Journal of Spiritual Health

2025, Volume 4, Issue 3
Pages: 752-759
10.30491/JSH.4.3.752

The Relationship Between Lifestyle and Spiritual Health in Families with Children with Special Needs: A Case Study in Hillah City

Albu Jassim Ahmad Hakim Alivi [1], Razieh Aghababaei [1*], Hamid Rahimi [1]

[1] *Department of Education, School of Humanity, University of Kashan, Kashan, Iran*

Abstract

Background and Aim: Lifestyle, as a pattern of behaviors and beliefs, plays an important role in determining the quality of life and health of individuals and families. Families with children with special needs (including physical, mental, or psychological disorders) are in greater need of supportive and spiritual resources than other families due to additional challenges and pressures. Attention to spiritual health becomes doubly important for them. The main goal of this study is to investigate the relationship between lifestyle and spiritual health in families with children with special needs in the city of Hillah.

Methods: The research method was descriptive-correlational, and the statistical population included families in the city of Hillah who had at least one child with special needs. A sample of 100 families was selected from educational and rehabilitation centers in the city using convenience sampling. Data collection tools included two standard lifestyle questionnaires and a spiritual health questionnaire. The overall reliability of the lifestyle questionnaire was 0.89, and the reliability of the spiritual health questionnaire was 0.86 as determined by Cronbach's alpha.

Results: The research findings showed that a positive and significant relationship between lifestyle and dimensions of spiritual health religious (Beta = 0.52) and existential (Beta = 0.47) of families (P<0.05). Also, there was no statistically significant difference between the mean spiritual health scores of families based on the type of child's specific need (physical, mental, or psychological) (F = 2.85, P = 0.06), nor between the mean spiritual health of parents based on the severity of the child's specific need (F = 1.92, P = 0.15).

Conclusion: Given the positive and significant effects of lifestyle on the spiritual health of families in various religious and existential dimensions, more attention should be paid to educating and empowering families, strengthening the spiritual and religious dimension, improving the social environment, enhancing social support, focusing on environmental health and prevention, developing cultural and spiritual exchange programs, and making macro-policies in family health and education planning.

Keywords: Spiritual Health, Lifestyle, Children with Special Needs, Family.

[*]Corresponding author: **Razieh Aghababaei,** Email: razieh.agb@kashanu.ac.ir

Received: 9 September 2025 **Accepted:** 18 December 2025

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.4.3.752]

مجله سلامت معنوی
دوره ۴، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۴
صفحات: ۷۵۹-۷۵۲
10.30491/JSH.4.3.752

رابطه بین سبک زندگی و سلامت معنوی در خانواده‌های دارای کودکان با نیازهای خاص (مورد مطالعه؛ شهر حله)

البو جاسم احمد حاکم علیوی[۱]، راضیه آقابابایی[۱*]، حمید رحیمی[۱]

[۱] *گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران*

چکیده

زمینه و هدف: سبک زندگی به عنوان الگویی از رفتارها و باورها، نقش مهمی در تعیین کیفیت زندگی و سلامت افراد و خانواده‌ها دارد. خانواده‌های دارای کودکان با نیازهای خاص (شامل اختلالات جسمی، ذهنی، یا روانی) به دلیل چالش‌ها و فشارهای مضاعف، بیش از دیگر خانواده‌ها به منابع حمایتی و معنوی نیازمندند و توجه به سلامت معنوی در آن‌ها اهمیتی دوچندان می‌یابد. لذا هدف اصلی این پژوهش، بررسی رابطه بین سبک زندگی و سلامت معنوی در خانواده‌های دارای کودکان با نیازهای خاص در شهر حله است.

روش‌ها: روش پژوهش، توصیفی-همبستگی و جامعه آماری شامل خانواده‌هایی در شهر حله بود که حداقل یک کودک با نیازهای خاص داشتند. نمونه‌ای به حجم ۱۰۰ خانواده، با روش نمونه‌گیری در دسترس، از مراکز آموزشی و توانبخشی این شهر انتخاب شد. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل دو پرسشنامه استاندارد سبک زندگی و پرسشنامه سلامت معنوی بود. از طریق آلفای کرونباخ، پایایی کل پرسشنامه سبک زندگی ۰/۸۹ و پایایی سلامت معنوی ۰/۸۶ به دست آمد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بین سبک زندگی و ابعاد سلامت معنوی مذهبی ($Beta$=۰/۵۲) و وجودی ($Beta$=۰/۴۷) خانواده‌ها رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (P<۰/۰۵). همچنین، بین میانگین سلامت معنوی خانواده‌ها با توجه به مقدار (F=۲/۸۵) و (P=۰/۰۶)، بر اساس نوع نیاز خاص کودک (جسمی، ذهنی یا روانی)، و بین میانگین سلامت معنوی والدین با توجه به مقدار (F=۱/۹۲) و (P=۰/۱۵)، بر اساس شدت نیاز خاص کودک، تفاوت آماری معناداری وجود ندارد.

نتیجه‌گیری: با توجه به اثرات مثبت و معنادار سبک زندگی بر سلامت معنوی خانواده‌ها در ابعاد مختلف مذهبی و وجودی، باید به مقوله آموزش و توانمندسازی خانواده‌ها، تقویت بعد معنوی و مذهبی، بهبود محیط اجتماعی، تقویت حمایت‌های اجتماعی، تمرکز بر سلامت محیطی و پیشگیری، توسعه برنامه‌های تبادل فرهنگی و معنوی و سیاست‌گذاری کلان در برنامه‌ریزی‌های سلامت و آموزش خانواده، توجه بیشتری داشته باشند.

