

## The Relationship between Spiritual Intelligence, Spiritual Well-Being and Death Anxiety among Iranian's Veterans

Hamid Sharif Nia<sup>1</sup>, Mohammad Ali Soleimani<sup>2\*</sup>, Abbas Ebadi<sup>3</sup>, Behzad Taghipour<sup>4</sup>,  
Leili Zera'tgar<sup>5</sup>, Samaneh Shahidifar<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Faculty of Nursing and Midwifery of Amol, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

<sup>2</sup> Social Determinants of Health Research Center, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

<sup>3</sup> Behavioral Sciences Research Center, Nursing Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>4</sup> Students Research Committee, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

<sup>5</sup> Imam Reza hospital in Amol City, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

Received: 7 September 2015 Accepted: 23 May 2017

### Abstract

**Background and Aim:** Several factors can affect an individual's level of death anxiety, but very few studies have investigated the role of spiritual intelligence and spiritual well-being. There is also limited research investigating death anxiety in the veterans of wars. Therefore, the purpose of the present study was to determine the relationship between spiritual intelligence, spiritual well-being and death anxiety in Iranian veterans.

**Methods:** In this descriptive cross sectional study (in 2014), veterans completed the King's spiritual intelligence scale, Paloutzian and Ellison's spiritual well-being scale and Templar's death anxiety scale-extended. The data were analyzed using multiple linear regression and two way analysis of variance by SPSS-16.

**Results:** The findings showed that the average age of 211 veterans was  $48.9 \pm 4.6$  years. The results revealed no significant difference between the demographic variables and the level of death anxiety reported by veterans ( $p > 0.05$ ). However, spiritual intelligence and spiritual well-being had a significant and negative relationship with death anxiety. The higher the reported spiritual intelligence and spiritual well-being, the lower the death anxiety ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** The findings from this study show that spiritual intelligence and spiritual health can reduce the level of death anxiety among veterans. Given that death anxiety is a common nursing diagnosis, the use of spirituality should be considered within a clinical context to harness the psychological health and coping strategies of veterans.

---

**Keywords:** Spiritual intelligence, Spiritual Well-being, Death anxiety, Veteran

## ارتباط بین هوش معنوی و سلامت معنوی با اضطراب مرگ در جانبازان ایرانی

سید حمید شریف نیا<sup>۱</sup>، محمدعلی سلیمانی<sup>۲\*</sup>، عباس عبادی<sup>۳</sup>، بهزاد تقی پور<sup>۴</sup>، لیلی زراعتگر<sup>۵</sup>، سمانه شهیدی<sup>۵</sup>

<sup>۱</sup> گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی آمل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

<sup>۲</sup> مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین

<sup>۳</sup> گروه پرستاری، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه آ... (عج)، تهران، ایران

<sup>۴</sup> گروه پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

<sup>۵</sup> گروه پرستاری، بیمارستان امام رضا (ع) آمل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

### چکیده

**زمینه و هدف:** عوامل متعددی می‌تواند روی سطح اضطراب مرگ تأثیر بگذارند. برخی از مطالعات نقش هوش معنوی و سلامت معنوی را در اضطراب مرگ جانبازان نشان داده‌اند. مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین هوش معنوی و سلامت معنوی با اضطراب مرگ در جانبازان ایرانی انجام شد.

**روش‌ها:** در این مطالعه توصیفی مقطعی (سال ۱۳۹۳)، جانبازان پرسشنامه هوش معنوی کینگ، سلامت معنوی پولوتزین و ایسون و مقیاس اضطراب مرگ گسترده شده را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از رگرسیون خطی چندگانه و آنالیز واریانس دو طرفه به کمک نرم افزار SPSS-16 تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد میانگین سنی ۲۱۱ جانباز شرکت‌کننده  $48/9 \pm 4/6$  سال بود. اگرچه ارتباط معناداری بین ویژگی‌های فردی (وضعیت تاهل، تحصیلات، سن، درصد جانبازی، شغل) با نمرات اضطراب مرگ وجود نداشت ( $p > 0/05$ ) اما با افزایش هر یک نمره هوش معنوی  $0/399$  و با افزایش هر یک نمره سلامت معنوی  $0/425$ ، میزان اضطراب مرگ کاهش یافته بود ( $p < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتایج مطالعه حاضر نشان داد که افزایش هوش معنوی و همچنین سلامت معنوی می‌تواند سطح اضطراب مرگ را در جانبازان کاهش دهد. باتوجه به اینکه اضطراب مرگ یک تشخیص متداول پرستاری است، استفاده از معنویت می‌تواند یکی از راهکارهای مقابله‌ای مفید در جانبازان باشد.

