

مقدمه

اهمیت معنویت و رشد معنوی در انسان در چند دهه گذشته، به صورتی روزافزون توجه روان‌شناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است. پیشرفت علم روان‌شناسی از یک سو، و ماهیت پویا و پیچیده جوامع نوین از سوی دیگر، موجب شده است که نیازهای معنوی بشر در برابر خواسته‌ها و نیازهای مادی اهمیت بیشتری بیابند. یکی از ضرورت‌ها در عرصه انسان‌شناسی، توجه به بعد معنوی انسان از دیدگاه دانشمندان، به‌ویژه کارشناسان سازمان بهداشت جهانی (WHO) است که اخیراً انسان را موجودی زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی تعریف می‌کند. ضرورت دیگر این موضوع، ظهور دوباره کشف معنوی و نیز جست‌وجوی درک روشن‌تر از ایمان و کاربرد آن در زندگی روزانه می‌باشد. سازه هوش معنوی یکی از مفاهیمی است که در پرتو توجه و علاقه روان‌شناسان به حوزه دین و معنویت شکل گرفته است. مفهوم «هوش معنوی» در ادبیات آکادمیک روان‌شناسی، برای اولین بار در سال ۱۹۸۳ توسط گاردنر با عنوان هوش وجودی و در سال ۱۹۹۶ توسط استیونز و بعد در سال ۱۹۹۹ توسط رابرت امونز مطرح شد. هوش معنوی سازه‌های معنویت و هوش را درون یک سازه جدید ترکیب می‌کند (Emmons, 2000, p. 4). هوش معنوی بیانگر مجموعه‌ای از توانایی‌ها، ظرفیت‌های منابع معنوی می‌باشد که کاربست آنها در زندگی روزانه می‌تواند موجب افزایش انطباق‌پذیری فرد شود. در تعریف از هوش معنوی، به‌ویژه بر نقش آن در حل مسائل وجودی و یافتن معنا و هدف در اعمال و رویدادهای زندگی روزمره می‌توان تأکید کرد (King, 2008, p.11). هوش معنوی موجب می‌شود که انسان با ملایمت و عطف بیشتر به مشکلات نگاه کند، تلاش بیشتری برای یافتن راه‌حل داشته باشد، سختی‌های زندگی را بهتر تحمل کند و به زندگی خود پویایی و حرکت دهد (Elkins, 2004, p.182). کینگ معتقد است که هوش معنوی ظرفیت و توانایی منحصر به فردی را در شخص ایجاد می‌کند تا معنا را در زندگی درک کند و به موقعیت‌های معنوی بالاتر راه یابد، او مدلی چهار عاملی از هوش معنوی را ارائه می‌دهد. عناصر این مدل عبارتند از: ۱. تفکر انتقادی وجودی در مورد مسائل مربوط به هستی: ظرفیت تفکر انتقادی نسبت به مباحث متافیزیکی و مربوط به هستی از جمله، حقیقت، جهان و مرگ و...؛ ۲. تولید معنای شخصی: توانایی استفاده از تجارب فیزیکی و روحی جهت ایجاد معنا و هدف شخصی؛ ۳. آگاهی متعالی: توانایی شناسایی جنبه‌های متعالی خویشتن، دیگران و جهان و با استفاده از هوشیاری؛ ۴. بسط حالت هوشیاری: توانایی ورود به موقعیت‌های معنوی بالاتر از جمله تفکر عمیق، نیایش، مراقبه و خروج از آن (King, 2008, p.13).

رابطه هوش معنوی و بهزیستی معنوی با کیفیت زندگی و رضایت ناشویی

آرزو حسین‌دخت* / علی فتحی آشتیانی** / محمد احسان تقی‌زاده***

چکیده

هدف این پژوهش، تعیین رابطه هوش معنوی و بهزیستی معنوی با کیفیت زندگی و رضایت ناشویی در گروهی از زنان و مردان بود. نمونه پژوهش ۳۲۰ نفر از کارکنان بیمارستان‌های شهرستان مراغه بود که به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه خودسنجی هوش معنوی کینگ، پرسش‌نامه بهزیستی معنوی پالوتزیان والیسون، پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و رضایت ناشویی اتریچ استفاده شد. داده‌های به‌دست‌آمده با روش‌های آماری، ضریب همبستگی و رگرسیون و آزمون مقایسه میانگین‌های مستقل، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که بین هوش معنوی و بهزیستی معنوی، با کیفیت زندگی و رضایت ناشویی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. بنابراین، می‌توان گفت: هوش معنوی دربرگیرنده مجموعه‌ای از توانایی‌ها و ظرفیت‌ها می‌باشد که از منابع معنوی در جهت افزایش بهزیستی و انطباق‌پذیری فرد استفاده می‌کند. کلیدواژه‌ها: هوش معنوی، بهزیستی معنوی، کیفیت زندگی، رضایت ناشویی.

arezoohoseindokht@gmail.com

afa1337@gmail.com

metaghizadeh@yahoo.com

* دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی دانشگاه پیام نور تهران.

** استاد دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله.

*** استادیار گروه روان‌شناسی پیام نور تهران.

دریافت: ۱۳۹۱/۱۱/۱۰ - پذیرش: ۱۳۹۲/۰۳/۰۸

ویگلزورث بیان می‌کند که آگاهی هشیارانه و سازگاری با وقایع و تجارب زندگی و پرورش خودآگاهی، از جمله عوامل اصلی رشد هوش معنوی تلقی می‌شوند (Nasel, 2004, p. 6). بلوغ معنوی، به‌عنوان یکی از جلوه‌های هوش معنوی شامل درجه‌ای از بلوغ هیجانی و بلوغ اخلاقی و رفتار اخلاقی می‌شود. می‌توان گفت: بلوغ معنوی دید عمیق و گسترده‌ای است که با آگاهی همراه است و شامل ارتباط زندگی درونی ذهن با زندگی بیرونی می‌شود (Vaughan, 2003, p. 22).

امروزه مردم جهان بیش از پیش به معنویت و مسائل معنوی گرایش دارند. به همین دلیل، بررسی علمی معنویت یکی از مباحث مهم و رایج در بهداشت جسمی و روانی شده است (Emmons, 2000, p. 7). پژوهش‌ها حاکی از این است که معنویت ارتباط مثبتی با سلامت جسمی و روانی دارد. طرفداران نقش معنویت در بهبود سلامت روانی و سازگاری بین فردی تلاش‌های متعددی را برای ارتباط بین دو مفهوم سلامتی و معنویت تحت عنوان بهزیستی معنوی انجام داده‌اند (Hawks & et al, 2003, p. 31).

الیسون معتقد است که بهزیستی معنوی یک عنصر روانی، اجتماعی و یک عنصر مذهبی را شامل می‌شود (Elison, 1983, p. 335). بهزیستی مذهبی، که عنصر مذهبی است، نشانه ارتباط با یک قدرت برتر یعنی خداست. بهزیستی وجودی، عنصر روانی اجتماعی است و نشانه احساس فرد است از اینکه کیست، چه کار و چرا انجام می‌دهد و به کجا تعلق دارد. این دو بعد در عین منفک بودن با هم تعامل و همپوشی دارند. در نتیجه، احساس سلامت معنوی، رضایت و هدفمندی به تبع آن به وجود می‌آید (Ibid).

