

# The Effectiveness of Health-Oriented Education on The Spiritual Health and Performance of Women in The Islamic-Iranian Family

## ARTICLE INFO

**Article Type**  
Research Article

**authors**  
Esmat Savadi  
Akram Hafizi\*

### How to cite this article

Esmat Savadi, Akram Hafizi, The Effectiveness of Health-Oriented Education on The Spiritual Health and Performance of Women in The Islamic-Iranian Family, *Journal of Islamic Life Style Centeredon Health*, 2023:7(3): 154-163.

1. Assistant Professor, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2. Assistant Professor, Farhangian University, Tehran, Iran (corresponding author).

## ABSTRACT

**purpose:** The aim of this study was the effectiveness of health-oriented education on spiritual health and performance of women in the Islamic-Iranian family.

**Materials and Methods:** The research method is quasi-experimental and applied with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population in this study includes all married women who refer to Tehran Municipality health houses in spring. By multi-stage cluster sampling from Tehran Municipality, District 21, three health houses were selected from the three areas and 40 people from each health house were selected as the sample. After enrollment on all subjects, the pre-test was performed using two questionnaires of family functioning and spiritual health. Subjects were then divided into experimental and control groups and 10 sessions of health training were given to the experimental group. Data collection tools were Bloom Family Activity Questionnaire (1985) and Pulotzin and Ellison (1982) Spiritual Health Questionnaire. Data analysis method was performed using tables describing frequency, variance, standard deviation and in the inferential section, multivariate analysis of covariance was used.

**Conclusion:** Finally, it is concluded that health-oriented education is effective on family performance, spiritual health, religious health and existential health of women in Iranian Islamic families and these variables have created a significant difference between groups.

**Keywords:** Health-oriented education, spiritual health, women's performance, Islamic-Iranian family

\* Correspondence:  
Address:  
Phone:  
Email: a.hafezi@gmail.com

**Article History**  
Received: 2022/06/29  
Accepted: 2023/03/13

## اثر بخشی آموزش های سلامت محور بر سلامت معنوی و

## عملکرد زنان در خانواده اسلامی-ایرانی

عصمت سواد

استادیار، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

اکرم حافظی\*

استادیار، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

## چکیده

هدف: هدف از انجام پژوهش حاضر اثربخشی آموزش های سلامت محور بر سلامت معنوی و عملکرد زنان در خانواده اسلامی-ایرانی بود.

مواد و روش: روش پژوهش از نوع نیمه تجربی و کاربردی است که با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه شاهد و گواه بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه زنان متأهل مراجعه کننده به خانه های سلامت شهرداری تهران در فصل بهار است. به روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای از مناطق شهرداری تهران، منطقه ۲۱، از بین نواحی سه گانه سه خانه سلامت و از هر خانه سلامت ۴۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. بعد از ثبت نام بر روی کلیه آزمودنی ها، پیش آزمون با استفاده از دو پرسشنامه عملکرد خانواده و سلامت معنوی اجرا شد. سپس آزمودنی ها به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند و ۱۰ جلسه آموزش های سلامت به گروه آزمایش داده شد. ابزار گردآوری اطلاعات نیز پرسشنامه عملکرد خانواده بلوم (۱۹۸۵) و پرسشنامه سلامت معنوی پولوتزین و الیسون (۱۹۸۲) بوده اند. روش تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از جداول توصیف فراوانی، واریانس، انحراف استاندارد انجام شده و در بخش استنباطی، روش تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد استفاده قرار گرفت.

نتیجه گیری: در نهایت این نتیجه حاصل شده است که آموزش های سلامت محور بر عملکرد خانواده ها، سلامت معنوی، سلامت مذهبی و سلامت وجودی زنان در خانواده های اسلامی ایرانی موثر است و این متغیرها تفاوت معناداری بین گروه ها ایجاد کرده اند.

کلید واژه ها: آموزش های سلامت محور، سلامت معنوی، عملکرد زنان، خانواده اسلامی-ایرانی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۰۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۲۲

\*نویسنده مسئول: a.hafezi@gmail.com

## مقدمه

خانواده نظامی است که بیش از همه بر فرد و اعضای درون خود تاثیر دارد و رفتارهای افراد درون خود را شکل می دهد و بسیاری از پژوهش ها که اخیراً در زمینه خانواده انجام گرفته بر این دیدگاه تمرکز دارند (۱). بسیاری از ناهنجاری های روانی و رفتاری افراد اعضای خانواده در خود خانواده ریشه دارد و در عین حال بسیاری از پیشرفت های بشر نیز از خانواده نشات می گیرد (۲). انسجام خانواده بعدی از ابعاد الگوی مدور ترکیبی از خانواده می باشد که پیش بینی می شود متاثر از تجارب معنوی و مسئولیت پذیری در خانواده باشد. انسجام خانواده احساس همبستگی، پیوند و تعهد عاطفی است که اعضای یک خانواده نسبت به همدیگر دارند. (۳). از مهم ترین مسائل مورد توجه در نظام تعلیم و تربیت اسلامی، رشد شخصیتی متعادل و سلامت معنوی زنان است. بر اساس آموزه های دینی، برای ارتقای سلامت معنوی، باید از اقدام های ناآگاهانه، نگرش های غلط، ارتباط های عاطفی ضعیف و مانند آن پرهیز شود. همچنین آشنایی زنان با اهداف زندگی مشترک، تمایلات طبیعی و فطری زن و مرد، حقوق زن و مرد نسبت به یکدیگر، نگرش مثبت و خوش بینانه نسبت به خانواده، کسب مهارت های معاشرتی و کوشش برای انجام وظایف معنوی زمینه سلامت معنوی را در زنان فراهم می سازد (۴).