**کلیدواژه‌ها:** هوش معنوی، سلامت معنوی، اضطراب مرگ، جانبازان جسمی

## مقدمه

یکی از تنش‌هایی که انسان به طور مداوم در زندگی تجربه می‌کند، اضطراب مرگ است که مهم‌ترین نگرانی زندگی آدمی و هسته اصلی تمام اختلالات اضطرابی را تشکیل می‌دهد با این حال اضطراب مرگ به عنوان یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های سلامت روانی افراد نیز به شمار می‌رود (۲ و ۱). اگرچه اصطلاح اضطراب مرگ به تجربه فرد از مردن برمی‌گردد، اما ممکن است در دوره‌های مختلف تکاملی و سنی و با توجه به سطح ادراکی و شناختی انسان به درجات مختلفی تجربه شود. یکی از عوارض شایع روانی در شرایط اختلالات و بیماری‌های مزمن، اضطراب و بویژه اضطراب مرگ است که این نوع اضطراب می‌تواند بعنوان یکی از تشخیص‌های پرستاری در بیماران مبتلا به وضعیت‌های مزمن مطرح باشد (۳ و ۴). از دید هستی‌شناسی، اضطراب مرگ ممکن است به عنوان نوعی واکنش هیجانی منفی که بخودی خود وجود ندارند و موجب بروز پاسخ‌های منفی در فرد می‌شود، ایجاد شود که ریشه چنین واکنشی در سطح درک و خرد انسان است (۲). در کشورهای غربی هوش، بیشتر شناختی است و شامل پردازش اطلاعات می‌شود؛ در حالی که کشورهای شرقی، مؤلفه‌های گوناگون عملکرد و تجربه انسان، از جمله شناخت، شهود و هیجان را نیز از جنبه‌های هوش به شمار می‌آورند (۵). به طور کلی هوش باعث سازگاری فرد با محیط می‌شود و روش‌های مقابله با مسائل و مشکلات و نگرانی‌ها را در اختیار او قرار می‌دهد (۶). با توجه به مطالعاتی که در اواخر قرن بیستم انجام شده مشخص شده است علاوه بر بهره‌های هوش هیجانی، هوش سومی وجود دارد که آن را هوش معنوی نامیده‌اند (۷). اهمیت معنویت به عنوان بخش مرکزی تشخیص سلامت روانی در بین روانپزشکان و حرفه‌های سلامت روان در سال‌های اخیر مطرح شده است (۸) به طوری که در برخی از مطالعات نشان داده شده است از معنویت و مذهب به عنوان راهکارهای کاهش سطح تنش بهره می‌برند و معنویت موجب ارتقا عملکرد روحی و جسمی در آن‌ها می‌شود (۹).

هوش معنوی برای حل مشکلات و مسائل مربوط به معنای زندگی و ارزش‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۰) به طوری که با گذشت زمان، مردم بیشتر به تأثیر مثبت معنویت و داشتن هوش معنوی به عنوان راه مفید حل مشکلات اجتماعی و روانشناختی اعتقاد پیدا می‌کنند (۱۱). تحقیقات نشان می‌دهند که اعتقادات معنوی موجب نتایج مثبتی در سلامت جسمی و روحی انسان می‌شود به طوری که رضایت از زندگی، تعامل مؤثر بین افراد و در کل زندگی انسان‌ها با سلامت معنوی ارتباط دارد (۹). با توجه به اینکه ساختار هوش معنوی از ترکیب ساختارهای هوشی و معنویت ساخته می‌شود، معنویت یک عامل مهم و تأثیرگذار بر زندگی انسان است که به طور معناداری منجر به ارتقا سلامت افراد می‌شود (۱۲). هوش معنوی از شناختی که انسان طی دوره‌های تکاملی از اطراف اش کسب می‌کند ساخته می‌شود به طوری که منابع پنهان عشق

و لذت که ریشه در باورهای معنوی دارد بدست می‌آورد (۱۳). هوش معنوی که با بلوغ معنوی همراه است منجر به بلوغ اخلاقی، رفتاری، انگیزه‌ای و به عنوان راهکار برخورد با عوامل تنش‌زای زندگی مطرح می‌شود (۱۴).

اکثر تحقیقات نشان داده‌اند که باورها و ادراکات معنوی، یکی از مهم‌ترین عواملی است که منجر به کاهش سطح اضطراب مرگ می‌شود (۱۵). از طرفی دیگر حوادث تهدید کننده زندگی مانند جنگ و آسیب‌های جسمی و روحی ناشی از آن، می‌تواند منجر به تجربه سطوح بالای اضطراب مرگ در انسان شود (۱۶). نتایج برخی از مطالعات نشان می‌دهند آن دسته از افرادی که انگیزه‌های درونی مذهبی دارند نسبت به آن‌هایی که انگیزه‌های مذهبی عادی و بیرونی دارند سطوح اضطراب مرگ کمتری را تجربه می‌کنند (۴) به طوری که باورهای مذهبی بیماران اثرات مثبتی روی روند درمان و فرایند مراقبت آن‌ها دارد (۱۷). از آنجا که شایع‌ترین تنش‌های روانشناختی از جمله اضطراب، افسردگی و ناامیدی در بیماران با مشکلات جسمی مزمن که خود را در انتهای زندگی می‌بینند فراوان دیده می‌شود، حفظ و توسعه حس معنویت و رویکردهای مذهبی می‌تواند حس امیدواری را در آن‌ها تقویت کند و از تضعیف روحیه آنها جلوگیری کند (۱۸).

اگرچه اعتقاد بر آن است که سه مؤلفه اضطراب، وسواس و افسردگی مرگ با معنویت و مذهب و هم چنین رفتارهای مقابله‌ای مذهبی در ارتباط تنگاتنگی می‌باشند و موجب کاهش فشارهای روحی و روانی مرگ می‌شود (۱۹) اما برخی مطالعات دیگر نشان داده‌اند که هیچ ارتباطی بین باورهای معنوی و مذهبی با سطح اضطراب مرگ وجود ندارد (۲۰).

