

مقایسه‌ی هوش معنوی و سلامت روانی مادران دارای کودکان ناشنوا، نابینا و عادی

پروین دبیریان / کارشناس ارشد روان‌شناسی کودکان استثنایی

دکتر غلامرضا محمودی / عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد واحد تهران مرکز

دکتر حمید رضا وطن خواه / عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد واحد تهران مرکز

چکیده:

در این پژوهش، پژوهشگر به مقایسه‌ی هوش معنوی و سلامت روانی مادران دارای کودکان ناشنوا، نابینا و عادی پرداخته است. روش پژوهش علی - مقایسه‌ای و همبستگی بوده است. جامعه‌ی آماری این پژوهش را تمامی مادران دانش‌آموزان ناشنوا، نابینا و عادی از مقطع راهنمایی در سال تحصیلی ۹۰-۱۹ در شهر کرمانشاه تشکیل داده‌اند، نمونه‌ها شامل ۷۰ نفر از مادران کودکان عادی، ۷۰ نفر از مادران کودکان نابینا و ۷۰ نفر از مادران کودکان ناشنوا بودند که به شیوه‌ی نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شده‌اند. ابزاری که در این پژوهش به کار گرفته شد مقیاس سنجش هوش معنوی کینگ (SISRI-24) و پرسشنامه‌ی سلامت روانی (SCL-90-R) می‌باشد. داده‌ها به وسیله‌ی روش تحلیل واریانس یک راهه و همبستگی تجزیه و تحلیل شد، نتایج نشان داد بین هوش معنوی و سلامت روانی مادران کودکان ناشنوا، نابینا و عادی تفاوت معناداری وجود دارد و هوش معنوی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده‌ی سلامت روانی این مادران باشد.

واژه‌های کلیدی: هوش معنوی، سلامت روانی، ناشنوا، نابینا، سنجش هوش

مقدمه:

والدین نگران‌کننده است و فشارهای روانی توأم با این مشکلات و دلواپسی آن‌ها نسبت به آینده فرزندشان، عرصه را بر آن‌ها تنگ می‌کند و به ناچار به مراکز و مؤسسات ذیربط روی می‌آورند تا به نحوی با این مشکلات کنار بیایند. وجود کودک معلول می‌تواند ضایعات و اثرات جبران‌ناپذیری بر وضعیت بهداشت روانی خانواده داشته باشد والدین ممکن است از داشتن چنین فرزندی به شدت رنج ببرند و دچار حالاتی همچون افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس و خجالت شوند و حتی آرزوی مرگ داشته باشند (بريستول^۳ و گالاگر^۴، ۱۹۸۶).

زمانی که خانواده‌های دارای فرزند معلول با خانواده‌های دارای فرزند عادی مقایسه می‌شوند نه تنها والدین چنین فرزندی از سلامت روان کمتری در مقایسه با والدین دارای فرزندان عادی برخوردارند بلکه آن‌ها به طور معناداری، سطح اضطراب، افسردگی و شکایت‌های

یکی از پدیده‌های طبیعی مشهود در تمام ساختارهای جوامع انسانی، وجود تفاوت است، یک نظام آموزشی سالم، انسانی و کارآمد این تفاوت‌ها را به شکل طیفی از توانمندی‌ها و قابلیت‌ها دریافت و ادراک می‌کند. اما آنچه بیش از همه، پژوهش علوم انسانی خصوصاً در حیطه‌ی روان‌شناختی را به کنکاش در مسئله‌های مربوط به سلامت روان و سازگاری با محیط راغب می‌کند لزوم داشتن جامعه‌ای سالم است که در آن همه آحاد یک جامعه احساس آرامش و امنیت داشته باشند. همان‌طور که در سال‌های اخیر موضوع سلامت روانی^۱ و هوش معنوی^۲ و جنبه‌های مربوط به آن اهمیت خاصی در بین نه فقط متخصصان و دولتمردان بلکه اقشار مختلف مردم پیدا کرده است و بدین ترتیب موضوع داشتن فرزند معلول و استثنایی نیز به لحاظ داشتن نیازهای ویژه و خارج از آنچه در شرایط عادی به آن نیاز دارند برای خانواده و

3- bristol
4- glager

1- MentaSprintsoul,intelligence
2- Sprintsoul,intelligence

گسترش مطالعات روان‌شناسی دین و معنویت در ابعاد مختلف باشیم. در پرتو توجه و علاقه‌ی روان‌شناسان به حوزه معنویت و سلامت روان و رشد تحقیقات گسترده در این زمینه، پژوهشگران در صدد تعریف و شناخت مفاهیم جدید در ارتباط با معنویت و سلامت روان برآمدند. (مک دونالد، ۲۰۰۱).

در حقیقت باور به قدرت خداوند و نیایش او و سر نهادن به خواست و اراده‌ی الهی در تسکین دردها به انسان توان تحمل می‌دهد، در واقع ایمان و معنویت^۳ موجب خوش بینی فرد می‌شود و امیدواری به آینده را افزایش می‌دهد.

