

اثربخشی آموزش هوش معنوی بر استرس (مقابله مسئله مدار، هیجان مدار و اجتنابی) و خودشکوفایی مادران

فرزندان مبتلا به نیازهای خاص

فاطمه ساعتی معصومی*^۱

چکیده

مقدمه: هوش معنوی به عنوان زیربنای باورهای فرد نقش اساسی در زمینه‌های گوناگون زندگی انسان دارد. هدف این مطالعه بررسی اثربخشی آموزش هوش معنوی بر استرس (مقابله مسئله مدار، هیجان مدار و اجتنابی) و خودشکوفایی مادران فرزندان مبتلا به نیازهای خاص بود.

روش پژوهش: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران با فرزندان دارای نیازهای خاص شهر همدان بودند که فرزندانشان در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ دانش آموز مدارس عادی بودند و از بین این گروه تعداد ۲۶ نفر با استفاده از روش نمونه گیری داوطلبانه انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه مداخله و گروه کنترل قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه مقابله با استرس اندلر و پارکر و پرسشنامه شکوفایی سلیمانی و همکاران بود. مداخله آموزش هوش معنوی در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای برای گروه مداخله اجرا شد. داده ها با نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۵ و با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری و تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج کوواریانس نشان داد آموزش هوش معنوی موجب افزایش معنادار در مقابله مسئله - مدار، هیجان‌های مثبت، روابط، معنایابی و پیشرفت در پس آزمون نسبت به پیش آزمون در گروه مداخله شد ($P < 0/001$) و در مقایسه با گروه کنترل موجب کاهش مقابله هیجان مدار و مقابله اجتنابی شد و این تاثیر در مرحله پیگیری نیز قابل مشاهده بود.

نتیجه گیری: با توجه به آثار مثبت آموزش هوش معنوی، می‌توان از یافته‌های این پژوهش‌ها در تدوین محتوای برنامه گروهی و جلسات آموزش مربی و والدین با هدف پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی به ویژه رفتارهای پرخطر در فرزندان مبتلا به نیازهای خاص بهره جست.

واژگان کلیدی: استرس، خودشکوفایی، نیازهای خاص، هوش معنوی

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۱۲/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۱۹

استناد: ساعتی معصومی ف، اثربخشی آموزش هوش معنوی بر استرس (مقابله مسئله مدار، هیجان مدار و اجتنابی) و خودشکوفایی مادران فرزندان مبتلا به نیازهای خاص، خانواده و بهداشت، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۲؛ ۱۳(۱): ۲۳-۱۱

^۱ - نویسنده مسئول، دکترای روانشناسی تربیتی، مشاور آموزش و پرورش همدان،



مقدمه:

با وجود اینکه داشتن فرزند به مادر احساس لذت، غرور و رشد شخصی می‌بخشد اما چالش‌هایی را نیز به وجود می‌آورد (۱)، به طوری که این والدین نسبت به افرادی که فرزند ندارند از سطح بیشتری از اضطراب و افسردگی برخوردارند (۲). در جامعه ما مادران به دلایلی مانند فرصت بیشتر، بیش از پدران در امور مربوط به فرزندان خود مشارکت دارند و در نتیجه تعامل بیشتری با فرزندان خود برقرار می‌کنند و استرس‌های زیادی را تحمل کرده‌اند و مهارت‌های جامعه‌پسند کمتری را در فرزندان خود در تعامل با همسن و سالان تشویق می‌کنند (۳). علاوه بر این، مادران کودکان با نیازهای ویژه استرس زیادتری را نسبت به مادران کودکان عادی تجربه می‌کنند (۴) و افزایش میزان استرس فرزندپروری بر توانایی والدین در مراقبت از کودکان تأثیر می‌گذارد که با پیامدهای منفی برای کودک همراه است (۵).

وجود کودک با نیازهای ویژه باعث ایجاد اضطراب والدین می‌شود و والدین کودکان مبتلا به ناتوانایی‌های رشدی، استرس زیادی را متحمل می‌شوند (۶). اختلالات فرزندان، حس بی‌ارزشی و احساس گناه، عملکرد جسمی مختل و خستگی را به والدین تحمیل می‌کند (۷)، مادران کودکان دارای مشکل نسبت به پدران اضطراب و استرس بیشتری را گزارش کرده‌اند، دلیل احتمالی این امر این است که مادران با مشکلات کودک بیشتر درگیر بوده و تحت فشارهای بیشتری قرار می‌گیرند (۸). مطالعات انجام شده بر روی نمونه‌های مادران کودکان مبتلا به اختلالات نشان داد اختلالات روان در این مادران نسبت به مادران کودکان سالم بیشتر است (۹) مشکل رفتاری کودک بیشتر از خود ناتوانایی کودک برای مادر، استرس‌زا است و موجب استرس همیشگی می‌شود (۱۰).

استرس یا تنیدگی حالتی است که بر اثر یک تغییر محیطی که به عنوان آسیب، چالش یا تهدیدی برای تعادل پویای فرد تلقی می‌شود، بروز می‌کند که اگر این استرس شدت یا ادامه یابد، ممکن است سلامت روانی و بهزیستی افراد را تحت تأثیر قرار دهد (۱۱). در واقع، استرس یک حالت درونی ناشی از خواسته‌های فیزیکی بدن یا ناشی از موقعیت‌های محیطی و اجتماعی است که زیان‌بار، غیرقابل کنترل یا فراتر از استعداد و سازگاری، ارزیابی می‌شود (۱۲) و در هیچ محیطی آشکارتر از اجتماع نیست چرا که در اجتماع انسان درگیر روابط خشک و قضاوت شده ناعادلانه قرار می‌گیرد (۱۱). این در حالی است که استرس‌های زندگی اجتماع به یکباره بر مادران با فرزندان دارای نیازهای ویژه وارد می‌شود و با توجه به استعداد و زمینه قبلی و با توجه به تعریف سلامت (برآیندی از سلامت جسم، سلامت روان و سلامت اجتماعی که در تعامل با یکدیگر هستند) ممکن است منجر به مشکلات انطباقی و بروز برخی از رفتارها و ناهنجاری‌ها در این مادران شود که نمونه بارز آن اقدام به خودکشی، افسردگی، خودزنی و دیگرزنی است (۱۳).