جنگ تحمیلی ایران و عراق که یکی از بزرگ‌ترین جنگ‌های قرن بیستم به شمار می‌رود، ۳۹۸۵۸۷ جانباز از خود به جا گذاشت (۱). به طوری که ۵۲۰۰۰ هزار جانباز، آسیب شیمیایی دیدند (۲۱). اگرچه جانبازان جنگ با تجربه رویارویی متعدد با مردن، ممکن است پیامدهای منفی روحی و روانی ناشی از اضطراب مرگ را تجربه کنند، اما زمینه و بافت فرهنگی\_مذهبی یک جامعه می‌تواند تأثیر بسزایی در میزان آن داشته باشد (۴). در این راستا Kawano (۲۰۱۱) بیان می‌کند باورهای فرهنگی در بافت مذهبی یک عامل مهم تغییردهنده درک از اضطراب مرگ و معنویت است (۲۲).

هوش معنوی جزء عرصه‌هایی است که تحقیقات چندان منسجم و نظام‌مندی در جهت شناخت و تبیین ویژگی‌ها و مؤلفه‌های آن در حد و اندازه سایر انواع هوش صورت پذیرفته است و همین امر خود دشواری‌های بسیاری را در راستای تمیز دقیق مؤلفه‌ها و ویژگی‌های آن بر سر راه محققین ایجاد می‌نماید (۲۳). اگرچه به اهمیت سلامت معنوی و همبستگی معکوس آن با اضطراب مرگ اشاره شده است (۲۴) اما برخی از مطالعات دیگر بیان می‌کنند که سلامت معنوی خود تحت تأثیر عوامل گوناگونی مثل اضطراب، افسردگی، اعتماد به نفس و رضایت از زندگی قرار

همسانی درونی آلفای کرونباخ ( $\alpha = 0/89$ ) و شاخص همبستگی درون خوشه‌ای ( $ICC = 0/91$ ) تعیین شد. پاسخ به گویه‌ها به صورت لیکرت پنج گزینه‌ای کاملاً مخالفم (۱)، مخالفم (۲)، نظری ندارم (۳)، موافقم (۴) و کاملاً موافقم (۵) تنظیم شده بود. حداقل امتیازات در این پرسشنامه ۵۱ و حداکثر ۲۵۵ بود. امتیاز کمتر نشان دهنده اضطراب مرگ کمتر و امتیاز بالاتر نشان دهنده اضطراب مرگ بیشتر بیماران است (۱).

پس از اخذ مجوز از سازمان متبوع، بخشی از پرسشنامه‌های پرینت گرفته شده در اختیار بنیاد شهید شهر آمل و بخشی دیگر توسط محقق به دست جانبازان مایل به شرکت در مطالعه تحویل داده شد و پس از تکمیل از آنها تحویل گرفته و داده‌ها وارد نرم افزار آماری شدند.

**تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها:** تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS-16 صورت گرفت. آزمون کولموگروف اسمیرنوف جهت بررسی توزیع طبیعی بودن داده‌های کمی پیوسته استفاده شد. آزمون‌های توصیفی و تحلیلی (General linear Model: Univariate Analysis of Variance) جهت بررسی و تحلیل داده‌ها استفاده شد. همچنین از رگرسیون خطی جهت پیش بینی میزان تأثیر متغیرهای پیشگو بر سطح اضطراب مرگ جانبازان استفاده شد. متغیرها ابتدا به صورت تک تک وارد مدل رگرسیونی شدند و سپس به صورت کلی و با روش Backward وارد مدل رگرسیون خطی شدند. جهت بررسی پیش‌فرض عدم همبستگی باقیمانده‌ها، استقلال خطا، (Independent errors) در رگرسیون خطی، از آزمون دوربین واتسون (Durbin-Watson test) استفاده شد. جهت بررسی پیش‌فرض عدم رابطه هم خطی چندگانه (Multicollinearity) آماره تحمل (Tolerance) و عامل تورم واریانس (Variance inflation factor: VIF) استفاده شد. سطح معنی‌داری کلیه آزمون‌ها کمتر از  $0/05$  در نظر گرفته شد.

**ملاحظات اخلاقی:** طرح حاضر (کد طرح: ۱۹۴) دارای مجوز کمیته اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی مازندران (اردیبهشت ۹۳) است. اهداف پژوهش و کاربرد آن برای تمامی شرکت کنندگان توضیح داده شد. همچنین حضور داوطلبانه آنان جهت شرکت در مطالعه و انصراف آنان در هر زمان از تحقیق تضمین شد. پس از کسب رضایت از شرکت در مطالعه به آنها اطمینان داده شد که مجموعه داده‌های کسب شده از آنها تنها در راستای پژوهش حاضر خواهد بود و هیچ بخشی از آن به صورت جزئی و کل در اختیار سازمان و یا فردی قرار نخواهد گرفت.

## نتایج

با توجه به نتایج مطالعه حاضر، میانگین (انحراف معیار) سنی ۲۱۱ جانبازان شرکت کننده در این مطالعه (۴۹/۷۱(۴/۶۱) سال و میانگین درصد جانبازی آن‌ها (۱۵/۸۰(۳۴/۶۱) بود. از میان شرکت کنندگان مطالعه حاضر، ۶۹ جانباز (۳۲/۷٪) نقص عضو، ۷۱ جانباز

می‌گیرد (۲۵). با توجه به اینکه بافت مذهبی و فرهنگی کشور ایران ممکن است تأثیر به سزایی در واکنش‌های خلقی افراد نسبت به مرگ ایفا کند (۱۹) با توجه به متاثر بودن اضطراب مرگ از عوامل گوناگون فردی، فرهنگی- اجتماعی و معنوی (۴) مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط هوش معنوی و سلامت معنوی با اضطراب مرگ در جانبازان انجام شد.

