

رابطه سلامت روانی، وضعیت مذهبی و هوش معنوی

The relationship between mental health with religious status and spiritual intelligence

Mahmoud Meshky Majalan

Ardabil Education Counseling Office

Ghorban kiany

Center for Students Advice and Psychological Services in Ardebil

gorbankiany@yahoo.com

محمود مشکی ماجلان

اداره مشاوره تربیتی استان اردبیل

قربان کیانی نویسنده مسئول

مرکز مشاوره و خدمات روان شناختی دانش آموزان اردبیل

چکیده

Abstract

the purpose of this study was to investigate the relationship between mental health and its components (Somatization, anxiety and insomania, social dysfunction and severe depression), spiritual intelligence and religious status among students participating in national competitions of the Qur'an, E'thrat and prayer In the summer of 2017, in the city of Ardabil. Research method: This research is a survey and its statistical test is Pearson correlation and regression analysis. The statistical population is the research of all students participating in the national Quran, E'thrat and prayer competitions in the summer of 2017. The sampling method is random-categorical, so that among students of each province equal number, individuals were randomly selected as the statistical sample, and among the boys participating in the tournament, 220 people were selected as sample members. They were To collect data, the Goldberg and Hiller (1997) mental health scale was used. The Spiritual Intelligence Questionnaire (2008) was used to measure Spiritual Intelligence and to evaluate the religious status, Lotfabadi Religious Status Questionnaire (2002) was used. Results: The results showed that there was a significant negative relationship between religious status and mental health (and components of Somatization, anxiety and insomania, social dysfunction and severe depression) and between spiritual intelligence and mental health And the components of anxiety and insomania and severe depression) have a significant negative relationship. The results also showed that only religious status predicted mental health of students significantly ($p \leq 0.00$). Conclusion: Regarding the significant negative relationship between religious status and mental health (and components of Somatization, anxiety and insomania, social dysfunction and severe depression) and spiritual intelligence and mental health (and components anxiety and insomania and severe depression). Students participating in the Qur'an, E'thrat and prayer tournaments, these factors should be addressed in the face of their psychological difficulties.

هدف این مطالعه بررسی رابطه سلامت روانی و مؤلفه‌های آن (جسمانی‌سازی، اضطراب و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و افسردگی)، هوش معنوی و وضعیت مذهبی در بین دانش‌آموزان شرکت کننده در مسابقات کشوری قرآن، عترت و نماز در تابستان سال ۱۳۹۶ در شهر اردبیل است. این تحقیق از نوع پیمایشی بوده و آزمون آماری آن همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون است. جامعه آماری تحقیق کلیه دانش‌آموزان شرکت کننده در مسابقات کشوری قرآن، عترت و نماز در تابستان سال ۱۳۹۶ است. روش نمونه‌گیری از نوع تصادفی- طبقه‌ای است، به طوری که از بین دانش‌آموزان هر استان به تعداد مساوی، افرادی به صورت تصادفی به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند و از بین پسران شرکت کننده در مسابقات ۲۲۰ نفر به عنوان اعضای نمونه انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس ۲۸ سؤالی سلامت روانی گلدبرگ و هیلر (۱۹۹۷) استفاده شد. همچنین برای سنجش هوش معنوی از پرسشنامه هوش معنوی کینگ (۲۰۰۸) و برای سنجش وضعیت مذهبی از پرسشنامه وضعیت مذهبی لطف آبادی (۱۳۸۱) استفاده گردید. نتایج به دست آمده نشان داد که بین وضعیت مذهبی و سلامت روانی (و مؤلفه‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و افسردگی) رابطه منفی معنی‌دار و بین هوش معنوی و سلامت روانی (و مؤلفه‌های اضطراب و اختلال خواب و افسردگی) رابطه منفی معنی‌دار وجود دارد. نتایج به دست آمده همچنین نشان داد که تنها وضعیت مذهبی سلامت روانی دانش‌آموزان را به طور معنی‌داری در سطح ($p \leq 0/00$) پیش‌بینی می‌کند. با توجه به رابطه منفی معنی‌دار بین وضعیت مذهبی و سلامت روانی (و مؤلفه‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و افسردگی) و هوش معنوی و سلامت روانی (و مؤلفه‌های اضطراب و اختلال خواب و افسردگی) دانش‌آموزان شرکت کننده در مسابقات قرآن، عترت و نماز، این عوامل باید در مقابله با دشواری‌های روان شناختی آنان مورد توجه قرار گیرد.