مفهوم خودشکوفایی یکی از متغیرهای دیگر در ارتباط با استرس است. مفهوم خودشکوفایی به طور مدون اولین بار توسط مازلو^۱ مطرح گردید، وی انگیزش نهایی هر انسانی را رسیدن به خودشکوفایی می‌دانست و برای انسان‌های خودشکوفای ویژگی‌هایی همچون درک کافی از واقعیت، احساس ارزشمندی و یتکنا، پذیرش و احترام نسبت خویش، خلاقیت، درجه بالایی از خودمختاری شخصی و مسئولیت پذیری ذکر کرده است (۱۴). مفهوم خودشکوفایی در بالاترین سلسله مراتب نظریه نیازهای مازلو به عنوان سطح نهایی توسعه روانی فرد قلمداد می‌شود. وقتی که فرد نیازهای سلسله‌های پایین را تا حدودی بتواند ارضاء کند به این سطح روانی دست خواهد یافت، فردی به این مرحله دست می‌یابد که علاوه بر ارضاء نسبی نیازهای سلسله مراتب پایینتر، بتواند تمام توانمندی‌های بالقوه خویش را بکار گیرد (۱۵). فورد و پروسیدانو (۱۶) در پژوهشی دریافتند

^۱ - Maslow

<https://sanad.iau.ir/Journal/fhj/Article/1203029>, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.1.1.8

که خودشکوفایی به طور مثبت با حمایت‌های اجتماعی ادراک شده در ارتباط است. همچنین خودشکوفایی رابطه معکوس با افسردگی و استرس‌ها ادراک شده زندگی دارد. نتایج دیگر نشان داد که حمایت‌های اجتماعی معکوس، با افسردگی و سطح بالای تنش‌های ادراک شده در زندگی در ارتباط است (۱۶). آرهوندا و همکاران (۱۷) در پژوهشی که به منظور بررسی ارتباط بین ابعاد شخصیت و خودشکوفایی انجام دادند؛ نتایج نشان داد که بین روان رنجوری و خودشکوفایی ارتباط منفی و معنادار وجود دارد و بین خودشکوفایی و برون گرایی ارتباط مثبت وجود دارد.

با توجه به اینکه سازمان بهداشت جهانی، سلامت عمومی به بهزیستی کامل جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی اشاره دارد و فقط نداشتن بیماری یا ناتوانی نیست. سازمان بهداشت جهانی در تعریف سلامتی علاوه بر بعد جسمی، بر ابعاد روانی، معنوی و اجتماعی نیز تأکید دارد (۱۸). معنویت یکی از عوامل مهم و حیاتی در ارتقای سلامت عمومی است. در واقع می‌توان چنین استنباط کرد که پایه‌های بنیادین معنویت را باید در ظرفیت‌های معنوی درونی همچون سلامت معنوی و هوش معنوی جستجو کرد. معنویت، نیرویی است که به فرد برای یافتن معنا، هدف و رشد در زندگی، رنج بردن و مرگ انگیزه می‌دهد و به تقویت امید و اشتیاق به زندگی کمک می‌کند (۱۹). معنویت، مفهومی فراتر از مذهب و تبعیت مذهبی است؛ چراکه کوششی است برای معنایابی و هدفمند بودن در زندگی؛ حتی در افرادی که به نیروی برتر (خدا) اعتقاد ندارند، معنویت به عنوان نیروی حیاتی زندگی، همه جوانب زندگی بشر را یکپارچه می‌سازد (۲۰). دینداری و مذهبی بودن اغلب به معنای اندیشه‌های گره خورده به یک منبع هویت جمعی همچون نهادهای مذهبی رسمی و همچنین التزامات مذهبی و نماز و دعا است (۲۱). در مقابل، معنویت در سطح فردی و به عنوان احساس آرامش درونی، تصور یک هدف بزرگ از درون و ارتباط با یک موجود مقدس است (۲۲). معنویت به آگاهی درونی از وجود و هستی و تجربه احساس و عقاید درونی مربوط است که به زندگی معنا، ارزش و هدف می‌دهد و این امکان را فراهم می‌آورد که انسان با خود، خدا و دیگران در صلح به سر ببرد و به هماهنگی با محیط دست یابد (۲۳). سلامت معنوی قابلیت است که ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای درونی فراهم می‌کند و به احساس ثبات در زندگی، صلح، هماهنگی و ارتباط نزدیک با خود، خدا، جامعه و محیط می‌انجامد (۲۴). شواهد موجود دال بر وجود رابطه بین معنویت و مذهب با سلامت روان است (۲۵).

هر چند متخصصان سازمان بهداشت جهانی انسان را موجودی زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی تعریف کرده‌اند ولی متأسفانه به نظر می‌رسد در عملکرد نظام آموزشی رایج در انتقال منابع انبوه دانش، به معرفت هستی‌شناسانه و وجودگرایانه کمتر توجه شده است. این درحالی است که متخصصان در این زمینه، بی‌توجهی به معنویت در پرورش موجود انسانی را، یکی از نگرانی‌های اصلی مؤسسات آموزشی و در نهایت دغدغه‌ای برای جامعه می‌دانند. متأسفانه مدارس که به آموزش معنویت می‌پردازند بجای پرورش هوش معنوی، بیشتر به عرضه راهکارها و دستورات مذهبی آن با شیوه‌های رفتاری (تنبیه و تشویق) بسنده کرده‌اند؛ حال آنکه هوش معنوی در برگزیده‌ی توانایی ذهنی زیربنای معنویت می‌باشد و صرف پرداختن به مناسک دینی نیست. این توانایی بالقوه، ظرفیتی را برای بهره‌مندی بیشتر از آموزش هوش معنوی برای آن‌ها فراهم می‌کند.