بهزیستی معنوی، حالتی از سلامتی است که بیانگر احساسات، رفتارها و شناخت‌های مثبت از ارتباط با خود، دیگران، طبیعت و موجودی برتر است (Gomez & Fisher, 2003, p. 1982). بهزیستی معنوی، ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین افراد فراهم می‌کند و با ویژگی‌های ثابت در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشان، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود. وقتی بهزیستی معنوی به خطر بیفتد، فرد ممکن است دچار اختلالات روحی مثل احساس تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی شود که خود می‌تواند سازگاری در زندگی، به‌ویژه حیات جاوید فرد را با مشکل مواجه کند (Carven & Hirmler, 2003, p. 1387). نتایج ۳۵۰ مطالعه نشان داده است که افراد دارای بهزیستی معنوی، شیوه زندگی سالم‌تری را دارند، امیدوارترند، از ثبات روانی بیشتری برخوردارند، رضایت بیشتری از زندگی خود دارند (شهیدی، ۱۳۸۱، ص ۳۲). روان‌شناسی در نیم قرن گذشته، بر بیماری بیشتر از سلامتی و بر آسیب‌شناسی عملکرد انسان، بیشتر از درک کامل از تمام ابعاد آن تکیه داشته و به ویژگی‌های انسان سالم و کامل کمتر توجه کرده است (Terjesen & et al, 2004, p. 169). اما اخیراً با ظهور رویکرد

جدیدی به نام «روان‌شناسی مثبت»، تأکید بر شایسته‌سازی و تعریف مفاهیمی است که به تأمین سلامتی و شادکامی افراد و بهره‌مندی آنها از یک زندگی سالم کمک می‌کند. یکی از این مفاهیم کیفیت زندگی است (Hagerty & et al, 2001, p. 80). برخی محققان، کیفیت زندگی را با رویکرد عینی تعریف می‌کنند. رویکرد عینی، کیفیت زندگی را به‌عنوان مواردی آشکار و مرتبط با استانداردهای زندگی می‌داند، این موارد می‌توانند سلامت جسمی، شرایط شخصی، ارتباط اجتماعی، و یا دیگر عوامل اجتماعی و اقتصادی باشند. در مقابل رویکرد ذهنی، کیفیت زندگی را مترادف با شادی یا رضایت فرد در نظر می‌گیرد. این منظر، بر عوامل شناختی در ارزیابی کیفیت زندگی تأکید می‌کند (Liu, 2006, p. 221). بین دو رویکرد عینی و ذهنی، رویکرد جدیدی به نام رویکرد کل‌نگر وجود دارد که نظریه‌پردازان آن معتقدند کیفیت زندگی، همانند خود زندگی مفهومی پیچیده و چندبعدی است. دیدگاه کل‌نگر، کیفیت زندگی را یک پدیده چندبعدی ملاحظه می‌کند و هر دو مؤلفه عینی و ذهنی را در نظر می‌گیرد. در این رویکرد، سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و کیفیت محیط زندگی از مؤلفه‌های سازنده کیفیت زندگی هستند (Lehto & et al, 2005, p. 809).

تحقیقات نشان می‌دهند که باورهای مذهبی، آیین‌ها و تعهدات، با نتایج مثبت مانند بهبود کیفیت زندگی بهتر، بهزیستی، سلامت جسمی و روانی، رضایت زناشویی و زندگی پایدار و عملکرد کارایی مثبت مرتبط هستند (Seybold & Hill, 2001, p. 22). اعتقادات دینی و تقیدات مذهبی، بر تمامی ابعاد زندگی انسان و از جمله روابط خانوادگی تأثیرگذار است. رضایت زناشویی، یکی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های عملکرد سالم نهاد خانواده است (Greef, 2000, p. 951). الیس رضامندی زناشویی را حاصل مبادله رفتارهای پاداش‌بخش می‌داند. این نظریه‌پرداز، رضایت زناشویی را زمانی لذت تجربه‌شده توسط زن یا شوهر می‌داند که همه جنبه‌های ازدواجشان را در نظر گرفته باشند. رضایت در این دیدگاه، یک متغیر نگرشی است که از خصوصیات فردی زن و شوهر محسوب می‌شود (صالحی فدری، ۱۳۷۸). نگرش مذهبی می‌تواند در ارتباط زناشویی مؤثر باشد؛ زیرا مذهب شامل رهنمودهایی برای زندگی ارائه‌دهنده سامانه باورها و ارزش‌هاست که این ویژگی‌ها می‌توانند زندگی زناشویی را متأثر کنند (Hunler & Gencoz, 2005, p. 727). بنابراین، با توجه به اهمیت هوش معنوی و بهزیستی معنوی و تأثیر آنها بر همه جنبه‌های زندگی انسان‌ها، تحقیقات متعددی در این زمینه انجام شده است که می‌توان به آنها اشاره کرد: آقابابایی و همکاران (۱۳۹۰)، در رابطه با هوش معنوی و بهزیستی فاعلی پژوهشی انجام دادند که نتایج آن نشان می‌دهد توانایی‌های ذهنی مرتبط با دینداری و معنویت، به‌ویژه توانایی تولید معنای

شخصی نقش مثبتی در بهزیستی فاعلی دارند. نتایج تحقیق غفرانی و همکاران (۱۳۹۰)، در رابطه با نقش هوش معنوی در کیفیت زندگی نشان داد که هوش معنوی نقش مؤثری در پیش‌بینی کیفیت زندگی دارد. در پژوهش اله‌بخشیان و همکاران (۱۳۸۸)، در ارتباط با سلامت معنوی و کیفیت زندگی در مبتلایان به مولتیپل اسکروزیس (ام‌اس)، یافته‌ها نشان داد که بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود دارد که می‌توان به ضرورت تقویت بعد معنوی سلامت، به‌عنوان عاملی تأثیرگذار بر کیفیت زندگی بیماران پی برد.

در بین تحقیقات خارجی، پژوهشی با عنوان «شادی تأهل به‌عنوان تابعی از هوش معنوی» توسط الکس و همکاران انجام شد که نتایج بر نقش هوش معنوی در رضایت زناشویی تأکید داشت (Alex & et, 2011, p. 6). در پژوهش سیلوا و همکاران، در رابطه با نقش بهزیستی معنوی در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری مزمن ریوی، نقش بهزیستی معنوی در کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه، نتایج حاکی از نقش بهزیستی معنوی در بهبود کیفیت زندگی بیماران بود (Silva & et al, 2009, p. 917).