روش:

جامعه آماری و نمونه‌ی مورد مطالعه:

در این پژوهش آزمودنی‌هایی که دارای رفتار مورد مطالعه هستند، با آزمودنی‌هایی که در آنها این رفتار مشاهده نمی‌شود مقایسه می‌شوند با توجه به ماهیت پژوهش، طرح پژوهش حاضر از جمله پژوهش‌های پس‌رویدادی از نوع علی-مقایسه‌ای و همبستگی است. جامعه‌ی آماری پژوهش، شامل تمامی مادران دانش‌آموزان ناشنوا و مادران دانش‌آموزان نابینا در مدارس استثنایی و مادران دانش‌آموزان عادی، در مقطع راهنمایی که در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ در مدارس استثنایی و عادی شهر کرمانشاه مشغول به تحصیل بوده‌اند، می‌باشد. نمونه پژوهش متشکل از ۷۰ نفر از مادران کودکان پسر و دختر ناشنوا، ۷۰ نفر از مادران کودکان پسر و دختر نابینا در مدارس استثنایی و ۷۰ نفر از مادران کودکان عادی پسر و دختر در مدارس عادی راهنمایی شهر کرمانشاه بوده که از میان جامعه آماری پژوهش انتخاب شده‌اند.

جسمانی بالاتری داشته و عملکرد اجتماعی آن‌ها در مقایسه با گروه عادی مختل است. (محرابی و همکاران، ۱۳۸۶).

هوش معنوی به مثابه‌ی آگاهی از هستی یا نیرویی فراتر از جنبه‌های مادی زندگی است و احساسات عمیقی از وحدت یا پیوند با کائنات را به وجود می‌آورد، افکار مثبت و سخت‌رویی هر دو مؤلفه‌های معنویت هستند و با سلامت روانی و مقاومت در برابر استرس ارتباط دارند. تکیه‌گاه معنوی می‌تواند تأثیر ضربه‌گیری در برابر استرس داشته باشد. برخورداری از یک گرایش معنوی به زندگی، از رفتارهای ناسازگار و نامطلوب شخصی و اجتماعی جلوگیری می‌کند. گرایش به سمت مفاهیم بنیادین دین و زندگی به تجربه هدفمندی و احساس رضایت و یکپارچگی شخصیت می‌انجامد. ویلبر^۱ معنویت را بالاترین مراحل تمام خطوط سیر و رشد می‌داند به نظر او معنویت حالتی است مانند عشق که فرد می‌تواند در هر مرتبه‌ای که قرار دارد، داشته باشد. (مکین تایر^۲ ۲۰۰۳).

این مفهوم در دهه‌های اخیر از چنان رشدی برخوردار بوده است که شمار روز افزونی از روان‌شناسان رهایی از بیماری‌های عاطفی و جسمی را برای داشتن شخصیت سالم و سلامت روان، کافی ندانسته و بر روی کمال و دگرگونی شخصیت آدمی به واسطه معنویت تأکید دارند، آن‌ها معتقدند که انسان باید برای رسیدن به کمال و خود شکوفایی تلاش کند و این نیاز فطری در همه انسان‌ها وجود دارد و اگر انسان از لحاظ معنوی سالم باشد، در محدوده سلامت روانی اش احساس زنده بودن، هدفمندی و رضایت خواهد کرد. (حسینی و اجاری، ۱۳۸۲).

نقش معنویت در ارتقا آرامش، بهداشت و سلامت روانی، حتی تأثیر آن بر کاهش اختلالات روانی و ناهنجاری‌های اجتماعی موجب گردید تا شاهد رشد و

1 -villber

2-macintyre

یافته‌ها:

نتایج آماری به دست آمده نشان داده است که ۵۰/۴ درصد از گروه نمونه مورد بررسی در دامنه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال سن قرار دارند، از لحاظ وضعیت اقتصادی ۲۱/۸ درصد خوب، ۶۵/۹ درصد متوسط و ۱۲/۴ درصد ضعیف بوده‌اند، از لحاظ وضعیت تحصیلات، ۲۷/۹ درصد زیر دیپلم، ۳۸/۷ درصد دیپلم و ۳/۱ درصد لیسانس و بالاترند، در گره نمونه (والدین)، ۳۵/۷ درصد ازدواج فامیلی و ۶۴/۳ درصد ازدواج غیرفامیلی داشته‌اند و از لحاظ رابطه‌ی گروه نمونه با فرزندان ۶۸/۲ درصد گرم و صمیمی و ۳۰ درصد نیز رابطه خشک و سرد با فرزندان خود داشته‌اند.