واژگان کلیدی: سلامت روانی، هوش معنوی، وضعیت مذهبی،

مسابقات قرآن عترت و نماز

Key Words: Mental Health, Spiritual Intelligence, Religious Situation, Qur'an, E'thrat and prayer tournaments

مقدمه

برگزاری مسابقات کشوری قرآن، عترت و نماز می تواند موجی از احساسات مذهبی را در بین شرکت کنندگان این مسابقات برانگیزد. از سویی دیگر شرکت در رقابت و مسابقه می تواند شرایط استرس زایی را برای افراد شرکت کننده در پی داشته باشد. همچنین حضور در مسابقات مستلزم قرار گرفتن در موقعیت های اجتماعی نظیر خوابگاه و ارتباط با افرادی دیگر است که فرد نیازمند سازگاری با دیگران است که بهداشت روانی آنها را نیز تحت تأثیر قرار می دهد. مشکلات بهداشت روانی یکی از گرفتاری های مهم رو به افزایش خانواده ها و جوامع می باشد. هدف از بهداشت روانی، پیشگیری از ابتلاء و کاهش شیوع و جلوگیری از عوارض اختلالات و بیماری های روانی است. از منظر سازمان جهانی بهداشت، سلامت روانی بخش بسیار مهم در حیطه سلامت است که ارتقاء و برنامه ریزی در جهت بالا بردن آن مؤثر می باشد. این سازمان، سلامت روانی را اینگونه تعریف می کند: سلامت روانی، حالتی از سلامتی است که در آن فردی، توانایی های خود را می شناسد، می تواند با فشارهای طبیعی زندگی مقابله کند، برای جامعه مثر ثمر باشد و قادر به تصمیم گیری و مشارک جمعی باشد. بر این اساس سلامت روانی مبنای رفاه و سلامتی برای افراد جامعه است (سازمان جهانی بهداشت^۱، ۲۰۰۴). در سال های اخیر رویکرد آسیب شناختی در مطالعه سلامتی انسان مورد انتقاد قرار گرفته است و برخلاف این دیدگاه که سلامتی را به عنوان نداشتن بیماری تعریف می کند، رویکردهای جدید بر خوب بودن به جای «بد یا بیمار بودن» تأکید می کنند (ریف، سینگر و لاو^۲، ۲۰۰۴). از این منظر عدم وجود نشانه های بیماری روانی، شاخص سلامتی نیست. بلکه سازگاری، شادمانی، اعتماد به نفس و ... نشان سلامتی است و هدف اصلی فرد شکوفاسازی قابلیت های خود می باشد. از نظریه های جدید نظریه خودشکوفایی مازلو^۳ (۱۹۹۴)، به نقل از ریان و دسی^۴ (۲۰۰۱) و انسان بالغ با بالیدگی (آلپورت^۵، ۱۹۵۰) در شکل بندی مفهوم سلامتی روان شناختی، این فرض بنیادین را پذیرفته و از آن بهره جسته اند.

در مورد سلامت روانی دیدگاه های مختلف، نظرات متفاوتی دارند. دیدگاه انسان گرایی معتقد است که سلامت روانی، یعنی ارضای نیازهای اساسی و رسیدن به مرحله خودشکوفایی. هر عاملی که فرد را در سطح ارضای نیازهای سطوح پایین نگه دارد و مانع شکوفایی او شود، به اختلال رفتاری در فرد خواهد انجامید (ونتیس^۶، ۱۹۹۵). مازلو (۱۹۹۴)، به نقل از ریان و دسی (۲۰۰۱) در قالب دیدگاه انسان گرایی بر این باور است که نظام ارزش های دینی فرد واجد سلامت روانی، بر پایه پذیرش فیلسوفانه حیات اجتماعی و طبیعت و واقعیت جسمانی زندگی استوار است. بر اساس دیدگاه رفتارگرایی رفتار سازش نایافته مانند سایر رفتارها در اثر تقویت آموخته می شود. از طرفی سلامت روانی هم شامل رفتارهای سازش یافته ای است که آموخته می شود. بنابراین، دیدگاه رفتارگرایی، یادگیری رفتارهای معیوب را عامل اساسی اختلال روانی می داند و معتقد است که سلامت روانی، تحت تأثیر شکست در یادگیری رفتارهای سازش یافته ضروری یا ناکامی در تسلط یافتن بر موقعیت های اجتماعی به طور موفقیت آمیز می باشد.

باورهای مذهبی به سلامتی، کیفیت زندگی و عزت نفس را بهبود می بخشند و اختلالات روانی و مشکلاتی نظیر خودکشی، اعتیاد به مواد مخدر و اضطراب و افسردگی را کاهش می دهند مقدم، ارجمندی، خباززاده، نادری و شکری^۷ (۲۰۱۶). جهت گیری مذهبی به دو صورت بیرونی و درونی می باشد. در جهت گیری مذهبی درونی، ایمان به خودی خود یک ارزش متعالی تلقی می شود و یک عامل انگیزش فراگیر، نه وسیله ای برای دستیابی به اهداف در نظر گرفته می شود. اما در جهت گیری مذهبی بیرونی، مذهب امری خارجی و ابزاری برای ارضای نیازهای فردی از قبیل مقام، امنیت و ... مورد استفاده قرار می گیرد. به عبارت دیگر دین داری برای کسب امنیت و پایگاه اجتماعی است و افرادی که چنین جهت گیری دارند از دین به عنوان وسیله ای برای رسیدن به حاجات خود استفاده می کنند (آلپورت، ۱۹۵۰). مذهب بستر مناسبی برای پاسخ به خواسته ها و مواضع مبهم فرد فراهم می کند، از جمله این خواسته ها و نیازها می توان به مشکل انسان در ارتباط با زمان و جاودانگی، اجتماعی شدن و اجتماعی ماندن الگوی دلبستگی و جدایی، تشویق و تنبیه، معنادهی به فعالیت ها، عقل، جایگاه فرد در جهان، غلبه و معنا دهی به رنج ها و تعارض های اساسی زندگی اشاره کرد (لوین^۸، ۱۹۹۶). پارک، کوهن و هرب^۹ (۲۰۰۶)

