

رابطه جهت‌گیری مذهبی، هوش هیجانی و هوش معنوی با سلامت روانی در دانش‌آموزان

دبیرستانی شهر کرج

رؤیا قهرمانی^۱، رؤیا نعمتی و ناشی^۲

۱. کارشناسی ارشد، روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهر قدس، تهران، ایران.

۲. کارشناسی ارشد، روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره سوم، شماره بیست و هفتم، دی‌ماه ۱۳۹۷، صفحات ۶۲-۴۵

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی، هوش هیجانی و هوش معنوی با سلامت روانی در دانش‌آموزان مقطع دبیرستان شهر کرج است. روش این پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی و از نظر هدف بنیادی و از نظر جمع‌آوری اطلاعات، میدانی است. جامعه آماری این پژوهش عبارت است از کلیه دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع دبیرستان در شهر کرج که در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۶ مشغول به تحصیل بودند. بر همین اساس تعداد ۳۵۴ نفر بر اساس جدول مورگان و با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای (۱۸۰ دختر و ۱۷۴ پسر) برای نمونه پژوهش حاضر انتخاب شدند. ابزار اندازه‌گیری پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی آلپورت، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)، پرسشنامه خود گزارشی هوش معنوی (SISRI-24) و مقیاس رگه‌های فراخلقی (TMMS) بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آزمون‌های ماتریس همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین جهت‌گیری مذهبی درونی و سلامت روانی، رابطه مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار است ولی بین جهت‌گیری مذهبی درونی و مشکلات جسمانی، اضطراب، مشکلات اجتماعی و افسردگی رابطه منفی و معنادار است. همچنین بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی و سلامت روانی رابطه منفی ولی بین جهت‌گیری مذهبی با مشکلات جسمانی، اضطراب، مشکلات اجتماعی و افسردگی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. همچنین بین هوش هیجانی و سلامت روانی، رابطه مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار است ولی بین هوش هیجانی و مشکلات جسمانی، اضطراب، مشکلات اجتماعی و افسردگی رابطه منفی و معنادار است. علاوه بر این بین هوش معنوی و سلامت روانی، رابطه مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار است ولی بین هوش معنوی و مشکلات جسمانی، اضطراب، مشکلات اجتماعی و افسردگی رابطه منفی و معنادار است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت برای افزایش سلامت روانی در دانش‌آموزان می‌توان هوش هیجانی و معنوی آنان را افزایش داد و آنان را به سوی جهت‌گیری مذهبی درونی پیش برد.

کلیدواژه‌ها: جهت‌گیری مذهبی، هوش هیجانی، هوش معنوی، سلامت روانی.

مقدمه

در سال ۱۹۷۸ گروه بهداشت روانی (وایلان^۱، ۲۰۰۳) بر اهمیت تعریف سلامت تأکید کرد. پژوهش‌های مربوط به ۳۰ سال گذشته نیز حرکت کندی به سمت علمی کردن سلامت روانی داشته‌اند. در واقع، ارائه تعریف جامع از سلامت روانی، کاری مشکل و پیچیده است. روان پزشکی، رفتار بهنجار را معادل سلامت و رفتار نابهنجار را معادل بیماری می‌داند. پذیرش این تعریف باعث برآورد کم توانایی‌های بالقوه انسان می‌شود. سازمان بهداشت روانی (۲۰۰۱؛ به نقل از هرمن^۲، ساکسنا^۳ و مودی^۴، ۲۰۰۵) سلامت را فقدان بیماری نمی‌داند بلکه آن را رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی می‌داند. امروزه تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت، مقبولیت بیشتری یافته است. مطالعات (نیوکمب^۵ و بتلر^۶، ۱۹۷۸؛ ویر^۷، ۱۹۹۱؛ بینت^۸ و لیانگ^۹، ۱۹۹۱؛ جانسون^{۱۰} و ولینسکی^{۱۱}، ۱۹۹۳؛ به نقل از رن^{۱۲}، اسکینر^{۱۳}، لی^{۱۴} و کازیس^{۱۵}، ۱۹۹۹) نشان داده‌اند، سلامت یک سازه چندبعدی است که با بسیاری از متغیرهای روان‌شناختی رابطه دارد. اهمیت معنویت و هوش 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 پیچیده‌ی جوامع نوین

-
1. Vaillant
 2. Herman
 3. Saxena
 4. Modie
 5. Newcomb
 6. Benttler
 7. Ware
 8. Bennett
 9. Liang
 10. Johnson
 11. Wolinsky
 12. Ren
 13. Skinner
 14. Lee
 15. Kazis