کلیدواژه‌ها: سلامت معنوی، سبک زندگی، کودکان با نیازهای خاص، خانواده.

*نویسنده مسئول: **راضیه آقابابایی.** پست الکترونیک: razieh.agb@kashanu.ac.ir
دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۶/۱۴ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۹/۲۷

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.30491/JSH.4.3.752]

مقدمه

«سبک زندگی» نظام‌واره‌ای است که به زندگی فرد، خانواده یا جامعه، هویت و معنای خاصی می‌بخشد و آن را از دیگران متمایز می‌سازد. این نظام پیچیده، بازتابی از عادات، نگرش‌ها، ارزش‌ها، و انتخاب‌هایی است که افراد و گروه‌ها در زندگی خود پی می‌گیرند (۱). سبک زندگی، جوهره و هسته زندگی انسان است که نوع تفکر افراد و نگاه آنان به زندگی را شکل می‌دهد (۲). سبک زندگی، فعالیت‌های عادی و معمول روزانه است که افراد آن‌ها را در زندگی خود به طور قابل قبول پذیرفته‌اند، به طوری‌که این فعالیت‌ها روی سلامتی افراد تأثیر می‌گذارند. بر اساس پژوهش انجام گرفته توسط سازمان بهداشت جهانی، حدود ۶۵ درصد کیفیت زندگی و سلامتی افراد به سبک زندگی و رفتار فردی آن‌ها بستگی دارد (۳).

براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامتی دارای ابعاد جسمانی، روانشناختی، اجتماعی و معنوی است. در این میان، بعد معنوی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. این بعد از سلامتی، مهمترین جنبه وجودی انسان است و به عنوان تکیه‌گاه نیرومند در مرکز زندگی قرار می‌گیرد و با ایجاد احساس آرامش، بهزیستی و بهبودی مرتبط است. یک بعد مهم معنویت، سلامت معنوی است که نه تنها پیش‌بینی‌کننده سازگاری جسمانی و روانشناختی است بلکه در نوع خود یک جنبه مهم سلامت نیز است (۴). سلامت معنوی، احساس رضایت وجودی است که از عوامل مذهبی یا اعتقادی سنتی و نیز عوامل مربوط به معنای زندگی و آرامش ناشی می‌شود و دارای دو بعد سلامت وجودی و مذهبی است (۴). سلامت مذهبی، رابطه فرد با خداوند یا یک نیروی بی‌نهایت را بازتاب می‌دهد، در حالی که سلامت وجودی، بیانگر ارتباط فرد با دیگران، محیط و درون خویش است. هم سلامت مذهبی و هم سلامت وجودی شامل تعالی و حرکت فراتراز خود می‌باشند. بُعد سلامت مذهبی ما را به رسیدن به خدا هدایت می‌کند؛ درحالی‌که بُعد سلامت وجودی ما را فراتر از خودمان و به‌سوی دیگران و محیط‌مان سوق می‌دهد. از آنجایی‌که انسان به عنوان نظامی یکپارچه عمل می‌کند این دو بُعد در عین حال که از هم جدا هستند با هم تعامل و همپوشی دارند و در نتیجه ما احساس سلامت معنوی، رضایت و هدفمندی می‌کنیم (۵). نقش سلامت معنوی در درمان بسیاری از مشکلات روان‌شناختی و جسمی نیز تأیید شده است (۶). روز به روز بر تعداد افرادی افزوده می‌شود که معتقدند معنویت می‌تواند راه مؤثری برای درمان روان‌رنجوری‌ها و درماندگی‌های روحی باشد (۷).

در همین راستا، مسیبی و همکاران (۸) در بررسی سلامت معنوی به عنوان جدیدترین بعد سلامت انسان و ارتباط آن با سبک زندگی اسلامی، نشان دادند که سلامت معنوی، چه در ابعاد فردی و چه جمعی، در فرهنگ اسلامی اهمیت ویژه‌ای دارد و نشانه‌های بنیادی آن شامل امنیت، سعادت و کرامت است. بوژک و همکاران (۹) در تحقیقی نشان دادند که هم معنویت و هم رفتارهای مرتبط با سلامت، رابطه‌ای مثبت با بهزیستی روان‌شناختی دارند. همچنین، این رابطه در مورد معنویت با واسطه‌گری رفتارهای سلامت‌محور تقویت می‌شود. علاوه بر این، معنویت با نوع آموزش کسب‌شده، به‌ویژه در میان دانشجویانی که مطالعات آن‌ها بر ذهن و روح انسان تمرکز دارد، مرتبط است. دریر و ون درمرو (۱۰) در تحقیق خود دریافتند که سبک زندگی افراد می‌تواند نقش مهمی در تقویت سلامت جسمی و روانی ایفا کند. سلامت معنوی نه تنها به‌عنوان بعدی مستقل، بلکه به‌عنوان عاملی تأثیرگذار در سبک زندگی سالم عمل می‌کند و تقویت سلامت معنوی از طریق تغییرات در سبک زندگی می‌تواند تأثیرات مثبت و ماندگاری بر کیفیت زندگی افراد داشته باشد. محمدچناری (۱۱) در بررسی رابطه بین سلامت معنوی و سلامت اجتماعی در والدین کودکان مبتلا به اختلالات یادگیری خاص در اندیمشک، نشان دادند بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و سلامت معنوی، سلامت اجتماعی و تعامل والد–فرزند رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