از آنجا که، در زمینه کیفیت زندگی این گروه از مادران تا به حال در ایران هیچ گونه تحقیقی صورت نگرفته است، چنین پژوهشی برای تعیین میزان آسیب‌ها و حیطه‌های آسیب دیده احتمالی لازم به نظر می‌رسد تا با توجه به اطلاعات به دست آمده بتوان برنامه‌ریزی مناسبی برای این گروه از افراد به عمل آورد هدف اساسی این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش هوش معنوی بر استرس (مقابله مسأله مدار، هیجان مدار و اجتنابی) و خودشکوفایی مادران فرزندان مبتلا به نیازهای خاص بود.

روش پژوهش:

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری ۱ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران با فرزندان دارای نیازهای خاص شهر همدان بودند که فرزندان آنها در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ دانش آموز مدارس عادی بودند و از بین این گروه تعداد ۲۶ نفر با استفاده از روش نمونه گیری داوطلبانه انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه مداخله و گروه کنترل قرار گرفتند. مداخله آموزش هوش معنوی در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای برای گروه مداخله اجرا شد.

ابزارهای پژوهش عبارت بود از؛ (۱): پرسشنامه مقابله با استرس اندلر و پارکر (۱۹۹۰): برای اندازه‌گیری مقابله با استرس از پرسشنامه مقابله با استرس در موقعیت‌های استرس‌زا (CISS) ساخته اندلر و پارکر استفاده شده است. این پرسشنامه دارای ۴۸ عبارت است که پاسخ‌های هر کدام با مقیاس لیکرت به ترتیب از خیلی زیاد (۵)، زیاد (۴)، متوسط (۳)، کم (۲) و خیلی کم (۱) نمره گذاری می‌شود. آزمون سه زمینه اصلی رفتارهای مقابله ای را دربر می‌گیرد: مقابله مسأله- مدار، مقابله هیجان- مدار و مقابله اجتنابی. هر آزمودنی که در یکی از سبک‌های مقابله نمره بالاتری کسب کند، آن سبک مقابله‌ای را بیشتر به کار می‌گیرد (۲۶). اندلر و پارکر (۱۹۹۰) همبستگی عوامل پرسشنامه را با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون محاسبه کرده اند و نتایج آن عبارت اند از: مسأله- مدار ۰/۵۸، هیجان- مدار ۰/۵۵ و اجتنابی ۰/۹۳ به دست آمده است. ضریب اعتبار پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ در پژوهش قریشی (۱۳۸۹) در سطح بالای ۰/۸۱ به دست آمده است (۲۷).

(۲) پرسشنامه شکوفایی سلیمانی و همکاران (۱۳۹۴): برای اندازه گیری خودشکوفایی از پرسشنامه شکوفایی که سلیمانی و همکاران استفاده شده است. این پرسشنامه دارای ۲۸ عبارت است. به هریک از عبارت‌ها در یک طیف لیکرت ۶ برای گزینه‌ای به ترتیب مقادیر ۶ تا ۱ نمره داده می‌شود. آزمون چهار زمینه هیجان‌های مثبت، روابط، معنایابی و پیشرفت را مورد سنجش قرار می‌دهد. روایی همگرای این پرسشنامه از طریق اجرای همزمان آن با پرسشنامه‌های خودشکوفایی اهواز ($r = 0/82$) و شکوفایی دایرن ($r = 0/90$) و اعتبار واگرایی آن از طریق پرسشنامه افسردگی بک ($r = - 0/66$) بررسی و مورد تأیید قرار گرفته است. علاوه بر آن، نتایج پایایی پرسشنامه شکوفایی با به کارگیری روش‌های همسانی درونی (آلفای کرونباخ) نشان داد که این پرسشنامه از ضرایب پایایی مناسبی برخوردار است، به طوری که مقدار پایایی برای عوامل هیجان‌های مثبت، روابط، معنایابی، پیشرفت و کل پرسشنامه به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۳، ۰/۸۸، ۰/۸۷ و ۰/۹۵ است که مطلوب و رضایتبخش است.

(۳) مداخله آموزش هوش معنوی: براساس بسته آموزش هوش معنوی بوئل ارائه شده است. این بسته آموزشی در مطالعه‌های دیگر نیز به کار رفته و از پایایی و روایی مناسبی برخوردار است.

جدول ۱. خلاصه جلسه مداخله براساس بسته آموزش هوش معنوی

جلسه	محتوای آموزشی
اول	تشریح اهداف کارگاه و بررسی اهمیت آن، ارائه برنامه زمانبندی جلسات آموزشی، بیان شرحی در مورد تعاریف معنویت، هوش معنوی، مهارت‌های زندگی، اهمیت و ارتباط این مفاهیم با یکدیگر
دوم	در این مرحله به این مسأله توجه می‌شود که اهداف زندگی به درستی درک نشده است و این احساس نا فهمی درونی می‌تواند به سبب فقدان یا حتی گریز از هر نوع هوش باشد.