با توجه به اینکه هوش معنوی و بهزیستی معنوی، شکل‌دهنده رفتارهای فرد در اجتماع هستند و مجموعه‌ای از توانایی‌ها برای بهره‌گیری از منابع دینی و معنوی هستند و در حل مشکلات زندگی تأثیرگذار می‌باشند، هدف از این پژوهش، روشن ساختن اهمیت معنویت (هوش معنوی و بهزیستی معنوی) بر زندگی انسان‌ها بود. بنابراین، با توجه به اهمیت هوش معنوی و بهزیستی معنوی و تأثیر آن بر همه جنبه‌های زندگی انسان‌ها، ارزیابی رابطه آنها با زندگی افراد از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و درصدد پاسخ‌گویی به این سؤال‌ها است که چه رابطه‌ای بین هوش معنوی، با کیفیت زندگی و رضایت زناشویی زنان و مردان وجود دارد؟ چه رابطه‌ای بین بهزیستی معنوی، با کیفیت زندگی و رضایت زناشویی زنان و مردان وجود دارد؟ چه رابطه‌ای بین هوش معنوی با بهزیستی معنوی وجود دارد؟ سهم هوش معنوی، بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی در رضایت زناشویی زنان و مردان چقدر است؟ سهم هوش معنوی، بهزیستی معنوی و رضایت زناشویی در کیفیت زندگی زنان و مردان چقدر است؟

روش پژوهش

طرح پژوهشی حاضر، از نوع طرح‌های توصیفی، همبستگی است. جامعه آماری، کلیه کارکنان بیمارستان‌های شهرستان مراغه بودند که ۳۲۰ نفر از آنها به‌صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای، با توجه به ملاک‌های ورود و خروج (داشتن حداقل دیپلم و متأهل بودن و داشتن سلامت جسمی و روانی) از نمونه

انتخاب شدند. برای گردآوری اطلاعات، از پرسش‌نامه هوش معنوی کینگ، بهزیستی معنوی پالوتزیان و الیسون، کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (فرم کوتاه)، رضایت زناشویی انریچ استفاده شد.

۱. پرسش‌نامه خودسنجی هوش معنوی: این مقیاس، توسط دیوید کینگ در سال ۲۰۰۸ تدوین شده است. این مقیاس، یک ابزار اندازه‌گیری مربوط به سنجش هوش معنوی با چهار زیرمقیاس (تفکر انتقادی و جودی، تولید معنای شخصی، بسط حالت هوشیاری و آگاهی متعالی) و دارای ۲۴ گویه است. مقیاس براساس طیف پنج گزینه‌ای لیکرت با گزینه‌های «کاملاً در مورد من صادق است»، «چندان در مورد من صادق نیست»، «به‌هیچ‌وجه در مورد من صادق نیست»، «در مورد من بسیار صادق است»، «تا حدودی در مورد من صادق است» تنظیم شده است. نمره کلی مقیاس، یعنی نمره هوش معنوی می‌تواند بین صفر تا ۹۶ باشد. نمره بالا نشان‌دهنده میزان بالای هوش معنوی در افراد است. کینگ به‌منظور سنجش پایایی، این مقیاس را با پرسش‌نامه‌های معتبر دیگری مانند مقیاس خودتفسیری فراشخصی، مقیاس عرفان، مقیاس دینداری درونی و بیرونی مورد مقایسه قرار داد. ضریب همبستگی آنها را به ترتیب ۰/۶۷، ۰/۶۳، ۰/۵۸، به‌دست آمد (King, 2008, p. 17). پایایی این مقیاس نیز در مطالعات کینگ با ضریب آلفای ۰/۹۵ تأیید شد. در ایران، در مطالعه رقیبی و همکاران (۱۳۸۹) ضریب آلفای کرنباخ پرسش‌نامه ۰/۸۹، همچنین ضریب پایایی پرسش‌نامه هوش معنوی از طریق بازآزمایی، در یک نمونه ۷۰ نفری به فاصله زمانی متوسط ۲ هفته ۰/۶۷ محاسبه شد.

۲. پرسش‌نامه بهزیستی معنوی: مقیاس بهزیستی معنوی را پالوتزیان و الیسون در سال ۱۹۸۲ ساختند که دارای ۲۰ گویه است. ده گویه آن مربوط به بهزیستی مذهبی و ده گویه بهزیستی و جودی را اندازه‌گیری می‌کند. دامنه سؤالات به‌صورت شش گزینه‌ای در مقیاس لیکرت دسته‌بندی می‌شود. دامنه نمره بهزیستی مذهبی و جودی، هر کدام به تفکیک ۱۰-۶۰ است. نمره بهزیستی معنوی، جمع این دو زیرگروه است که دامنه آن ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته شده است. پالوتزیان و الیسون (۱۹۸۲)، ضرایب پایایی بازآزمایی برای خرده‌مقیاس‌های بهزیستی مذهبی، بهزیستی و جودی و کل مقیاس به‌ترتیب، برابر با ۰/۶۳، ۰/۸۶، ۰/۹۳ و ضرایب آلفای کرنباخ، به‌ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۹۱، ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند. پایایی این مقیاس، توسط دهشیری و همکاران (۱۳۸۷) بر دانشجویان دختر و پسر از طریق آلفای کرنباخ برای کل مقیاس و خرده‌مقیاس بهزیستی مذهبی و خرده‌مقیاس بهزیستی و جودی به‌ترتیب، ۰/۸۲/۹۰ و ۰/۸۷ و با روش بازآزمایی به‌ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۸ و ۰/۸۱ گزارش شده است.

مثبتی بین هوش معنوی و ابعاد کیفیت زندگی وجود دارد. به عبارت دیگر، آزمودنی‌هایی که هوش معنوی بیشتری دارند کیفیت زندگی بیشتری نیز دارند.

به منظور بررسی رابطه بین هوش معنوی و رضایت زناشویی، آزمودنی‌ها از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج آزمون آماری در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود.

جدول شماره ۲: ماتریس همبستگی بین ابعاد هوش معنوی و ابعاد رضایت زناشویی آزمودنی‌ها

متغیرها	تفکر انتقادی وجودی	تولید معنای شخصی	بسط حالت هشجاری	آگاهی متعالی	نمره کل هوش معنوی
موضوعات شخصی	*.۱۲۹	*.۲۹۶	*.۲۴۲	*.۲۴۸	*.۲۶۵
ارتباط زناشویی	*.۱۶۲	*.۳۵۹	*.۲۵۲	*.۲۶۷	*.۳۰۱
حل تعارض	*.۱۷۸	*.۳۴۶	*.۲۴۱	*.۲۷۵	*.۲۹۰
مدیریت مالی	*.۱۵۷	*.۳۰۶	*.۳۰۳	*.۲۹۰	*.۳۱۱
اوقات فراغت	۰/۱۰۸	*.۲۳۲	*.۲۹۵	*.۱۷۴	*.۲۳۵
روابط جنسی	۰/۶۶	*.۲۱۷	*.۲۶۷	*.۱۶۸	*.۲۰۲
ازدواج و فرزندان	*.۲۲۹	*.۳۱۴	*.۲۰۸	*.۲۵۳	*.۲۹۳
اقوام و دوستان	*.۱۶۷	*.۳۶۲	*.۲۳۱	*.۳۴۱	*.۳۲۱
جهت‌گیری مذهبی	*.۱۷۸	*.۳۱۶	*.۲۳۴	*.۲۹۱	*.۲۸۸
نمره کل رضایت زناشویی	*.۱۹۸	*.۳۹۲	*.۳۱۴	*.۳۲۳	*.۳۵۳

(**) معناداری در سطح ۰/۰۱ و (*) معناداری در سطح ۰/۰۵

جدول فوق نشان می‌دهد که همبستگی و رابطه بین ابعاد هوش معنوی و ابعاد رضایت زناشویی آزمودنی‌ها در سطح $(P < ۰/۰۱)$ به صورت مستقیم معنادار است. با توجه به نتایج، رابطه مثبتی بین هوش معنوی و ابعاد رضایت زناشویی وجود دارد. به عبارت دیگر، آزمودنی‌هایی که هوش معنوی بیشتری دارند رضایت زناشویی بیشتری نیز دارند.

به منظور بررسی رابطه بین بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی آزمودنی‌ها، از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج آزمون آماری در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود.