پژوهش حاضر نیز با هدف بررسی رابطه بین سبک زندگی و سلامت معنوی در خانواده‌های دارای کودکان با نیازهای خاص انجام شد. کودکان با نیازهای خاص (شامل اختلالات جسمی، ذهنی، یا روانی) معمولاً نیازمند مراقبت و حمایت بیشتری از سوی خانواده هستند و والدین دارای فرزندان با نیازهای ویژه، به‌ویژه ناتوانی ذهنی، با چالش‌های پیچیده و فرساینده‌ای در زندگی روزمره خود روبه‌رو هستند (۱۲). فشارهای روانی، احساس گناه یا ناکامی، اضطراب‌های بلندمدت، محدودیت‌های اجتماعی، مالی و تحصیلی، و دشواری در دستیابی به حمایت‌های تخصصی، تنها بخشی از تجربه زیسته این والدین است (۱۳). مراقبت مستمر از کودک، روبه‌رو شدن با قضاوت‌های اجتماعی، و نگرانی از آینده فرزند، گاه به فرسودگی روانی و کاهش رضایت از زندگی منجر می‌شود. این وضعیت ممکن است فشارهای قابل توجهی بر اعضای خانواده، به‌ویژه والدین، وارد کند. این فشارها نه تنها بر سلامت جسمی و روانی والدین، بلکه بر سلامت معنوی آن‌ها نیز تأثیرگذار است. در این میان، توانمندی‌های روان‌شناختی والدین، از جمله منابع درونی مانند معنویت، نقش مهمی در مواجهه سالم‌تر با این شرایط ایفا می‌کنند (۱۴). همچنین در چنین شرایطی، سبک زندگی خانواده‌ها– شامل نحوه مدیریت زمان، کیفیت روابط خانوادگی، عادات روزمره و نحوه مواجهه با مشکلات می‌تواند به عنوان عامل تعیین‌کننده‌ای در حفظ و ارتقای سلامت معنوی آن‌ها عمل کند (۱۵). زیرا سبک زندگی فعال و مبتنی بر ارزش‌ها می‌تواند اثرات منفی فشارهای مراقبتی را کاهش دهد و سلامت معنوی والدین را تقویت کند (۱۶). بر این اساس، انجام این پژوهش در شهر حله، با توجه به ویژگی‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی این منطقه، اهمیت مطالعه رابطه بین سبک زندگی و سلامت معنوی در خانواده‌های دارای کودکان با نیازهای خاص را دوچندان می‌کند. این شهر به دلیل قرارگرفتن در مجاورت اماکن مذهبی تاریخی و مقدس

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.4.3.752]

شیعیان (مانند کربلا)، از بافت فرهنگی-مذهبی بسیار غنی و تأثیرگذاری برخوردار است که مطالعه مقوله‌های مرتبط با سلامت معنوی را در آن دارای اهمیت و جلوه‌ای خاص می‌سازد. از سوی دیگر، با توجه به تأثیرات طولانی‌مدت جنگ و ناامنی‌ها بر ساختار اجتماعی و سلامت روانی در عراق، پژوهش در این بافت می‌تواند داده‌های ارزشمندی درباره سازوکارهای مقابله‌ای (مانند سبک زندگی و معنویت) در میان گروه‌های آسیب‌پذیر، ارائه دهد. بنابراین، مطالعه در حله این امکان را ایجاد می‌کند تا رابطه متغیرهای پژوهش در یک زمینه فرهنگیِ معنوی‌محور و در عین حال پرچالش بررسی شود و یافته‌ها علاوه بر جنبه‌های علمی، کاربردهای عملی مستقیمی برای برنامه‌ریزان محلی و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در این منطقه داشته باشد. بر این اساس، این پژوهش با هدف بررسی رابطه بین سبک زندگی و سلامت معنوی در خانواده‌های دارای کودکان با نیازهای خاص در شهر حله انجام شد تا بتواند چشم‌انداز دقیق‌تری از وضعیت این خانواده‌ها ارائه داده و راهبردهایی عملی برای بهبود کیفیت زندگی آن‌ها پیشنهاد دهد.

روش

پژوهش از نظر سنجش، کمی و از نظر اجرا، توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی خانواده‌های ساکن شهر حله بود که دارای حداقل یک کودک با نیازهای خاص (شامل اختلالات جسمی، ذهنی، یا روانی) داشتند. منظور از "کودکان با نیازهای خاص"، آن دسته از کودکانی هستند که به دلیل شرایط خاص رشدی، جسمی، ذهنی یا روانی، نیازمند مراقبت‌ها و حمایت‌های ویژه‌ای فراتر از کودکان عادی هستند. با توجه به محدودیت‌های موجود در دسترسی به تمامی اعضای جامعه آماری (پراکندگی بیش از حد جامعه، عدم دسترسی به تعداد دقیق جامعه آماری و عدم تمایل و رضایت قلبی بعضی از خانواده‌ها به مشارکت در پژوهش)، حجم نمونه‌ای معادل ۱۰۰ خانواده برای این پژوهش تعیین شد. روش نمونه‌گیری مورد استفاده، نمونه‌گیری در دسترس بود. شناسایی خانواده‌ها از طریق همکاری با مراکز آموزشی و توانبخشی ویژه کودکان، کلینیک‌های درمانی، و انجمن‌های حمایتی مرتبط با کودکان با نیازهای خاص در شهر حله صورت گرفت. پس از کسب معرفی‌نامه از مراکز مربوطه، با خانواده‌ها تماس اولیه برقرار شده، هدف پژوهش برای آن‌ها تبیین گردید و پس از کسب رضایت آگاهانه و کتبی، پرسشنامه‌ها در اختیارشان قرار گرفت. برای جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز در این پژوهش، از دو پرسشنامه استاندارد و بومی‌سازی‌شده استفاده شد.