سوم	اندیشیدن به چرایی واکنش‌هایی که نسبت به جهان پیرامون انجام می‌شود. شناخت نسبت به فشارهایی که در زندگی روزمره وجود دارد. این فشار ناشی از تضاد میان ظاهر و باطن است.
چهارم	تمرکز بر سطح عالی از تعهداتی که در همه جهات مشغول به کار است.
پنجم	پنداره چیزی فراتر از دیدن است و که میتواند استعدادها و انرژی دارد ضمیر باطنی ذهن را هوشیار کند تا چیزی فراتر از وسعت یک رویداد را ببیند.
ششم	هوش معنوی برای رسیدن به نتایج و اهداف طراحی نشده است، بلکه کاری را بر پایه اصول غنیتر برآمده از حقیقت، انجام میدهد و معتقد است بهموقع به نتایج مطلوب خواهد رسید.
هفتم	توجه به دو مأموریت در زندگی، اولی به شکل چراغ راهنمای عقلانی عمل میکند و دومی با تواناییهای نامحدود در ارتباط است.
هشتم	توجه به دو مأموریت در زندگی، اولی به شکل چراغ راهنمای عقلانی عمل میکند و دومی با تواناییهای نامحدود در ارتباط است.
داده‌ها با نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۵ و با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری و تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تحلیل شدند.	

یافته‌ها:

نتایج حاصل از اجرای ابزارهای پژوهش در گروه مداخله و کنترل به تفکیک مراحل پژوهش در جدول شماره ۲ آورده شده است.

جدول ۲. خلاصه یافته‌های توصیفی نمره‌های سبک‌های مقابله با استرس و خودشکوفایی

متغیر	مرحله	گروه مداخله	گروه کنترل
مسأله- مدار	پیش آزمون	۵۱/۵۳ (۹/۲۱)	۵۰/۱۱ (۹/۱۱)
	پس آزمون	۵۹/۲۱ (۹/۰۲)	۵۲/۵۸ (۱۰/۰۴)
	پیگیر	۵۷/۲۷ (۹/۰۳)	۵۲/۳۳ (۹/۵۸)
هیجان- مدار	پیش آزمون	۴۶/۱۷ (۹/۳۴)	۴۶/۱۶ (۹/۹۴)
	پس آزمون	۴۰/۲۱ (۱۰/۱۱)	۴۵/۱۲ (۱۰/۵۳)
	پیگیر	۴۱/۱۲ (۹/۳۷)	۴۶/۱۱ (۹/۳۹)
اجتنابی	پیش آزمون	۴۸/۱۵ (۹/۳۴)	۴۸/۰۱ (۹/۳۰)
	پس آزمون	۴۲/۱۸ (۹/۲۵)	۴۷/۰۰ (۱۰/۱۰)
	پیگیر	۴۱/۳۱ (۹/۶۷)	۴۸/۱۱ (۹/۸۹)
هیجان‌های مثبت	پیش آزمون	۲۷/۳۱ (۵/۳۴)	۲۸/۱۱ (۵/۳۳)
	پس آزمون	۳۱/۱۴ (۶/۲۶)	۲۹/۳۱ (۶/۴۶)

پیگیر	۲۹/۱۳ (۶/۰۶)	۲۷/۲۴ (۵/۰۲)	روابط	خودشکوفایی
پیش آزمون	۲۷/۶۷ (۵/۳۵)	۲۸/۰۸ (۵/۳۱)		
پس آزمون	۳۲/۴۶ (۶/۱۴)	۲۹/۵۲ (۶/۴۴)		
پیگیر	۳۴/۱۵ (۶/۶۰)	۲۷/۲۴ (۵/۰۷)	معنایابی	
پیش آزمون	۳۰/۱۱ (۵/۲۴)	۲۹/۸۱ (۵/۳۱)		
پس آزمون	۳۶/۲۲ (۶/۰۵)	۲۹/۴۷ (۶/۴۴)		
پیگیر	۳۴/۵۰ (۶/۴۷)	۲۹/۶۴ (۶/۷۰)	پیشرفت	
پیش آزمون	۲۷/۱۱ (۵/۲۴)	۲۷/۸۱ (۵/۳۰)		
پس آزمون	۲۹/۴۵ (۵/۹۹)	۲۷/۱۴ (۵/۰۴)		
پیگیر	۳۰/۰۱ (۶/۱۱)	۲۷/۴۶ (۵/۶۷)		

با توجه به میانگین نمره‌های سبک‌های مقابله با استرس و خودشکوفایی که در جدول ۲ مشاهده می‌شود دو گروه مداخله و کنترل پیش از مداخله تفاوت چندانی ندارند اما پس از مداخله (آموزش هوش معنوی)، میان دو گروه تفاوت مشاهده می‌شود. نتایج نشان می‌دهد گروه مداخله در سبک مقابله مسأله - مدار و خودشکوفایی، افزایش و در دو سبک مقابله هیجان - مدار و اجتنابی کاهش داشته است، اما تغییرات در گروه کنترل چندان محسوس به نظر نمی‌رسد. برای بررسی اثر آموزش هوش معنوی همچنین کنترل تفاوت نمره‌های پیش آزمون در دو گروه، آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری اجرا و این تفاوت‌ها لحاظ شده است. افزون بر آن به منظور بررسی اثربخشی آموزش هوش معنوی پس از مداخله آزمون تحلیل کوواریانس با اندازه گیری مکرر اجرا شده است. پیش از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری از برقراری مفروضه‌های این آزمون (بهنجاری، خطی بودن، همگنی واریانس‌ها، همگنی شیب رگرسیون و همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس) اطمینان حاصل شد. به عنوان مثال مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس با استفاده از آماره M باکس آزمون شد که براساس نتایج ($\text{Box's } M = 50/456$ و $F = 1/146$) این مفروضه برقرار است. نتایج حاصل از اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیری در جدول شماره ۳ به نمایش درآمده است.