از سویی با وجود سخنان زیادی که در سال های اخیر درباره رنگ باختن معنویت و دین به عنوان یکی از پشتوانه های بشر گفته می شود، واقعیت نشان می دهد که گرایش به معنویت در سال های اخیر به خصوص در جوانان قابل توجه است. معنویت می تواند چهارچوبی برای تصمیم گیری باشد. چهارچوبی که در آن تمام مشکلات، اضطراب ها، ترس ها و نیازهای خود را معنا بخشیم و با آن رویکرد به مسائل نگاه کنیم. در این چارچوب همه انسان ها به صرف انسان بودن حق اشتباه دارند، چون کامل نیستند. یکی از جالب ترین تعاریف معنویت مربوط به الکین است که معنویت را پدیده ای جهان شمول می داند. همچنین معنویت و معنویت گرایی را یکی از توانایی ها ذاتی بشر دانسته و آن را پدیده ای درونی می داند نه بیرونی. افرادی که دارای سلامت معنوی هستند ناکامی و شکست را حکمت خداوند می دانند و دوباره با توکل بر خداوند تلاش می کنند (۵). از سویی دیگر محققان ایرانی دلایل ظهور معنویت در روانشناسی را به سه دلیل میدانند: ۱- بازگشت به فطرت انسان که همان خداجویی است، ۲- معنویت توانسته است با ظهور خود آشتی زیرکانه ای را با روش های علمی و استفاده از ابزارهای آن برقرار کند، ۳- پژوهش های متعدد به کرات اثر بخش قابل شدن برای اهمیت موضوع معنویت در روان درمانی را تایید کرده اند. هارتز (۶) نیز ادعان می کند که علل گرایش به این حوزه وابسته به عواملی همچون: ۱- پیر شدن نسلی متعلق به انفجار جمعیت (در میانه سال های ۱۹۴۶ و ۱۹۶۴) و سوالات اساسی و کلی است که پیری در آنها می انگیزاند، ۲- افزایش در آمد و ۳- چند فرهنگی بودن فعالیت های بالینی، نسبت می دهد (۶، ۷).

از طرفی دیگر، عملکرد خانواده نقشی حیاتی را در سازگاری کودک و خانواده در برابر بیماری مزمن ایفا می نماید. کمبودها در انسجام خانوادگی، سازگارپذیری خانواده و مهارت های حل شدن

خدا نزدیک تر احساس کنند و همین موضوع سبب می شود تا آرامش آنها بیشتر شود و خانواده عملکرد بهتری داشته باشد. می توان اذعان کرد تقویت معنویت در بین خانواده ها، به عنوان عامل مهمی در پیشبرد سلامت می باشد.

#### مواد و روش ها

جامعه شرکت کنندگان و روش نمونه گیری از نوع نیمه تجربی و کاربردی است که با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه و کنترل بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه زنان متأهل مراجعه کننده به خانه های سلامت شهرداری تهران در فصل بهار است که از تعداد دقیق آنها آمار مشخصی در دسترس نیست. به روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای از مناطق شهرداری تهران، منطقه ۲۱، از بین نواحی سه گانه سه خانه سلامت و از هر خانه سلامت ۴۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. پس از ثبت نام اولیه آزمودنی ها از روش فراخوان عمومی، داوطلبین (با میل و رضایت خود اقدام به ثبت نام در کلاس ها نموده اند) و با توجه به ملاک های ورود به پژوهش و تمایل داوطلبین جهت مشارکت در اجرای این پژوهش با روش نمونه گیری هدفمند در دو گروه ۲۰ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. سپس به گروه آزمایش ۱۰ جلسه آموزش های سلامت محور در حیطه های جسمانی و روانی آموزش داده شد اما گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. شایان ذکر است که پیش از اجرای برنامه مداخله از هر دو گروه کنترل و آزمایش پیش آزمون به عمل آمد و پس از اجرای برنامه مداخله برای گروه آزمایش، دوباره پس آزمون برای هر دو گروه اجرا شد.

#### ابزارهای پژوهش

الف- پرسشنامه عملکرد خانواده بوم (۱۵)

یکی از ابزارهای جامع و استاندارد برای ارزیابی نظام درونی خانواده است که توسط برنارد ال بوم (۱۹۸۵) تدوین و تنظیم شده است. بوم پس از مطالعات مقدماتی بر روی مقیاس های فوق الذکر نهایتاً از میان ۱۷ مقیاس ابتدایی خود ۱۵ مقیاس همبستگی، ابراز و بیان خود، تعارض، گرایش های سرگرمی و ذوقی، گرایش های فرهنگی و عقلانی، تاکیدات مذهبی، سازماندهی، جامعه پذیری، آرمان خانوادگی، گسستگی، سبک خانواده مستبد، سبک خانواده آزادمنش، سبک خانواده بی قید، به هم تنیدگی، منبع کنترل را با ضرایب آلفا به شرح زیر به عنوان ابعاد اصلی مقیاس خود معرفی نمود. ضرایب آلفای کرونباخ این ابزار را در دامنه ای بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۸ گزارش کرده اند. نمره گذاری سؤالات این ابزار در طیف ۴ درجه ای (همیشه، معمولاً، گاهی، هرگز) انجام می شود. نجمی (۱۳۷۷) برای تعیین روایی آزمون، محتوای آزمون (روایی محتوا) را با نظرات صائب گروهی از مشاوران و متخصصان در امر مشاوره ای خانواده محک زده است. پایایی کل آزمون در ایران ۰/۷۷ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ می باشد.