پرسشنامه سبک زندگی: این پرسشنامه برای ارزیابی ابعاد مختلف سبک زندگی خانواده‌های دارای کودکان با نیازهای خاص طراحی شده است شامل ۷۰ سؤال است که ده بعد کلیدی از سبک زندگی شامل سلامت جسمانی (سئوال ۱ تا ۷)، ورزش و تندرستی (سئوال ۸ تا ۱۴)، کنترل وزن و تغذیه (سئوال ۱۵ تا ۲۱)، پیشگیری از بیماری‌ها (سئوال ۲۲ تا ۲۸)، سلامت روان‌شناختی (سئوال ۲۹ تا ۳۵)، معنویت (سئوال ۳۶ تا ۴۲)، سلامت اجتماعی (سئوال ۴۳ تا ۴۹)، اجتناب از داروها و مواد مخدر (سئوال ۵۰ تا ۵۶)، پیشگیری از حوادث (سئوال ۵۷ تا ۶۳) و سلامت محیطی (سئوال ۶۴ تا ۷۰) را می‌سنجد. سؤالات این پرسشنامه با مقیاس شش گزینه‌ای لیکرت (از "کاملاً مخالفم با نمره ۱" تا "کاملاً موافقم" با نمره ۶) نمره‌گذاری شدند (۱۷). در پژوهش لعلی و همکاران (۱۷) با استفاده از آزمون تحلیل عاملی تاییدی، روایی سازه پرسشنامه سبک زندگی، تایید شد.

پرسشنامه سلامت معنوی: پرسشنامه سلامت معنوی پالوتزین و الیسون (۱۸)، به منظور سنجش سلامت معنوی والدین در قالب ۲۰ سؤال در دو بعد اصلی مذهبی (از سئوال ۱ تا ۱۰) و وجودی (از سئوال ۱۱ تا ۲۰) با مقیاس لیکرت شش گزینه‌ای (از "کاملاً مخالفم" با نمره ۱ تا "کاملاً موافقم" با نمره ۶) طراحی شده بود. در پژوهش مسیبی و همکاران (۸) با استفاده از آزمون تحلیل عاملی تاییدی، روایی سازه پرسشنامه سلامت معنوی، تایید شد.

برای اطمینان از روایی و اعتبار ابزارهای سنجش به منظور اجرا بر روی خانواده‌ها، از روایی محتوایی و صوری استفاده شد. پرسشنامه‌ها در اختیار گروهی از متخصصان و اساتید روان‌شناسی، جامعه‌شناسی و علوم تربیتی قرار گرفت تا نظرات آن‌ها در خصوص وضوح، مرتبط بودن، و جامعیت سؤالات بررسی شود. از روش آلفای کرونباخ، پایایی کل پرسشنامه سبک زندگی ۰/۸۹ و پایایی سلامت معنوی ۰/۸۶ بدست آمد.

تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها

داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند. برای توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه (مانند سن والدین، جنسیت کودک، نوع نیازهای خاص، سطح تحصیلات والدین) و همچنین برای ارائه تصویری کلی از وضعیت سبک زندگی و سلامت معنوی خانواده‌ها، از شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر استفاده شد. در سطح استنباطی از ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون و تحلیل واریانس یک‌راهه (ANOVA) استفاده شد.

نتایج

نمونه پژوهش شامل ۱۰۰ خانواده ساکن شهر حله است که حداقل یک کودک با نیازهای خاص دارند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شامل سن والدین، جنسیت کودک، نوع نیاز خاص کودک، سطح تحصیلات والدین، و وضعیت شغلی والدین است.

بر اساس جدول ۱ بیشترین فراوانی والدین شرکت‌کننده مربوط به گروه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال (۴۵ درصد) است. از منظر تحصیلات، بالاترین نسبت (۳۵ درصد) مربوط به والدین با مدرک کارشناسی است و تنها ۱۵ درصد دارای تحصیلات کارشناسی‌ارشد یا بالاتر

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.4.3.752]

جدول-۱. توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه

متغیر	سطح	فراوانی	درصد
سن والدین (سال)	کمتر از ۳۰	۱۵	۰/۱۵
	۳۰-۴۰	۴۵	۰/۴۵
	۴۱-۵۰	۳۰	۰/۳۰
	بیشتر از ۵۰	۱۰	۰/۱۰
جنس کودک	پسر	۵۵	۰/۵۵
	دختر	۴۵	۰/۴۵
نوع نیاز کودک	جسمی	۳۵	۰/۳۵
	ذهنی	۴۰	۰/۴۰
	روانی	۲۵	۰/۲۵
تحصیلات والدین	زیر دیپلم	۲۰	۰/۲۰
	دیپلم	۳۰	۰/۳۰
	کارشناسی	۳۵	۰/۳۵
	ارشد و بالاتر	۱۵	۰/۱۵
وضعیت شغل والدین	شاغل	۶۰	۰/۶۰
	غیرشاغل	۴۰	۰/۴۰