همچنین نتایج تحلیل واریانس رگرسیون چند گانه برای پیش‌بینی سلامت روانی بر اساس هوش معنوی در مادران دارای کودکان نابینا و ناشنوا نشان داده است که در حدود ۱۴ درصد واریانس تغییرات در سلامت روانی مادران بر اساس هوش معنوی (هوشیاری فرارونده) قابل تبیین است، همچنین مقدار رگرسیون در سطح خطای کمتر از یک هزارم ($p < ۰/۰۰۱$) معنادار شده است و همین امر نشان می‌دهد که سلامت روانی قابل تبیین به وسیله یک یا چند تا از متغیرهای پیش‌بینی کننده می‌باشد. همچنین نتایج رگرسیون چند گانه برای پیش‌بینی سلامت روانی بر اساس هوش معنوی در مادران دارای کودکان نابینا و ناشنوا نشان داد که سلامت روانی این مادران به طور کلی از روی هوش معنوی (هوشیاری فرارونده) قابل تبیین است، بدین صورت مادرانی که هوش معنوی بالاتری داشتند از میزان سلامت روانی بالاتری برخوردارند، همچنین این نتایج در مورد مادران دارای کودکان عادی نشان می‌دهد که حدود ۷۰ درصد واریانس تغییرات در سلامت روانی این مادران قابل تبیین است، نتایج ضریب رگرسیون نشان می‌دهد که سلامت روانی در مادران دارای کودکان عادی به طور کلی از

روش نمونه‌گیری، تصادفی - خوشه‌ای است. به این صورت که ابتدا از کل شهر کرمانشاه برای هر گروه از ناشنوا و نابینا ۲ مدرسه و از هر مدرسه ۵ کلاس و از هر کلاس ۷ دانش‌آموز به طور تصادفی انتخاب شدند، آن-گاه پرسش‌نامه‌ها بین مادران دانش‌آموزان ناشنوا و نابینا اجرا شد. برای انتخاب نمونه دانش‌آموزان عادی از روش تصادفی - خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده گردید یعنی از بین مدارس راهنمایی شهر کرمانشاه تعداد ۲ مدرسه و از هر مدرسه ۵ کلاس و از هر کلاس ۷ دانش‌آموز به‌طور تصادفی انتخاب شدند.

فرآیند اجرای پژوهش

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل دو پرسشنامه می‌باشد:

۱- مقیاس سنجش هوش معنوی کینگ (Sisfi-24). این پرسشنامه که توسط کینگ در سال ۲۰۰۷ ساخته شده است دارای ۲۴ آیتم می‌باشد با ۴ زیر مقیاس شامل تفکر وجودی انتقادی، ایجاد معناداری شخصی، هشیاری متعالی و گسترش هشیاری متعالی است. این پرسشنامه بر اساس مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت پرمی شود نمرات این مقیاس می‌تواند بین صفر تا ۹۶ در نوسان باشد، نمرات بالا نشان دهنده هوش معنوی بالا و یا وجود چنین ظرفیتی است.

۲- پرسش‌نامه سلامت روانی Scl-90-R (فرم کوتاه) این آزمون شامل ۹۰ سوال است، پاسخ‌های ارائه شده به هر یک از مواد آزمون در یک مقیاس ۵ درجه‌ای از «هیچ» تا «به شدت»، میزان ناراحتی را مشخص می‌کند. ۹۰ ماده این آزمون ۹ بعد مختلف را می‌سنجد که عبارتند از شکایت جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی، نمره بالا در این آزمون حاکی از عدم سلامت روانی فردی می‌باشد.

توکی نشان می‌دهد که بین نمره کلی هوش معنوی و ابعاد آن در مادران دارای کودکان نابینا و عادی و مادران کودکان ناشنوا و عادی تفاوت معنادار وجود دارد، ولی بین هوش معنوی و ابعاد آن در مادران دارای کودکان نابینا و ناشنوا تفاوت معنادار وجود ندارد.

همچنین نتایج آزمون‌های تعقیبی شفه و توکی نشان می‌دهد که بین نمره کلی سلامت روانی و ابعاد آن در مادران دارای کودکان نابینا، ناشنوا و عادی تفاوت معنادار وجود دارد، ولی بین مادران دارای کودکان نابینا و ناشنوا تفاوت معنادار وجود ندارد.

روی هوش معنوی آنان قابل پیش بینی است. بدین صورت مادرانی که سلامت روانی بالاتری داشتند از میزان هوش معنوی بالاتری برخوردار بودند، علاوه بر این مادرانی که سلامت روانی کمتری داشتند از سطح هوش معنوی کمتری برخوردار بوده‌اند.