1. Word Health Organization

2. Ryff, Singer & Love

3. Maslow

4. Ryan & Deci

5. Alport

6. Ventis

7. Moghadam, Arjomandi, Khebarzade, Naderi & Shokri

8. Levin

9. Park, Cohen & Herb

نیز طی بررسی‌های خود به نقش تعدیل‌کننده مذهب بر موقعیت‌های استرس‌زا پی بردند. مزیدی و استوار^۱ (۲۰۰۶) در بررسی اثر دین اسلام و مسیحیت بر سلامت روانی جوانان ایرانی تأثیر معنی‌دار هر دو دین را بر بعد نشانه‌های مرضی گزارش کردند.

کوهن، یون و جانستون^۲ (۲۰۰۹) در مورد ۱۶۸ بیمار مبتلا به اختلال‌های جسمانی مختلف نشان دادند که به طور کلی سلامت روانی با مقابله معنوی مثبت، رابطه مثبت و با مقابله معنوی منفی رابطه منفی دارد، اما رابطه‌ای بین اعمال دینی خصوصی (مانند دعا کردن) و سلامت روانی دیده نشد. کوهن و هال^۳ (۲۰۰۹) با بررسی ۱۰۰۰ فرد سالخورده دریافتند که بعضی از باورهای وجودی نظیر (ترس از خدا، اضطراب مرگ، باور مربوط به زندگی پس از مرگ) با احساس بهزیستی رابطه دارد و این رابطه در بین افراد با مذهب پروتستان نسبت به کاتولیک‌ها و یهودی‌ها بیشتر است. کروس^۴ (۲۰۰۹)، در بررسی خود به این نتیجه رسید که وقایع آسیب‌زا و نشانه‌های افسردگی در افراد سالخورده‌ای که معتقدند فقط خداوند بهتر می‌داند چه وقت به نیایش آنها پاسخ دهد، کاهش می‌یابد. زالوادیا^۵ (۲۰۱۷) رابطه مثبتی بین هوش معنوی و بهزیستی روان شناختی بین دانشجویان کالج یافت. همچنین جنسیت و سن اثر معنی‌داری بر بهزیستی روان شناختی و معنوی در پسران و دختران داشتند. بهرامی احسان و تاشک (۱۳۸۳) در تحقیقی تحت عنوان "بررسی ابعاد رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی و ارزیابی مقیاس جهت‌گیری مذهبی" به این نتایج رسیدند که میان جهت‌گیری مذهبی و زیرمقیاس نشانگان بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی، افسردگی و خیم و نمره کل حاصل از این زیرمقیاس‌ها رابطه منفی وجود دارد. بدین معنی که هر چه جهت‌گیری مذهبی بالاتر باشد، نمره فرد در این مقیاس‌ها کاهش یافته است. یعقوبی، موفق، چگینی و محمدزاده (۱۳۹۶) با انجام یک فراتحلیل میزان ارتباط بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان دادند که میزان اندازه اثر رابطه گرایش مذهبی با سلامت روانی معنی‌دار می‌باشد.