از سوی دیگر، باعث شده است که نیازهای معنوی بشر در برابر خواسته‌ها و نیازهای مادی قد علم کنند و اهمیت بیشتری یابند. به طوری که سازمان بهداشت جهانی در تعریف ابعاد وجودی انسان، به ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی اشاره می‌کند و بعد چهارم یعنی بعد معنوی را نیز در رشد و تکامل انسان مطرح می‌سازد؛ اما علی‌رغم تأکید روزافزون دانشمندان بر بعد معنوی رشد انسان، هنوز تعریف واحدی که دربرگیرنده تمامیت معنویت باشد، ارائه نشده است. زورهار و مارشال (۲۰۰۰)، در کتاب هوش معنوی خود، آن را به عنوان هوش بنیادی آورده‌اند. جاین و پور هیت (۲۰۰۶)، هوش معنوی را توانایی تجربه شده‌ای می‌دانند که به افراد امکان دستیابی به دانش و فهم بیشتر را می‌دهد و زمینه را برای رسیدن به کمال و ترقی در زندگی را فراهم می‌سازد. هوش معنوی به عنوان روش‌های چندگانه شناخت و یکپارچگی زندگی درونی (ذهنی و معنوی)، بازندگی بیرونی در جهان نامیده می‌شود (امونس، ۲۰۰۰)؛ بنابراین می‌توان گفت که هوش معنوی تمام آن چیزهایی است که به آن معتقدیم و نقش باورها و هنجارها، عقاید و ارزش‌ها را در فعالیت‌های که بر عهده می‌گیریم، نشان می‌دهد (عبدالله زاده، ۱۳۸۶).

از طرفی دیگر هوش هیجانی ۴ یک سازه چندبعدی است و دربرگیرنده تعامل بین هیجان و شناخت است که منجر به کارکردهای سازش یافته می‌شود (سالوی و گروال، ۲۰۰۵). مایر، سالوی و کارسو^۱ (۲۰۰۰) هوش هیجانی را دربرگیرنده چهار توانایی به هم پیوسته می‌دانند که شامل ادراک هیجان در خود و دیگران، استفاده از هیجان‌ها برای تسهیل تصمیم‌گیری، درک هیجان و مدیریت هیجان هست. بر طبق مدل توانایی مایر، سالوی و کارسو، این مجموعه از توانایی‌ها پردازش اطلاعات درباره هیجان‌های فرد و دیگران را امکان‌پذیر می‌سازد. بار-ان^۲ (۲۰۰۰)، هوش هیجانی را ترکیبی از خودآگاهی هیجانی، مهارت‌ها و ویژگی‌هایی می‌داند که بر موفق شدن فرد در مقابله با فشارها و خواسته‌های محیط تأثیر می‌گذارند. پژوهش‌ها (برای مثال سیاروچی، دین و اندرسون، ۲۰۰۹؛ مارتین، رامهالو و مورین، ۲۰۱۰؛ اسچوف و همکاران، ۲۰۰۷؛ براکت، میر و وارنر، ۲۰۰۴) در مورد هوش هیجانی نشان می‌دهند که هوش

-
1. Mayer, Salovey & Caruso
 2. Bar-On

هیجانی عاملی مؤثر و تعیین کننده در رویدادهای زندگی، مانند موفقیت در مدرسه و تحصیل، موفقیت در شغل و روابط بین فردی و به طور کلی در کارکردهای سازش یافته در زمینه سلامت است.

سلامت روانی به طرق مختلف با عوامل متعددی در ارتباط است. به سخن دیگر، سلامت روان در یک سیستم مطرح می شود که در آن فقط یک عامل تأثیر قطعی بر عامل دیگر ندارد، بلکه تغییر یک عامل (مانند سلامت روانی) درگرو تغییر عوامل متعددی (مانند حوادث غیرمترقبه، سوگ، بیماری های فیزیولوژیکی و...) و همچنین مسائل مربوط به اعتقادات مذهبی انسان که تحت عنوان دین مطرح می گردد، است. مطالعه منابع اسلامی و نظریات دانشمندان مسلمان این نتیجه را به دست می دهد که التزام عملی به اعتقادات مذهبی، عامل بازدارنده بسیاری از بیماری ها به ویژه بیماری های روانی است. شواهد پژوهشی موجود (برای مثال، غباری، ۱۳۷۴؛ طهماسبی پور و کمانگری، ۱۳۷۵) نشان داده اند که بین التزام عملی به اعتقادات دینی و سلامتی روانی همبستگی مثبت وجود دارد.