جدول شماره ۳: ماتریس همبستگی بین ابعاد بهزیستی معنوی و ابعاد کیفیت زندگی آزمودنی‌ها

متغیرها	بهزیستی مذهبی	بهزیستی وجودی	نمره کل بهزیستی معنوی
سلامت جسمانی	*.۴۶۳	*.۶۰۹	*.۵۸۱
سلامت روانی	*.۴۳۸	*.۶۹۰	*.۶۳۱
سلامت محیطی	*.۴۴۵	*.۵۵۱	*.۵۳۶
روابط اجتماعی	*.۴۳۶	*.۴۹۷	*.۴۵۶
نمره کل کیفیت زندگی	*.۵۱۳	*.۷۰۶	*.۶۷۳

(**) معناداری در سطح ۰/۰۱ و (*) معناداری در سطح ۰/۰۵

جدول فوق نشان می‌دهد که همبستگی و رابطه بین ابعاد بهزیستی معنوی و ابعاد کیفیت زندگی آزمودنی‌ها در سطح $(P < ۰/۰۱)$ به صورت مستقیم معنادار است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، بین بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی رابطه مثبتی وجود دارد. به عبارت دیگر، آزمودنی‌هایی که بهزیستی معنوی بیشتری دارند کیفیت زندگی بیشتری نیز دارند.

۳. پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL): مقیاس فرم کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۸ تدوین شده است. این پرسش‌نامه، دارای ۲۶ سؤال است که چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی و روابط اجتماعی، سلامت محیطی را می‌سنجد. پاسخ به سؤالات به صورت لیکرتی و به صورت ۵ گزینه‌ای می‌باشد. در پایان، مجموع کل نمره‌های این پرسش‌نامه به صورت ۰-۱۰۰ در نظر گرفته می‌شود که برحسب امتیازهای کسب‌شده، کیفیت زندگی آنها در یکی از سه گروه نامطلوب، متوسط، مطلوب قرار می‌گیرد. در ایران، نجات و همکاران (۲۰۰۶) این مقیاس را هنجاریابی کرده‌اند. ضریب آلفای پرسش‌نامه را برای جمعیت سالم در حیطه سلامت جسمانی ۰/۷۰، سلامت روانی ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۵۵ و ارتباطات محیطی ۰/۸۴ به دست آورده‌اند. ضریب پایایی روش بازآزمایی را پس از دو هفته ۰/۷ گزارش کرده‌اند. نصیری و همکاران (۲۰۰۶)، ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۴ به دست آوردند. در پژوهش فتحی آشتیانی (۱۳۸۸)، میزان پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آمد.

۴. پرسش‌نامه رضایت زناشویی اتریچ: این پرسش‌نامه توسط اولسون و همکاران در سال ۱۹۸۹ تدوین شده است. این ابزار شامل ۴۷ ماده است. ۹ مقیاس این پرسش‌نامه شامل موضوعات شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، روابط جنسی ازدواج و فرزندان، اقوام و دوستان، جهت‌گیری مذهبی می‌باشد. پاسخ‌نامه این تست براساس مقیاس لیکرت و در ۵ گزینه می‌باشد. اولسون و دیگران، اعتبار این پرسش‌نامه را با روش ضریب آلفا، ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند.

یافته‌های پژوهش

به منظور بررسی رابطه بین هوش معنوی و کیفیت زندگی، آزمودنی‌ها از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج آزمون آماری در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود.

جدول شماره ۱: ماتریس همبستگی بین ابعاد هوش معنوی و ابعاد کیفیت زندگی آزمودنی‌ها

متغیرها	تفکر انتقادی وجودی	تولید معنای شخصی	بسط حالت هشجاری	آگاهی متعالی	نمره کل هوش معنوی
سلامت جسمانی	*.۱۶۴	*.۴۵۵	*.۳۱۳	*.۳۸۲	*.۳۹۰
سلامت روانی	*.۱۸۴	*.۴۷۳	*.۳۴۱	*.۲۸۸	*.۳۷۵
سلامت محیطی	*.۲۱۱	*.۳۳۸	*.۴۰۹	*.۳۰۹	*.۳۹۰
روابط اجتماعی	۰/۰۷۲	*.۲۸۱	*.۱۷۸	*.۱۶۷	*.۱۹۶
نمره کل کیفیت زندگی	*.۲۰۴	*.۴۸۶	*.۳۸۶	*.۳۴۹	*.۴۱۹

(**) معناداری در سطح ۰/۰۱ و (*) معناداری در سطح ۰/۰۵

جدول فوق نشان می‌دهد که همبستگی و رابطه بین ابعاد هوش معنوی و ابعاد کیفیت زندگی آزمودنی‌ها در سطح $(P < ۰/۰۱)$ ، به صورت مستقیم معنادار است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود رابطه

به‌منظور بررسی رابطه بین بهزیستی معنوی و رضایت زناشویی آزمودنی‌ها از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج آزمون آماری در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود.

جدول شماره ۴: ماتریس همبستگی بین ابعاد بهزیستی معنوی و ابعاد رضایت زناشویی آزمودنی‌ها

متغیرها	بهزیستی مذهبی	بهزیستی وجودی	نمره کل بهزیستی معنوی
موضوعات شخصیتی	**،/۰۴۳	**،/۰۵۳۷	**،/۰۴۹۸
ارتباط زناشویی	**،/۰۴۳۵	**،/۰۵۹۱	**،/۰۵۵۴
حل تعارض	**،/۰۴۳۲	**،/۰۵۵۷	**،/۰۵۴۴
مدیریت مالی	**،/۰۴۲۲	**،/۰۴۵۶	**،/۰۴۳۶
اوقات فراغت	**،/۰۴۳۳	**،/۰۴۵۶	**،/۰۴۳۶
روابط جنسی	**،/۰۴۵۱	**،/۰۳۱۲	**،/۰۲۵۷
ازدواج و فرزندان	**،/۰۳۷۷	**،/۰۴۹۵	**،/۰۴۷۵
اقوام و دوستان	**،/۰۳۸۶	**،/۰۴۹۴	**،/۰۴۹۶
جهت‌گیری مذهبی	**،/۰۴۰۵	**،/۰۴۸۳	**،/۰۴۹۳
نمره کل رضایت زناشویی	**،/۰۴۹۷	**،/۰۶۱۹	**،/۰۵۹۲

(**) معناداری در سطح ۰/۰۱ و (*) معناداری در سطح ۰/۰۵

جدول فوق نشان می‌دهد که همبستگی و رابطه بین ابعاد بهزیستی معنوی و ابعاد رضایت زناشویی آزمودنی‌ها در سطح ($P < 0/01$) به‌صورت مستقیم معنادار است. با توجه به نتایج ملاحظه می‌شود، بین بهزیستی معنوی و رضایت زناشویی رابطه مثبتی وجود دارد. به‌عبارت دیگر، آزمودنی‌هایی که بهزیستی معنوی بیشتری دارند، رضایت زناشویی بیشتری نیز دارند.

به‌منظور بررسی رابطه بین بهزیستی معنوی و هوش معنوی آزمودنی‌ها از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج آزمون آماری در جدول شماره ۵ مشاهده می‌شود.