همچنین نتایج تحلیل واریانس نشان داد که بین هوش معنوی و ابعاد آن (تفکر وجودی انتقادی، تولید معنای فردی، هوشیاری فرارونده و بسط تجربه آگاهانه) در مادران کودکان نابینا، ناشنوا و عادی تفاوت معنادار ($P < 0/001$) وجود دارد، نتایج آزمون‌های تعقیبی شفه و

جدول (۱): خلاصه اطلاعات تحلیل واریانس هوش معنوی و ابعاد آن در مادران دارای کودکان نابینا، ناشنوا و عادی

سطح معناداری	آزمون F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیر	
					بین گروه	تفکر وجودی انتقادی
۰/۰۰۱	۱۰/۰۹	۲۹۶/۹۹	۲	۵۹۳/۹۸	بین گروه	تفکر وجودی انتقادی
		۲۹/۴۱	۱۲۶	۳۷۰۶/۰۸	درون گروه	
			۱۲۸	۴۳۰۰/۰۶	کل	
۰/۰۰۱	۱۱/۵۹	۲۲۵/۴۹	۲	۴۵۰/۹۸	بین گروه	تولید معنای فردی
		۱۹/۴۶	۱۲۵	۲۴۳۱/۹۰	درون گروه	
			۱۲۷	۲۸۸۲/۸۷۵	کل	
۰/۰۰۱	۱۰/۸۹	۳۰۷/۸۱	۲	۶۱۵/۶۱	بین گروه	هوشیاری فرارونده
		۲۸/۴۸	۱۲۶	۳۵۸۸/۲۰	درون گروه	
			۱۲۸	۴۲۰۳/۸۱	کل	
۰/۰۰۱	۱۰/۷۳	۲۱۹/۲۰	۲	۴۳۸/۴۰	بین گروه	بسط تجربه آگاهانه
		۲۰/۴۲	۱۲۶	۲۵۷۳/۰۹	درون گروه	
			۱۲۸	۳۰۱۱/۴۹	کل	
۰/۰۰۱	۱۳/۱۶	۴۰۷۰/۲۸	۲	۸۱۴۰/۵۵	بین گروه	نمره کل هوش معنوی
		۳۰۹/۳۱۰	۱۲۵	۳۸۶۶۳/۷۵	درون گروه	
			۱۲۷	۴۸۸۰۴/۳۱	کل	

نتایج حاصل از جدول ۱ نشان می‌دهد که بین هوش معنوی و ابعاد آن (تفکر وجودی انتقادی، تولید معنای فردی، هوشیاری فرارونده، بسط تجربه آگاهانه) در مادران دارای کودکان نابینا، ناشنوا و عادی تفاوت معنادار ($P \leq 0/001$) وجود دارد. ولی این که تفاوت به نفع کدام یک از مادران سه گروه، (نابینا، ناشنوا و عادی) مورد مطالعه است، نتایج

آزمون‌های تعقیبی شفه و توکی نشان می‌دهد که بین نمره کل هوش معنوی و ابعاد آن در مادران دارای کودکان نابینا و عادی و مادران دارای کودکان ناشنوا و عادی تفاوت معناداری وجود دارد اما بین هوش معنوی و ابعاد آن در مادران دارای کودکان نابینا و ناشنوا تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول (۲): خلاصه اطلاعات تحلیل واریانس سلامت روانی مادران دارای کودکان نابینا، ناشنوا و عادی

سطح معناداری	آزمون F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیر	
۰/۰۰۱	۲۶/۰۹	۹۶۲/۵۳ ۳۶/۹۰	۲ ۱۲۳ ۱۲۵	۱۹۲۵/۰۷ ۴۵۳۸/۱۵ ۶۴۶۳/۲۱	بین گروه درون گروه کل	شکایت جسمانی
۰/۰۰۱	۳۲/۲۵	۱۰۱۵/۲۵ ۳۱/۴۸	۲ ۱۲۳ ۱۲۵	۲۰۳۰/۵۰ ۳۸۷۲/۴۳ ۵۹۰۲/۹۳	بین گروه درون گروه کل	وسواس
۰/۰۰۱	۲۹/۵۶	۳۵۸/۰۸ ۱۲/۱۱	۲ ۱۲۳ ۱۲۵	۷۱۶/۱۵ ۱۴۸۹/۸۹ ۲۲۰۶/۰۴	بین گروه درون گروه کل	حساسیت در روابط بین فردی
۰/۰۰۱	۴۰/۰۲	۹۸۰/۱۶ ۲۴/۴۹	۲ ۱۲۳ ۱۲۵	۱۹۶۰/۳۱ ۳۰۱۲/۱۴ ۴۹۷۲/۴۴	بین گروه درون گروه کل	افسردگی
۰/۰۰۱	۴۰/۹۵	۱۰۶۹/۸۷ ۲۶/۱۳	۲ ۱۲۳ ۱۲۵	۲۱۳۹/۷۳ ۳۲۱۳/۷۰ ۵۳۵۳/۴۳	بین گروه درون گروه کل	اضطراب
۰/۰۰۱	۲۸/۳۵	۴۰۶/۷۳ ۱۴/۳۵	۲ ۱۲۳ ۱۲۵	۸۱۳/۴۵۵ ۱۷۶۴/۹۰ ۲۵۷۸/۳۶	بین گروه درون گروه کل	خصوصیت
۰/۰۰۱	۳۴/۶۰	۴۸۰/۸۳ ۱۳/۹۰	۲ ۱۲۳ ۱۲۵	۹۶۱/۶۷ ۱۷۰۹/۱۹ ۲۶۷۰/۸۶	بین گروه درون گروه کل	فوبیا
۰/۰۰۱	۱۶/۱۴	۴۰۸/۹۸ ۲۵/۳۴	۲ ۱۲۳ ۱۲۵	۸۱۷/۹۶۱ ۳۱۱۶/۵۷۹ ۳۹۲۴/۵۴	بین گروه درون گروه کل	افکار پارانوئیدی
۰/۰۰۱	۳۵/۲۱	۷۶۰/۴۶ ۲۱/۶۰	۲ ۱۲۳ ۱۲۵	۱۵۲۰/۹۳ ۲۶۵۶/۷۳ ۴۱۷۷/۶۶	بین گروه درون گروه کل	روان‌پریشی
۰/۰۰۱	۴۶/۹۳	۵۴۸۱/۶۷ ۱۱۶۹/۵۳	۲ ۱۲۳ ۱۲۵	۱۰۹۷۶۳/۳۵ ۱۴۳۸۵۲/۶۹ ۲۵۳۶۱۶/۰۴	بین گروه درون گروه کل	نمره کلی سلامت روانی (GSI)

