام^X (۱) از طریق یک تحقیق کیفی تلاش کرد تا ابعاد جهان شمول هوش

در زمینه‌های مختلف علمی و ویژه پزشکی، روان‌شناسی و جامعه‌شناسی که با گزاره‌های دینی همسو هستند یا لاقلاً تناقضی با دین ندارند، افزوده می‌شود. این یافته‌ها که در سه دهه قبل اندک بودند، در سال‌های اخیر با یک شتاب ناگهانی در حال افزایش هستند. به‌طور مثال، در خصوص ارتباط بین دین و سلامتی چیزی حدود ۲۰۰ پژوهش پس از نیمه اول قرن بیستم وجود داشت 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 در حال افزایش است، به نحوی که شاید بتوان از آن به "یک نهضت علمی" تعبیر کرد (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 جلب کرده است تا جایی که سازمان جهانی بهداشت در تعریف 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 از صاحب نظران و محققان را به خود جلب کرده است. هوش معنوی قادر است که هوشیاری یا احساس پیوند با یک قدرت برتر یا یک وجود مقدس را تسهیل کند یا افزایش دهد (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 (گومز و 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 آکادمیک روان‌شناسی برای اولین بار در سال ۱۹۹۶ توسط استیونز^{VII} و بعد در سال ۱۹۹۹ توسط توسنژ^{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

^{IX} Wiggles Worrth

^X Amram, Y

چون مقیاس اندازه‌گیری پیوسته و فرضیه‌های پژوهش دو دامنه بود، حجم نمونه طبق فرمول کوکران در سطح 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 قابل قبول برابر ۰.۰۵

$$n = \frac{0.78 \times \left(\frac{1}{96}\right)^2}{0.05} = \frac{59}{92}$$

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

ابزار

در این مطالعه از پرسشنامه "کیفیت زندگی Sf-36" در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. این پرسشنامه ابزار مناسبی برای ادراکات فرد از سلامتی خود می‌باشد که 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 ۱۰ تا ۱۰۰ متغیر است و صفر بدترین و ۱۰۰ بهترین وضعیت را نشان می‌دهد.

طی ۱۲ جلسه به آزمودنی‌ها آموزش هوش معنوی داده شد. پروتکل آموزشی براساس مطالعات زوهر و مارشال (۲۲)، سیسک و تورنس (۱۷) و پایان‌نامه معینی (۱۳) انتخاب شد فاصله جلسات پنج روزه بود و هر جلسه ۹۰ دقیقه به طول انجامید. جلسات برگزارشده مجموعاً در طی ۲ ماه بود و کلیه جلسات توسط محقق برگزار شد.

معنوی را بدست‌آورد. همچنین دیویدکینگ^۱ (۱۲) معتقد است مجموعه‌ای از قابلیت‌های جهان شمول وجود دارد که به معنویت با هر دیدگاهی مرتبط است. فتاحی و فرهنگی نیز یک تحقیق جهت ساخت مقیاس هوش معنوی بر اساس مجموعه توانایی‌های معنوی مشترک میان همه انسان‌ها انجام دادند (۶).

باتوجه به این تعاریف هوش معنوی می‌توان نتیجه گرفت که هوش معنوی موجب افزایش کیفیت عملکرد و بهزیستی روانی افراد می‌شود و در پژوهش‌ها نشان داده شده است، هوش معنوی با سلامت افراد رابطه مثبت دارد. لذا با توجه به شواهد موجود، این پژوهش کوششی است در پاسخ به یک سلسله مسائل مهم روانی و تربیتی از طریق بررسی تاثیر آموزش هوش معنوی بر کیفیت زندگی همسران جانباز. اکنون پس از گذشت چند سال از جنگ هنوز برای این سؤال که "تاثیر آموزش هوش معنوی بر کیفیت زندگی همسران جانباز به چه میزان است؟" پژوهش جامعی انجام نشده تا بتوان با دست‌یابی به نتایج مفید آن از تنیدگی خانوادگی جانبازان کاست و به وضعیت درمانی آن‌ها کمک کرد. پرداختن به سؤال مذکور از دیدگاه نظری، می‌تواند یک دیدگاه روشن، دست‌یابی به دانش بنیادی و گسترش اطلاعات لازم در زمینه بهداشت روان جانبازان و خانواده آن‌ها ارائه دهد. تا به تبع داشتن خانواده‌های سالم، جامعه‌ای سالم در پیش رو داشته باشیم. از دیدگاه عملی، باتوجه به این که پژوهش حاضر به تعیین مولفه‌های هوش معنوی و کیفیت زندگی تاکید دارد، انتظار می‌رود یافته‌ها بتواند مولفه‌های مهمی را شناسایی کند که نقش مهمی در کیفیت زندگی و همچنین توسعه طرح‌های درمانی ایفا کند، تا بتوان به همسران جانباز و از آن طریق به خانواده 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 و روش‌ها