ب- پرسشنامه سلامت معنوی پولوتزین و الیسون (۱۶)

مشکلات در خانواده می تواند مسئله ساز گردد (۸). برقراری تماس- های کلامی و غیرکلامی بین والدین و فرزندان خود می تواند مانع جدی و عامل بازدارنده مهمی برای جلوگیری از رشد ناهنجاری در رفتارهای روان شناختی فرزندان باشد. از میان مهم ترین پدیده های روان شناختی که نقش تعیین کننده در زندگی اجتماعی فرد دارد، عزت نفس است (۹). پژوهش ها نشان می دهد که عملکرد خانواده تاثیر بسزایی بر عملکرد جامعه (۱۰) و ثروت اجتماعی- عاطفی (۱۱) دارد.

امروزه توجه به بعد معنوی سلامت در بسیاری از تعاریف ارائه شده برای سلامتی مد نظر گرفته شده است. سازمانی بهداشت جهانی<sup>۱</sup> در تقسیم بندی بیماری ها بعد روحی را هم اضافه کرده است. به عبارت دیگر، همان گونه که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی به هم ارتباط دارند و در هم تاثیرگذارند، بعد روحی انسان و سلامت معنوی او با سایر ابعاد سلامت در ارتباط و تاثیرگذار است، که بهتر است برای ارتقای سلامت به آن توجه شود. در حال حاضر تعریفی که از سلامت در سازمان جهانی بهداشت عنوان شده عبارت است از یک حالت آسودگی جسمی، روانی، اجتماعی و تنها به نبود بیماری یا ناتوانی اطلاق نمی شود بلکه شامل سه محور جسم، روان و جامعه می شود (۱۲). پژوهش ها نشان می دهد که آموزش های سلامت محور بر آموزش شیوه های ذهن آگاهی. برای آگاهی آگاهانه، کاهش استرس و ارتقای منابع در سطح رفتار فردی موثرند (۱۳). همچنین آموزش سبک زندگی سلامت محور به طور معناداری منجر به افزایش بهزیستی روانشناختی می گردد (۱۴).

اهمیت مطالعه این پژوهش، از آنجا ناشی می شود که خانواده را مکانی امن و باعاطفه می دانیم که همیشه گرم و پرشور است در بدترین شرایط با وجود مشکلات، محیط آرام بخشی را برای اعضای خود فراهم می کند. آیا این موضوع امروزه به صورت یک رویا درآمده است و چه بسا خانواده هایی که در اطراف ما هستند که سال ها افراد آن با نارضایتی با یکدیگر زندگی می کنند. چرا زوجینی که با عشق زندگی خود را آغاز می کنند دچار مشکل می شوند؟ معنویت در کجای زندگی انسان ها جای دارد؟ آیا جز این است که زوجین مهارت های ارتباطی را نمی دانند و بیشتر مشکلات ناشی از سوء تفاهم است. خانواده ها اگر آموزش های لازم را در این زمینه ببینند کمتر دچار می شوند. مثلاً مهارت کنترل خشم را بدانند و یا به سلامت جسمانی و اجتماعی خود اهمیت بدهند. سلامت معنوی امروزه در زندگی خانواده ها کمی کم رنگ شده است. با پیشرفت تکنولوژی خانواده ها از یکدیگر دور شده و روابط سرد شده است. دیگر مانند گذشته خانواده ها در کنار یکدیگر نیستند و از با هم بودن لذت نمی برند. در چنین شرایطی ضرورت وجود یک پژوهش که بتواند به بهتر شدن این شرایط کمک نماید، احساس می شود. در شرایطی که استرس و افسردگی و مشکلات جسمانی در خانواده ها وجود دارد، منبعی که بتواند به آنها کمک کند معنویت است. زیرا می تواند آنها را در به کارگیری حل مسائل و درک ارزش و غنای زندگی یاری دهد. سلامت معنوی آنها را قادر می سازد تا به مشکلات نگاه دیگر داشته و خود را به

<sup>1</sup>World Health Organization (WHO)

کلاس ها داشتن تحصیلات دیپلم به بالا، متاهل بودن و دامنه سنی افراد ۲۰ تا ۵۰ سال بود. بعد از ثبت نام بر روی کلیه آزمودنی ها، پیش آزمون با استفاده از دو پرسشنامه عملکرد خانواده و سلامت معنوی اجرا شد. سپس آزمودنی ها به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند و ۱۰ جلسه آموزش های سلامت محور به گروه آزمایش داده شد. قواعد ورود به کلاس آموزشی شامل شرکت مستمر در کلاس ها، انجام تکالیف محوله، حضور به موقع و ... به اعضای کلاس گروه آزمایش گفته شد. مجدداً از کل آزمودنی ها پس آزمون گرفته شد.

روش تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از جداول توصیف فراوانی، واریانس، انحراف استاندارد انجام شده و در بخش استنباطی، روش تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد استفاده قرار گرفت.

### یافته ها

جدول ۱. شاخص های توصیفی سن افرادی که در جلسات آموزش های سلامت محور ثبت نام نموده اند

تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	واریانس	کمترین سن	بیشترین سن
۱۲۰	۳۴/۵۶	۶/۵۴	۴۲/۷۷	۲۰	۵۰

بر اساس نتایج جدول، میانگین سن شرکت کنندگان ۳۴/۵۶ و واریانس سن آنها ۴۲/۷۷ می باشد و همچنین دامنه سنی شرکت کنندگان ۲۰ تا ۵۰ سال است.