جدول-۲. آمار توصیفی ابعاد سبک زندگی و سلامت معنوی

متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
سبک زندگی (کل)	۴/۲۵	۰/۶۵	۲/۸۰	۵/۵
سلامت معنوی	۴/۴۰	۰/۵۸	۳	۵/۶۰
بعد مذهبی	۴/۵۰	۰/۵۵	۳/۱۰	۵/۷۰
بعد وجودی	۴/۳۰	۰/۶۰	۲/۹۰	۵/۵۰

می‌باشند. توزیع جنسیت کودکان نسبتاً متعادل است؛ پسران با ۵۵ درصد اندکی بیشتر از دختران (۴۵ درصد) را تشکیل داده‌اند. در خصوص نوع نیاز خاص، بیشترین فراوانی مربوط به نیازهای ذهنی (۴۰ درصد) است و پس از آن نیازهای جسمی (۳۵ درصد) و روانی (۲۵ درصد) قرار دارند. بررسی وضعیت شغلی والدین نشان می‌دهد ۶۰ درصد والدین شاغل هستند، در حالی که ۴۰ درصد غیرشاغل‌اند.

جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات سبک زندگی (M=۴/۲۵) و سلامت معنوی (M=۴/۴۰) در نمونه مورد مطالعه نسبتاً بالا بوده است. این میانگین‌ها و انحراف معیارهای نسبتاً پایین، حاکی از وضعیت مطلوب سبک زندگی و سلامت معنوی در میان بیشتر خانواده‌های دارای کودکان با نیازهای خاص در شهر حله است.

نتایج جدول ۳ نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع داده‌ها برای متغیرهای اصلی پژوهش است. مقادیر (P=۰/۰۰۱) بالاتر از ۰/۰۵ تأیید می‌کنند که داده‌ها از توزیع نرمال برخوردارند.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که سبک زندگی با ضریب ($Beta$=۰/۵۲)، تاثیر معناداری بر بعد مذهبی سلامت معنوی دارد. این اثر طبق مقدار (t=۵/۸۳) و سطح معناداری کمتر از ۰/۰۱، از نظر آماری معنادار است. مقدار R^2 نشان می‌دهد که سبک زندگی به‌تنهایی توانسته است ۲۷ درصد از تغییرات بعد مذهبی سلامت معنوی را تبیین کند. همچنین سبک زندگی با ضریب (Beta=۰/۴۷)، تاثیر معناداری بر بعد وجودی سلامت معنوی دارد. این اثر طبق مقدار t برابر با (t=۵/۲۵) و سطح معناداری کمتر از ۰/۰۱، از نظر آماری معنادار است. مقدار R^2 نشان می‌دهد که سبک زندگی به‌تنهایی توانسته است ۲۲ درصد از تغییرات بعد وجودی سلامت معنوی را تبیین کند.

جدول-۳. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای نرمال بودن توزیع داده‌ها

متغیر	آماره KS	*P*-value
سبک زندگی (کل)	۰/۰۹	۰/۱۲
سلامت معنوی (کل)	۰/۰۷	۰/۰۸

جدول-۴. تحلیل رگرسیون برای تأثیر سبک زندگی بر بعد مذهبی و وجودی سلامت معنوی

متغیر مستقل	متغیر وابسته	*Beta*	*t*	*P*	R^2
سبک زندگی	مذهبی	۰/۵۲	۵/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۲۷
	وجودی	۰/۴۷	۵/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۲۲

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.4.3.752]

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات سلامت معنوی خانواده‌ها با توجه به مقدار (F=۲/۸۵) و (P=۰/۰۶)، بر اساس نوع نیاز خاص کودک (جسمی، ذهنی یا روانی)، تفاوت آماری معناداری وجود ندارد.

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که بین میانگین سلامت معنوی والدین با توجه به مقدار (F=۱/۹۲) و (P=۰/۱۵)، بر اساس شدت نیاز خاص کودک، تفاوت آماری معناداری وجود ندارد.

جدول-۵. مقایسه سلامت معنوی بر اساس نوع نیاز خاص کودک

نوع نیاز خاص	تعداد	میانگین	انحراف معیار	F	P
جسمی	۳۵	۴/۳۵	۰/۶۰	۲/۸۵	۰/۰۶
ذهنی	۴۰	۴/۴۵	۰/۵۵		
روانی	۲۵	۴/۲۵	۰/۶۲		

جدول-۶. مقایسه سلامت معنوی بر اساس شدت کودک

نوع نیاز خاص	تعداد	میانگین	انحراف معیار	F	P
خفیف	۳۰	۴/۴۸	۰/۵۴	۱/۹۲	۰/۱۵
متوسط	۴۵	۴/۳۸	۰/۵۸		
شدید	۲۵	۴/۲۹	۰/۶۳		