نتایج حاصل از جدول ۲ نشان می‌دهد که بین سلامت روانی و ابعاد آن (شکایت جسمانی، وسواس، حساسیت در نتایج روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، فویسا، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی) در مادران دارای کودکان نابینا، ناشنوا و عادی تفاوت معنادار ($P \leq 0/001$) وجود دارد ولی این که تفاوت به نفع کدام یک از مادران سه گروه (نابینا، ناشنوا و عادی) می‌باشد، نتایج آزمون‌های تعقیبی شفه و توکی نشان می‌دهد که بین نمره کلی سلامت روانی و ابعاد آن در مادران دارای کودکان نابینا و عادی و مادران دارای کودکان ناشنوا و عادی تفاوت معنادار وجود دارد، ولی بین مادران دارای کودکان نابینا و ناشنوا تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول (۳): ماتریس همبستگی هوش معنوی و سلامت روانی در مادران دارای کودکان نابینا و ناشنوا

متغیر	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱. سلامت روانی (GSI)	۱۴۲/۴۷	۳۹/۷۰	۱					
۲. تفکر وجودی انتقادی	۱۴/۵۶	۵/۵۳	*-۰/۲۶	۱				
۳. تولید معنای فردی	۹/۹۱	۴/۷۵	*-۰/۳۰	**۰/۷۴	۱			
۴. هوشیاری فرارونده	۱۳/۱۳	۵/۵۶	*-۰/۳۷	**۰/۶۹	**۰/۶۶	۱		
۵. بسط تجربه آگاهانه	۸/۶۰	۴/۶۷	*-۰/۳۲	**۰/۷۲	**۰/۷۲	**۰/۸۵	۱	
۶. نمره کل هوش معنوی	۴۶/۱۸	۱۸/۳۱	*-۰/۳۵	**۰/۸۹	**۰/۸۷	**۰/۹۰	**۰/۹۲	۱

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بین نمره کلی هوش معنوی و ابعاد آن (تفکر وجودی انتقادی، تولید معنای فردی، هوشیاری فرارونده، بسط تجربه آگاهانه) با سلامت روانی در مادران دارای کودکان نابینا و ناشنوا همبستگی معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر هر چه هوش معنوی مادران دارای کودکان نابینا و ناشنوا بیشتر باشد این مادران از میزان سلامت روانی بالاتری برخوردار می‌باشند.

جدول (۴): نتایج تحلیل واریانس مربوط به رگرسیون چندگانه برای پیش‌بینی سلامت روانی بر اساس هوش معنوی در مادران دارای کودکان عادی

مدل	SS	df	Ms	F	P	R	R ²	Adj.R ²	SE
رگرسیون	۱۸۵۶/۷۱	۱	۱۸۵۶/۷۱	۳/۴۴	۰/۰۷۰	۰/۲۶	۰/۰۷	۰/۰۴۹	۲۳/۲۵
باقیمانده	۲۴۸۶۳/۹۶	۴۶	۵۴۰/۵۲						
کل	۲۶۷۲۰/۶۷	۴۷							

هوش معنوی و سلامت روانی کمتری برخوردارند و لازم به ذکر است که در این مادران نیز (مادران دارای کودکان ناشنوا و نابینا) هرچه هوش معنوی بیشتر باشد از سلامت روانی بالاتری برخوردار می‌باشند و به‌طور کلی هوش معنوی و سلامت روانی مادران کودکان عادی در مقایسه با مادران کودکان ناشنوا و نابینا بالاتر است.

تاریخچه بررسی هوش نشان داده است که موفقیت شخص در زندگی فردی و اجتماعی نه فقط به SQ بلکه به عوامل دیگری شخصیتی نیز بستگی دارد این عقیده که مفهوم هوش، عوامل اجتماعی، هیجانی، شناختی و معنوی را در برمی‌گیرد از سوی بسیاری از پژوهشگران پذیرفته شده است و هوش معنوی به عنوان سازه جدیدی در تکمیل دیدگاه سنتی هوش با تأکید بر نقش مشارکتی مولفه‌های معنوی برای رفتار هوشمندانه مطرح شده است و اما پژوهش حاضر به بررسی مقایسه هوش معنوی و سلامت روانی در مادران دارای کودکان نابینا، ناشنوا و عادی می‌پردازد، نتایج پژوهش ۴ عامل هوش معنوی (تفکر وجودی انتقادی، تولید معنای فردی، هوشیاری فرارونده و بسط تجربه آگاهانه) را پیشنهاد می‌کند.