## روش‌ها

در این مطالعه توصیفی مقطعی که در سال ۱۳۹۳ (ابتدای تیرماه تا اواخر شهریور) انجام شد، جانباز شهر آمل که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند در مطالعه شرکت کردند. این جانبازان از طریق بنیاد شهید شهر آمل به تیم تحقیق معرفی شدند. کفایت حجم نمونه بر اساس جدول کرجسی و مورگان با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد ۲۱۱ نفر محاسبه شد (۲۶). بر اساس آمار بنیاد شهید شهر آمل تعداد ۵۰۰ جانباز در این شهر وجود دارد. معیارهای ورود به مطالعه شامل کلیه جانبازان مجروح شده در جنگ تحمیلی عراق علیه ایران بود. از طرفی جانبازانی که دارای مشکلات پیشرفته کلامی، ذهنی و یا رفتاری بودند و پرونده‌های روانپزشکی داشتند، در مطالعه شرکت داده نشدند.

داده‌ها به کمک فرم مشخصات دموگرافیک (سوآلاتی در خصوص سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، درصد جانبازی، نوع مجروحیت، مدت جانبازی، وضعیت اقتصادی و میزان حمایت اجتماعی)، پرسشنامه ۲۴ گویه‌ای هوش معنوی کینگ (The Spiritual Intelligence Self-Report Inventory: King, 2010; King & DeCicco, 2008)، پرسشنامه ۲۰ گویه‌ای سلامت معنوی پولوتزین و الیسون (Paloutzian and Ellison's spiritual well-being scale: 1982) و مقیاس اضطراب مرگ ۵۱ آیتمی اضطراب مرگ تمپلر (Death Anxiety Scale-Extended) جمع‌آوری شد.

پرسشنامه هوش معنوی king دارای ۲۴ گویه بود. امتیاز آن بر اساس مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت می‌باشد. نمرات بالا نشان دهنده هوش معنوی بالا و یا وجود چنین ظرفیتی است (حداقل امتیاز ۲۴ و حداکثر ۱۲۰). آلفای کرونباخ و ICC پرسشنامه هوش معنوی ۰/۸۸ بدست آمد.

پرسشنامه استاندارد سلامت معنوی دارای ۲۰ گویه که ۱۰ سؤال اول سلامت مذهبی ۱۰ سؤال بعدی سلامت وجودی را اندازه می‌گیرد (۲۷) و بر اساس مقیاس شش گزینه‌ای لیکرت می‌باشد. نمرات بالا نشان دهنده سلامت معنوی بالاست (حداقل امتیاز ۲۰ و حداکثر ۱۲۰). پایایی آن در مطالعه حاضر به کمک آلفا کرونباخ ۰/۸۳۶ و ICC پرسشنامه سلامت معنوی ۰/۹۱ بدست آمد.

پرسشنامه اضطراب مرگ ۵۱ سؤالی تمپلر برای اولین بار در ایران و در گروه جانبازان روانسنجی شد. پایایی آن به دو روش

$F(2,0,1)=2/0,16, P=0/136, \eta^2=0/0,02$  و اضطراب مرگ  $[F(2,0,1)=2/0,16, P=0/136, \eta^2=0/0,02]$  و اضطراب مرگ  $[F(2,0,1)=2/0,16, P=0/136, \eta^2=0/0,02]$  با توجه به نوع آسیب و مصدومیت در جانبازان از لحاظ آماری معنی دار نبود.

متغیرهای سن، درصد جانبازی، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، اقتصاد و نوع شغل تعدیل شده‌اند.

نتایج جدول ۲- نشان می‌دهد که ویژگی‌های فردی جانبازان به طور معناداری نتوانستند سطح اضطراب مرگ را کاهش دهند و به عنوان یک متغیر پیشگو در مدل باقی نماندند. اما سطح متغیر سلامت معنوی و هوش معنوی می‌توانند سطح اضطراب مرگ را پیشگویی کنند. به طوری که به ازای افزایش هر یک نمره سلامت معنوی ۰/۴۲ و هر یک نمره هوش معنوی ۰/۳۹ سطح اضطراب مرگ کاهش یافت ( $p < 0/05$ ).

۳۳/۶٪) آسیب شیمیایی و ۷۱ جانباز (۳۳/۶٪) دیگر دچار آسیب‌های شیمیایی و نقص عضو شده بودند. ۹۳/۸٪ جانبازان (۱۹۸ نفر) متأهل، و بیشتر آنها (۵۴/۵٪، ۱۱۵ نفر) دارای مدرک بالاتر از دیپلم بودند. ۱۴۷ جانباز (۶۹/۷٪) دارای شغل دولتی بودند و شرایط اقتصادی خود را متوسط اعلام کردند.