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری

η^2	Sig	F	MS	df	SS		
۰/۱۶۴	۰/۰۰۷	۸/۶۵۱	۸۴۷/۷۴۱	۱	۸۴۷/۷۴۱	مسأله- مدار	مقابله با استرس
			۲۱۶/۶۰۱	۲۵	۵۴۱۵/۰۳۴	خطا	
۰/۱۶۵	۰/۰۰۷	۷/۶۵۱	۸۰۸/۵۰۶	۱	۸۰۸/۵۰۶	هیجان- مدار	
			۲۹۸/۱۸۵	۲۵	۷۴۵۴/۶۴۱۷	خطا	
۰/۱۵۸	۰/۰۱۶	۷/۲۵۴	۶۱۱/۳۶۴	۱	۶۱۱/۳۶۴	اجتنابی	
			۱۴۹/۶۵۴	۲۵	۳۷۴۱/۳۶۴	خطا	
۰/۲۸۹	۰/۰۰۱	۱۱/۸۷۷	۵۰۳/۶۴۵	۱	۵۰۳/۶۴۵	هیجان‌های مثبت	
			۹۸/۲۴۶	۲۵	۲۴۵۶/۱۵۴	خطا	
۰/۱۶۷	۰/۰۰۱	۱۲/۶۰۵	۲۰۱/۵۸۵	۱	۲۰۱/۵۸۵	روابط	

			۲۳/۵۰۶	۲۵	۵۸۷/۶۵۴۱	خطا	
۰/۲۷۸	۰/۰۰۳	۱۱/۱۶۴	۴۴۱/۰۹۴	۱	۴۴۱/۰۹۴	معنایابی	خودشکوفایی
			۵۰/۹۸۴	۲۵	۱۲۷۴/۶۲۴	خطا	
۰/۱۳۰	۰/۰۳۴	۸/۶۵۴	۴۷۸/۱۶۵۴	۱	۴۷۸/۱۶۵۴	پیشرفت	
			۸۵/۸۱۴	۲۵	۲۱۴۵/۳۶۹۶	خطا	

پیش از آنکه اثر متغیرها ارائه شود باید بررسی شود که آیا تفاوت آماری معنادار میان گروهها در ترکیب خطی متغیرهای وابسته وجود دارد یا خیر. برای این منظور از آماره المبدای ویلکز و یا اثر پیلایی حاصل از آزمون چندمتغیری استفاده می‌شود. با توجه به اینکه فقط دو گروه وجود دارد مقدار هر دو آماره یکسان است. نتایج آزمون چندمتغیری نشان داد که میان دو گروه آزمایش و گواه در سبک‌های مقابله با استرس و خودشکوفایی تفاوت آماری معنادار وجود دارد. همچنین راساس مجذور جزئی ایتای به دست آمده آموزش هوش معنوی ۵۸ درصد از واریانس تفاوت میان دو گروه را تبیین میکند. نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس میان گروهی یکطرفه برای مقایسه سبک‌های مقابله با استرس و خودشکوفایی دو گروه با آموزش هوش معنوی و بدون آموزش در جدول شماره ۳ نشان می‌دهد پس از مداخله، در میان دو گروه در متغیرهای مورد بررسی، خودشکوفایی نیز تفاوت معنادار وجود دارد.

به منظور آزمون فرضیه دیگر پژوهش (با گذشت زمان نتایج به دست آمده ناشی از آموزش هوش معنوی بر مقابله با استرس و خودشکوفایی، پایدار باقی می‌ماند) آزمون تحلیل کوواریانس گزارش شده است. با اندازه گیری مکرر اجرا شد. نتایج حاصل از اجرای این آزمون در جدول شماره ۴ گزارش شده است.

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر

η^2	sig	F (۲, ۱۳)	لامبدای ویلکز		
۰/۲۴۷	۰/۰۰۵	۷/۶۴۱	۰/۷۰۱	مساله مدار	مقابله با استرس
۰/۲۰۴	۰/۰۰۱	۵/۶۱۴	۰/۸۴۷	هیجان مدار	
۰/۳۰۳	۰/۰۰	۷/۱۴۶	۰/۶۹۹	اجتنابی	
۰/۳۶۴	۰/۰۰۱	۸/۲۴۱	۰/۶۵۴	هیجان‌های مثبت	خودشکوفایی
۰/۴۰۵	۰/۰۰۰	۷/۶۶۴	۰/۶۵۴	روابط	
۰/۴۵۶	۰/۰۰۵	۶/۶۵۵	۰/۵۳۶	معنایابی	
۰/۳۷۴	۰/۰۰۱	۷/۲۱۴	۰/۵۰۶	پیشرفت	

نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در جدول شماره ۴ بیانگر آن است که پس از گذشت زمان نیز در بازه‌های زمانی متفاوت در متغیر مقابله با استرس و خودشکوفایی تفاوت معنادار وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری:

پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش هوش معنوی بر استرس (مقابله مسأله مدار، هیجان مدار و اجتنابی) و خودشکوفایی مادران فرزندان مبتلا به نیازهای خاص انجام شده است. نتایج طبق گزارش شرکت کنندگان نشان داد که برنامه آموزش هوش معنوی بر نمره کل مقابله با استرس و زیر مقیاس‌های آن، همچنین خودشکوفایی و زیر مقیاس‌های آن تأثیر مثبت داشته است. به عبارت دیگر نتایج نشان داد که در مقایسه مراحل پیش آزمون - پس آزمون در یک فرایند زمانی ۱ ماهه در گروه آزمایش نمرات خرده مقیاس‌های مقابله مسأله - مدار، هیجان‌های مثبت، روابط، معنایی و پیشرفت افزایش چشمگیر و در زیرمقیاس‌های مقابله هیجان - مدار و مقابله اجتنابی کاهش چشمگیری داشته است. همچنین نتایج پژوهش حاضر طبق گزارش مادران فرزندان مبتلا به نیازهای خاص نشان داد این تاثیرگذاری در طول زمان ثابت مانده است.