برای تبیین ارتباط بین دین و سلامتی سه سازوکار می توان تصور کرد. اول این که مذهب فرد را به مجموعه ای از ویژگی های شخصیتی فضیلت پرور ترغیب می کند که بر سلامتی تأثیر می گذارند. دوم این که حمایت اجتماعی که یک دین سازمان یافته به عمل می آورد بر سلامتی تأثیر می گذارد و سوم این که دین فرد را آماده برخورد کارآمدتر با فشار روانی می کند. نیلمن و پرسا (۱۹۹۵)، به نقل از قربانی و همکاران، (۲۰۰۲) بیان می کنند که ۶۰-۲۰ درصد تغییرپذیری سلامت روانی افراد بالغ، توسط باورهای مذهبی تبیین می شود. بر این اساس، مدت هاست که تصور می شود بین مذهب و سلامت روانی ارتباط مثبتی وجود دارد و اخیراً نیز روان شناسی مذهبی حمایت های تجربی زیادی در این زمینه فراهم آورده است. آلد ریچ (۱۹۹۱)، به نقل از کینگ، (۲۰۰۸) در زمینه سلامت روانی، از طریق یافتن ارتباط هایی بین عقاید با فعالیت های مذهبی و سلامت روان (افسردگی، اضطراب، سوء مصرف الکل و وابستگی دارویی) بر روی افراد بالغ بستری شده در بیمارستان، تحقیقاتی انجام داد و نتیجه گرفت که بین فعالیت های مذهبی و متغیرهای سلامت روان همبستگی معنی دار وجود دارد. با وجود پژوهش های محدود در زمینه روابط بین متغیرهای موجود در این تحقیق، هنوز

پژوهشی جامع در این زمینه جهت بررسی رابطه جهت گیری مذهبی، هوش هیجانی و هوش معنوی با سلامت روانی در دانش آموزان مقطع دبیرستان صورت نگرفته است و چنین خلأی وجود دارد لذا پژوهش حاضر نیز در این راستا انجام می شود.

روش پژوهش

در تحقیق حاضر، روش مطالعه از نوع توصیفی- همبستگی، از نظر روش گردآوری داده ها میدانی و از نظر هدف کاربردی است. جامعه آماری این پژوهش عبارت است از کلیه کلیه دانش آموزان دختر و پسر مقطع دبیرستان در شهر کرج که در سال تحصیلی ۱۳۹۶-۱۳۹۵ مشغول به تحصیل بودند. بر همین اساس تعداد ۳۵۴ نفر بر اساس جدول مورگان و با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای چندمرحله ای (۱۸۰ دختر و ۱۷۴ پسر) برای نمونه پژوهش حاضر انتخاب شدند.

ابزار پژوهش

مقیاس رگه های فراخلقى^۱ (TMMS): این مقیاس توسط سالوی، مایر، گلدمن، تاروی و پالفای (۱۹۹۵) طراحی شده است و دارای ۴۸ سؤال است که سه مؤلفه هوش هیجانی را موردسنجش قرار می دهد (میر، کارور و کاروسو، ۲۰۰۴): توجه به احساسات (توجه) که شامل ۲۱ سؤال است میزان آگاهی فرد از خلق خویش را می سنجد؛ وضوح احساسات که ۱۵ سؤال را شامل می شود توانایی تمیز هیجانات را می سنجد و مؤلفه آخر که تغییر خلق نامیده می شود دارای ۱۲ سؤال است که توانایی نگهداری خلق های خوشایند و تغییر خلق های ناخوشایند را شامل می شود. آزمودنی ها می بایست در یک طیف لیکرت از بسیار موافقم (۵) تا بسیار مخالفم (۱) به سؤالات آزمون پاسخ دهند. سالوی و همکاران آلفای کرونباخ را به عنوان شاخصی از پایایی مقیاس برای هر یک از مؤلفه های توجه، وضوح احساسات و تغییر خلق به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۸ و ۰/۸۲ ذکر کرده اند. در ایران نیز نیما قربانی ضرایب آلفای کرونباخ را برای هر یک از مؤلفه های توجه، وضوح احساسات و اصلاح خلق به ترتیب ۰/۶۲، ۰/۷۲ و ۰/۶۵ به دست آورده است

1. Trait Meta Mood Scale

(قربانی، واتسون، دیویسون، داک، ۲۰۰۲، ۳۰۲). در پژوهش حاضر نیز ضریب هر یک از مؤلفه‌های هوش هیجانی با نمره کل هوش هیجانی به ترتیب برای توجه به احساسات، اصلاح خلق و وضوح احساسات به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۷۲ و ۰/۶۳ بوده است.

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ): به منظور سنجش سلامت عمومی دانشجویان از پرسشنامه ۲۸ سؤالی (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹) استفاده شد. گلدبرگ و ویلیامز (۱۹۸۸) ضریب همبستگی نمرات این آزمون را با نتیجه ارزیابی بالینی شدت اختلالات (یک چک لیست مصاحبه بالینی) ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. همچنین همبستگی GHQ-28 با SCL90) برابر ۰/۷۸ گزارش شده است (نقل از هومن، ۱۳۷۶). در ایران نیز اعتبار این آزمون به کرات در مطالعات متعدد نظیر عباس هومن (۱۳۷۶) مورد تأیید قرار گرفته است (نقل از هومن، ۱۳۷۶). در پژوهش حاضر نیز اعتبار پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