آزمون کولموگروف اسمیرنوف نشان داد نمرات هوش معنوی از ( $P=0/063$ )، سلامت معنوی ( $P=0/052$ ) و اضطراب مرگ ( $P=0/200$ ) از توزیع نرمال برخوردار است. میانگین نمره هوش معنوی (۶۰/۵۳-۶۳/۷۱)؛ (CI/۹۵: ۶۲/۱۲(۱۱/۷۱)؛ سلامت معنوی (۷۵/۷۲-۷۷/۸۱)؛ (CI/۹۵: ۷۶/۷۶(۷/۶۸) و اضطراب مرگ (۱۳۴/۶۶-۱۴۱/۴۴)؛ (CI/۹۵: ۱۳۸/۰۵(۲۴/۹۹)؛ با توجه به جدول ۱-، اختلاف میانگین نمره هوش معنوی [۰/۱۷]  $F(2,0,1)=1/732, P=0/179, \eta^2=0/019$ ، سلامت معنوی [۰/۱۹]

جدول ۱- توزیع نمره اضطراب مرگ، هوش معنوی و سلامت معنوی با توجه به نوع جانبازی

توزیع نمره نوع جانبازی	اضطراب مرگ میانگین (انحراف معیار)	P value	هوش معنوی میانگین (انحراف معیار)	P value	سلامت معنوی میانگین (انحراف معیار)	P value
قطع عضو	۱۳۹/۳۳(۳۳/۰۱)		۶۲/۹۱(۱۲/۱۱)		۷۵/۲۶(۸/۸۹)	
شیمیایی	۱۰۶/۹۲(۱۰/۴۷)	۰/۸۲۲	۶۰/۰۵(۱۲/۵۲)	۰/۱۷۹	۷۷/۶۳(۶/۳۳)	۰/۸۴۳
قطع عضو/ شیمیایی	۱۳۹/۱۱(۲۳/۶۲)		۶۳/۳۵(۱۰/۳۹)		۷۷/۳۶(۷/۵۴)	

جدول ۲- ارتباط بین متغیرهای پیشگو با سطح اضطراب مرگ در جانبازان بر اساس مدل رگرسیون خطی

متغیر پیشگو	تعدیل نشده			تعدیل شده			VIF	Tolerance	%۹۵CI	P	B	B	%۹۵CI	P	B	B
	B	P	B	B	P	B										
تأهل: مجرد/ متأهل	۲/۱	۰/۰۲	۰/۷	۱۱*-۱۶	۰/۷	۰/۰۲	۲/۱									
تحصیلات: زیر دیپلم/ بالاتر از دیپلم	۳/۴	۰/۰۶	۰/۳	۳/۳*-۱۰/۲	۰/۳	۰/۰۶	۳/۴									
شغل: دولتی/ آزاد	۵/۸	۰/۱۰	۰/۱	۱/۵*-۱۳/۲	۰/۱	۰/۱۰	۵/۸									
سن	۰/۱۷	۰/۰۳	۰/۶	۰/۵۶*-۰/۹۱	۰/۶	۰/۰۳	۰/۱۷									
درصد جانبازی	-۰/۰۱	-۰/۰۱	۰/۸	۰/۲۳*-۰/۲۰	۰/۸	-۰/۰۱	-۰/۰۱									
سلامت معنوی	-۰/۴۴	-۰/۱۳	۰/۰۳	۰/۱۱*-۰/۸۵*	۰/۰۳	-۰/۱۳	-۰/۴۴	۱/۰۲	۰/۹۷	۰/۱۴*-۰/۸۶*	۰/۰۲	-۰/۱۳	-۰/۴۲	۰/۱۱*	-۰/۸۵*	۰/۰۳
هوش معنوی	-۰/۳۹	-۰/۱۸	۰/۰۰۴	۰/۱۰*-۰/۶۸*	۰/۰۰۴	-۰/۱۸	-۰/۳۹	۱/۰۱	۰/۹۸	۰/۱۱*-۰/۶۸*	۰/۰۰۶	-۰/۱۷	-۰/۳۹	۰/۱۰*	-۰/۶۸*	۰/۰۰۴

※: جهت عدد منفی است

※※: آماره آزمون دوربین واتسون ۰/۲۸۹ محاسبه شد

ضروری می‌داند (۲۸). یکی از راه‌های کاهش اضطراب مرگ، روی آوردن گرایش‌های مذهبی می‌باشد و نشان داده شده که گرایش‌های منفی نسبت به مذهب، ترس از مرگ را افزایش می‌دهد (۴). در باور اسلامی، تفاوتی بین مذهب و معنویت نیست و این دو مفهوم، به معنای یکسانی با یکدیگر همپوشانی دارند (۲۹). مذهب و معنویت، به طور گسترده‌ای، مهم‌ترین عامل اجتماعی در تعیین ساختارهای ارزشی و رفتاری در انسان هستند (۳۰). باورهای مذهبی ممکن است در موقعیت‌های اضطراب‌آور به کمک فرایند فکری انسان بیاید و درک واضحی از جهان برای افراد به همراه داشته باشد (۳۱).

نتایج مطالعه Rasmussen و Johnson (۱۹۹۴) نیز نشان داد سربازانی که سطح بالاتری از معنویت را گزارش می‌کردند، اضطراب مرگ پایین‌تری داشتند (۳۲). در مطالعه عبادی و

## بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط هوش معنوی، سلامت معنوی با اضطراب مرگ جانبازان انجام شد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد افزایش سطح هوش معنوی و سلامت معنوی در جانبازان، موجب کاهش سطح اضطراب مرگ در آن‌ها می‌شود به طوری که حتی با تعدیل عوامل فردی، این تأثیر تغییر چندانی نکرد.