بنابراین می‌توان گفت برنامه آموزش هوش معنوی سبب کاهش استرس و افزایش خودشکوفایی دختران نوجوان شده و این برنامه آموزشی پیشگیرانه زمینه راهکارهای سازشی مقابله با استرس و ارتقای خودشکوفایی را در فرایند زندگی اجتماعی فراهم ساخته است. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های صبحی قراملکی و پرزور (۲۸) و ویگلورث (۲۹) همسوست. همچنین یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش محمودی راد و باقریان (۳۰) که حکایت از عدم ماندگاری تأثیر آموزش هوش معنوی بر مقابله با استرس در بازده زمانی دارد، همخوانی نداشت.

با ورود کودک جدید به خانواده، ساختار و پویایی خانواده تغییر چشمگیری می‌کند (۳۱). خانواده نظامی اجتماعی است که اختلال در هریک از اعضای آن، کل نظام را مختل می‌کند (۳۲) وجود فرزند ناتوان غیر از محدودیت‌ها و مشکلاتی که از نظر کارکردی در خانواده ایجاد می‌کند، ممکن است تأثیرات سوء روان‌شناختی در اثر تعاملات اجتماعی بر خانواده داشته باشد (۳۳). مادری عموماً از مهم‌ترین تجربه‌های هر زن به شمار می‌رود و زمانی که این تجربه درباره کودک ناتوان باشد، به مراتب همراه با احساسات ناخوشایند بسیار است (۳۴). اولین شخصی که به طور مستقیم با کودک ارتباط برقرار می‌کند مادر است. مادرانی فرزند ناتوان دارند زمان بیشتری برای مراقبت، رسیدگی به امور بهداشتی و کنارآمدن با مشکل فرزندان سپری می‌کنند (۳۵). مادران در مقایسه پدران به علت نقش‌های متفاوت در زندگی خانوادگی، زناشویی، پرستاری و تربیت فرزندان مشکلات بیشتری دارند؛ بنابراین، فشار عظیم و تحمل موقعیت طاقت‌فرسای ناشی از تولد کودک ناتوان هر لحظه، والدین و مخصوصاً مادر را که ارتباط نزدیک‌تری با کودک دارد، در برابر بیماری‌های جسمانی و روانی آسیب‌پذیر می‌کند و به‌راحتی سلامت عمومی او را کاهش می‌دهد (۳۶).

توان بخشی مبتنی بر هوش معنوی روی افزایش کیفیت زندگی افراد ناتوان و خانواده‌هایشان، رفع نیازهای اساسی آن‌ها، حصول اطمینان از فراگیرسازی و مشارکت افراد ناتوان و خانواده‌های آن‌ها تأکید می‌کند (۱۴). امروزه اهداف اصلی آموزش هوش معنوی از روزهای آغازین شده و از تمرکز بر فرد فراتر رفته است. هم‌اکنون مداخلات توان بخشی مبتنی بر آموزش هوش معنوی، بر زندگی افراد ناتوان، خانواده‌هایشان و جامعه محلی‌ای که فرد به آن متعلق است، تمرکز دارد. در برنامه توان بخشی مبتنی بر آموزش هوش معنوی، خانواده آموزش می‌بیند که چگونه به فرزند ناتوان کمک کند. این شیوه توان بخشی، آگاهی و مسئولیت جامعه را در قبال افراد با نیاز ویژه، افزایش می‌دهد و تغییر نگرش جامعه از نظر زمانی، زودتر حاصل می‌شود. همچنین پژوهش‌ها نشان داده است آموزش والدین بهترین راه حمایت از افراد ناتوان و خانواده آن‌هاست.

در تأیید این موضوع، یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند مادران کودک ناتوان در مقایسه با مادران کودکان عادی سلامت روان پایین‌تری دارند و وجود ناتوانی در خانواده سبب بروز مشکلات روانی و عاطفی برای اعضای خانواده، به ویژه مادر می‌شود (۳۷). این مادران در مقایسه با مادران کودکان عادی از مسائلی مانند سلامت جسمی و روانی خود غافل می‌شوند (۳۸). این شرایط می‌تواند

<https://sanad.iau.ir/Journal/fhj/Article/1203029>, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.1.1.8

سبب گوشه‌گیری و بی‌علاقگی به برقراری رابطه با اطرافیان در مادر شود که پیامد آن بروز افسردگی و به خطر افتادن سلامت روانی مادران است (۳۹) از این رو، مداخلات پیشگیری کارآمد می‌تواند پیش از آنکه مشکلات جدی‌تری به وجود آید، بروز عوامل خطر را در سال‌های آتی کاهش دهد (۴۰).

با توجه به اینکه نقش توان‌بخشی مبتنی بر هوش معنوی حفظ حقوق افراد ناتوان و حمایت از آن‌ها در فرایند بهبودی و همچنین تسهیل مشارکت و فراگیرسازی آن‌ها و خانواده‌شان در جامعه است؛ بنابراین، می‌تواند تأثیر مثبتی روی وضعیت روان‌شناختی افراد ناتوان و خانواده‌های‌شان داشته باشد. مادرانی که سلامت بالاتری دارند، در پذیرش، نگهداری و قبول ناتوانی فرزند خود مشکل کمتری دارند و بهتر می‌توانند نیازهای فرزند معلول خویش را برآورده کنند؛ در حالی که مادرانی که اضطراب و تنش دارند، معمولاً در تعامل منطقی و صحیح با کودکان خود دچار مشکلات فراوان هستند که مانع از اتخاذ رویکردی مطلوب و منطقی می‌شود.

ملاحظات اخلاقی:

ملاحظات اخلاقی طرح شامل این موارد بود: اطلاعات کتبی در مورد پژوهش به شرکت کنندگان، دادن اطمینان خاطر به داوطلبین در مورد محرمانه بودن اطلاعات و استفاده از آن فقط در امور تحقیقی، داوطلبانه بودن مشارکت و اخذ رضایت کتبی از شرکت کنندگان و در پایان با توجه به شواهد که از اثربخش بودن گروه درمانی آموزش هوش معنوی بر استرس و خودشکوفایی حمایت می‌کنند لذا به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، بعد از اتمام پروسه درمان مذکور، درمان فوق برای گروه کنترل نیز انجام شد.