جدول ۲. توزیع فراوانی سطح تحصیلات افرادی که در جلسات آموزش های سلامت محور ثبت نام نموده اند

ردیف	سطح تحصیلات	Fi فراوانی	Pi فراوانی نسبی	Pi% درصد فراوانی نسبی
۱	دیپلم	۸۱	۰/۶۷۵	۶۷/۵
۲	فوق دیپلم	۳۳	۰/۲۷۵	۲۷/۵
۳	لیسانس	۶	۰/۰۵	۵

مربوط به مقطع تحصیلی لیسانس با تنها ۵ درصد از کل شرکت کنندگان می باشد.

بر اساس نتایج جدول، بیشترین فراوانی سطح تحصیلات شرکت کنندگان مربوط به مقطع دیپلم با ۶۷/۵ درصد از کل شرکت کنندگان و کمترین فراوانی سطح تحصیلات شرکت کنندگان

جدول ۳. شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش مربوط به آزمون سلامت معنوی

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	واریانس	کمترین نمره	بیشترین نمره
آزمایش	پیش آزمون	۶۸/۴۳	۱۹/۹۵	۳۹۷/۹۵	۳۱	۱۰۷
	پس آزمون	۷۷/۵۰	۱۸/۴۲	۳۳۹/۲۷	۳۷	۱۱۷
کنترل	پیش آزمون	۷۰/۳۷	۲۰/۸۱	۴۳۲/۹۱۴	۲۷	۱۱۲
	پس آزمون	۶۹/۵۷	۱۹/۹۶	۳۹۸/۴۹	۳۳	۱۰۹

آموزش های سلامت محور نسبت به قبل از آموزش افزایش یافته است.

بر اساس نتایج جدول، آماره های توصیفی میانگین مربوط به نمرات آزمون سلامت معنوی در گروه آزمایش بعد از شرکت در جلسات

### Polotozin and Ellison

جدول ۴. شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش مربوط به آزمون عملکرد خانواده

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	واریانس	کمترین نمره	بیشترین نمره
آزمایش	پیش آزمون	۱۶۰/۶۷	۲۸/۶۴	۸۲۰/۳۹	۱۰۳	۲۱۴
	پس آزمون	۱۶۸/۷۷	۲۲/۹۸	۵۲۸/۰۸	۱۲۰	۲۱۹
کنترل	پیش آزمون	۱۵۹/۵۰	۲۸/۶۴	۸۲۱/۳۹	۱۰۲	۲۱۰
	پس آزمون	۱۶۰/۰۸	۲۹/۱۶	۸۵۰/۳۲	۱۰۶	۲۱۳

بر اساس نتایج جدول، آماره های توصیفی میانگین مربوط به نمرات آزمون عملکرد خانواده در گروه آزمایش بعد از شرکت در جلسات آموزش های سلامت محور نسبت به قبل از آموزش افزایش یافته است.

جدول ۵. نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس گروه ها در آزمون عملکرد خانواده

متغیر	(F)	درجه آزادی صورت	درجه آزادی منجر	معناداری
عملکرد خانواده	۰/۹۳۸	۱	۱۱۸	۰/۳۶
سلامت معنوی	۱/۸۹۷	۱	۱۱۸	۰/۱۷۱

بر اساس نتایج جدول، آزمون لون فرض برابری واریانس گروه ها را در نتایج آزمون عملکرد خانواده و سلامت معنوی مثبت بوده و فرض برابری واریانس ها پذیرفته شده در نتیجه می توان از آزمون کوواریانس برای بررسی داده ها استفاده نمود.

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس اثربخشی آموزش های سلامت محور بر عملکرد خانواده ها

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری
پیش آزمون	۶۵۴۵۹/۰۴	۱	۶۵۴۵۹/۰۴	۵۴۲/۳۹۱	۰/۰۰
گروه	۱۷۷۴/۱۴۴	۱	۱۷۷۴/۱۴۴	۱۴/۷۰۰	۰/۰۰
خطا	۱۴۱۲۰/۲۸	۱۱۷	۱۲۰/۶۸۶	-	-

بر اساس نتایج جدول، باتوجه به اینکه سطح معناداری کوچکتر از ۰/۰۵ است در نتیجه با احتمال ۹۵٪ اثر عامل مداخله، در مورد عملکرد خانواده از نظر آماری معنی دار شده است، بنابراین متغیر مستقل (آموزش های سلامت محور) توانسته تفاوت معناداری بین گروه ها ایجاد نماید. در نتیجه می توان عنوان نمود که آموزش های سلامت محور بر عملکرد خانواده ها موثر است و باتوجه به اختلاف میانگین ها مشاهده می شود که میانگین نمرات عملکرد

خانواده پس از آموزش (۱۶۸/۷۷) نسبت به میانگین این نمرات قبل از آموزش (۱۶۰/۶۷) افزایش یافته است پس در نهایت می توان عنوان نمود که آموزش های سلامت محور باعث افزایش عملکرد خانواده ها شده است.

فرضیه دوم: آموزش های سلامت محور بر سلامت معنوی زنان در خانواده اسلامی-ایرانی موثر است.