جدول شماره ۵: ماتریس همبستگی بین ابعاد بهزیستی معنوی و ابعاد هوش معنوی آزمودنی‌ها

متغیرها	تفکر انتقادی وجودی	تولید معنای شخصی	بسط حالت هشیاری	آگاهی متعالی	نمره کل هوش معنوی
بهزیستی مذهبی	**،/۰۲۴۰	**،/۰۴۱۷	**،/۰۳۱۴	**،/۰۳۵۱	**،/۰۳۹۰
بهزیستی وجودی	**،/۰۱۹۱	**،/۰۵۱۹	**،/۰۲۷۵	**،/۰۳۶۷	**،/۰۳۹۱
نمره کل بهزیستی معنوی	**،/۰۲۲۶	**،/۰۵۰۳	**،/۰۱۸۶	**،/۰۳۵۳	**،/۰۳۹۹

(**) معناداری در سطح ۰/۰۱ و (*) معناداری در سطح ۰/۰۵

جدول فوق نشان می‌دهد که همبستگی و رابطه بین ابعاد بهزیستی معنوی و هوش معنوی آزمودنی‌ها در سطح ($P < 0/01$) به‌صورت مستقیم معنادار است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، بین بهزیستی معنوی و هوش معنوی نیز رابطه مثبتی وجود دارد. به‌عبارت دیگر، آزمودنی‌هایی که بهزیستی معنوی بیشتری دارند هوش معنوی بیشتری نیز دارند.

برای بررسی تأثیر بهزیستی معنوی، هوش معنوی و کیفیت زندگی بر رضایت زناشویی آزمودنی‌ها، از آزمون رگرسیون گام به گام استفاده شد. نتایج در جدول زیر آمده است.

جدول ۶: تأثیر بهزیستی معنوی، هوش معنوی و کیفیت زندگی بر رضایت زناشویی آزمودنی‌ها

گام	متغیرهای وارد شده	ضریب b	ضریب Beta	ارزش t	معناداری P	همبستگی R	ضریب تبیین R2
۱	مقدار ثابت	۲۲/۶۰۸	—	۲/۷۸۰	(**)،/۰۰۰۶	۰/۷۲۰	۰/۵۱۸
	کیفیت زندگی	۱/۵۶۸	۰/۷۲۰	۱۸/۵۰۱	(**)،/۰۰۰۱		
۲	مقدار ثابت	۱۴/۳۲۰	—	۱/۷۳۴	۰/۰۸۴	۰/۷۳۴	۰/۵۳۹
	کیفیت زندگی	۱/۲۸۰	۰/۵۸۸	۱۱/۴۰۴	(**)،/۰۰۰۱		
	بهزیستی معنوی	۰/۳۶۴	۰/۱۹۶	۳/۸۰۷	(**)،/۰۰۰۱		

(**) معناداری در سطح ۰/۰۱

جدول فوق نشان می‌دهد که تأثیر کیفیت زندگی و بهزیستی معنوی بر رضایت زناشویی آزمودنی‌ها به‌صورت مستقیم ($P < 0/01$) از نظر آماری معنادار است. همچنین تأثیر هوش معنوی بر رضایت زناشویی آزمودنی‌ها، از نظر آماری معنادار نیست ($P > 0/05$). به‌عبارت دیگر، کیفیت زندگی در مقایسه با بهزیستی معنوی تأثیر بیشتری بر رضایت زناشویی آزمودنی‌ها دارد. همچنین در مجموع ۵۲ درصد واریانس رضایت زناشویی آزمودنی‌ها، فقط توسط کیفیت زندگی و ۵۴ درصد توأم توسط کیفیت زندگی و بهزیستی معنوی تبیین می‌شود.

برای بررسی تأثیر بهزیستی معنوی، هوش معنوی و رضایت زناشویی بر کیفیت زندگی آزمودنی‌ها از آزمون رگرسیون گام به گام استفاده شد. نتایج در جدول زیر آمده است:

جدول ۷: تأثیر بهزیستی معنوی، هوش معنوی و رضایت زناشویی بر کیفیت زندگی آزمودنی‌ها

گام	متغیرهای وارد شده	ضریب b	ضریب Beta	ارزش t	معناداری P	همبستگی R	ضریب تبیین R2
۱	مقدار ثابت	۳۸/۲۵۱	—	۱۲/۲۸۹	(**)،/۰۰۰۱	۰/۷۲۰	۰/۵۱۸
	رضایت زناشویی	۰/۳۳۱	۰/۷۲۰	۱۸/۵۰۱	(**)،/۰۰۰۱		
۲	مقدار ثابت	۲۴/۲۹۷	—	۷/۵۴۹	(**)،/۰۰۰۱	۰/۷۸۲	۰/۶۱۲
	رضایت زناشویی	۰/۲۲۷	۰/۴۹۵	۱۱/۴۰۴	(**)،/۰۰۰۱		
	بهزیستی معنوی	۰/۳۲۴	۰/۳۸۰	۸/۷۶۳	(**)،/۰۰۰۱		
۳	مقدار ثابت	۲۱/۵۳۸	—	۶/۵۰۳	(**)،/۰۰۰۱	۰/۷۸۹	۰/۶۲۳
	رضایت زناشویی	۰/۲۱۸	۰/۴۷۴	۱۰/۹۲۷	(**)،/۰۰۰۱		
	بهزیستی معنوی	۰/۲۹۶	۰/۳۴۷	۷/۸۳۸	(**)،/۰۰۰۱		
	هوش معنوی	۰/۱۱۷	۰/۱۱۳	۲/۹۷۴	(**)،/۰۰۰۳		

(**) معناداری در سطح ۰/۰۱

جدول فوق نشان می‌دهد که تأثیر بهزیستی معنوی، هوش معنوی و رضایت زناشویی بر کیفیت زندگی آزمودنی‌ها به‌صورت مستقیم ($P < 0/01$) از نظر آماری معنادار است. به‌عبارت دیگر، به‌ترتیب رضایت زناشویی، بهزیستی معنوی و هوش معنوی بیشترین تأثیر را بر کیفیت زندگی آزمودنی‌ها دارد. همچنین در مجموع ۶۲ درصد واریانس کیفیت زندگی آزمودنی‌ها توسط رضایت زناشویی، بهزیستی معنوی و هوش معنوی تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، بررسی رابطه هوش معنوی و بهزیستی معنوی با کیفیت زندگی و رضایت زناشویی بود. نتایج پژوهش نشان داد که همبستگی و رابطه بین ابعاد هوش معنوی و ابعاد کیفیت زندگی آزمودنی‌ها به صورت مستقیم معنادار است. این نتایج، با نتایج پژوهش‌های هادی‌تبار و همکاران (۱۳۹۰)؛ غفرانی و همکاران (۱۳۹۰)؛ رایسک (۲۰۱۱) و شاه (۲۰۱۱)، همخوان می‌شود.