جامعه و نمونه

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

^۱ King, D

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 طراحی شده 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 از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. در مرحله اول از بین مناطق آموزشی شهر تهران سه منطقه به صورت تصادفی انتخاب شد. در مرحله دوم از هریک از مناطق آموزشی منتخب، یک مدرسه در دوره متوسطه بزرگسالان به صورت تصادفی انتخاب شد. پرسشنامه کیفیت زندگی رابه تمام همسران جانباز در آن مدارس داده، افرادی را که نمره کیفیت

زندگی آن‌ها پائین‌تر از متوسط (بین ۷۰ تا ۷۰) است انتخاب کرده، و از بین آن‌ها ۶۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند. آن‌ها را به ۲ گروه مساوی تقسیم کرده، یک گروه را تحت عنوان گروه آزمایش و گروه دوم را تحت عنوان کنترل مشخص کردیم. در گروه آزمایش متغیر مستقل (آموزش هوش معنوی) را اجرا کرده، و گروه گواه هیچگونه آموزشی را دریافت نکرد. در مرحله پی‌گیری نیز مجددا پرسشنامه کیفیت زندگی را بر روی گروه آزمایش اجرا تا وضعیت پایداری آموزش معلوم گردد.

روش‌های آماری

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

یافته‌ها

میانگین سنی همسران جانباز مورد مطالعه ۴۲.۸ سال بود و تمامی آن‌ها از نظر جنسیت زن بودند، که درصد جانبازی شوهرانشان با دامنه ۲۵ الی ۷۰ بود.

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

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

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 تقریباً ثابت مانده است و تغییر چندانی در آن‌ها رخ نداده است و این درحالی است که میانگین نمرات مولفه خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی در بین

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

جدول ۲: نتایج آزمون لوین درمورد پیش فرض برابری واریانس

نمره‌های پس آزمون افراد مورد مطالعه

شاخص کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های آن	ضریب f	ضریب p
کارکرد جسمانی	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

افراد گروه گواه در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون تغییر چندانی پیدا نکرده است. داده‌های تحقیق از طریق آزمون تحلیل کوواریانس مورد تحلیل قرار می‌گیرد، ولی در ابتدا لازم است نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض برابری واریانس‌ها گزارش گردد. قبل از اجرای آزمون، همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین به گونه‌ای که در پی می‌آید مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که در زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی مقدار f در سطح ۰.۰۵ معنادار نیست، بنابراین مفروضه یکسانی واریانس‌ها تایید می‌شود. پس با توجه به رعایت سایر مفروضه‌ها برای تحلیل داده‌ها می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده نمود.

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس اثرات آموزش هوش معنوی بر افزایش کیفیت زندگی همسران جانباز

منبع	شاخص	SS	df	MS	F	P	مجدور اتا	توان آماری
	کارکرد جسمانی	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	۵۱۳۸۸.۸۴۱	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	۰.۰۳۱	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					

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 در سایر زیرمقیاس‌ها و نمره کلی کیفیت زندگی معنی‌دار بوده است :

- در زیرمقیاس کارکرد جسمانی معنی‌دار بوده است ($F=4.405$ و $P=0.001$). میزان این تفاوت؛ یعنی مجذور اتا برابر 0.072 شده است و توان آماری مساوی با $p=0.541$ شده است.