در مورد تأثیر معنویت بحث‌های زیاد و متفاوت مطرح شده است. فروید مذهب و باورهای معنوی را ناشی از ترس تلقی کرده و دین باوری را تنها در درون سازه‌های اجتماعی مانند وجدان اخلاقی تبیین می‌کنند؛ اما یونگ هرگونه اعتقاد مذهبی و معنوی را حتی اگر آمیخته با خرافات و روش‌های ابتدایی بشر بوده باشد را مورد توجه قرار داده و آن را در سلامت روانی و معنوی افراد

به عنوان یک نقطه اساسی، بر نگرش و دیدگاه‌های افراد از پدیده ی اضطراب مرگ تأثیر می‌گذارد. به طوری که آگاهی از اختلافات فرهنگی، می‌تواند منتهی به ارتقا روابط و کاهش تضادهایی در مددجویان با قومیت‌ها دیگر شده و ارائه خدمات درمانی و بهداشتی را تسهیل کند (۴). با توجه به نتایج مدل پیشگوی رگرسیون چندگانه، سلامت معنوی اهمیت بیشتری نسبت به هوش معنوی در کاهش سطح اضطراب مرگ جانبازان دارد. با توجه به اینکه باور به آخرت و برانگیخته شدن انسان در فرهنگ اسلامی از اصول دین اسلام محسوب می‌شود، ممکن است سلامت معنوی زمینه ساز اطمینان خاطر بیشتری برای روز محشر در جانبازان شود و به عنوان یک مکانیسم دفاعی و تطابقی با اضطراب مرگ مطرح باشد (۳، ۴).

اگرچه در مطالعه‌ای روایی و پایایی مناسب مقیاس هوش معنوی استفاده شده در جانبازان مطالعه حاضر کافی گزارش شد (۴۰) اما نبود ابزاری با روایی و پایایی کافی در حوزه سلامت معنوی در جانبازان و نیروهای مسلح را می‌توان به عنوان یک محدودیت غیر قابل اجتناب دانست که این امر زمینه را برای پیشنهاد طراحی و توسعه ابزار سلامت معنوی در جانبازان سوق می‌دهد.

### نتیجه‌گیری

اضطراب مرگ به عنوان یک نگرانی عمده در زندگی انسان، تحت تأثیر عوامل گوناگونی از جمله مسائل معنوی و مذهبی قرار می‌گیرد. نتایج بررسی ما نشان داد هوش معنوی در جانبازان با اضطراب مرگ در ارتباط است و بدون تأثیر از مسائل فردی موجب کاهش اضطراب مرگ می‌شود. به نظر می‌رسد با توجه به بافت مذهبی و فرهنگی ایران و با در نظر گرفتن تأثیر باورهای معنوی و میزان درک افراد از اعتقادات متأثر از دین، توجه به باورهای معنوی و سطح درک افراد از آن، می‌تواند مراقبت از مددجویانی که تجربه اضطراب مرگ دارند را تسهیل ببخشد. با توجه به اینکه پرداختن به نیازهای معنوی و مذهبی مددجویان جزئی اجتناب ناپذیر در امر مراقبت به خصوص پرستاری است، این مفهوم می‌تواند به عنوان یک مفهوم کاربردی در اجرای فرایند پرستاری به کار گرفته شود و بر اساس این مفهوم، جهت کاهش اضطراب مرگ جانبازان و کلیه مددجویان با تشخیص پرستاری اضطراب و ترس از مرگ برنامه ریزی‌های بالینی شود.

### تشکر و قدردانی: بدینوسیله از کمیته تحقیقات دانشجویی

دانشگاه علوم پزشکی مازندران که هزینه‌های اجرای طرح را تأمین نمودند و جانبازان گرامی شرکت کننده در پژوهش حاضر تقدیر و تشکر می‌نماییم.

### تضاد منافع: بدینوسیله نویسندگان بیان می‌کنند که

هیچگونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

همکاران (۲۰۰۹) که روی جانبازان شیمیایی انجام شده بود، معنویت عامل اصلی تطابق و آسایش ذهنی آن‌ها در مقابل عوارض به وجود آمده از گازهای شیمیایی زمان جنگ بود (۳۳). اعتقاد و باورهای معنوی در سربازان جنگ، نگرشی مثبت به مردن و کشته شدن می‌دهد. معنای زندگی در نظر آن‌ها نوعی خودباوری ایجاد می‌کند که مسئولیتشان در برابر زندگی با مرگ سلب نمی‌شود و ارتباط‌های انسان با مسائل معنوی اضطراب مرگ را در آن‌ها کم می‌کند و سلامت روانی زندگی‌شان را تضمین می‌کند (۳۴).

همانطور که نتایج آزمون رگرسیون خطی خام نشان می‌دهد، متغیرهای دموگرافیک در جانبازان مورد مطالعه، نمی‌توانند پیش بینی کننده سطح اضطراب مرگ باشند و تنها متغیرهای هوش معنوی و سلامت معنوی به عنوان متغیرهای پیشگو در مدل رگرسیون خطی چندگانه معرفی شدند. این پیش‌بینی ممکن است حاکی از اهمیت سلامت معنوی و هوش معنوی به عنوان متغیرهای با اهمیت نسبت به ویژگی‌های فردی در جانبازان با توجه به بافت مذهبی و معنوی کشور ایران به خصوص بین جانبازان برای پیش بینی سطح اضطراب مرگ مطرح باشد.