مقیاس جهت گیری مذهبی آلپورت: آلپورت و راس در سال ۱۹۵۰ این مقیاس را برای سنجش جهت گیری درونی و بیرونی مذهب تهیه کردند. در مطالعات اولیه‌ای که بر این مبنا صورت گرفت، مشاهده شد که همبستگی جهت گیری بیرونی با درونی ۲۱ درصد است (غباری بناب، ۱۳۷۴) این آزمون در سال ۱۳۷۸ ترجمه و هنجاریابی شده است. همسانی درونی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۷۱ درصد و پایایی باز آزمایی آن ۷۴ درصد است. این آزمون شامل ۲۱ سؤال است که به آزمودنی داده می‌شود و پس از اطمینان بخشیدن به وی در حفظ و امانت‌داری پاسخ‌های ارائه‌شده از طرف آزمودنی، از او خواسته می‌شود باکمال صداقت، احساس و نگرش خود، هر یک از عبارات را با علامت زدن و انتخاب یکی از گزینه‌ها مشخص کند. مقیاس جهت گیری مذهبی آلپورت بر مبنای نمره‌گذاری لیکرت، نمره‌گذاری می‌شود که دامنه آن از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف است و به پاسخ‌ها نمره ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد. جمع امتیازات عبارات ۱ تا ۱۲ میزان جهت گیری مذهبی بیرونی آزمودنی و مجموع نمرات عبارات ۱۳ تا ۲۱ نمره جهت گیری مذهبی درونی او را مشخص می‌نماید. مقیاس جهت گیری مذهبی آلپورت محدودیت زمانی ندارد و به صورت گروهی اجرا می‌شود (غباری بناب، ۱۳۷۴).

۴. پرسشنامه خود گزارشی هوش معنوی (SISRI-24): این پرسشنامه که توسط دیوید کینگ ساخته شده است دارای ۲۴ آیتم می باشد و بر اساس مقیاس ۵ گزینه ای لیکرت پر می شود. دارای ۴ زیرمقیاس های است که شامل تفکر وجودی انتقادی، ایجاد معنای شخصی، آگاهی متعالی و گسترش حالت هوشیاری می باشد. نمرات بالا نشان دهنده هوش معنوی بالا و یا وجود چنین ظرفیتی در شخص می باشد. با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی در یک نمونه ی ۶۱۹ نفری از دانشجویان دانشگاه ترنت کانادا در سال ۲۰۰۷ آلفای کرونباخ ۰/۹۵، پایایی از طریق تنصیف ۰/۸۴ به دست آمد. همچنین آلفای کرونباخ خرده مقیاس ها به قرار زیر است: عامل اول ۰/۸۸، عامل دوم ۰/۸۷، عامل سوم ۰/۸۸ و عامل چهارم ۰/۹۴ به دست آمد (کینگ، ۲۰۰۸). در یک مطالعه ی دیگر با استفاده از روش تحلیل عاملی تأییدی آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و آلفای استاندارد شده نیز ۰/۹۲ به دست آمد.

یافته ها

۱- آیا بین جهت مذهبی و سلامت روانی رابطه معناداری وجود دارد؟ جهت بررسی این فرضیه از ماتریس همبستگی پیرسون استفاده شد زیرا روابط چند متغیر پیوسته با یکدیگر مورد آزمون قرار می گیرد. نتایج به دست آمده در جدول ۱ ارائه شده است، همان گونه که ملاحظه می شود بین جهت گیری مذهبی درونی و سلامت روانی، رابطه مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار است ولی بین جهت گیری مذهبی درونی و مشکلات جسمانی، اضطراب، مشکلات اجتماعی و افسردگی رابطه منفی و معنادار است. همچنین بین جهت گیری مذهبی بیرونی و سلامت روانی رابطه منفی ولی بین جهت گیری مذهبی با مشکلات جسمانی، اضطراب، مشکلات اجتماعی و افسردگی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد.

جدول ۱. ضرایب همبستگی میان ابعاد جهت گیری مذهبی و ابعاد سلامت روانی

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
جهت گیری مذهبی درونی (۱)	-						
جهت گیری مذهبی بیرونی (۲)	-۰/۱۸**	-					
سلامت روانی (۳)	۰/۱۴*	-۰/۱۹**	-				
مشکلات جسمانی (۴)	-۰/۱۱*	۰/۱۸**	-۰/۳۲**	-			
اضطراب (۵)	-۰/۱۲*	۰/۲۱**	-۰/۱۴**	۰/۴۱**	-		
مشکلات اجتماعی (۶)	-۰/۲۳**	۰/۹*	-۰/۱۹**	۰/۳۸**	۰/۱۸**	-	
افسردگی (۷)	-۰/۱۷**	۰/۲۷**	-۰/۴۸**	۰/۲۶**	۰/۵۲**	۰/۲۵**	-

* $P < 0.05$ ، ** $P < 0.01$

۲- آیا بین هوش هیجانی و سلامت روانی رابطه معناداری وجود دارد؟ جهت بررسی این فرضیه از ماتریس همبستگی پیرسون استفاده شد زیرا روابط چند متغیر پیوسته با یکدیگر مورد آزمون قرار می گیرد. نتایج به دست آمده در جدول ۲ ارائه شده است، همان گونه که ملاحظه می شود بین هوش هیجانی و سلامت روانی، رابطه مثبت و در سطح 0.01 معنادار است ولی بین هوش هیجانی و مشکلات جسمانی، اضطراب، مشکلات اجتماعی و افسردگی رابطه منفی و معنادار است.