اگرچه بین این عوامل به‌دست آمده در فرهنگ‌های دیگر از لحاظ ساختاری شباهت وجود دارد و این نتیجه می‌تواند احتمالاً ناشی از شرایط خاص فرهنگی و اجتماعی و یا ناشی از ویژگی‌ها و خصوصیات گروه نمونه پژوهشی حاضر (مادران دارای کودکان نابینا، ناشنوا و عادی) و سایر محدودیت‌های پژوهش به‌دست آمده باشد، به‌طور کلی افرادی که هوش معنوی بالاتری دارند در مواجهه با استرس‌های زندگی، سازگاری و توانایی بالاتری خواهند داشت و در نتیجه کمتر به مشکلات روانی و دیگر پیامدهای منفی زندگی مبتلا می‌شوند. به‌طور کلی هوش معنوی با وقایع و پیامدهای زندگی ارتباط دارد و این مساله می‌تواند ناشی از تفاوت بین هوش معنوی مادران کودکان نابینا و ناشنوا و مادران کودکان عادی باشد. اما

همان‌طوری که از جدول ۴ استنباط می‌شود در حدود ۷ درصد از واریانس تغییرات در سلامت روانی مادران دارای کودکان عادی، توسط هوش معنوی آنان قابل تبیین است، همچنین مقدار رگرسیون در سطح خطای کمتر از پنج صدم ($P < 0/005$) معنی‌دار شده است و همین امر نشان می‌دهد که سلامت روانی، قابل تبیین به‌وسیله یک یا چند تا از متغیرهای پیش‌بینی کننده می‌باشد.

بحث و نتیجه گیری:

یافته‌های پژوهش حاکی از این است که مادرانی که دیدگاه معنوی دارند در زندگی خود به دنبال ارزش‌های فرامادی هستند و از نگرش مثبت و ذهنی باز و انعطاف‌پذیری برخوردارند. عبادت، نیایش، ایمان و تجارب معنوی راه حلی برای مشکلات و سختی‌های زندگی است. از پیامدهای هوش معنوی توانایی حفظ آرامش، کاهش اضطراب، تمرکز در شرایط بحرانی، مقابله مؤثر با بیماری‌ها، بخشش و حس خیرخواهی برای دیگران می‌باشد، بنابراین با افزایش هوش معنوی، سلامت روانی مادران کودکان عادی نیز افزایش می‌یابد و برخورداران مادران کودکان ناشنوا و نابینا از هوش معنوی تا حدود زیادی به آن‌ها کمک می‌کند تا با شرایط سخت زندگی سازگار باشند و با توکل و تکیه بر ذات مقدس خداوند آرامش درونی خود را حفظ نمایند. بنابراین مادران دارای هوش معنوی بالاتر از سازگاری بهتر برخوردار بوده و انعطاف‌پذیری، تحمل سختی و شکست، امیدواری و انگیزه زندگی در آن‌ها بالاتر می‌باشد.

اما هوش معنوی و سلامت روانی در مادران دارای کودکان ناشنوا و نابینا در مقایسه با مادران دارای کودکان عادی به یک اندازه است. یعنی مادران کودکان ناشنوا و نابینا که مادران دارای کودکان استثنایی محسوب می‌شوند در مقایسه با مادران دارای کودکان عادی از

« هوش معنوی سهم قابل ملاحظه‌ای از سلامت روانی مادران دارای کودکان نابینا و ناشنوا را پیش‌بینی می‌کند. »
 نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که در حدود چهارده درصد واریانس تغییرات در سلامت روانی مادران دارای کودکان نابینا و ناشنوا از روی نمره کل هوش معنوی قابل پیش‌بینی است. همچنین مقدار رگرسیون در سطح خطای کمتر از یک هزارم ($P < 0/001$) معنادار شده است، و همین امر نشان می‌دهد که سلامت روانی قابل تبیین به وسیله متغیرهای پیش‌بینی کننده است. بدین صورت مادران دارای کودکان نابینا، ناشنوا که هوش معنوی بیشتری داشتند از سلامت روانی بالاتری برخوردار بودند.

مادران کودکان ناشنوا و نابینا که مادران دارای کودکان استثنایی محسوب می‌شوند در مقایسه با مادران دارای کودکان عادی از هوش معنوی و سلامت روانی کمتری برخوردارند

نتایج پژوهش‌های گذشته که مرتبط با هوش معنوی بوده است مویده این تاثیر گذاری هستند، (رقیبی و همکاران، ۱۳۸۹. برندن هاید، ۲۰۰۴ و سوزا و کارت رایت، ۲۰۰۴).