جهت‌گیری مذهبی به عنوان یک تعدیل‌گر تنیدگی عمل کرده و افراد با جهت‌گیری مذهبی درونی کمتری را تجربه می‌کنند. افرادی که دارای جهت‌گیری مذهب درونی هستند یعنی معتقدند که مذهب در ذات آن‌ها ریشه دارد، در مقایسه با افرادی که فقط جهت‌گیری مذهبی بیرونی دارند، یعنی مذهب را وسیله‌ای برای دستیابی به چیز دیگری می‌دانند، بهداشت روانی مثبت‌تری دارند. افراد دارای جهت‌گیری مذهب درونی، سلامت روانی بالاتری دارند و افراد دارای جهت‌گیری مذهب بیرونی احتمالاً پیامدهای منفی‌تری را تجربه می‌کنند (۳۱). گاهی بیماری‌های مزمن و شرایط سخت بیماری، موجب بحران‌های معنوی و مذهبی در افراد می‌شود که ممکن است منجر به کاهش مکانیسم‌های سازگاری در مددجو و افزایش سطح اضطراب آن‌ها شود و روند مراقبت و درمان را مشکل کند (۳۵). بیشتر مردم حتی کسانی که وظیفه آن‌ها مراقبت کردن از بیماران در حال مرگ و یا بیماران با اختلالات مزمن است، در رو به رو شدن با مرگ مشکل داشته و عکس العمل‌های متفاوت از خود نشان می‌دهند (۳۶). پرستاران به خاطر ماهیت شغلی خود بیش از سایر افراد با بیماران بد حال و رو به مرگ و خانواده‌های آن‌ها ارتباط برقرار می‌کنند (۳۷). مراقبت از بیماران رو به مرگ نسبت به سایر بیماران از پیچیدگی بیشتری برخوردار است، بنابراین داشتن آگاهی و بلوغ کافی و نگرش مثبت نسبت به مرگ در پرستاران و عواملی که منجر به کاهش اضطراب مرگ می‌شود، اهمیت دارد (۳۸). بنابراین به نظر ضروری می‌رسد که پرستاران مهارت‌ها، و نگرش خود را در زمینه اضطراب مرگ گسترش داده تا در برخورد با بیماران و خانواده آن‌ها که این پدیده را تجربه کرده‌اند بتوانند خدمات مناسب‌تری را ارائه دهند (۳۹). هوش معنوی و باورهای مذهبی جانبازان در بافت فرهنگ اسلامی ایران