جدول ۲. ضرایب همبستگی میان هوش هیجانی و ابعاد سلامت روانی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
هوش هیجانی (۱)	-					
سلامت روانی (۲)	۰/۳۹**	-				
مشکلات جسمانی (۳)	-۰/۱۱*	-۰/۳۲**	-			
اضطراب (۴)	-۰/۲۱**	-۰/۱۴**	۰/۴۱**	-		
مشکلات اجتماعی (۵)	-۰/۴۵**	-۰/۱۹**	۰/۳۸**	۰/۱۸**	-	
افسردگی (۶)	-۰/۱۹**	-۰/۴۸**	۰/۲۶**	۰/۵۲**	۰/۲۵**	-

۳- آیا بین هوش معنوی و سلامت روانی رابطه معناداری وجود دارد؟ جهت بررسی این فرضیه از ماتریس همبستگی پیرسون استفاده شد زیرا روابط چند متغیر پیوسته با یکدیگر مورد آزمون قرار می‌گیرد. نتایج به دست آمده در جدول ۳ ارائه شده است، همان گونه که ملاحظه می‌شود بین هوش معنوی و سلامت روانی، رابطه مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار است ولی بین هوش معنوی و مشکلات جسمانی، اضطراب، مشکلات اجتماعی و افسردگی رابطه منفی و معنادار است.

جدول ۳. ضرایب همبستگی میان هوش معنوی و ابعاد سلامت روانی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
هوش معنوی (۱)	-					
سلامت روانی (۲)	۰/۴۴**	-				
مشکلات جسمانی (۳)	-۰/۱۲*	-۰/۳۲**	-			
اضطراب (۴)	-۰/۳۱**	-۰/۱۴**	۰/۴۱**	-		
مشکلات اجتماعی (۵)	-۰/۲۷**	-۰/۱۹**	۰/۳۸**	۰/۱۸**	-	
افسردگی (۶)	-۰/۲۹**	-۰/۴۸**	۰/۲۶**	۰/۵۲**	۰/۲۵**	-

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه جهت گیری مذهبی، هوش هیجانی و هوش معنوی با سلامت روانی در دانش آموزان مقطع دبیرستان شهر کرج بود. نتایج به دست آمده از این پژوهش نشان داد که بین جهت گیری مذهبی درونی و سلامت روانی، رابطه مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار است ولی بین جهت گیری مذهبی درونی و مشکلات جسمانی، اضطراب، مشکلات اجتماعی و افسردگی رابطه منفی و معنادار است. همچنین بین جهت گیری مذهبی بیرونی و سلامت روانی رابطه منفی ولی بین جهت گیری مذهبی با مشکلات جسمانی، اضطراب، مشکلات اجتماعی و افسردگی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. همچنین بین هوش هیجانی و سلامت روانی، رابطه مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار است ولی بین هوش هیجانی و مشکلات جسمانی، اضطراب، مشکلات اجتماعی و افسردگی رابطه منفی و معنادار است. علاوه بر این بین هوش معنوی و سلامت روانی، رابطه مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار است ولی بین هوش معنوی و مشکلات جسمانی، اضطراب، مشکلات اجتماعی و افسردگی رابطه منفی و معنادار است. در مورد چنین

یافته‌ای می‌توان گفت هوش معنوی باعث می‌شود تا از اطلاعات معنوی در حل مشکلات روزانه استفاده شود (امس، ۲۰۰۰) و در نتیجه باعث سازگاری فرد می‌شود. از دیدگاه واگان (۲۰۰۲) هوش معنوی یکپارچه کننده‌ی زندگی درونی و معنوی بازنگری بیرونی و محیط کار است و داده‌های تحقیق حاضر نیز تأییدکننده‌ی رابطه‌ی هوش معنوی و کاهش مشکلات و مسائل بیرونی و اجتماعی است و می‌توان گفت که هوش معنوی مکانیسمی است که توسط آن کیفیت زندگی افراد و سلامت روانی آنها بهبود می‌یابد. از دیدگاه او هوش معنوی برای شناسایی انتخاب‌هایی که در بهزیستی روان‌شناختی و رشد سلامتی کل بشر نقش دارند، امری لازم است. نتایج پژوهش رضاپور میرصالح و همکاران (۱۳۹۰) نشان داد که بین هوش هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی و موفقیت تحصیلی دانشجویان همبستگی مثبت معنی‌دار و بین هوش هیجانی و درماندگی روان‌شناختی دانشجویان همبستگی منفی اما غیر معنی‌دار وجود دارد. هوش هیجانی از طریق خصیصه‌های ادراک هیجانی، آسان‌سازی هیجانی، شناخت هیجانی و مدیریت هیجانی و با مکانیسم‌های پیش‌بینی، پیش‌گیری، افزایش قدرت کنترل و تقویت راهبردهای مقابله کارآمد به افزایش سلامت روانی و موفقیت تحصیلی کمک می‌کند.