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس اثربخشی آموزش های سلامت محور بر سلامت معنوی

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری
پیش آزمون	۳۱۸۵۰/۲۳	۱	۳۱۸۵۰/۲۳	۳۱۹/۱۱۶	۰/۰۰
گروه	۲۶۹۶/۶۱	۱	۲۶۹۶/۶۱	۲۷/۰۱۸	۰/۰۰
خطا	۱۱۶۷۷/۵۱	۱۱۷	۹۹/۸۰۸	-	-

بر اساس نتایج جدول، باتوجه به اینکه سطح معناداری کوچکتر از ۰/۰۵ است در نتیجه با احتمال ۹۵٪ اثر عامل مداخله، در مورد سلامت معنوی از نظر آماری معنی دار شده است، بنابراین متغیر مستقل (آموزش های سلامت محور) توانسته تفاوت معناداری بین گروه ها ایجاد نماید. در نتیجه و می توان عنوان نمود که آموزش های سلامت محور بر سلامت معنوی افراد موثر است و باتوجه به

عنوان نمود که آموزش های سلامت محور باعث افزایش سلامت معنوی زنان در خانواده اسلامی-ایرانی شده است. فرضیه سوم: آموزش های سلامت محور بر سلامت مذهبی زنان در خانواده اسلامی-ایرانی موثر است.

اختلاف میانگین ها مشاهده میشود که میانگین نمرات سلامت معنوی افراد پس از آموزش (۷۷/۵۰) نسبت به میانگین این نمرات قبل از آموزش (۶۸/۴۳) افزایش یافته است پس در نهایت میتوان

جدول ۸. نتایج تحلیل کوواریانس اثربخشی آموزش های سلامت محور بر سلامت مذهبی

منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی داری
پیش‌آزمون	۸۱۵۳/۱۷۷	۱	۸۱۵۳/۱۷۷	۳۱۳/۷۲۸	۰/۰۰
گروه	۴۸۸/۷۵۵	۱	۴۸۸/۷۵۵	۱۸/۸۰۷	۰/۰۰
خطا	۳۰۴۰/۶۰۶	۱۱۷	۲۵/۹۸۸	-	-

مذهبی افراد پس از آموزش (۳۸/۴۷) نسبت به میانگین این نمرات قبل از آموزش (۳۴/۳۳) افزایش یافته است پس در نهایت می‌توان عنوان نمود که آموزش های سلامت محور باعث افزایش سلامت مذهبی زنان در خانواده اسلامی-ایرانی شده است. فرضیه چهارم: آموزش های سلامت محور بر سلامت وجودی زنان در خانواده اسلامی-ایرانی موثر است.

بر اساس نتایج جدول، باتوجه به اینکه سطح معناداری کوچکتر از ۰/۰۵ است در نتیجه با احتمال ۹۵٪ اثر عامل مداخله، در مورد سلامت مذهبی از نظر آماری معنی دار شده است، بنابراین متغیر مستقل (آموزش های سلامت محور) توانسته تفاوت معناداری بین گروه‌ها ایجاد نماید. در نتیجه می‌توان عنوان نمود که آموزش های سلامت محور بر سلامت مذهبی افراد موثر است و باتوجه به اختلاف میانگین ها مشاهده می‌شود که میانگین نمرات سلامت

جدول ۹. نتایج تحلیل کوواریانس اثربخشی آموزش های سلامت محور بر سلامت وجودی

منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی داری
پیش‌آزمون	۷۸۰۵/۵۰۴	۱	۷۸۰۵/۵۰۴	۲۴۴/۷۴۵	۰/۰۰
گروه	۹۳۱/۲۴۸	۱	۹۳۱/۲۴۸	۲۹/۲۰	۰/۰۰
خطا	۳۷۳۱/۴۱۳	۱۱۷	۳۱/۸۹۲	-	-

نتایج به دست آمده از فرضیه اول حاکی از آن است که آموزش های سلامت محور بر عملکرد خانواده ها موثر بوده است. در تبیین این فرضیه باید گفت خانواده به عنوان اولین کانونی که فرد در آن قرار می‌گیرد دارای اهمیت شایان توجهی است. اولین تأثیرات محیطی که فرد دریافت می‌کند از محیط خانواده است و حتی تأثیرپذیری فرد از سایر محیط ها می‌تواند نشأت گرفته از همین محیط خانواده باشد. خانواده پایه گذار بخش مهمی از سرنوشت انسان است و در تعیین سبک و خط مشی زندگی آینده، اخلاق، سلامت و عملکرد فرد در آینده نقش بزرگی بر عهده دارد. عواملی چون شخصیت والدین، سلامت روانی و جسمانی آنها، شیوه‌های تربیتی اعمال شده در داخل خانواده، شغل و تحصیلات والدین به وضعیت اقتصادی و فرهنگی خانواده، محل سکونت خانواده، حجم و جمعیت خانواده، روابط اجتماعی خانواده و بی‌نهایت متغیر دیگر در خانواده وجود دارند، شخصیت فرزند، سلامت روانی و جسمانی او، آینده شغلی، تحصیلی، اقتصادی، سازگاری اجتماعی و فرهنگی، تشکیل خانواده او و غیره را تحت تأثیر قرار می‌دهند. خانواده در عین حال که کوچکترین واحد اجتماعی است، مبنای پایه هر اجتماع بزرگ است. افراد سالم جامعه، افراد موفق و افراد فعال اجتماعی از داخل خانواده‌های سالم بیرون آمده‌اند و افراد ناسالم

بر اساس نتایج جدول، باتوجه به اینکه سطح معناداری کوچکتر از ۰/۰۵ است در نتیجه با احتمال ۹۵٪ اثر عامل مداخله، در مورد سلامت وجودی از نظر آماری معنی دار شده است، بنابراین متغیر مستقل (آموزش های سلامت محور) توانسته تفاوت معناداری بین گروه‌ها ایجاد نماید. در نتیجه می‌توان عنوان نمود که آموزش های سلامت محور بر سلامت وجودی افراد موثر است و باتوجه به اختلاف میانگین ها مشاهده می‌شود که میانگین نمرات سلامت وجودی افراد پس از آموزش (۳۹/۰۳) نسبت به میانگین این نمرات قبل از آموزش (۳۳/۹۵) افزایش یافته است پس در نهایت می‌توان عنوان نمود که آموزش های سلامت محور باعث افزایش سلامت وجودی زنان در خانواده اسلامی-ایرانی شده است.

#### نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش های سلامت محور در خانه های سلامت بر روی سلامت معنوی و عملکرد خانواده زنان متاهل منطقه ۲۱ انجام شد. نتایج نشان داد که آموزش های سلامت محور بر سلامت وجودی افراد موثر است و همچنین باعث افزایش سلامت مذهبی و معنوی و افزایش عملکرد زنان خانواده های اسلامی-ایرانی شده است.

معنویت گروهی بر تاب آوری، زیمر و همکاران (۳۰) ارتباط معنویت و سن که معنویت باعث طول عمر می شود. کومار و تیواری (۳۱) جهت گیری مذهبی، جیسون و همکاران (۳۲) بهزیستی معنوی، مراویکیلیا (۳۳) در خصوص ارتباط سلامت معنوی و سازگاری با بیماری به خوبی نشان می دهد آموزش سلامت معنوی به عنوان یک متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته پژوهش های یاد شده موثر است.

نتایج به دست آمده از فرضیه سوم حاکی از آن است که آموزش های سلامت محور بر سلامت مذهبی افراد هم موثر است. سلامت مذهبی با سلامت معنوی متفاوت است. معنویت به صورت باورها و رفتارهای شخصی که حس تعلق به یک بعد متعالی یا چیزی فراتر از خود و فراتر از جهان مادی را بیان می کند، مطرح شده است در حالی که مذهب به عنوان یک نظام اعتقادی با آیین ها و مراسم خاص توصیف شده است که به افراد کمک می کند تا به درک معنوی و تعالی بالاتری برسند. در واقع مذهب روش هایی که با آن بتواند معنویت را افزایش داد. پرواضح است وقتی آموزش ها می تواند سلامت معنوی مطلوبی در افراد ایجاد نماید بر سلامت مذهبی هم می تواند موثر باشد. نتایج های پژوهش های تقی زاده و میرعلائی (۲۹) در خصوص ارتباط معنویت گروهی بر تاب آوری، زیمر و همکاران (۳۰) ارتباط معنویت و سن که معنویت باعث طول عمر می شود. کومار و تیواری (۳۱) جهت گیری مذهبی به خوبی نشان می دهد آموزش های مذهبی می تواند در نگرش و سلامت افراد تغییر ایجاد نماید.

نتایج به دست آمده از فرضیه چهارم بیانگر این است که آموزش های سلامت محور بر سلامت وجودی افراد موثر است. هیچ پیشینه ای در این زمینه یافت نشد. این موضوع از آن جهت اهمیت دارد که پژوهشگر برای اولین بار این متغیر را مورد بررسی قرار داده است و پژوهش های گذشته چنین متغیری را مد نظر قرار نداده اند. در یک بررسی کلی می توان گفت آموزش های سلامت محور بر عملکرد خانواده و سلامت معنوی موثر است. زیرا این آموزش ها بر خرده مقیاس های سلامت معنوی یعنی سلامت وجودی و سلامت مذهبی هم موثر بوده است. همچنین می تواند موجب بهبود عملکرد خانواده ها شود. هیچی پژوهشی کاملاً همسو در خصوص تاثیر آموزش های سلامت محور بر ارتباط بین عملکرد خانواده و سلامت معنوی یافت نشد و پژوهشگر برای اولین بار است که این متغیرها را مورد بررسی قرار می دهد.

محدودیت هایی که در پژوهش حاضر مطرح بودند عبارتند از: اجرای پژوهش در ساعت اداری که سبب می شد برخی از بانوان نتوانند در کلاس های مذکور شرکت نمایند که باعث شد نمونه مورد مطالعه از زنان خانه دار باشند. محدودیت در نمونه با توجه به دسترسی آسان تر و جلوگیری از نامه نگاری های اداری و همچنین طیف گسترده بانوان از لحاظ سنی، مدت زمان ازدواج و پراکندگی تحصیلات وجود استرس کنترل نشده برخی از فراگیران. پیشنهاداتی که در راستای پژوهش حاضر می توان مطرح نمود عبارتند از:

اولاً کنترل متغیر جنسیت با انتخاب آقایان در نمونه های بعدی و مقایسه آن با نتایج به دست آمده در این پژوهش. ثانیاً انجام مجدد

پروژه یافته خانواده های ناسالم هستند. در این راستا آموزش های مهم و مفیدی وجود دارد که فراگیری آنها می تواند در بهبود و ترمیم خانواده ها نقش مهمی داشته باشد. چگونگی ارتباط صحیح در خانواده، دوستان، رفتار قاطعانه، مهارت نه گفتن، شناخت نقاط قوت و ضعف اعضا سبب می شود عملکرد خانواده بهبود پیدا کند. نتایج پژوهش های بخشی پور و همکاران (۱۷) در خصوص ارتباط عملکرد خانواده و کاهش تعارضات زناشویی، محمودیان و حیدری (۱۸) در خصوص ارتباط عملکرد خانواده های عادی و متقاضی طلاق، محبی نورالدین وند (۱۹) در خصوص وضعیت اقتصادی و عملکرد خانواده ها، گلچین و همکاران (۲۰) در خصوص عملکرد خانواده و ویژگی های روانی نوجوانان دختر، لین (۲۱) در خصوص عملکرد قوی خانواده های سالم در جامعه، لویپیزی (۲۲) در خصوص ارتباط عملکرد خانواده و فعالیت های فیزیکی، گراس (۲۳) در خصوص عملکرد خانواده و تعاملات بیشتر بین اعضای آن، سیلورن و همکاران (۲۴) در خصوص عملکرد خانواده و سلامت جسمانی و هیجانی به خوبی نشان می دهد عملکرد خانواده در متغیرهای مورد پژوهش به خوبی با آموزش تغییر پیدا نموده است. به بیان دیگر، آموزش می تواند در عملکرد بهتر خانواده ها تاثیر گذار باشد.