## منابع

1. Sharif Nia H, Ebadi A, Lehto RH, Mousavi B, Peyrovi H, Chan Y, H. Reliability and validity of the persian version of templer death anxiety scale-extended in veterans of Iran-Iraq warfare. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 2014;8(4):29-37.
2. Bahrani N, Moradi M, Soleimani M, Kalantari Z, Hosseini F. Death Anxiety and its Relationship with quality of life in Women with Cancer. *Iran Journal of Nursing.* 2013;26(82):51-61.
3. Miri MM, Hosseini Zijoud SM, Mazhabdar GH. Comparison of the mental health of medicine and engineering students in Iran, 2014-2015. *J Mil Med.* 2017; 18(4):360-366.
4. Sharif Nia H, Ebadi A, Helen Lehto R, Peyrovi H. The Experience of Death Anxiety in Iranian War Veterans: A Phenomenology Study. *Death studies.* 2015.
5. Sahebalzamani M, Farahani H, Abasi R, Talebi M. The relationship between spiritual intelligence with psychological well-being and purpose in life of nurses. *Iranian journal of nursing and midwifery research.* 2013;18(1):38-41.
6. Ghobari Bonab B, Salimi M, Seliani L, Npri Moghadam S. spiritual intelligence. 2005;3(10):125-47.
7. Bolghan-Abadi M, Ghofrani F, Abde-Khodaei MS. Study of the spiritual intelligence role in predicting university students' quality of life. *Journal of religion and health.* 2014;53(1):79-85.
8. Soleimani MA, Pahlevan Sharif S, Allen KA, Yaghoobzadeh A, Sharif Nia H, Gorgulu O. Psychometric Properties of the Persian Version of Spiritual Well-Being Scale in Patients with Acute Myocardial Infarction. *Journal of religion and health.* 2016 Sep 15.
9. Sharif Nia H, Pahlevan Sharif S, Goudarzian AH, Allen KA, Jamali S, Heydari Gorji MA. The Relationship between Religious Coping and Self-Care Behaviors in Iranian Medical Students. *Journal of religion and health.* 2017 Feb 22.
10. Davidson S. Cultivating spiritual intelligence to heal diseases of meaning. *Contemporary nurse.* 2002;12 (2):103-5.
11. Moallemi S. Spiritual intelligence and high risk behaviors. *International journal of high risk behaviors & addiction.* 2014;3(1):e18477.
12. Cotton S, Kudel I, Roberts YH, Pallerla H, Tsevat J, Succop P. Spiritual well-being and mental health outcomes in adolescents with or without inflammatory bowel disease. *Journal of Adolescent Health.* 2009;44(5):485-92.
13. Ahmad F, Muhammad M, Abdullah AA. Religion and spirituality in coping with advanced breast cancer: Perspectives from Malaysian Muslim women. *Journal of religion and health.* 2011;50(1): 36-45.
14. Nozari M, Khalilian A, Dousti Y. Spiritual Development and Death Attitude in Female Patients with Type II Diabetes. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 2014;8(3):58-64.
15. Glas G. Anxiety, anxiety disorders, religion and spirituality. *Southern medical journal.* 2007;100(6): 621-5.
16. Pietrzak RH, Cook JM. Psychological resilience in older U.S. veterans: results from the national health and resilience in veterans study. *Depression and anxiety.* 2013;30(5):432-43.
17. Hojjati H, Motlagh M, Nuri F, Sharif Nia H. Relationship between different dimensions of prayer and spiritual health in hemodialysis patients. *Iranian Journal of Critical Care Nursing.* 2010;2(4):149-52.
18. Pessin H, Rosenfeld B, Breitbart W. Assessing psychological distress at the end of life. *Am Behav Sci.* 2002;46:357-72.
19. Sharif Nia H, Pahlevan Sharif S, Esmaeili R, Goudarzian AH, Tahmasbi B, Yaghoobzadeh A, et al. Factors Influencing the Level of Death Depression in Patients with Cancer: A Path Analysis. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences.* 2017;26(145):318-31.
20. Abdel-Khalek A, Lester D. Religiosity and death anxiety: No association in Kuwait. *Psychological reports.* 2009;104(3):770-2.
21. Salamati P, Razavi SM, Shokraneh F, Mohazzab Torabi S, Laal M, Hadjati G, et al. Mortality and injuries among Iranians in Iraq-Iran war: a systematic review. *Archives of Iranian medicine.* 2013;16 (9):542-50.
22. Kawano S. A sociocultural analysis of death anxiety among older Japanese urbanites in a citizens' movement. *Omega.* 2010;62(4):369-86.
23. Bagnol L, Alexander J, Ewing H, Chu D. Indigos in Hawai'i: a phenomenological study of the experience of growing up with spiritual intelligence. *Pacific health dialog.* 2011;17(1):83-98.
24. Kwon YS, Kim CN. A correlation study on spiritual well-being and death anxiety of the elderly. *Journal of Korean Community Nursing.* 2003;14(1): 132-43.
25. Mahbobi M, Etemadi M, Khorasani E, Ghiasi M. The Relationship between Spiritual Health and Social Anxiety in Chemical Veterans. *Journal of Military Medicine.* 2012;14(3):186-91.
26. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas.* 1970.
27. Sharif Nia H, Hojjati H, Nazari R, Ghorbani M, Akhoondzade G. The effect of prayer on mental health of hemodialysis patients. *Iranian Journal of Critical Care Nursing.* 2012;5(1):29-34.
28. Ali S, Liu W, Humedian M. Islam 101: Understanding the Religion and Therapy Implications. *Professional Psychology: Research and Practice.* 2004;35(6):635.
29. Rassool GH. The crescent and Islam: healing, nursing and the spiritual dimension. Some considerations towards an understanding of the Islamic perspectives on caring. *Journal of advanced nursing.* 2000;32(6):1476-84.

30. Sirati Nir M, Ebadi A, Fallahi Khoshknab M, Tavallae A. Spiritual experiences of war veterans who suffer from combat-related post-traumatic stress disorder: a qualitative study. *Journal of religion and health*. 2013;52(3):719-29.
31. Roff LL, Butkeviciene R, Klemmack DL. Death anxiety and religiosity among Lithuanian health and social service professionals. *Death studies*. 2002;26(9):731-42.
32. Rasmussen C, Johnson M. Spirituality and Religion: Relative relationships to death anxiety. *Omega*. 1994;29(4):313-8.
33. Ebadi A, Ahmadi F, Ghanei M, Kazemnejad A. Spirituality: a key factor in coping among Iranians chronically affected by mustard gas in the disaster of war. *Nursing & health sciences*. 2009;11(4):344-50.
34. Parson ER. Life after death: Vietnam Veteran's struggle for meaning and recovery. *Death studies*. 1986;10(11):11-26.
35. Bahrami N, Soleimani MA, Erjiani Z, Sharif Nia H, Masoudi R, Shahrokhi A. The Effect of Nursing Process- Based Care on Patients' Anxiety of Candidates for Women's Elective Surgery. *Iran Journal of Nursing (IJN)*. 2012;25(77):30-9.
36. Werth JL, Holdrick DJ. A primer on rational suicide and other forms of hastened death. *The Counseling Psychologist*. 2000;28(5):511-39.
37. Terry ML, Bivens AJ, Neimeyer RA. Comfort and empathy of experienced counselors in client situations involving death and loss. *Omega*. 1995;32(7):269-85.
38. Kirchberg TM, Neimeyer RA, James RK. Beginning counselors' death concerns and empathic responses to client situations involving death and grief. *Death studies*. 1998;22(2):99-120.
39. Peters L, Cant R, Payne S, O'Connor M, McDermott F, Hood K, et al. How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: a review of literature. *The open nursing journal*. 2013;7:14-21.
40. Sharif Nia H, Haghdoost AA, Ebadi A, Soleimani MA, Yaghoobzadeh A, Abbaszadeh A, et al. Psychometric Properties of the King Spiritual Intelligence Questionnaire (KSIQ) in Physical Veterans of Iran-Iraq Warfare. *Journal of Military Medicine*. 2015;17(3):145-53.