از سوی دیگر، هوش معنوی به توانایی‌ها و مهارت‌هایی برای توسعه و حفظ ارتباط با منشأ غایی همه موجودات، کامیابی در جستجوی معنی زندگی، یافتن یک مسیر اخلاقی که با هدایت ما در زندگی کمک کند، درک معنویات و ارزش‌ها در زندگی شخصی و روابط بین‌فردی اشاره می‌کند (کینگ، ۲۰۰۸). به عبارت دیگر هوش معنوی یا SQ همان توانایی است که به ما قدرت می‌دهد تا برای به دست آوردن رویاها تلاش کنیم. این هوش زمینه تمام آن چیزهایی است که ما به آن معتقدیم و در بردارنده نقش باورها، هنجارها، عقاید و ارزش‌ها در فعالیت‌هایی است که بر عهده می‌گیریم. در واقع به واسطه هوش معنوی است که ما به سؤال‌سازی در ارتباط با مسائل اساسی و مهم در زندگی خود پرداخته و به وسیله آن در زندگی خویش تغییراتی ایجاد می‌کنیم (ابراهیمی کوه بنانی، ۱۳۹۰). محمدیاری^۶ (۲۰۱۲) نشان داد که سطح سلامت روانی بر مبنای میزان هوش معنوی والدین متفاوت است. و افرادی که هوش معنوی بالایی دارند کودکانشان از سلامت روانی بالایی برخوردارند. با استفاده از هوش معنوی و با توجه به جایگاه معنا و ارزش مشکلات، قادر خواهیم بود نسبت به حل آنها اقدام کنیم. در واقع هوش معنوی ما را قادر می‌سازد تا به کارها و فعالیت‌های خود معنا و مفهوم بخشیده و با استفاده از آن از معنا و مفهوم از عملکردمان آگاه شویم و دریابیم که کدام اعمال و رفتارمان از اعتبار بیشتری برخوردار است که آن را الگو و اسطوره خود سازیم (ابراهیمی کوه بنانی، ۱۳۹۰). بنابراین، معنویت و هوش معنوی تکمیل‌کننده و معنا بخش زندگی انسان هستند و در سلامت روانی افراد نقش به‌سزایی بازی می‌کنند. نلسون و همکاران^۷ (۲۰۰۹) نیز طی پژوهشی نشان دادند که میان مذهبی بودن و افسردگی و همچنین معنویت و افسردگی رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد. اهمیت سلامت روانی در این است که برای انسان سر زندگی و شادابی به بار می‌آورد و انسان نیازمند است تا فعالانه زندگی خود را هدایت کرده، و اهدافش را ارتقا داده و با دیگران به صورت احترام‌آمیز تعامل برقرار کند. این تنها با وجود سلامت روحی و روانی میسر است. سلامت روانی به صورت مثبت بر زندگی فرد اثر می‌گذارد و حساسیت انسان را نسبت به استرس، اضطراب و برخی از اشکال افسردگی کاهش می‌دهد، در حقیقت سلامت روانی منبع بسیار اساسی برای در سطح ایده‌آل زندگی کردن به حساب می‌آید (یعقوبی و همکاران، ۱۳۹۶).

با توجه به اهمیت سلامت روانی دانش‌آموزان شرکت‌کننده در مسابقات قرآن، عترت و نماز و نیز به دلیل ابهام در ارتباط سلامت روانی با وضعیت مذهبی و هوش معنوی این افراد، این پژوهش در جهت پاسخگویی به این نیاز انجام می‌شود. دانش‌آموزانی که در مسابقات

1. Mazidi & Ostovar

4. Cohen, Yuan & Johnston

5. Hall

6. Krause

5. Zalawadia

6. Mohammaddyari

7. Nelson & et al

قرآنی شرکت می‌کنند گرایش‌های مذهبی در آنها وجود دارد، بررسی ارتباط بین سلامت روانی و گرایش‌های مذهبی آنها می‌تواند بسیار مهم باشد. همچنین به دلیل اینکه تاکنون پژوهشی در زمینه سلامت روان و عوامل آن در بین دانش‌آموزان شرکت‌کننده در مسابقات کشوری قرآن، عترت و نماز انجام نشده است و اجرای این پژوهش در برگزاری این مسابقات در تابستان سال ۱۳۹۶ برای اولین بار در شهر اردبیل صورت گرفته است، می‌تواند در نوع خود بدیع بوده و زمینه‌ای برای انجام پژوهش‌های بعدی باشد.

روش تحقیق

این تحقیق از نوع پیمایشی و از نوع همبستگی می‌باشد که رابطه سلامت روانی و مؤلفه‌های آن (جسمانی سازی، اضطراب و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و افسردگی) با هوش معنوی و وضعیت مذهبی دانش‌آموزان شرکت‌کننده در مسابقات کشوری، قرآن، عترت و نماز را بررسی می‌کند. داده‌های مورد نیاز پژوهش با استفاده از سه پرسشنامه سلامت روانی، هوش معنوی و وضعیت مذهبی گردآوری شد. به طوریکه هر سه پرسشنامه به طور همزمان به دانش‌آموزان شرکت‌کننده در مسابقات قرآن، نماز و عترت داده شد و پس از پاسخگویی، داده‌ها استخراج و مورد تجزیه و تحلیل گرفتند. جامعه آماری این پژوهش تمام دانش‌آموزان پسر شرکت‌کننده در مسابقات قرآن، عترت و نماز سال ۱۳۹۶ می‌باشد که حدود ۷۰۰ نفر بودند. با توجه به اندک بودن حجم نمونه از بین پسران ۲۲۰ عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری تصادفی - طبقه‌ای بود. به طوری که از بین دانش‌آموزان هر استان به صورت تصادفی تعدادی از افراد به عنوان نمونه انتخاب شدند.