محدودیت‌های پژوهش:

هر تحقیقی از ابتدای کار یعنی انتخاب مسئله اصلی تا مراحل اجرا، تحلیل و تفسیر نهایی با محدودیتهایی مواجه است. گزارش محدودیت‌های هر پژوهش به محققانی که در آینده می‌خواهند پژوهشی در حوزه‌ی مشابه انجام دهد کمک می‌کند تا اقدامات الزم را جهت برطرف کردن محدودیت‌ها و انجام پژوهش با دیدگاهی جامع‌تر انجام شود. این پژوهش نیز به نوبه‌ی خود دارای محدودیت‌هایی بود که اهم آنها در ادامه ذکر شده‌اند: (۱) انتخاب گروه مادران موجب محدودیت در تعمیم نتایج می‌شود. (۲) انتخاب روش نمونه‌گیری در دسترس محدودیت بعدی این پژوهش بود: (۳) عدم پیگیری طولانی مدت.

پیشنهادهای:

پیشنهاد می‌گردد در گروه پدران نیز بررسی شود: پیگیری طولانی مدت و انتخاب نمونه از جامعه به صورت نمونه‌گیری تصادفی انجام شود.

Reference

1. Ostberg M. Parental stress, psychosocial problems, and responsiveness in help seeking parents with small (2-45 months old) children. Acta Paediatrica. 1998; 87: 69-76.
<https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.1998.tb01389.x>.

2. Crinc K, Greenberg MT. Minor parenting stresses with young children. Child development. 1997; 54:209-217. [DOI:10.2307/1130770](https://doi.org/10.2307/1130770).
3. Bhavnagri N. Low-income African American mothers' parenting stress and instructional strategies to promote peer relationships in preschool children. Early Educ Dev 1999; (10):551-571. [doi/abs/10.1207/s15566935eed1004_8](https://doi.org/10.1207/s15566935eed1004_8).
4. Habibi Asgarabad M, Rashidi A, Motovalipour A. Parenting stress in mothers of exceptional children versus those of normal children 2009; 7(2): 175-181. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-155-en.pdf>.
5. Beck A, Hastings RP, Daley D, Stevenson J. Pro-social behavior and behavior problems independently predict maternal stress. J Pol Pract Intellect Disabil 2004; 29(4): 339-349. [DOI:10.1080/13668250400014509](https://doi.org/10.1080/13668250400014509).
6. Schieve LA, Blumberg SJ, Rice C, Visser SN, Boyl C. The relationship between Autism and parenting stress. Pediatrics 2007; 119(1):114-121. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17272578/>.
7. Hedov G, Anneren G, Wikblad K. Self- perceived health in Swedish parents of children with Down syndrome. Qual Life Res 2000; 9(4):415-22. <https://doi.org/10.1023/A:1008910527481>.
8. Hastings RP. Child Behaviors Problems and Parental Mental Health as Correlates of Stress in Mothers and Fathers of Children with Autism, J Intellect Disabil Res. May-Jun 2003; 47(4):231-237. [https://doi.org/10.1352/08958017\(2002\)107<0116:PPIFOC>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/08958017(2002)107<0116:PPIFOC>2.0.CO;2).
9. Olsson MB, Hwang CP. Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. J Intellect Disabil Res 2001; 45(6): 535-543. doi.org/10.1046/j.1365-2788.2001.00372.x.
10. Kogel RL. Consistent stress Profile in mothers of children with autism. J autism and Dev Dis, Jun 1992; 22(2): 205-216. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1624405/>.
11. Lazarus RS. The cognition-emotion debate: A bit of history. Handbook of cognition and emotion. 1999;5(6):3-19. [DOI: 10.1080/02699931.2018.1549023](https://doi.org/10.1080/02699931.2018.1549023).
12. Shams Alizadeh N, Fakhmzadeh AS, Hosseinpour B, Salehian b, Shams Alizadeh N. Intention to die in suicide bombers through poisoning. J Mazandaran University of Medical Sciences. 2011;21(8): 62-67. [URL: http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-659-en.html](http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-659-en.html).
13. Torabi M. The effectiveness of group cognitive-behavioral psychotherapy in changing the thoughts of suicide of students of military universities in Tehran [Dissertation]. Tehran: University of Tehran; 2018. 98-99. [URL: http://qaiie.ir/article-1-582-en.html](http://qaiie.ir/article-1-582-en.html).
14. Maslow A. Towards a psychology of being. New York: Wiley: Co.1998.
15. Rivera K, Mark E. Rediscovering the later version of Maslow's hierarchy of needs: Self-transcendence and opportunities for theory, research, and unification. Review of General Psychology 2006; 10(4): 302-317. DOI:[10.1037/1089-2680.10.4.302](https://doi.org/10.1037/1089-2680.10.4.302).
16. Ford G, Procidano M E. The Relationship between of self-actualization to social support, life stress, and adjustment. Social Behavior and Personality 1990; 18 (1): 41-51. DOI:[10.2224/sbp.1990.18.1.41](https://doi.org/10.2224/sbp.1990.18.1.41).