پژوهشگران و محققان داخلی و خارجی نشان داده‌اند که روش‌های مداخله بر ارتقا کیفیت زندگی و سطح بهزیستی و سلامت افراد جامعه، بخصوص بیماران و همسرانشان مؤثر است. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که عقاید و اعمال معنوی، با نتایج مثبتی مانند بهزیستی جسمانی، هیجانی و روان‌شناختی، کنش درون فردی مثبت و افزایش کیفیت زندگی رابطه دارد، به نظر می‌رسد، افرادی که گرایش‌های معنوی دارند، هنگام رویارویی با آسیب، پاسخ‌های بهتری به وضعیت می‌دهند و موقعیت تولیدکننده فشار را بهتر اداره می‌کنند و میزان افسردگی آنها کمتر است (MC Ewan, 2004, p. 322). معنویت هوشی است که ما توسط آن نیازهایمان را شناسایی و بیان می‌کنیم. اعمال و کیفیت زندگی مان را می‌توانیم در بافتی که از لحاظ معناداری غنی‌تر و وسیع‌تر باشد قرار دهیم (Zohar & Marshal, 2000, p. 20).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که همبستگی و رابطه بین ابعاد هوش معنوی و ابعاد رضایت زناشویی آزمودنی‌ها، به صورت مستقیم معنادار است. این نتایج، با نتایج حاصل از پژوهش‌های منجزی و همکاران (۱۳۹۰)، رضایی و همکاران (۱۳۸۹)، الکس و همکاران (۲۰۱۱)، دماریس و همکاران (۲۰۱۰)، همخوان می‌باشد و با نتایج پژوهش بدیع و همکاران (۱۳۸۹) ناهمخوان می‌باشد.

معنویت نقش مهمی در رضایت زناشویی دارد، به این ترتیب که عقاید و اعمال مذهبی از لحاظ درون فردی، فرد را قادر می‌سازد که از لحاظ فیزیولوژیکی، شناختی و عاطفی خشم خود را کنترل کند و به او کمک کند که مسئولیت اعمال خود را در تعارض‌ها بپذیرد. از لحاظ بین فردی، اعمال مذهبی شرایطی ایجاد می‌کند که فرد در هنگام خشم به خدا توجه کند و حمایتی برای هر دو زوج ایجاد می‌کند که از تعارض با یکدیگر اجتناب کنند. ارتباط با خدا یک نقش تعاملی و جبرانی در رابطه با روابط زناشویی دارد (منجزی و همکاران، ۱۳۹۰). معنویت، سیستم سازمان‌یافته‌ای است از باورها شامل ارزش‌های اخلاقی، رسومات، مشارکت در جامعه دینی برای اعتقاد راسخ‌تر به خدا یا یک قدرت برتر است. باورهای مذهبی، شیوه مؤثری برای مقابله با مصائب، تجارب دردناک است. همچنین در زمان مشکلات و ناراحتی‌ها، بر چگونگی روابط انسانی اثر می‌گذارند (همان).

نتایج پژوهش نشان داد که همبستگی و رابطه بین ابعاد بهزیستی معنوی و ابعاد کیفیت زندگی آزمودنی‌ها به صورت مستقیم معنادار است. این نتایج، با نتایج پژوهش‌های عصارودی (۱۳۹۰)، بالجانی (۱۳۹۰)، دالمیدا (۲۰۱۱)، کوتون (۲۰۰۹)، سیلوا (۲۰۰۹)، همخوان است و با نتایج پژوهش بالبونی و همکاران (۲۰۰۷) همخوان نمی‌باشد.

بهزیستی معنوی، یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان است که در کنار ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی قرار گرفته و موجب ارتقای سلامت عمومی شده و سایر ابعاد سلامت را نیز هماهنگ می‌کند. این کار، موجب افزایش توان سازگاری و کارکرد روانی می‌شود. بهزیستی معنوی با ویژگی‌هایی همچون ثبات در زندگی، صلح، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه، محیط تناسب و هماهنگی داشتن، معنی و هدف در زندگی مشخص می‌شود. براساس نتایج مطالعات، می‌توان به تأثیر عقاید معنوی در زندگی به‌عنوان عاملی برای مقابله با مشکلات جسمی و روانی پی برد (اله‌بخشیان و همکاران، ۱۳۸۷). بهزیستی معنوی، نیروی یگانه‌ای است که ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی انسان را تشکیل می‌دهد. وقتی بهزیستی معنوی به خطر بیفتد، ممکن است فرد دچار اختلالات روحی مانند احساس تنهایی انزوا و افسردگی در زندگی شود (Livneh & et al, 2004, p. 418).

در توجیه ناهمخوانی نتایج بالبونی، می‌توان گفت که به‌رغم برخی جوامع، که در آن مردم به معنویت از طریق هنر یا ارتباط با طبیعت دست می‌یابند، در جامعه ما مردم به بهزیستی معنوی از طریق اعمال مذهبی دست می‌یابند (Vader, 2006, p. 543).

نتایج پژوهش نشان داد که همبستگی و رابطه بین ابعاد بهزیستی معنوی و ابعاد رضایت زناشویی آزمودنی‌ها به صورت مستقیم معنادار است. این نتایج، با نتایج حاصل از پژوهش‌های حسینیان و همکاران (۱۳۹۰)، نادری و سجادیان (۱۳۹۰)، لارک (۲۰۰۷)، یون (۲۰۰۶) همخوان می‌باشد.

بهزیستی معنوی در شناخت و ارتباط دوستانه با خدا و بندگان و تحقق فضائل در خویشتن، مفهوم می‌یابد، و از ارکان آن، نوع ارتباطات ضابطه‌مند زن و مرد است که موفقیت در ارکان دیگر از بهزیستی معنوی را تسهیل می‌کند و بر بسیاری از ابعاد زندگی فردی، اجتماعی و معنوی افراد تأثیر می‌گذارد. در حقیقت، سنگ‌بنای زندگی زناشویی باید به‌گونه‌ای نهادینه شود که عملکرد مطلوب خانواده و ارتقا بهزیستی معنوی اعضای آن را به‌دنبال داشته باشد. موفقیت در ازدواج و رضایت زوجین از یکدیگر، در سایه معنویت شکل می‌گیرد (فقیهی و رفیعی‌مقدم، ۱۳۹۰).

نتایج پژوهش نشان داد که همبستگی و رابطه بین ابعاد بهزیستی معنوی و هوش معنوی آزمودنی‌ها به صورت مستقیم معنادار است. این نتایج، با نتایج حاصل از پژوهش‌های فقیهی و مقدم (۱۳۹۰)، آقابابایی و همکاران (۱۳۹۰)، مک فارلند (۲۰۰۹)، بارون (۲۰۰۶) همخوان می‌باشد.

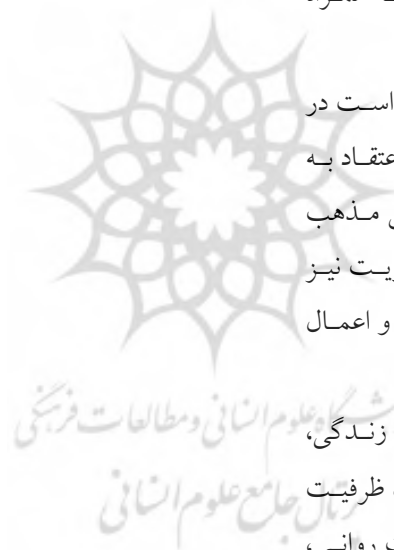
فرد مذهبی به یک مبدأ متعالی معتقد است و او را پرستش می‌کند. باورها و نگرش‌های مذهبی و معنوی، بر مؤلفه‌های شناختی افراد از جمله تفسیر وقایع، خوش‌بینی یا بدبینی و نوع تفکرات آنها تأثیر گذاشته و این مؤلفه‌ها نیز از طریق سیستم ایمنی و عصبی - روانی بر سلامت بهزیستی و بهداشت جسم و روان انسان تأثیر می‌گذارند (پاکیزه، ۱۳۸۷). بهزیستی معنوی، بعد مهم و برجسته یک زندگی سالم است که منجر به هدفدار شدن و معنادار شدن زندگی می‌شود. این مفهوم، از تأکید زندگی بر ارتباط فرد، دیگران، طبیعت و خدا منشأ گرفته است. معنویت این امکان را به انسان می‌دهد که همراه با رنج‌های جسمانی به سمت بهزیستی معنوی حرکت کند (Elison, 1983, p. 335).