- در زیرمقیاس محدودیت نقش در ارتباط با سلامت جسمانی معنی‌دار بوده است ($F=9.971$ و $P=0.001$). میزان این تفاوت؛ یعنی مجذور اتا برابر 0.551 شده است و توان آماری مساوی با $p=0.671$ شده است.

- در زیرمقیاس محدودیت نقش در ارتباط با مشکلات هیجانی معنی‌دار بوده است ($F=3.075$ و $P=0.001$). میزان این تفاوت؛ یعنی مجذور اتا برابر 0.493 شده است و توان آماری مساوی با $p=0.552$ شده است.

- در زیرمقیاس سرزندگی معنی‌دار بوده است ($F=5.44$ و $P=0.02$). میزان این تفاوت؛ یعنی مجذور اتا برابر 0.087 شده است و توان آماری مساوی با $p=0.631$ شده است.

- در زیرمقیاس رفاه هیجانی معنی‌دار بوده است ($F=4.619$ و $P=0.03$). میزان این تفاوت؛ یعنی مجذور اتا برابر 0.075 شده است و توان آماری مساوی با $p=0.561$ شده است.

- در زیرمقیاس کارکرد اجتماعی معنی‌دار بوده است ($F=4.904$ و $P=0.03$). میزان این تفاوت؛ یعنی مجذور

اتا برابر 0.079 شده است و توان آماری مساوی با $p=0.586$ شده است.

- در زیرمقیاس درد معنی‌دار بوده است ($F=6.909$ و $P=0.01$). میزان این تفاوت؛ یعنی مجذور اتا برابر 0.108 شده است و توان آماری مساوی با $p=0.734$ شده است.

- در زیرمقیاس سلامت عمومی معنی‌دار بوده است ($F=4.989$ و $P=0.004$). میزان این تفاوت؛ یعنی مجذور اتا برابر 0.148 شده است و توان آماری مساوی با $p=0.588$ شده است.

- در کل کیفیت زندگی معنی‌دار بوده است ($F=4.313$ و $P=0.04$). میزان این تفاوت؛ یعنی مجذور اتا برابر 0.07 شده است و توان آماری مساوی با $p=0.533$ شده است.

نتایج فوق نشان‌دهنده آن است که آموزش هوش معنوی بر آزمودنی‌های مورد مطالعه در افزایش کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های آن در بین همسران جانباز تأثیر دارد و از نظر آماری نیز معنادار می‌باشد ($p<0.05$) 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، کارکرد اجتماعی، درد، سلامت عمومی) در بین افراد گروه آزمایش در بین مرحله پس‌آزمون با پی‌گیری دیده‌ نمی‌شود. به‌منظور حصول اطمینان از نتیجه فوق، وضعیت پایداری نسبی کیفیت زندگی همسران جانباز در گروه آزمایش با استفاده از آزمون اندازه‌های تکراری مورد آزمون قرار گرفت که نتیجه آن در جدول ۵ آمده است.

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

زیرمقیاس	گروه شاخص	پس‌آزمون گروه آزمایش		پی‌گیری گروه آزمایش	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کارکرد جسمانی		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

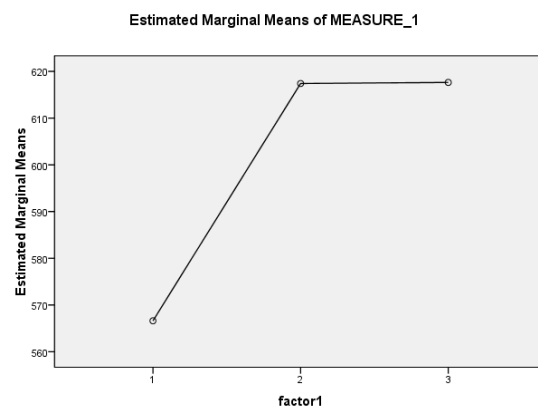
جدول ۵: نتیجه حاصل از اجرای آزمون اندازه‌های تکراری کیفیت زندگی همسران جانباز در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت f	p
کارکرد جسمانی	۶۶۶۷	۱	۶۶۶۷	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		

بنابراین می‌توان نتیجه‌گرفت که آموزش هوش معنوی بر کیفیت زندگی همسران جانباز در طول زمان از پایداری مناسبی برخوردار است.