نتایج به دست آمده از فرضیه دوم حاکی از آن است که آموزش های سلامت محور بر سلامت معنوی افراد موثر است. در تبیین این فرضیه باید گفت: سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامتی در کنار سلامت جسمی، روانی و اجتماعی مطرح شده است. معنویت به صورت باورها و رفتارهای شخصی که حس تعلق به یک بعد متعالی یا چیزی فراتر از خود و فراتر از جهان مادی را بیان می کند، مطرح شده است. دیدگاه معنوی نه تنها بر روی باورها، نگرش ها، ارزش ها و رفتارها تاثیر عمیق دارد، بلکه بر روی بیوشیمی و فیزیولوژیکی نیز تاثیر می گذارد. این تاثیر بر روی فکر و بدن به نام سلامت معنوی نامیده می شود. معنویت مفهومی است که عموماً پذیرفته شده است. معنویت می تواند در برگیرنده باور به یک موجود برتر (خالق جهان) و یا جستجوی معنا و احساس هدفمندی باشد. آموزش هایی از این دست می تواند میزان معنویت را در فرد افزایش دهد. به این صورت که او را متوجه خالق هستی نماید و بداند با ذکر و دعا می تواند به یک منبع بدون انتها متصل شود. در برخی پژوهش ها سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامتی در کنار سلامت جسمانی، اجتماعی مطرح شده است. پژوهش ها و یافته های منتشر شده مبتنی بر معنویت و کلی نگر است و بسیاری از منابع و پژوهش ها در تاثیر گذاری معنویت در زندگی انسان اتفاق نظر دارند. نتایج پژوهش بی آزاری کاری (۲۵) نشان داد که روش آموزش سبک زندگی ایرانی- اسلامی باعث کاهش طلاق عاطفی و افزایش سلامت معنوی در زوجین دارای مشکلات زناشویی شد. عاشوری و همکاران (۲۶)، در خصوص ارتباط سلامت معنوی با جهت گیری مذهبی، خوش بینی و هوش بینی، کامیان و همکاران (۲۷) در خصوص آموزش سلامت معنوی در افزایش امیدواری، مظفری نیا (۱۲)، ارتباط آموزش سلامت معنوی و شادکامی، طیبی و همکاران (۲۸) مدل معنوی زندگی و تصور از خدا، تقی زاده و میرعلائی (۲۹) در خصوص ارتباط

9. Kadivar, P. (2004). Investigating the Relationship between Family Interaction Structure (Family Function) and Coping Styles and Sex Differences in Pre-University Students, *Journal of Psychology and Educational Sciences*, 34(2), 123-97.
10. Cox, K. C., Lortie, J., Marshall, D. R., & Kidwell, R. E. (2022). Beyond the balance Sheet: The effects of family influence on social performance. *Journal of Business Research*, 143, 318-330.
11. Hernández-Perlines, F., Covin, J. G., & Ribeiro-Soriano, D. E. (2021). Entrepreneurial orientation, concern for socioemotional wealth preservation, and family firm performance. *Journal of Business Research*, 126, 197-208.
12. Mozaffarinia, F, Amin Shokravi, F, Heidarnia, A. (2014). The Relationship between Spiritual Health and Students' Happiness, *Research Article, Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, Volume 2, Number 2, Summer '93.
13. Dannheim, I., Ludwig-Walz, H., Buyken, A. E., Grimm, V., & Kroke, A. (2021). Effectiveness of health-oriented leadership interventions for improving health and wellbeing of employees: a systematic review. *Journal of Public Health*, 1-13.
14. Iranmanesh, R., Dasht Bozorgi, Z. (2019). The Effect of Health-Oriented Lifestyle Training on Psychological Well-being, Blood Pressure and Death Anxiety of Elderly Women. *Aging Psychology*, 4(4), 263-273.
15. Bloom, B. S., Evans, A. E., & Knorr, R. S. (1985). Epidemic Expenses?-Reply. *JAMA*, 254(17), 2412-2413.
16. Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, 1.
17. Bakhshipour, Babollah, Asadi, Massoud, Kiani, Ahmad Reza, Shir

اين پژوهش همراه با خرده مقياس هاى سلامت معنوى و عملکرد خانواده توسط ديگر پژوهشگران و مقياسه نتايج با اين پژوهش و در نهايت انتخاب نمونه اى همگن تر به لحاظ تحصيلات، محدوده سنى، مدت ازدواج و طبقه بندى نوع مشكلات شركت كنندگان.