ابزارهای سنجش

پرسشنامه آزمون سلامت عمومی (GHQ, General Health Questionnaire): که فرم ۲۸ سوالی آن برای سنجش سلامت عمومی مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلر^۱ (۱۹۹۷) ساخته شده است و سلامت عمومی را در چهار حیطه نشانه‌های جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی بررسی می‌نماید. این پرسشنامه که حاوی ۲۸ پرسش و ۴ خرده‌مقیاس است و هر مقیاس ۷ پرسش دارد و از شناخته شده‌ترین ابزارهای غربالگری است و به صورت ۱۲، ۲۸، ۶۰، ۳۰ ماده طراحی شده است که در این پژوهش فرم ۲۸ ماده‌ای استفاده شده است. از ۲۸ عبارت پرسشنامه موارد ۱ الی ۷ مورد مربوط به مقیاس علائم جسمانی است. موارد ۸ الی ۱۴ علائم اضطرابی و اختلال خواب را بررسی کرده و موارد ۱۵ الی ۲۱ مربوط به ارزیابی علائم کارکرد اجتماعی است و نهایتاً موارد ۲۲ الی ۲۸ علائم افسردگی را می‌سنجد. برای جمع‌بندی نمرات به گزینه‌ی اصلاً نمره صفر، در حد معمول نمره ۱، بیش از حد معمول نمره ۲ و خیلی بیشتر از حد معمول نمره ۳ تعلق گرفت. در نتیجه حداقل و حداکثر نمره از صفر تا ۸۴ در نوسان است. پایایی بازآزمایی مقیاس سلامت روانی بر حسب نتایج دو بار اجرای آزمون و همسانی درونی مقیاس بر حسب ضریب آلفای کرونباخ توسط بشارت (۱۳۸۸) محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت. ضرایب آلفای کرونباخ از ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ محاسبه شد. ضرایب پایایی بازآزمایی نیز به همین ترتیب از ۰/۸۵ تا ۰/۹۱ به دست آمد. همه ضرایب در سطح $P < 0/001$ معنی‌دار بودند. روایی همزمان مقیاس سلامت روانی بر حسب ضرایب همبستگی زیر مقیاس‌های این ابزار با نمره کلی پرسشنامه سلامت عمومی بررسی شد. این ضرایب برای بهزیستی روانشناختی ۰/۸۷- و برای درماندگی روانشناختی ۰/۸۸ محاسبه و در سطح $P < 0/001$ مورد تأیید قرار گرفت. در این پژوهش نیز پایایی این مقیاس با آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت که در سطح ۰/۸۷، اضطراب و اختلال خواب، ۰/۸۵، کارکرد اجتماعی، ۰/۸۴ و افسردگی ۰/۹۶ به دست آمد.

مقیاس هوش معنوی: در این پژوهش برای سنجش هوش معنوی از مقیاس هوش معنوی کینگ^۲ (۲۰۰۸) استفاده شد. این مقیاس شامل ۲۴ ماده و ۴ خرده‌مقیاس است که شامل تفکر وجودی با ۷ ماده، تولید معنای شخصی با ۵ ماده، آگاهی متعالی با ۷ ماده و گسترش وضعیت هوشیاری با ۵ ماده می‌باشد. اعتبار و پایایی هوش معنوی در ایران توسط (رقیبی، احمدی و سیادت^۳، ۲۰۰۹) سنجیده شد. برای روایی از تحلیل عامل تأییدی مرتبه اول استفاده شد که سطح $(P \leq 0/01)$ ضریب همبستگی ۰/۶۶ به دست آمده است و پایایی هم از طریق آلفای کرونباخ در سطح $(P \leq 0/05)$ ، ۰/۸۸ برآورد شده است. در این پژوهش نیز پایایی این مقیاس با آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت که در سطح ۰/۷۹ و در سطح $P < 0/001$ معنی‌دار بود.

1. Goldberg & Hillier

2. King

3. Raghbi, Ahmadi & Siadat

پرسشنامه وضعیت مذهبی: پرسشنامه سنجش وضعیت مذهبی لطف‌آبادی (۱۳۸۱) شامل ۲۱ گویه است که براساس طیف لیکرت شش درجه‌ای و از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف امتیازبندی شده است. هدف این پرسشنامه این است که وضعیت مذهبی را در دانش آموزان جوان مورد سنجش و ارزیابی قرار دهد. پایایی و روایی پرسشنامه سنجش وضعیت مذهبی دانش‌آموزان جوان توسط لطف‌آبادی (۱۳۸۱) در دو تحقیق ملی احراز شده است. پایایی مورد نظر با آلفای کرونباخ به دست آمده است. روایی آزمون مذکور نیز از دو طریق تحلیل عامل اکتشافی و آزمون هم‌ارز به دست آمده است. در پژوهش (رستمی، ۱۳۸۴) نیز پایایی این پرسشنامه را با آلفای کرونباخ مورد تأیید قرار داده است. در این پژوهش نیز پایایی این مقیاس با آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت که در سطح $0/78$ و در سطح $P < 0/001$ معنی‌دار بود.