در نهایت، باید خاطر نشان ساخت که هر سه بعد معنویت (معنا، تعالی و عشق)، ممکن است در مذهب یافت شوند. بنابراین، معنویت و مذهب با یکدیگر همپوشی دارند؛ هر دو شامل اعتقاد به وجودی مقدس می‌شوند. اما هر یک ویژگی‌های خاص خود را دارا هستند. ویژگی‌های خاص مذهب عبارتند از: الهیات، مناسک و آئین‌ها، نهادها و آموزه‌های اخلاقی آن. ویژگی‌های خاص معنویت نیز عبارتند از: فردگرایی و تأکید آن بر تجربه‌های متعالی، یعنی اینکه شخص ممکن است عقاید و اعمال خود را با توجه به تجربیات معنوی خویش پرورش دهد (عبدالله‌زاده و دیگران، ۱۳۸۸).

معنویت موجب ایجاد آرامش، امنیت روانی، رهایی از احساس پوچی و تنهایی، معنایابی زندگی، مثبت‌اندیشی، امیدواری، رضامندی از زندگی و حمایت اجتماعی می‌شود. از این طریق، ظرفیت روان‌شناختی و توانایی مقابله با استرس‌ها و مشکلات افزایش یافته، موجب ارتقای سلامت روانی، جسمی و عمر طولانی‌تر می‌شود. از این رو، به منظور حفظ و ارتقای سلامت روان خود، خانواده، جامعه توجه بیشتر به ابعاد مختلف معنویت و تقویت کردن آنها در خودمان ضروری است.

محدودیت‌های پژوهش: از آنجاکه در این پژوهش ابزارهای مورد استفاده برای اندازه‌گیری متغیرها مورد مطالعه از نوع پرسش‌نامه‌ای بوده، داده‌های جمع‌آوری شده، به وسیله این‌گونه ابزارها محدودیت‌های خاصی در تعمیم نتایج به وجود می‌آورند. این پژوهش، از نوع همبستگی بوده، هیچ‌گونه رابطه علی بین متغیرها را نشان نمی‌دهد.

پیشنهادها: مطرح شدن هوش معنوی و بهزیستی معنوی توسط روان‌شناسان، زمینه‌های جدیدی را برای محققان فراهم آورده‌اند تا در مورد نقش معنویت در احساس و رفتار و زندگی انسان، به تحقیقات و بررسی‌های جدیدی پردازند. سؤال‌هایی که هنوز در این مورد وجود دارد پاسخ دهند. در مطالعات آینده پیشنهاد می‌شود به حیطه‌های زیر نیز توجه شود: مداخله لازم برای افزایش هوش معنوی در بهزیستی معنوی و بررسی عوامل متنوع تأثیرگذار بر کیفیت زندگی و رضایت زناشویی و بررسی روش‌های مداخله‌ای در رابطه با تأثیرگذاری هوش معنوی و بهزیستی معنوی در کیفیت زندگی و رضایت زناشویی.



روان‌شناختی امید به آینده و هدفمندی در زندگی دانشجویان» (۱۳۹۰)، *فصلنامه علمی، پژوهشی دانشکده بهداشت یزد*، سال ۱۰، ش ۳ و ۴، ص ۵۴-۶۸.

نجات، سحرناز، «کیفیت زندگی و اندازه‌گیری آن» (۱۳۸۷)، *اپیدمیولوژی ایران*، دوره ۴، ش ۲، ص ۵۷-۶۲.

نصیری، حبیب‌اله، «بررسی روایی و پایایی مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و نسخه ایرانی آن» (۱۳۸۵)، *مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان تهران*.

هادی‌تبار، حمیده و دیگران، «بررسی تأثیر آموزش مؤلفه‌های هوش معنوی بر کیفیت زندگی همسران جانباز شاغل به تحصیل در مدارس بزرگسالان شهر تهران در سال تحصیلی ۹۰-۸۹» (۱۳۹۰)، *حلب، جانباز، سال چهارم*، ش ۴، ص ۲۱-۳۱.

اله‌بخشیان، مریم و دیگران، «ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس» (۱۳۸۷)، *طیب شرق*، ش ۳، ص ۲۹-۳۳.

Alex, M; & et al, (2011). Marital happiness as the function of spiritual intelligence. *International Multidisciplinary Research journal*, v 1(9), p. 6-7.

Balboni, T. A; & et al. (2007). Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end – of – life treatment preferences and quality of life journal of clinical oncology. v 25 (5), p. 555-560.

Baroun, K. A. (2006). *Relations among religiosity health happiness, and anxiety for Kuwaiti adolescents*, Department of psychology, college of social sciences Kuwait university- Available from: www. Pubmed. Gov.

Carven, R. F; Hirnle, C. J. (2003). *Fundamental of nursing: human health and function*, 4th ed, Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 1382- 92.

Cotton, S; & et al. (2009). Spiritual- well being and mental Health outcomes in adolescents with or without inflammatory bowel disease. *Journal of adolescent Heal th*. v 44 (5), p. 482-492.

Dalmida, S. G; & et al. (2011). Spirituality well- being and bealth- related quality of life Among African – American women with HIV/ AIDS. *Appl. Res oual of lif*, v 6 (2), p. 139- 157.

Demaris, A; & et al. (2010). Satisfaction of Marriage and general religiousness as buffers of the effects of marital inequity. *J fam issues*, 2010, v 37 (10), p. 1255- 78.

Elison, C. (1983). Spiritual well – being: conceptualization and Measurement, *Journal of psychology and Theology*, v 11, p. 330-340

Elkins, M. R: (2004). Developing a plan for pediatric spiritual care. *Holistic Nursing practice*, v 18 (4), p. 179-186.

Emmons, A. (2000). Is spirituality intelligence? Motivation coynition, and the psychology of ultimate concern, *International Journal For the Psychology of Religion*. v 10 (1), p. 3-26.

Gomez, R; Fisher, J. W. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the spiritual well- being Questionnaire. *Personality and Individual Differences*. v 35, p. 1975-1997.

Greef, A. P. (2000). Characteristics of families that function well. *Journal of Family Issues*. v27, p. 948-962.

Hagerty, M. R; & et al. (2001), Quality of life indexes for national policy: Review and ayenda for research, *Social Indicators, Research*, v 55, p. 1- 96.

Hawks, S. R; & et al. (2003). Emotional eating ang spiritual well- beiny: A possible connection? *American Journal of Health Education*, v 34, p. 30-33.

Hunler, Q. S; Gencoz, I. I. (2005). The effect of religiousness on marital satisfaction: Testing the

منابع

آقابابایی، ناصر و دیگران، «هوش معنوی و بهزیستی فاعلی» (۱۳۹۰)، *روان‌شناسی و دین*، ش ۳، ص ۸۳-۹۶.