از نظر آلپورت (۱۹۵۰) اشخاصی با جهت‌گیری درونی دینی انگیزه‌های اصلی خود را در خود دین می‌یابند و انگیزه‌های دیگر هر قدر هم قوی باشند، نسبت به این انگیزه ارزش کمتری دارند. این‌گونه افراد چنین باور دارند که رفتار و باور دینی‌شان نشأت گرفته از اعتقاد قلبی‌شان است و چون تعالیم مذهبی‌شان را درونی کرده‌اند می‌توانند دیگران را نیز تحمل کنند و از توان خود برای مقابله با سختی‌ها بیشتر استفاده کنند. در مقابل ارزش‌های فرد با جهت‌گیری بیرونی اغلب ابزاری و منفعت طلبانه است، این اشخاص به دلیل ایجاد امنیت و آرامش برای معاشرت برای توجیه خود و موقعیت به‌سوی مذهب می‌روند و یا به‌عبارت‌دیگر نمایشی از رفتار مذهبی از خود نشان می‌دهند تا به منافع خودخواهانه‌ای دست یابند. آلپورت (۱۹۵۰) می‌گوید که فردی که از برون برانگیخته‌شده از دین خود استفاده می‌کند و فردی که از درون برانگیخته‌شده با دین خود زندگی می‌کند. او معتقد است که تمیز قائل شدن بین دین برونی و درونی به ما کمک می‌کند تا کسانی را که دین برای آنها هدف است از کسانی که دین برای آنها وسیله است جدا

نماییم. افراد دسته اول به خوب بودن هدف توجه دارند و افراد دسته دوم به خوب بودن وسیله. در واقع دین برونی به نوعی از دین اشاره دارد که کاملاً سودجویانه و انتفاعی است و به همراه خود راحتی و آسایش، مقام اجتماعی و حمایت و فایده می‌طلبد و در عوض دین درونی، دین مربوط به ایمان است و ارزش بالایی دارد و تمام زندگی فرد را با معنا می‌سازد و به سود و نفع فردی توجهی ندارد. در واقع دین در نگرش درونی هدف و در نگرش بیرونی ابزار است. تحقیقات همسوی دیگر از محققانی مانند گاردنر (۲۰۰۰) وجود دارد که نشان می‌دهد جهت گیری مذهبی درونی بیشتر تأثیر بر سلامت افراد دارد، در حالی که افراد با جهت گیری مذهبی بیرونی نه تنها سودی نمی‌برند بلکه نتایج منفی نیز دامن گیر آن‌ها خواهد شد؛ به طور مثال جهت گیری مذهبی درونی ارتباط متوسطی با کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش سلامت روانی، عزت نفس، بردباری و کنترل درونی دارد. در مقابل جهت گیری مذهبی بیرونی با اضطراب (هاگ، ۲۰۰۶) و افسردگی ارتباط مثبت (پارگمز و ساندر، ۲۰۰۷) و ارتباط معکوس با کنترل درونی (سیسک و تورنس، ۲۰۰۱) مسئولیت پذیری (ماتینز، اسمیت و بارلو، ۲۰۰۷) و حرمت خود (ولمن، ۲۰۰۱) دارد. همان گونه که اشاره شد افراد با خصیصه‌های شخصیتی که اسناد بیرونی افراطی را دارند معمولاً نگاه دینی آن‌ها فقط به بیرون از خود است و خواهناخواه هر تنش کوچک و بزرگ را به بیرون نسبت می‌دهند در نهایت خود را ناتوان و ناکارآمد می‌سازند و وقتی با حوادث غیرمترقبه مواجه می‌شوند از توانایی خود کمتر استفاده کرده و بیشتر از بیرون کمک می‌طلبند و بی‌تاب می‌شوند. در رویکرد دینی این گروه افراد در حوادث انتظارات رفتار غیرعقلانی بیشتری دارند و به خرافه‌های ذهنی بیشتر متوسل می‌شوند. از این رو بسیاری از مردم با جهت گیری دینی بیرونی، اتفاقات غیرمترقبه را پیام و حاصل گناهان و کیفر اعمال خود می‌دانند. در همه ادیان به رابطه‌ای میان بلا یا و حوادث و پیامد اعمال مردم اشاره شده است و در قرآن کریم نیز آیات فراوانی به اعمال گروه‌ها و اقوام تبهکار اشاره دارد به دلیل نافرمانی و کفر به وسیله بلا یا آسمانی مانند زلزله، طوفان از میان رفته‌اند از این رو معمولاً آنچه ذهن مصیبت دیده را به خود مشغول می‌کند خطاها و گناهان و تقصیرهایی است که قصاص آن را می‌بینند. این قیاس‌ها مشکلات ذهنی پاره‌ای خیالات خرافی را در بین آسیب دیدگان رواج می‌دهد و اگر چنانچه این قضاوت‌های از سوی روانشناسان و راهنمایان دینی اصلاح نشود مقدماتی برای اشتغالات فکری با