یافته‌های پژوهش

جدول ۱- میانگین‌ها و خطای معیار سلامت روانی، هوش معنوی و وضعیت مذهبی

متغیرها	میانگین	خطای معیار
هوش معنوی	(۹۴/۳۱)	(۱۰/۳۴)
وضعیت مذهبی	(۹۴/۴۴)	(۱۰/۸۱)
سلامت روانی	(۴۷/۴۸)	(۱۱/۰۱)
نشانه‌های جسمانی	(۱۱/۶۰)	(۳/۲۱)
اضطراب و اختلال خواب	(۱۲/۱۱)	(۳/۵۹)
اختلال در عملکرد اجتماعی	(۱۳/۳۹)	(۲/۸۶)
افسردگی	(۱۰/۳۹)	(۴/۴۳)

در جدول ۱، میانگین و انحراف معیار نمره‌های سلامت روانی، هوش معنوی و وضعیت مذهبی را نشان می‌دهد.

جدول ۲- ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرهای سلامت روانی (و مؤلفه‌ها) وضعیت مذهبی و هوش معنوی

متغیرها	سلامت روانی	نشانه‌های جسمانی	اضطراب و اختلال خواب	کارکرد اجتماعی	افسردگی	هوش معنوی	وضعیت مذهبی
سلامت روانی	۱						
نشانه‌های جسمانی	*۰/۷۴	۱					
اضطراب و اختلال خواب	*۰/۸۷	*۰/۶۳	۱				
کارکرد اجتماعی	*۰/۶۰	*۰/۲۵	*۰/۴۱	۱			
افسردگی	*۰/۸۱	*۰/۴۶	*۰/۶۳	*۰/۳۶	۱		
هوش معنوی	*-۰/۲۱	*۰/۱۰	*-۰/۲۷	*۰/۰۸	*-۰/۲۱	۱	
وضعیت مذهبی	*-۰/۳۹	*-۰/۳۲	*-۰/۳۸	*-۰/۰۸	*-۰/۲۱	*۰/۳۵	۱

جدول ۲، ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرهای سلامت روانی (مؤلفه‌های آن)، هوش معنوی و وضعیت مذهبی دانش‌آموزان پسر نشان می‌دهد که بین وضعیت مذهبی و (مؤلفه‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و افسردگی) رابطه منفی معنی‌دار و بین هوش معنوی و سلامت روانی (و مؤلفه‌های اضطراب و اختلال خواب و افسردگی) رابطه منفی معنی‌دار وجود دارد. یعنی هر میزان وضعیت مذهبی و هوش معنوی دانش‌آموزان بالا باشد، میزان سلامت روانی آنها بالا رفته و میزان مشکلات جسمانی، مشکلات در کارکرد اجتماعی، اضطراب و اختلال خواب و افسردگی آنها کاهش می‌یابد.

جدول ۳- پیش بینی سلامت روانی دانش آموزان پسر از طریق هوش معنوی و وضعیت مذهبی

مدل	R	مجذور R	تطبيق R یافته	خطای معیار	تغییرات آماری				
					تغییر یافته R	تغییر یافته F	df1	df2	
۱	۰/۴۰	۰/۱۶	۰/۱۵	۱۰/۱۵	۰/۱۶	۱۴/۲۸	۲	۱۴۹	۰/۰۰

جدول ۲، نشان می دهد ۰/۱۵ تغییرات سلامت روانی از طریق متغیرهای، هوش معنوی و وضعیت مذهبی پیش بینی می شود که در سطح ($p \leq 0/00$) معنی دار می باشد.

جدول ۳- (ANOVA)، معنی داری پیش بینی سلامت روانی از روی هوش معنوی و وضعیت مذهبی

مدل	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	معنی داری
رگرسیون	۲۹۴۶/۵۴	۲	۱۴۷۳/۲۷	۱۴/۲۸	۰/۰۰
باقی مانده	۱۵۳۶۷/۴۱	۱۴۹	۱۰۳/۱۴		
کل	۱۸۳۱۳/۹۴	۱۵۱			

جدول ۳، نشان می دهد که مقدار R بین متغیرهای پیش بین و متغیرهای وابسته در سطح ($p \leq 0/00$) معنی دار می باشد.

جدول ۴- ضرایب هر یک از متغیرهای پیش بین (هوش معنوی و وضعیت مذهبی) در پیش بینی سلامت روانی

مدل	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد		معنی داری
	B	خطای معیار	Beta	T	
مقدار ثابت	۹۰/۹۴۴	۹/۰۳۲		۱۰/۰۷۰	۰/۰۰
هوش معنوی	-۰/۰۸۹	۰/۰۸۵	-۰/۰۸۴	-۱/۰۴۹	۰/۲۹۶
وضعیت مذهبی	-۰/۳۷	۰/۰۸۲	-۰/۳۶	-۴/۵۵	۰/۰۰

جدول ۴، ضرایب اختصاصی هر یک از متغیرهای پیش بین (هوش معنوی و وضعیت مذهبی) در پیش بینی سلامت روانی دانش آموزان شرکت کننده در مسابقات قرآن، عترت و نماز را نشان می دهد. در جدول فوق از میان متغیرهای پیش بین تنها وضعیت مذهبی، سلامت روانی را در سطح ($p \leq 0/00$) به طور معنی داری پیش بینی می کند.