بحث

نتایج فرضیه کلی نشان داد بین سبک زندگی و سلامت معنوی خانواده‌های دارای کودکان با نیازهای خاص، رابطه مثبت، مستقیم و معناداری وجود دارد. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش Van Acker (۱۹)، Pisman (۲۰)، Fang و همکاران (۲۱) و Hartono و همکاران (۲۲) که نشان دادند سبک زندگی فعال و سالم، مانند داشتن ورزش منظم و تغذیه متعادل، پرهیز از مصرف مواد، فعالیت بدنی و الگوهای غذایی سالم، رابطه مثبت و مستقیمی با ارتقای سلامت معنوی دارد، همخوانی و همسو است. قابل تبیین است که ارتقای سلامت معنوی، علم و هنر تغییر شیوه زندگی به منظور رسیدن به کمال مطلوب است. ارتقای سبک زندگی مستلزم انجام رفتارهایی است که طی آن فرد به تغذیه مناسب، ورزش مرتب، دوری از رفتارهای مخرب و مواد مخدر، محافظت در برابر حوادث، تشخیص به‌موقع نشانه‌های بیماری در بعد جسمی، کنترل عواطف و احساسات و افکار و کنار آمدن با تنش و مشکلات در بعد روانی، استقلال و سازگاری و اصلاح روابط بین‌فردی در بعد اجتماعی بپردازد (۲۳). داشتن سبک زندگی سالم برای ارتقای سلامتی افراد، اهمیت زیادی دارد (۲۴) و یکی از مؤلفه‌های مهم ارتقا دهنده سبک زندگی خانواده‌ها، رشد معنویت است و با رشد باورهای دینی و مذهبی و اعتماد به اینکه خدا حامی زندگی است، سلامت معنوی افراد تحت تأثیر قرار می‌گیرد. به‌علاوه افرادی که سبک زندگی معنوی دارند، حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی بیشتری را کسب می‌کنند و همین عامل‌ها باعث می‌شود که نگرش‌های آنان مثبت و کارآمدتر باشد. در نتیجه، مشکلات روانی و معنوی کمتری برای آنها به وجود می‌آید. همچنین این افراد و خانواده‌ها، وقتی از طرف دیگران حمایت می‌شوند خود را فردی مطلوب، مفید، دوست داشتنی و ارزشمند می‌دانند و این به معنی این است که نگرش‌های آن‌ها نسبت به خودشان، زندگی، دنیا و محیط اطراف تغییر یافته است و ارتباط فرافردی افراد با محیط پیرامون بهتر شده و در نهایت سلامت معنوی آن‌ها نیز بهبود می‌یابد (۲۳).

نتایج فرضیه جزیی اول نشان داد سبک زندگی خانواده‌های دارای کودکان با نیازهای خاص بر بعد مذهبی سلامت معنوی، تأثیر مثبت و معناداری دارد و با افزایش و رشد میزان پایبندی به رفتارهای سالم در سبک زندگی، بعد مذهبی سلامت معنوی، به‌شکل معناداری افزایش می‌یابد. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش Van Acker (۱۹)، Fang و همکاران (۲۱) و قراباغی همکاران (۲۵) که نشان دادند رفتارهای تغذیه‌ای، ورزشی و پرهیز از انجام رفتارهای پرخطر با معنویت مذهبی، ارتباط مثبت و مستقیم دارد، همخوان و همسو است. قابل تبیین است که بعد مذهبی سلامت معنوی به‌عنوان یک منبع کلیدی و پایدار روانی-اجتماعی عمل می‌کند و قادر است سایر منابع حمایتی را فعال و تقویت کند. اعتقادات مذهبی با ایجاد چارچوبی معنابخش برای زندگی، دو کارکرد اصلی دارند: نخست، ایجاد انگیزه درونی برای رفتارهای سالم از قبیل تغذیه متعادل، ورزش منظم و رعایت بهداشت؛ دوم، فراهم‌کردن حمایت اجتماعی و انسجام گروهی از طریق نهادهای دینی و روابط مبتنی بر ایمان. این دو کارکرد، نه‌تنها موجب انتخاب رفتارهای سالم، بلکه باعث تداوم آن‌ها در بلندمدت می‌شود. افزون بر این، پیوند باورهای مذهبی با ارزش‌هایی همچون قناعت، نظم، احترام به بدن و پرهیز از اسراف، بستر مناسبی را برای تصمیم‌گیری‌های مسئولانه و سلامت‌محور در زندگی روزمره فراهم می‌سازد (۲۵).

نتایج فرضیه جزیی دوم نشان داد سبک زندگی خانواده‌های دارای کودکان با نیازهای خاص بر بعد وجودی سلامت معنوی تأثیر مثبت و معناداری دارد و به نوعی بعد وجودی سلامت معنوی، تحت تاثیر سبک زندگی در خانواده‌های دارای کودکان با نیازهای خاص است. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش Van Acker (۱۹)، Fang و همکاران (۲۱) و الهی منش و همکاران (۲۶) که

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.4.3.752]

نشان دادند ابعاد معنا، هدفمندی و امید به زندگی، اثر قابل‌توجهی بر بهبود شاخص‌های سلامت روانی در خانواده‌های دارای کودکان با نیازهای خاص، دارد، همسو و همخوان است. Van Acker (۱۹) معتقد است معناجویی و ادراک هدف در زندگی، به‌عنوان جنبه‌های کلیدی بعد وجودی، واکنش فرد در برابر شرایط دشوار را تعیین کرده و موجب افزایش تاب‌آوری، رشد شخصی و انسجام روانی می‌شود. بعد وجودی سلامت معنوی یک منبع پایدار درونی ایجاد می‌کند که فرد با اتکا به آن می‌تواند اضطراب‌ها و فشارهای روانی ناشی از مراقبت از کودک با نیاز خاص را تعدیل کند. مکانیزم‌های کلیدی در این فرآیند شامل بازتفسیر مثبت رویدادها، معنا دادن به تجربه‌های دشوار، پرورش نگرش پذیرنده، انعطاف‌پذیری روانی و تعهد به ارزش‌های والای انسانی است. این عوامل، نه‌تنها سلامت روانی والدین را حفظ می‌کنند، بلکه به استمرار رفتارهای سلامت محور و کیفیت بالاتر روابط خانوادگی نیز کمک می‌نمایند (۲۶).