مورد افسردگی و گاهی خشم و پرخاشگری می شود. مصیبت دیده از یک سو حوادث غیرمترقبه را کیفر گناهان خود می داند درحالی که عملاً می بیند در بلایا و حوادث بسیاری از افراد بی گناه و حتی اشخاص نیکوکار و مؤمن و کودکان از بین می روند و گاهی فکر می کند که پاکان و مؤمنان را خداوند با خود می برد و او زنده است و خود را با متوفیان مقایسه می کند و می بیند شایسته زنده ماندن نبوده و به خیالات بی فایده مشغول می شود. این پژوهش دارای چندین محدودیت اجرایی است. یکی از مهم ترین محدودیت ها، محدود بودن جامعه آماری به دانش آموزان مقطع دبیرستان شهر کرمان است که قدرت تعمیم دهی و روایی بیرونی پژوهش را کاهش داده است. همچنین، به خاطر چند علیتی بودن مفاهیم روان شناختی، محدودیت دیگر پژوهش اکتفا کردن به یک متغیر خاص بود. علاوه بر این، استفاده از طرح همبستگی، به خاطر عدم کنترل متغیرهای تأثیرگذار دیگر بر متغیرهای وابسته، تنها ارتباط بین آن ها را به ما نشان می دهد و نمی توان بحث از علیت کرد؛ بنابراین به پژوهشگران در این زمینه پیشنهاد می گردد تا از طرح های پژوهشی کنترل شده تر، نظیر طرح های پس رویدادی و آزمایشی با چندین متغیر هم زمان برای بررسی تأثیر متغیرهای مختلفی بر سلامت روانی به کار ببرند. همچنین بر مبنای یافته های این پژوهش، می توان پیشنهادها کاربردی مختلفی را ارائه داد. اساتید و متخصصان امر آموزش می توانند با آموزش هوش هیجانی به سلامت روانی افراد مختلف کمک کنند. در آخر به مسئولان وزارت آموزش و پرورش، پیشنهاد می شود برنامه های آموزشی را برای دانش آموزان در نظر بگیرند تا با پیدا کردن آگاهی و بینش در زمینه هوش هیجانی، هوش معنوی و سلامت روانی در محیط تحصیل و خانواده زمینه ای را فراهم آورند تا سلامت روانی جامعه ارتقاء یابد.

منابع

- رضاپور میرصالح، یاسر؛ خباز، محمود؛ صافی، محمدهادی؛ عبدی، کیانوش؛ یآوری، مریم؛ بهجتی، زهرا (۱۳۹۰). بررسی همبستگی جهت گیری مذهبی، ابعاد شخصیت و خودکارآمدی با سبک های مقابله با استرس در دانشجویان کارورز پرستاری. پژوهش پرستاری، دوره ۶ شماره ۲۲، صص ۶۴-۵۳.
- طهماسبی پور، نجف و کمانگیری، مرتضی (۱۳۷۵). بررسی ارتباط نگرش مذهبی با میزان اضطراب، افسردگی و سلامت روانی گروهی از بیماران بیمارستان های شهدای هفتم تیر. تهران: مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی رسول اکرم (ص).
- عبدالله زاده، حسن (۱۳۸۶). ساخت مقیاس هوش معنوی در دانشجویان دانشگاه پیام نور.
- غباری بناب، باقر. (۱۳۷۴). باورهای مذهبی و اثرات آنها در بهداشت روان. تهران، نشریه اندیشه و رفتار، سال اول، شماره ۴، صص ۳۴-۲۳.
- هومن عباس (۱۳۷۶). استاندار سازی و هنجاریابی پرسشنامه سلامت عمومی بر روی دانشجویان کارشناسی تربیت معلم. تهران: مؤسسه تحقیقات تربیتی دانشگاه تربیت معلم تهران.

Allport, G. W. (1950). *The individual and his religion: A psychological interpretation*. New York: Macmillan

Bar-On, R. (2000). Emotional and social intelligence: insights from the emotional quotient inventory. In R. Bar-On & J. D. A. Parker (Eds). *The handbook of emotional intelligence* (pp. 363-388). San Francisco: Jossey-Bass.

Brackett, M. A., Mayer, J. D., Warner, R. M. (2004). Emotional intelligence and its relation to every day behavior. *Personality and Individual Differences*, 36, 1387-1402.