بحث و نتیجه گیری

بررسی و تحلیل فرضیه های تحقیق نشان داد که بین وضعیت مذهبی و (مؤلفه های نشانه های جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و افسردگی) رابطه منفی معنی دار و بین هوش معنوی و سلامت روانی (و مؤلفه های اضطراب و اختلال خواب و افسردگی) رابطه منفی معنی دار وجود دارد. با توجه به اینکه باورهای مذهبی به بهبود سلامتی، کیفیت زندگی و عزت نفس افراد کمک می کنند و اختلالات روانی نظیر اضطراب و افسردگی را کاهش می دهند، این یافته مطابق یافته های (مقدم و همکاران، ۲۰۱۶)، قابل تبیین است. از سوی دیگر امروزه پژوهش های متفاوتی که صورت گرفته ثابت کرده اند، علت اغلب بیماری های جسمی منشأ روانی دارند. یعنی عوامل روانی علت عمده بیماری های جسمی هستند. عکس این قضیه نیز صادق است، افرادی نیز که از نظر سلامت روانی در حد مطلوب قرار دارند تا حد بالایی توانایی تأثیر بر بیماری جسمی خود را نیز دارند، چنانچه (الوادیا، ۲۰۱۷) رابطه مثبتی بین هوش معنوی و بهزیستی روان شناختی یافت. همچنین، می توان بیان کرد که وقتی افراد خود را به منبعی والا وابسته بدانند و ایمان داشته باشند که از حمایتی روحانی

برخوردارند، احساس امنیت و آرامش کرده و از اضطراب و بیماری‌های روانی ناشی از آن کاملاً مصون خواهند بود، چنانچه (بهرامی احسان و همکاران، ۱۳۸۳) نشان دادند میان جهت‌گیری مذهبی و زیرمقیاس نشانگان بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی، افسردگی و خیم و نمره کل حاصل از این مقیاس‌ها رابطه منفی وجود دارد. (یعقوبی و همکاران، ۱۳۹۶) نیز که با انجام یک فراتحلیل میزان ارتباط بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی را مورد بررسی قرار دادند، نشان دادند میزان اندازه اثر رابطه گرایش مذهبی با سلامت روانی معنی‌دار می‌باشد که نتایج این پژوهش تایید کننده پژوهش آنها می‌باشد.

به علاوه احساس تنهایی فرد یکی از فاکتورهای مهم ایجاد افسردگی است و وقتی انسان باور کند در ارتباط همیشگی با خداوند است و او را بهترین دوست و حامی خود بداند از ناامیدی که از دیگر علائم محوری افسردگی است مصون مانده و فضل خداوندی را در همه حال شامل حال خود می‌داند. در نهایت دین اسلام دینی است که تنها به جنبه‌های فردی توجه نداشته بلکه دینی اجتماعی است که بر جماعت و مسائل اجتماعی توجه خاصی کرده است، فردی که از نظر دینداری در سطح بالاتری قرار دارد همانگونه که به مسائل فردی دین توجه می‌کند در مورد مسائل اجتماعی نیز بی تفاوت نخواهد بود و در روابط اجتماعی و عملکرد اجتماعی خود به بهترین و مطلوب‌ترین شکل عمل خواهد کرد و از طرف دیگر هنگامی که شخص در عملکرد اجتماعی خود دچار اختلال شود ممکن است به تنهایی و انزوا پناه برده و دچار افسردگی و اضطراب شده و سلامت جسمانی او نیز تحت تأثیر قرار گیرد. یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش نلسون و همکاران (۲۰۰۹) که نشان دادند که میان مذهبی بودن و افسردگی و همچنین معنویت و افسردگی رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد، همسویی است. یافته‌های این پژوهش همچنین با نتایج تحقیق (یعقوبی و همکاران، ۱۳۹۶) که نشان دادند سلامت روانی به صورت مثبت بر زندگی فرد اثر می‌گذارد و حساسیت انسان را نسبت به استرس، اضطراب و برخی از اشکال افسردگی کاهش می‌دهد، همسویی دارد. بنابراین، وضعیت مذهبی و هوش معنوی تکمیل کننده و معنا بخش زندگی انسان هستند و در سلامت روانی افراد نقش به‌سزایی بازی می‌کنند. عدم اجرای این پژوهش در بین دانش‌آموزان دختر و عدم بررسی رابطه سایر متغیرهای مؤثر بر سلامت روانی دانش‌آموزان شرکت کننده در مسابقات قرآن، عترت و نماز از محدودیت‌های این پژوهش به شمار می‌آید. همچنین پیشنهاد می‌شود این پژوهش در مورد سایر گروه‌ها نظیر دختران و شرکت‌کنندگان در مسابقات ورزشی، فرهنگی و هنری و ... نیز اجرا گردد و از نتایج آن جهت انجام پژوهش‌های آزمایشی و کاربردی در بهبود سلامت روانی با تأکید بر متغیرهای هوش معنوی و وضعیت مذهبی در محیط‌های آموزشی استفاده گردد.