محدودیت‌های پژوهش

یکی از مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش، محدود بودن جامعه آماری به خانواده‌های ساکن شهر حله است که باعث می‌شود تعمیم‌پذیری نتایج به سایر مناطق و زمینه‌های فرهنگی یا اجتماعی دیگر با احتیاط صورت گیرد. همچنین بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری در دسترس، احتمال سوگیری و کاهش تنوع در ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه را به همراه داشته و ممکن است گروه‌هایی از خانواده‌ها که دسترسی به آنان دشوارتر بوده است، در یافته‌های پژوهش نمایان نباشند. حجم نمونه نسبتاً محدود (۱۰۰ خانواده) نیز می‌تواند اعتبار و قابلیت استنتاج کلی پژوهش را تا حدی کاهش دهد و لازم است این نکته در تفسیر داده‌ها همواره مدنظر باشد. محدودیت دیگر استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی بود که به علت امکان وجود سوگیری پاسخ‌دهی (مانند میل به پاسخ‌دهی مطلوب اجتماعی) یا بی‌دقتی برخی پاسخ‌دهندگان، می‌تواند بر دقت و صحت داده‌های جمع‌آوری‌شده تأثیرگذار باشد.

نتیجه‌گیری

این پژوهش نشان می‌دهد که در خانواده‌های دارای کودک با نیازهای خاص، یک رابطه مثبت و معنادار بین سبک زندگی آن‌ها و ابعاد سلامت معنوی (هم بعد مذهبی و هم بعد وجودی) وجود دارد. این رابطه برای بعد مذهبی، قوی‌تر است. لذا با توجه به یافته‌های فوق، پیشنهادات زیر برای متخصصان، برنامه‌ریزان و مددکاران حوزه سلامت و خانواده‌های دارای کودک با نیازهای خاص ارائه می‌شود: با استناد به رابطه قوی و مثبت بین این دو متغیر سبک زندگی و سلامت معنوی، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های مداخله‌ای نه صرفاً بر آموزش مهارت‌های زندگی سالم متمرکز باشند و نه صرفاً بر مباحث معنوی، بلکه برنامه‌های یکپارچه‌ای طراحی شوند که به طور همزمان به ارتقای سبک زندگی سالم (مدیریت استرس، تغذیه، فعالیت بدنی و حمایت اجتماعی) و تقویت منابع معنوی (تقویت باورهای مذهبی یا کمک به کشف معنا و هدفمندی در شرایط زندگی) بپردازند. با توجه به رابطه قوی‌تر بعد مذهبی سلامت معنوی نسبت به بعد وجودی، به نظر می‌رسد بعد مذهبی سلامت معنوی، بستر ارتباطی قوی‌تری با سبک زندگی در این جامعه آماری داشته است. بنابراین، در طراحی مداخلات در بافت‌های فرهنگی–مذهبی مشابه، می‌توان با طراحی برنامه‌هایی که مؤلفه‌های سبک زندگی سالم را در قالب ارزش‌ها و آموزه‌های مذهبی بومی ارائه می‌دهند، اثربخشی را افزایش داد. همچنین از آنجا که نتایج نشان داد نوع و شدت نیاز کودک ارتباطی با سطح سلامت معنوی ندارد، پیشنهاد می‌شود خدمات حمایتی و مشاوره معنوی به صورت فراگیر و بدون توجه به دسته‌بندی خاصی از معلولیت یا بیماری ارائه گردد. این نتیجه مؤید آن است که نیاز به حمایت معنوی، یک نیاز جهان‌شمول در بین همه این خانواده‌ها است و نباید خدمات تنها بر گروه خاصی (مثلاً والدین کودکان با معلولیت ذهنی شدید) متمرکز شود. به‌علاوه با توجه به عدم تفاوت در سلامت معنوی والدین بر اساس شدت نیاز کودک، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های حمایتی بر تقویت تاب‌آوری و معنایابی در والدین به عنوان یک گروه همگن با تجربیات مشترک، فارغ از درجه چالش‌هایی که با آن روبرو هستند، تمرکز کنند.