## References

1. Seidi, MS, Pour Ebrahim, T, Bagherian, F, Mansour, L. (2011). The relationship between family spirituality and its resilience, mediating the quality of communication in the family. *Psychological methods and models*. Volume 2. Issue 5. Autumn 90. pp. 79-63.
2. Walsh, F (2015), *Strengthening family resilience* (3rd, cd). New York, NY: Guilford press. Retrieved from <http://www.book.google.com>
3. Jamshidi, S. (2010). Evaluation of the effectiveness of group meaning therapy on depression and marital satisfaction of women with marital conflicts. Master Thesis of Payame Noor University - Payame Noor University of Tehran.
4. Damari, B, Khonani, M, Amiri, M, Moradi, F (2015). *Healthy Lifestyle Workshop Training Complex*, National Institute of Health Research, Tehran.
5. Rasulian M, Bolhari J, Nojomi M, Habib S, Mirzaei Khoshalani M. (2015). Theories and Interventional Models of Intimate Partner Violence: Suggesting an Interventional Model Based on Primary Health Care System in Iran. *IJPCP*. 21 (1) :3-16.
6. Hartz, Gary (2008). *Spirituality and mental health*, translated by Kamgar, A., Jafari, A., Tehran: Psychic Publishing.
7. Mir M, Seyed R, Saffarinia, M, Sharifi, E. (2015). *Spiritual therapy and a positive psychology approach*, Avae Noor Publications, second edition, Tehran.
8. Naseri, Mostafa (2011), *The Relationship between Family Performance and Self-Esteem with Students' Mathematical Scores*, M.Sc. Thesis, Islamic Azad University - Saveh Branch.



Child Health Survey: Strengthening the capacity of Aboriginal children, families and communities. Perth: Curtin University of Technology and Telethon Institute for Child Health Research.

25. Beazari Kari F. (2021). The Effect of Iranian-Islamic Lifestyle Education on Emotional Divorce and Spiritual Health in Couples with Marital Problems. *Islamic Life Style.*; 5 (2) :185-193.

26. Ashouri, J, Saffarian, MR, Yousefi, N (2014). The Relationship between Religious Orientation, Optimism and Spiritual Intelligence with the Spiritual Health of Quran Teachers, *Research Article, Quarterly Journal of Psychology and Religion*, No. 26, Summer '93.

27. Kamian, Shaghayegh, Taghdisi, Mohammad Hossein, Azam, Kamal, Estesari, Fatemeh, Ranjbaran, S, Ground, A. (2014). The Effectiveness of Spiritual Health Education on Increasing the Hope of Breast Cancer Patients, *Research Article, Health and Emotion Education*, Second Year, No. 3, Fall '93.

28. Tabibi, M, Ahmari Tehran, H, Sultan Arabshahi, S K, Heidari, S Abdi, Z, Safaeipour, R. (2013). The Relationship between Spiritual Health and Academic Achievement of Medical Students of Qom University of Medical Sciences, *Research Article, Journal of Qom University of Medical Sciences*, 7( 2), Spring 1992, Special Issue.

29. Taghizadeh, M E, Mir Alaei, MS. (2013). Study of the effectiveness of group spiritual therapy on resilience of women with multiple sclerosis in Isfahan. *Journal of General Education and Psychology*, Payame Noor University, 2(7).82-102.

30. Zimmer, Zachary Carol Jagger , Chi-Tsun Chiu , MaryBeth Ofstedal , Florencia Rojo, Yasuhiko Saito, (2016), Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review, journal homepage:

Alipour, Asghar, Ahmaddoost, H. (2012). Relationship between family performance and marital conflicts of couples on the verge of divorce, *Research Article, Quarterly Journal of Knowledge and Research in Applied Psychology*, 13(2).

18. Mahmoudian, T, Heidari, P (2008). A Study and Comparison of the Performance of Ordinary Families and Families Filing Divorce, *Research Article, Quarterly Journal of Social Sciences, Women and Family Studies*, First Year, No. 1, Fall 87.

19. Mohebbi .N, Vand, MH. (2014). The relationship between the emotional atmosphere of the family with individual-social adjustment and academic performance of high school students in Masjed Soleiman. *Knowledge and Research Quarterly*, No. 19 and 20, pp. 74-51.

20. Golchin, M. (2002). Investigating the Relationship between Family Function and Psychological Characteristics of Female Adolescents. *Research Journal in Medical Sciences*. Sixth Year. No. 4. Pages 302-300.

21. Lynne, M (2016). Supporting the healthy development of strong families, supporting military families through research out reach. The University of Minnesota, July 2016, <https://reachmilitaryfamilies.umn.edu>.

22. Loprinzi, Paul D (2015), Association of Family Functioning on Youth Physical Activity and Sedentary Behavior, *Journal of physical activity & health* · August 2014. <https://www.researchgate.net/publication/264628579>.

23. Gross, I. M. (2011). Predictors of academic achievement and failure among low-income urban African-American adolescents: An ecological perspective, Loyola University Chicago, [http://ecommons.luc.edu/luc\\_theses/498](http://ecommons.luc.edu/luc_theses/498)

24. Silburn S., Zubrick S., De Maio J., Shepherd C., Griffin J., Mitrou F. et al. (2006). The Western Australian Aboriginal

[www.elsevier.com/locate/ssmph](http://www.elsevier.com/locate/ssmph), 373-381.

Received 15 January 2016 Received in revised form 16 April 2016 Accepted 18 April 2016.

31.Kumar, P. S. N. Manju, T .(2016). Structural Influence of Family on Religious Orientation, Quality of Life and Happiness, International Journal of Applied Psychology. 6(4): 94-99 DOI: 10.5923/j.ijap.20160604.03 Department of Psychology, DDU Gorakhpur University, Gorakhpur, India.

32.Jason M. Bredle , John M. Salsman , Scott M. Debb , Benjamin J. Arnold 1 and David Cella (2011), Spiritual Well-Being as a Component of Health-Related Quality of Life: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy—Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp), Religions 2011, 2, 77-94; doi:10.3390/rel2010077 elisions ISSN 2077-1444

[www.mdpi.com/journal/religions](http://www.mdpi.com/journal/religions)

33.Meraviglia, Gene M.(2004). The effects of spirituality on wellbeing of people with lung cancer. in Oncology nursing forum. 2004. Onc Nurs Society