بالجانی، اسفندیار و دیگران، «بررسی ارتباط بین مذهب، سلامت معنوی، امید و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان» (۱۳۹۰)، *مراقبت مبتنی بر شواهد*، ش ۱، ص ۵۱-۶۰.

بدیع، علی و دیگران، «بررسی رابطه هوش معنوی و رضایت زناشویی کارکنان ادارات شهر اهواز» (۱۳۸۹)، *در: اولین کنگره بین‌المللی و دومین کنگره ملی نقش زن در سلامت خانواده و جامعه*، اردیبهشت ۱۳۹۱.

پاکیزه، علی، «بررسی مقایسه‌ای سلامت روانی دانشجویان و تأثیر فعال‌سازی مفهوم معنویت بر آن» (۱۳۸۷)، *در: چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان*.

حسینیان، سیمین و دیگران، «بررسی رابطه هوش معنوی با هوش هیجانی در بین دختران دانشجوی دانشگاه الزهرا (س)» (۱۳۹۰)، *فرهنگی، دفاعی زنان و خانواده*، ش ۱۷، ص ۷-۲۶.

دهشیری، غلامرضا و دیگران، «بررسی خصوصیات روان‌سنجی مقیاس بهزیستی معنوی در میان دانشجویان» (۱۳۸۷)، *مطالعات روان‌شناختی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهرا*، دوره ۴، ش ۳، ص ۱۳۰-۱۴۴.

رضایی، جواد و دیگران، «بررسی رابطه بین رضایت زناشویی و گرایش‌های معنوی در زوجین دانشجوی دانشگاه اصفهان» (۱۳۸۸)، *در: اولین کنگره بین‌المللی و دومین کنگره ملی نقش زن در سلامت خانواده و جامعه*، ۲۰-۲۲ اردیبهشت ۱۳۹۱.

رقیبی، مهوش و دیگران، «مقایسه هوش معنوی و سلامت روان در افراد معتاد و غیر معتاد» (۱۳۸۹)، *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ش ۳، ص ۲۳۵-۲۴۲.

شهیدی، شهریار و مصطفی حمدیه (۱۳۸۱)، *اصول مبانی بهداشت روانی*، تهران، سمت.

صالحی‌فدري، جواد، «رضایت‌مندی زناشویی» (۱۳۷۸)، *تازه‌های روان‌درمانی*، سال چهارم، ش ۱۳ و ۱۴، ص ۸۴-۱۰۸.

عبداله‌زاده، حسن و دیگران (۱۳۸۸)، *هوش معنوی (مفاهیم، سنجش و کاربردهای آن)*، *روان‌سنجی*، تهران، بی‌نا.

عصارودی، عبدالقادر و دیگران، «ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در پرستاران» (۱۳۹۰)، *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، دوره سوم، ش ۴، ص ۷۹-۸۸.

غفرانی، فاطمه و دیگران، «بررسی نقش هوش معنوی در کیفیت زندگی دانشجویان» (۱۳۹۰)، *در: اولین همایش ملی بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قوچان*، ۱۳ و ۱۴ اردیبهشت ۱۳۹۰.

فتحی آشتیانی، علی (۱۳۸۸)، *آزمون‌های روان‌شناختی (ارزشیابی شخصیت و سلامت روان)*، تهران، بعثت.

فقیهی، علی‌نقی و فاطمه رفیعی‌مقدم، «بررسی آموزه‌های دینی مؤثر در سلامت معنوی همسران» (۱۳۹۰)، *معرفت*، ش ۱۶۳، ص ۸۰-۶۷.

منجری، فرزانه و دیگران، «بررسی اثر ارتباط اسلامی و نگرش‌های مذهبی بر بهبود رضایت زناشویی» (۱۳۹۰)، *تحقیقات علوم رفتاری*، دوره ۱۰، ش ۱، ص ۳۰-۳۷.

نادی، محمدعلی و ایلناز سجادیان، «تحلیل روابط بین معنای معنوی با بهزیستی معنوی، شادی ذهنی، رضایت از زندگی، شکوفایی

- mediator role of marital problem solving between religiousness and marital satisfaction, *Contemporary Family Therapy*, v 27 (1), p. 723-736.
- King, D. (2008). Rethinking claims of spiritual intelligence: a definition, model and measure Applications of modeling in the Natural and social sciences program. Trent university. Canada.
- Lark, R. E. (2007). The relation of mood and spirituality to status hope and dispositional forgiveness Dissertation. University of southern Mississippi
- Lehto, s; & et al. (2005). Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patients. *Annals of Oncology*. v 16, p. 805-816.
- Liu, L. (2006). Quality of life as a social representation in china. *A Qualitative Study, Social Indicators Research*, v 75, p. 217-240.
- Livneh, H; & et al. (2004). Patterns of psychological adaption to chronic illness and disability: a cluster analytic approach. *Psychology Health, Medicine*. G (4): 411- 430.
- MC Ewan, W. (2004). Spirituality in Nursing: What Are the Issues? *Orthop Nurs*, 23: 321- 326.
- MC farland, M. J. (2009). Religion and Mental heath Among older Aduts: Do the Effects of religious involvement vary by Gender? Department of sociology, university of texas, Austi an. TX. 78705.
- Nasel, D. D. (2004). Spiritual Orientation in Relation to spiritual intelligence: A consideration of traditional Christianity and new Ageindividuala listic spiritualality: unpublished thesis. Australia: The university of south Australia.
- Olson, D. H; Larensen, A. A. (1989). Predicting marital satisfaction using prepre a replication study. *Journal of Marital and Family*, v 15 (3), p. 49- 61.
- Paloutzian, R. F & Ellison, C. W, (1983). *Loneliness, spiritual well-being, and quality of life. In L. A. Peplau, & D. Perlman (Eds.), Loneliness: A Sourcebook For Current Theory, Research, and Therapy*, New York, Wiley Interscience.
- Rasic, D; & et al. (2011). Longitudinal relationships of religious worship attendance and spirituality with major depression, anxiety disorders and suicidal ideation and attempts: Finding from the Baltimore epidemiologic catchment area study. *Journal of Psychiatric Research*, v 45 (6), p. 848-854.
- Seybold, k. s; Hill, p. c. (2001). The role of religion and spirituality in mental and physical health, *Current Directions in Psychological Science*, v 10, p. 21-24.
- Shah, R; kulhara, p; Grover, s; kumar, s; Malbotra, R; Tyagi, sh (2011). Contribution of spirituality to quality of life in patient with residual schizophrenia. *Psychiatry Research*, v190 Issues 2-3, P. 10-16.
- Silva, M. & et al. (2009). Quality of life and spiritual well-being in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Rev Enferm usp*, v 43 (2), p. 910-1186.
- Terjesen, M; & et al. (2004), integrating positive psychology into schools implications for practice, *psychology in the school*, v 41 (1), p. 163-172.
- Vader, j.(2006). Spiritual health: the next frontier. *The European Journal of Public Health*. v 2 (12); p. 541-547.
- Vaugan, F. (2003). What is spiritual intelligence. *Journal of Humanistic psychology*, v 42 (2), p. 16-33.
- Yoon, D. P. (2006). Factors affecting subjective well-being for rural elderly individual. The importance of spirituality. Religiousness and social support. *Journal of Religion and Spirituality in Social Work*, v 25, p. 59-75.
- Zohar, D; Marshal, L. (2000). SQ: *Spiritual Intelligence, the Ultimate Intelligence*. London: Bloomsbury.