تشکر و قدردانی: مقاله حاضر، مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مدیریت آموزشی دانشگاه کاشان (مصوب شورای آموزشی–پژوهشی دانشکده علوم انسانی دانشگاه کاشان به شماره نامه ۲۲۶۳۷۱۶) است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کلیه مدیران، معلمان، دانش‌آموزان و خانواده‌های دارای کودکان با نیاز ویژه شهر حله عراق که در این پژوهش ما را یاری نمودند تقدیر و تشکر به عمل آورند.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Roshan H. Textbook of Spiritual Health and Lifestyle, Qom: Baqir-ul-Ulum University (AS). 2024. [In Persian]
2. Gashi V, Ahmetaj Y, Ahmetaj L, Rama MS, Shahini M. Current lifestyle and risk for asthma: Sedentary lifestyle, obesity, and ETS. Allergologia et Immunopathologia. 2025;53(4):169-77.
3. Shirzadi Z, Khakpour R, Khodabakhshi KA. The relationship between psychological lifestyle and spiritual intelligence among women. Psychological Counseling and Mental Health. 2021;11(3):55-62. [In Persian]

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.4.3.752]

4. Mikaeili N, Eyni S. The Relationship between spiritual well-being of veterans with post-traumatic stress disorder and experimental avoidance: The mediating role of self-efficacy: A descriptive study. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences.2021;20(6):613-30. [In Persian]
5. Mahdian Z, Ghaffari M. The mediating role of psychological resilience, and social support on the relationship between spiritual well-being and hope in cancer patients. Journal of fundamentals of mental health. 2016;18(3):130-8. [In Persian]
6. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. International Scholarly Research Notices. 2012;2012(1):278730.
7. Asadi S. The Relationship between Spiritual Health and Emotional Intelligence with Academic Self-efficacy of Primary School Students. Research and Innovation in Primary Education. 2023;5(9):66-75. [In Persian]
8. Mosaibi Sh, Mozaffari F, Eskandari F, Zare Y. Improving lifestyle in spiritual health. 2021. [In Persian]
9. Bożek A, Nowak PF, Blukacz M. The relationship between spirituality, health-related behavior, and psychological well-being. Frontiers in Psychology. 2020;11:552187.
10. Dreyer LI, Van der Merwe S, Strydom GL. Spiritual well-being, lifestyle and health. InSport, Leisure and Ergonomics. Taylor & Francis. 2013. pp. 268-273.
11. Mohammadchenari B, Marashian FS, Talebzadeh SM. Relationship of spiritual well-being, social health, and parent-child interaction with health-related quality of life in parents of children with specific learning disorders. Jundishapur Journal of Health Sciences. 2022;14(3): 17-22.
12. Widhiati RS, Malihah E, Sardin S. Dukungan sosial dan strategi menghadapi stigma negatif anak berkebutuhan khusus dalam pendidikan. Jurnal Paedagogy. 2022;9(4):846-57.
13. Dagani J, Buizza C, Ferrari C, Ghilardi A. The role of psychological distress, stigma and coping strategies on help-seeking intentions in a sample of Italian college students. BMC Psychology. 2023;11(1):177.
14. Guntur A. Persepsi dan stigma penyandang disabilitas pada siswa-siswi sekolah menengah atas. Media Husada Journal of Nursing Science. 2020;1(1).
15. Naghashian N, Afarinesh A, Esmaili M. The mediating role of psychological capital for the influence of genuine leadership on psychological well-being and job satisfaction among employees of the Ministry of Sports and Youths. Medical Journal of Mashhad university of Medical Sciences. 2019;62.
16. Aghamiri Z, Saberi Isfeedvajani M, Sepahmansour M. Relationship between Lifestyle Promoting Health and Spiritual Well-being with Job Self-efficacy of Nurses in Corona Wards. Journal of Spiritual Health. 2023;2(3):197-207.
17. Lali M, Abedi A, Kajbaf MB. Construction and validation of the lifestyle questionnaire (LSQ). Psychological Research. 2012;15(1). [In Persian]
18. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. 1982;1(1):224-37.
19. Van Acker V. Defining, measuring, and using the lifestyle concept in modal choice research. Transportation Research Record. 2015;2495(1):74-82.
20. Pisman A. De verkenning van het leefstijlconcept in een subjectgerichte ruimtelijke planningsstrategie [Exploration of the Lifestyle Concept in a Subject-Oriented Spatial Planning Strategy]. PhD diss, Ghent University, Ghent, Belgium. 2012.
21. Fang F, Liu ZY, Lyu JQ, Miao MY, Gu JM, Qian YW, et al. Relationship of healthy lifestyle with healthy aging and the mediation by plasma proteins: a prospective cohort study. The American Journal of Clinical Nutrition. 2025;122(1):60-9.
22. Hartono AN, Simpson-Yap S, Jelinek G, Nag N. Self-reported impactful symptoms in Multiple Sclerosis do not impact five-year adherence to healthy lifestyle. Multiple Sclerosis and Related Disorders. 2025:106615.
23. Vitorino LM, Chiaradia R, Low G, Cruz JP, Pargament KI, Lucchetti AL, et al. Association of spiritual/religious coping with depressive symptoms in high-and low-risk pregnant women. Journal of Clinical Nursing. 2018;27(3-4):e635-42.
24. Noushirvani S, Mansouri A. Comparison of the effect of two educational interventions based on Pender's health promotion model and health belief model on the quality of life in type II diabetic patients. Journal of Diabetes Nursing. 2018;6(1): 398-407.
25. Gharabaghi M, Gholamhosseini T, Rezaei Charati M, Malekootinia A, Akhavan M. The Noble Life and its Application in the Field of Spiritual Health with an Emphasis on the Holy Quran and the Law of Conformity. Journal of Spiritual Health. 2024;3(2):374-81.
26. Elahimanesh MH, Gorjian Z, Mousaviasl S, Ban M, Radmanesh E. Explaining medical students' perceptions about the impact of spiritual health on learning the course of endocrine physiology-a content analysis study. Research and Development in Medical Education. 2025;14(1):33351.

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.4.3.752]