«هوش معنوی سهم قابل ملاحظه‌ای از سلامت روانی در مادران دارای کودکان عادی را پیش‌بینی می‌کند.»
 در حدود ۷۰ درصد واریانس تغییرات در سلامت روانی مادران دارای کودکان عادی از روی هوش معنوی قابل تبیین است. همچنین مقدار رگرسیون و F مشاهده شده ($P < 0/05$) در سطح خطای کمتر از پنج صدم معنادار شده است و همین امر نشان می‌دهد که سلامت روانی این مادران قابل تبیین به وسیله متغیرهای پیش‌بینی کننده است. بدین صورت مادران کودکان عادی که هوش معنوی بالاتری دارند از میزان سلامت روانی بیشتری برخوردار می‌باشند.

هدف عمده پژوهش حاضر مقایسه هوش معنوی و سلامت روانی در مادران دارای کودکان نابینا، ناشنوا و عادی در شهر کرمانشاه می‌باشد که با توجه به فرضیه‌هایی که طرح گردیده در ذیل مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرند:

« بین هوش معنوی در مادران دارای کودکان نابینا، ناشنوا و عادی تفاوت وجود دارد.»

نتایج تحلیل واریانس نشان داد که بین هوش معنوی و ابعاد آن (تفکر وجودی انتقادی، تولید معنای فردی، هوشیاری فرارونده و بسط تجربه آگاهانه) در مادران کودکان نابینا، ناشنوا و عادی تفاوت معنادار ($P < 0/001$) وجود دارد. همچنین نتایج آزمون‌های تعقیبی شفه و توکی نشان می‌دهد که بین نمره کلی هوش معنوی و ابعاد آن در مادران دارای کودکان نابینا و عادی و مادران کودکان ناشنوا و عادی تفاوت معنادار وجود دارد، ولی بین هوش معنوی و ابعاد آن در مادران دارای کودکان نابینا و ناشنوا تفاوت معنادار وجود ندارد. با توجه به تازگی موضوع تا آنجا که پژوهشگر بررسی کرده، پژوهشی در این خصوص در داخل و همچنین خارج از کشور یافت نشد تا نتایج مقایسه شود.

«بین سلامت روانی در مادران دارای کودکان نابینا، ناشنوا و عادی تفاوت وجود دارد.»

نتایج تحلیل واریانس نشان داد که بین سلامت روانی و ابعاد آن (شکایت جسمانی، وسواس، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، فویبا، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی) در مادران دارای کودکان نابینا، ناشنوا و عادی تفاوت معنادار ($P < 0/001$) وجود دارد. همچنین نتایج آزمون‌های تعقیبی شفه و توکی نشان می‌دهد که بین نمره کلی سلامت روانی و ابعاد آن در مادران دارای کودکان نابینا، ناشنوا و عادی تفاوت معنادار وجود دارد، ولی بین مادران دارای کودکان نابینا و ناشنوا تفاوت معنادار وجود ندارد.

پژوهش در شهر کرمانشاه انجام شده لذا برای تعمیم نتایج به مادران دیگر با احتیاط عمل شود.

پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های بیشتری به منظور تبیین هوش معنوی، در کشور صورت گیرد همچنین پژوهش مقایسه‌ای بین والدین کودکان استثنایی از نظر هوش معنوی انجام شود. با توجه به نقش هوش معنوی در موقعیت‌های مختلف زندگی پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی برای گروه‌های سنی مختلف انجام گیرد. با توجه به این که هوش معنوی با سلامت روانی رابطه دارد. لذا به مسئولین و دست‌اندرکاران آموزش و پرورش کودکان استثنایی پیشنهاد می‌شود که جهت افزایش توانمندی‌های والدین کودکان استثنایی کارگاه‌های آموزشی و یا کلاس‌های آموزشی برای این گروه برگزار نمایند.

البته پژوهش حاضر مانند بیشتر پژوهش‌هایی که در علوم رفتاری صورت می‌گیرد با محدودیت‌هایی همراه بوده که شناخت آنها جهت انجام پژوهش‌های بعدی و تلاش برای کاهش یا رفع این محدودیت‌ها، منطقی به نظر می‌رسد در ضمن نتایج پژوهش، مواردی را روشن ساخت که توجه به آنها راهگشای پژوهش‌های جدید و سازنده آتی باشد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم منابع و پژوهش‌های کافی در داخل و خارج از کشور که مرتبط با هوش معنوی باشد، است. به دلیل عدم هنجاریابی دیگر آزمون‌های هوش معنوی، در این پژوهش از آزمون هوش معنوی کینک استفاده شد و تا تاریخ جمع‌آوری اطلاعات آزمون دیگری در این دامنه سنی موجود نبود. این

منابع:

- احمد پناه، محمد. (۱۳۸۰) تأثیر کم توانی ذهنی بر بهداشت روانی خانواده. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، سال اول، شماره یک.
- افروز، غلامعلی. روان‌شناسی و آموزش و پرورش کودکان استثنایی. چاپ بیست و یکم، انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۸۲.
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا، متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی. DSM-TR.
- حسینی، سید ابوالقاسم. (۱۳۷۷) اصول بهداشت روانی، چاپ چهارم، مشهد دانشگاه علوم پزشکی، ج ۱.
- رجایی، علیرضا. (۱۳۸۹). هوش معنوی: دیدگاه‌ها و چالش‌ها. پژوهشنامه تربیتی.
- رقیبی، مهوش وهمکاران. (۱۳۸۹). مقایسه هوش معنوی و سلامت روان در افراد معتاد و غیر معتاد. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دوره ۱۸.
- سهرابی، فرامرز. (۱۳۸۵). درآمدی بر هوش معنوی. فصلنامه علمی پژوهشی اندیشه نوین دینی، سال سوم شماره دهم.
- صمدی، پروین. (۱۳۸۵). هوش معنوی. اندیشه‌های نوین تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهرا، شماره ۴ و ۳.
- غباری بناب، باقر وهمکاران. (۱۳۸۶). هوش معنوی. فصلنامه علمی پژوهشی اندیشه نوین دینی، سال سوم، شماره دهم
- فونتانا، دیوید. روان‌شناسی دین و معنویت. ترجمه ساوار، الف. چاپ اول، نشر ادیان، ۱۳۸۵.
- گری، هارتز. معنویت و سلامت روان. ترجمه امیر کامگار و عیسی جعفری. تهران: انتشارات روان، ۱۳۸۷.
- مارنات، گری گراث. راهنمای سنجش روانی. ترجمه حسن پاشا شریفی و محمد رضا نیکخو. تهران: انتشارات سخن، ۱۳۸۴.
- مصدق، ندا، (۱۳۹۰) بررسی رابطه هوش معنوی و سلامت روان در مادران دارای کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر و عادی شهر گرگان، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد واحد تهران مرکز دانشکده روان‌شناسی و علوم اجتماعی

میلانی فر، بهروز. روان‌شناسی کودکان ونوجوانان استثنایی. چاپ هجدهم، نشر قومس، ۱۳۸۶.

هالاهان، دانیل پی، کافمن جیمز، مقدمه ای بر آموزش ویژه کودکان استثنایی. ترجمه‌ی جوادیان مجتبی جوادیان. چاپ هشتم،

انتشارات قدس رضوی (۱۳۸۳)

Amram, Y & drayer.c (2007). *The development and preliminary validatio of the integrated spiritual intelligence scale (ISIS)*. Palaoito, CA: institute of transpersonal psychology working paper. Available on 50-50-http://www.geocities.com/isisfindings/

Echstein, D, & kern, R. (2002). *Life style assessment and intervention, life style skills (5 OD)*. Iowa: kendll/hunt

Elkins, D. N. (1999, september/october). *Spirituality: it's what's missing in mental heaith*. Psychology today, 45-48

Halama, P, strizenes M. ((2004). *Spiritual, existential or both? theoretical consideration on the nature of higher intelligence*. published in studiapsychologica. 43(3), 239-253

Hyde, B. (2004). *The plausibility of spirital intelligence: spiritual experience, problem solving and neural sites*. International journal of childerens spirituality. vol.9, no. 1, Australian catholic university, Australia

Karasu, B / (1999). *Spiritual psychotherapy*. American journal of psychotherapy, 53 (2), 143 - 162.

King, D. B. (2007) *The spirituality intelligence Project University*. Canada, retrived from internet: www.Dbking.pett spiritual intelligence.

Ling, D. B. *Rethinking claims of spiritual intelligence: a definition, model, and measure*. {Thesis}. Ontario: Trent University, 2008

Mahoney, A., pargament, K. I., jewell, T., swank, A. B ., seott , E ., emery , E ,&rye , M.(1999).

Mcmullen, B.(2003).*Spiritual intelligence* , www.studentbmj.com .

Mile, George. (2006). *How intelligen are you realy?* From IQ to EQ with a little intuit training & management development methods, 20, 4 pg. 425.

Miller, W. R., & thoresen, C. E. (2003). *Spirituality, religin, and health: an emerging research field*. 71- American psychologist, 58 (1), 24 - 35.

Nasel, D. D. (2004) *.Spiritual rientation in relation to spiritual intelligence Australia*: university of South Australia Perceptual and motor skills. 83 (3 pt 2), 1107 - 1121

Siuza, M. Cartwrightp. (2004). *The perceptions of young people who live in a regional city in austral of their spiritual intelligence*. Journal of young studies. VOL 7, N72, 155 - 172.

Smith, D. W. (1992) *.A study of power and spirituality in polip survivors using the nursing modele of marthu E Rogers*. Unpublished New York University. World healt organization. Incet. (1998) - 375 - 379.

Zohar, D. & marshal, I. (2000). *SQ: spiritual intelligence: the ultimate intelligence*, New York, NY. USA: B loomsbury.