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 در تحقیقات 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}



شکل ۱: نمودار تغییرات کیفیت زندگی همسران جانباز در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

نتایج جدول ۵ و شکل ۱ نشان می‌دهد در همه خرده مقیاس‌ها تفاوت بین مرحله پس‌آزمون و پیگیری معنادار نمی‌باشد ($p > 0.05$).

^I Richardson & et al

^{II} Huhra

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 وجود دارند که می‌توانند مستقیم یا غیرمستقیم و به‌طور مثبت یا منفی بر کیفیت زندگی افراد و علی‌الخصوص همسر جانباز اثر بگذارند. از بین این عوامل تاثیرگذار می‌توان به هوش معنوی اشاره نمود که تاثیر مهمی بر ابعاد مختلف بر کیفیت زندگی آنان می‌گذارد. پژوهش‌های اخیر نیز نشان داده‌اند 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 سهمیم 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 بر تاثیر 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 ذکر شده پیرامون هوش معنوی و کیفیت زندگی جانبازان و خانواده‌های محترم آن‌ها انجام شد، می‌توان به این نتیجه دست یافت که زمینه بسیار گسترده‌ای برای تحقیق و پژوهش در عوامل 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

(۱۰)، بارتلت^۱ و همکاران (۳)، همخوانی دارد و با نتایج آن‌ها منطبق است.

پژوهشگران و محققان داخلی و خارجی نشان داده‌اند 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 وجود دارد. نتایج بررسی فلاح‌جوشقانی (۵) نشان داد آموزش معنویت بر افزایش امید، رضایت از زندگی و شادکامی تأثیر دارد. نتایج بررسی هاشمی (۹)، نشان داد تاثیر آموزش تدوین‌شده توسط پژوهشگر را که با احتمال ۹۵٪ در افزایش رضایت زناشویی این جانبازان موثر است. 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 مشاهده نشد. کیفیت زندگی مراقبین در حیطه‌های فعالیت جسمی، درد جسمی، عملکرد اجتماعی مشکلات روحی به‌طور معناداری کمتر از جامعه ایرانی بود. در حیطه‌های نشاط و سلامت روان تفاوت معناداری مشاهده نشد. ریچاردسون و همکاران (۱۵)، بدین نتیجه رسیدند که جانبازان دارای آسیب‌های زیادی در بعد سلامت و کیفیت زندگی هستند، یافته‌های هاهرا (۱۰)، حاکی از اثر سبک مقابله مذهبی بر نتایج 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)، نشان داد که 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 طور مستقیم با تظاهر مثبت و درک سلامتی بیشتر در ارتباط بود. به نقل از وفایی و خسروی (۱۹)، تجارب بالینی زیادی از جمله مشاهدات کافلان و پارکین (۱۹۸۷) نشان داده که خانواده جانبازان (خصوصاً همسران) از مشکلات روانی رنج می‌برند و از آنجا که خانواده رکن اصلی در جامعه به‌شمار می‌آید و

^۱ Bartlett & et al

حاکمی 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 در سایر سنین و گروه‌ها مثلاً همسران خانه‌دار و یا شاغل جانبازان را محدود کرده است. همچنین با توجه به این که آزمودنی‌ها دارای فرزند بودند و همسر جانباز لذا اکثراً چندین آزمودنی ناچار به ترک زودهنگام کلاس و عدم حضور در مباحث مهم بودند که این امر در تأثیرگذاری آموزش‌ها موثر بود (افت آزمودنی).

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از تمامی همسران جانبازی که در این پژوهش شرکت نمودند قدردانی می‌نمایم.

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 نشان داده و افق وسیعی برای تحقیق و پژوهش گسترانده است که می‌تواند بیانگر اهمیت و تأثیر شگرف نیروهای معنوی بر جسم 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 هموعان و نهایتاً توجه به معنویات شود. همچنین قابلیت رشد و امکان‌پذیری رشد این هوش با قرار گرفتن در محیط‌های غنی و سوال 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 مرور شده همگی

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 arthritis. 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 referred 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-. Kyamsh, 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 zanzan. . (Persian)

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). Posttraumatic Stress Disorder and Health-Related 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 Eduction 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.