- Ciarrochi, J., Deane, F., & Anderson, S. (2009). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences*, 32, 197-209.
- Emmons, R.A. (2000). Is spirituality an intelligence? Motivation, cognition and the psychology of ultimate concern. *The international Journal for the psychology of Religion*, 10(1), 3-26.
- Gain, M., Purohit, P. (2006): Spiritual intelligence: A contemporary concern with regard to living status of the senior citizens. *Journal of the Indian Academy of Applied psychology*. 32 (3), 227- 233.
- Gardner, H. (2000). A case against spiritual intelligence. *The International Journal for the psychology of Religion*, 10 (1), 27- 340
- Ghorbani, N., Watson, M., Davison, K & Mack, D. (2002). Self-reported emotional intelligence: Construct similarity and functional dissimilarity of higher-order processing in Iran and the United States. *International journal of psychology*, 37, 297-308.
- Goldberg, P. & Hiller, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Goldberg, P. & Williams, P. S. (1988). A User's Guide to the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 28, 915-921.
- Hage, S. M. (2006). A closer look at the role of spirituality in psychology training programs. *Professional psychology: Research and Practice*, 37, 303- 310.
- Herman, H., Saxena, S., Moodie, R., Walker, L. O. (2005). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Geneva: *World Health Organization*, 12, 26-38.
- King DB. (2008). Rethinking claims of spiritual intelligence: A definition, model, and measure. M.Sc.Dissertation. Canada: *Trent University, College of arts and sciences*, 32-48.

- Martinez, J. S., Smith, T. B., & Barlow, S. H. (2007). Spiritual interventions in psychotherapy: Evaluations by highly religious clients. *Journal of Clinical Psychology*, 63 (10), 943- 960.
- Martins, A., Ramalho, N & Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between Emotional Intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 49, 554-564.
- Mayer, J. D., Salovey, P. & Caruso, D. (2004). Emotional intelligence: theory, findings, and implications. *Psychological Inquiry*, 15, 197–215.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2000). Emotional intelligence as zeitgeist as personality, and as a mental ability. In R, Bar-on., & J. D. A, Parker. *The handbook of emotional intelligence: theory, development, assessment, and application at home, school, and in the work place* (pp.92-117). San Francisco: Jossey-Bass.
- Pargament, K. I., & Saunders, S. M. (2007). Introduction to the special issue on spirituality and psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology* 63(10), 903- 907.
- Ren, X., Skinner, K., Lee, A., Kazis, L. (1999). Social support, social selection and self-assessed health status: results from the veterans health study in United States. *Social science and medicine*, 48, 1721-1734.
- Salovey P, Grewal D. (2005). The science of emotional intelligence. *Current Directions in Psychological Science*. 14, 281–285.
- Schutte, N., Malouff, J., Thorsteinsson, E., Bhullar, N., & Rooke, S. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 42, 921- 933.
- Sisk, D. A., & Torrance, E. P. (2001). *Spiritual Intelligence: Developing higher consciousness*. Buffalo, New York: Creative Education Foundation Press.
- Vaillant, G. (2003). Mental health. *American Journal of Psychiatry*, vol. 160 (pp. 1373-1384)

- VaughanF. (2002). what is spiritual intelligence? *Journal Human Psychology*; 42(2): 16-33.
- Wolman, R. R. (2001). *Thinking with your soul: Spiritual intelligence and why it matters*. New York: Harmony.
- Zohar, D., & Marshall, I. (2000). *SQ: Spiritual intelligence: the ultimate intelligence*. New York, NY, USA: *Bloomsbury*.

The relationship between religious orientation, emotional intelligence and spiritual intelligence and mental health in high school students in Karaj

Abstract

The purpose of this study was to investigate the relationship between religious orientation, emotional intelligence and spiritual intelligence and mental health in high school students of Karaj. This research is a descriptive correlational study and is a field-based one in terms of information gathering. The statistical population of this research is all high school male and female students of Karaj, who were studying in the academic year of 2017-2018. Accordingly, 354 people were selected based on Morgan's table using multistage cluster random sampling method (180 girls and 174 boys). The measurement tools included Alloort's rll igiss orittt ttinn ccale (RO,, geeerll haalth qsss tioaaa ire (GHQ), Sii ritull Itt ll igccee ll f-Report Inventory (SISRI-24), and Trait Meta – Mood Scale (TMMS). Validity and reliability of these questionnaires are in good condition. The results of study showed that there is a positive and significant relationship between internal religious orientation and mental health, but there is a negative and significant relationship between internal religious orientation and physical problems, anxiety, social problems and depression. There is also a negative relationship between external religious orientation and mental health, but there is a positive and significant relationship between external religious orientation and physical problems, anxiety, social problems and depression. Also, there is a positive and significant relationship between emotional intelligence and mental health at significance level of 0.01, but there is a negative and significant relationship between emotional intelligence and physical problems, anxiety, social problems and depression. In addition, there is a positive and significant relationship between spiritual intelligence and mental health at significance level of 0.01, but there is a negative and significant relationship between spiritual intelligence and physical problems, anxiety, social problems and depression. Therefore, it can be concluded that in order to increase mental health in students, their emotional and spiritual intelligence can be increased and lead them to internal religious orientation.

Keywords: religious orientation, emotional intelligence, spiritual intelligence, mental health