<https://sanad.iau.ir/Journal/fhj/Article/1203029>, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.1.1.8

17. Rhonda J, Dahl JA, Wakefield J R, Thomas M, Kimlicka M W, Herbert J. How the personality dimensions of neuroticism, extraversion and psychoticism relate to self-actualization. *Personality and Individual Differences* 1983; 4(6): 683-685. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(83\)90123-X](https://doi.org/10.1016/0191-8869(83)90123-X).
18. Routy B, Gopalakrishnan V, Daillère R, Zitvogel L, Wargo JA, Kroemer G. The gut microbiota influences anticancer immunosurveillance and general health. *Nature Reviews Clinical Oncology*. 2018; 15(6):382-96. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9449151/>.
19. Paredes AC, Pereira MG. Spirituality, distress and posttraumatic growth in breast cancer patients. *Journal of Religion and Health*. 2018; 57(5):1606-17. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28725952/>.
20. Krause N, Pargament KI, Hill PC, Ironson G. Humility, stressful life events, and psychological well-being: Findings from the landmark spirituality and health survey. *The Journal of Positive Psychology*. 2016; 11(5):499-510. DOI:[10.1080/17439760.2015.1127991](https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1127991).
21. Koenig HG, George LK, Titus P. Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2004; 52(4): 554-62. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52161.x>.
22. Neugebauer R, Wickramaratne P, Svob C, McClintock CH, Gameroff MJ, Miller L, et al. Contribution of religion/spirituality and major depressive disorder to altruism. *Journal of Affective Disorders*. 2020; 262:16-22. DOI:[10.1016/j.jad.2019.10.031](https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.031).
23. Davis DE, Hook JN, McAnnally-Linz R, Choe E, Placeres V. Humility, religion, and spirituality: a review of the literature. *Psychology of Religion and Spirituality*. 2017; 9(3):242. doi.org/10.1080/17439761003791672.
24. VanderWeele TJ, Balboni MJ, Balboni TA. The initiative on health, religion and spirituality at Harvard: from research to education. Why religion and spirituality matter for public health. Cham: Springer; 2018. P. 371-82. <https://doi.org/10.1177/0091647118807793>.
25. Zimmer Z, Jagger C, Chiu CT, Ofstedal MB, Rojo F, Saito Y. Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: a review. *SSM-Population Health*. 2016; 2:373-81. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.04.009>.
26. Endler NS, Parker JD. Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *J Pers Soc Psychol*. 1990;58(5):844-54. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.58.5.844>.
27. Ghoreyshi Rad F., Validation of Endler & Parker coping scale of stressful situations. *International Journal of Behavioral Sciences*, 2010; 4(1): 1-7. http://www.behavsci.ir/article_67661.html.
28. Gharamaleki N, Porzor P. A Comparison of Spiritual Intelligence and Emotional Intelligence of College Students and Religious Students. Qualitative Study. 2014; 4(11): 297-310. URL: <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-4697-en.html>.
29. Wigglesworth C. Spiritual intelligence and why it matters. Available at: [https://www](https://www.innerworks.com/news/vol22/intelligence.htm). Inner works publishing. com/news/vol22/intelligence.htm; 2004. <https://doi.org/10.22108/jas.2017.21715>.

30. Mahmoudirad G, Bagherian F. Effects of spiritual intelligence training on nurses' job stress. Quarterly Journal of Nursing Management. 2015; 4(1): 69-79. URL: <http://ijnv.ir/article-1-277-fa.html>.
31. Smith TE, Polloway EA, Patton JR, Dowdy CA, Doughty TT. Teaching students with special needs in inclusive settings: Pearson [Gh Hemmati Alamdarloo, AH Khanzadeh, H Alizadeh, Persian trans.]. Tehran: Arasbaran; 2015. DOI:10.4324/9781315818634.
32. Soleimani M, Abdi K, Mousavi M. [Comparison of demographic and biological characteristics of parents of children with more than one exceptional child with parents of ordinary children (Persian)]. Archives of Rehabilitation. 2010; 11(5):94-104. URL: <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-2354-en.html>.
33. Mauro V, Biggeri M, Grilli L. Does community-based rehabilitation enhance the multidimensional well-being of deprived persons with disabilities? A multilevel impact evaluation. World Development. 2015; 76(c):190-202. DOI:10.1016/j.worlddev.2015.07.004.
34. Heydari Pour M, Mashhadi A, Asghari Nekah SM. [Relationship between personality characteristics, emotional intelligence and quality of life mental health of people with disability (Persian)]. Journal of Rehabilitation. 2013; 14(1):40-9. URL: <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-826-en.html>.
35. Parvinian A M, Kermanshahi S, Sajedi F. [Protective effect of health promotion program on life quality of mothers of children with cerebral palsy (Persian)]. Journal of Rehabilitation. 2012; 13(2):8-17. URL: <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-974-en.html>.
36. Keen D, Couzens D, Muspratt S, Rodger S. The effects of a parent-focused intervention for children with a recent diagnosis of autism spectrum disorder on parenting stress and competence. Research in Autism Spectrum Disorders. 2010; 4(2):229-41. DOI:10.1016/j.rasd.2009.09.009.
37. Salehy Z, Karkhaneh M, Movallali G, Mohammadi MA. Effectiveness of encouragement training in alleviating depression among mothers of children with hearing impairment. Asian Journal of Social Sciences and Management Studies. 2015; 2(2):53-7. <https://avr.tums.ac.ir/index.php/avr/article/view/196>.
38. Zahiriniya M. [The need for community-based rehabilitation services for disabled persons (Persian)]. Hormozgan Cultural Research Journal. 2015; 20(3): 217-32. URL: <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-1226-en.html>.
39. Ashouri M, Jalilabkenar SS, Hasanzadeh S, Pourmohammadreza Tajrishi M. [Effectiveness of life skill instruction on the mental health of hearing loss students (Persian)]. Journal of Rehabilitation. 2013; 13(4):48-57. <http://socialworkmag.ir/article-1-469-en.pdf>.
40. Aslani L, Azkhosh M, Movallali G, Younesi SJ, Salehy Z. The effectiveness of resiliency training program on the components of quality of life in mothers with hearing-impaired children. Journal of Research & Method in Education. 2014; 4(3):62-74. DOI:10.9790/7388-04336266.