منابع

- ابراهیمی، کوه بنانی (۱۳۹۰). رابطه هوش هیجانی و هوش معنوی با رضایت از زندگی در دانش‌آموزان تیزهوش دختر دبیرستانی شهر بیرجند، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قاینات.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۸). پایایی و روایی فرم ۲۸ سؤالی مقیاس سلامت روانی در جمعیت ایرانی، مجله علمی پزشکی قانونی، دوره ۱۵، شماره ۲، ۸۷-۹۱.
- بهرامی احسان، هادی؛ تاشک، آناهیتا (۱۳۸۳). ابعاد رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی و ارزیابی جهت‌گیری مذهبی، مجله روانشناسی و علوم تربیتی، سال سی و چهارم، شماره ۲، صص ۶۳-۴۱.
- رستمی، نادیا (۱۳۸۴). بررسی رابطه وضعیت مذهبی با هوش هیجانی در دانش‌آموزان مقطع پیش دانشگاهی شهر تهران در سالتحصیلی ۸۴-۸۳، فصلنامه نوآوری‌های آموزشی، شماره ۱۰، سال سوم، ۱۲۷-۱۱۶.
- لطف‌آبادی، حسین (۱۳۸۱). وضعیت و نگرش و مسائل جوانان ایران، تهران: سازمان ملی جوانان.
- یعقوبی، موفق؛ عروقی، اکبر، چگینی، علی اصغر و محمد زاده، علی (۱۳۹۶). فراتحلیل رابطه گرایش مذهبی با سلامت روان، فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی، دوره ششم، شماره ۲۱.

- Allport, G. W. (1950). The individual and his religion: A psychological interpretation. *New York. Macmillan*.
- Cohen, A. B. & Hall, D. E (2009). Existential beliefs, Social satisfaction and Well - being among catholic, Jewish and protestant older adults. *International journal for psychology of religion*, 19 (1), 39-54 .
- Cohen, D, Yoon, D. D, & John stone, B (2009). Differentiating the impact of spiritual experiences, religious practices and congregational support on the mental health of individuals with heterogeneous medical disorders. *International journal for the psychology of religion*, 19 (1), 121-138.
- Goldberg D. P & Hillier V. F (1979). A scaled version of general health, *Psychological Medicine is a leading international journal in the fields of psychiatry*, (9):45-139.
- King, D. B. (2008). Rethinking claims of spiritual intelligence: A definition, model, and measure. Unpublished

- master's Thesis, trent university , Petreborough, Ontario, Canada.
- Krause, N (2009). Life trauma, prayer and psychological distress in late life. *International journal for the psychology of religion* , 19 (1), 55-72.
- Levin J. S. (1996). Religion in aging and health. Theoretical foundations and methodological frontiers, Cambridge university press.
- PattonMazidi, M., & Ostovar, S. (2006). Religion and spirituality. *Perceptual & Motor Skills*, 103.
- Mohammadyari, G. (2012). Relationship between paren's spiritual intelligence, level of education and children's Mental health, *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, (69): 2114-2118.
- Nelson, C. J., Jacobson, C. M., Weinberger, M. I., Bhaskaran, V., Rosenfeld, B., Breitbart, W. & Roth, A. (2009). The role of spirituality in the relationship between religiosity and depression in prostate cancer patients, *An Official Journal of the Society of Behavioral Medicine*, 38. of the Royal Anthropological Institute.
- Park, C. Cohen, LH & Herb L. (2006). Intrinsic religiousness and religions coping as life stress moderators for catholics versus protestans. *Journal of personality and social psychology*. 59 (3).
- Raghibi MS, Ahmadi J, Siadat A. (2009). Analysis of amount of spiritual intelligence among students at university of Isfahan and relation to demographic traits, *Psychological Studies is the official journal of the National Academy of Psychology*, 8 (2): 39-56.
- Ryan, R., & Deci, E. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141.
- Moghadam, S. R. M., Arjomandi, Sh., Khebarzadeh, Z & Naderi, M (2016). Examine the relationship between religious orientation with general health and life expectancy in female students of Ilam province, *The Caspian Sea Journal*, Vol (10). Issue (1): 71-75.
- Ryff, Carol D., Singer, B. H & Love, G. D. (2004). Positive health: Conennecting well-bing with biology, philosophical transactions of the Royal Society of London, *Biological Sciences*, 359, 1383-1394.
- Ventis L. W. (1995). The relationships between religion and mental health, *journal of social*, 51(2): 33-48.
- WHO (2004). Promoting Mental Health: Areport of the World Health Organization, Department of Mental Health, *University of Melbourn*.
- Zalawadia, T. L. (2017). Efficacy of gender and religious status on spiritual intelligence and psychological well-bing of college students, *The international of indian psychology*, Vol 4(3): 43-54.



شپوشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی



شپوشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی