

The effect of training Spiritual Intelligence On the mental health of male high school students

Hossein Mohammadi^{1*}, Abdolmajid Bahreinian¹, Mohammad Amin Mortazavi¹, Mohammad Reza Mousavi¹, Zhaleh Ashrafnezhad²

1- Department of Clinical Psychology, Medical School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Department of Nursing, Nursing and Midwifery School, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract:

Background Objective: The mental health of students is one of the major issues in psychology, psychiatry and sociology. Find treatment ways to improve mental health for the fewer complications, more profitability and affordability are the main goals of the psychiatrists and psychologists. The purpose of this study was to determine the effect of spiritual intelligence on the mental health of the high school students in 14th District of Tehran.

Material & Methods: This study is a clinical trial, which involved 60 students from secondary schools, Vocational technical Shahid Chamran school, in 14th District of Tehran. The study population included high school students of, Vocational technical Shahid Chamran school, in 14th District of Tehran. The sampling method in this study was a multi-stage clusters, That the few high schools were selected from high schools in 14th District of Tehran among them Vocational technical Shahid Chamran school was studied as the target population. Total of 60 persons randomly were selected from students in the school and were studied in two experimental (n=30) and control groups (n = 28). Experimental group participated in seven weekly sessions of spiritual intelligence intervention, while the control group did not receive any treatment. In this study, the data collection instrument was questionnaire SCL-90. Data were analyzed using SPSS software and descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (independent group-T, dependent T).

Results: Statistical analysis showed that seven sessions of spiritual intelligence decreased significantly interpersonal sensitivity, somatization, obsessive-compulsive, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation, and psychosis in post-test compared to before test and seven sessions of spiritual intelligence reduces interpersonal sensitivity, somatization, obsessive-compulsive, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation and psychoticism in experimental group compared with a control group.

Conclusion: The results of this study showed mental health interventions can be used to promote spiritual intelligence.

Keywords: spiritual intelligence, mental health, high school students.

*Corresponding Author: Hossein Mohammadi; Email: denisly0097@yahoo.com

بررسی اثر آموزش هوش معنوی بر سلامت روان دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه

حسین محمدی*^۱، عبدالمجید بحرینیان^۲، محمد امین مرتضوی^۱، سید محمد رضا موسوی^۱، ژاله اشرف نژاد^۲

۱- گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲- گروه مامایی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

چکیده

سابقه و اهداف: سلامت روان دانش‌آموزان یکی از مسائل مهم در روان‌شناسی، روان‌پزشکی و جامعه‌شناسی است. یافتن روش‌های درمانی برای ارتقای سلامت روان که دارای عوارض کم‌تر، سود بیش‌تر و مقرون به صرفه‌تر باشد، از هدف‌های اصلی روان‌پزشکان و روان‌شناسان است. هدف پژوهش حاضر، تعیین اثر آموزش هوش معنوی بر سلامت روان دانش‌آموزان پسر دبیرستان‌های منطقه‌ی ۱۴ تهران است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش به شیوه‌ی کارآزمایی بالینی است، که بر روی ۶۰ نفر از دانش‌آموزان مقطع متوسطه (هنرستان فنی-حرفه‌یی شهید چمران منطقه‌ی ۱۴ تهران) صورت گرفت.

جامعه‌ی مورد مطالعه شامل دانش‌آموزان هنرستان فنی حرفه‌یی شهید چمران منطقه‌ی ۱۴ تهران است.

روش نمونه‌گیری در این پژوهش، خوشه‌یی چند مرحله‌یی بود؛ بدین صورت که از بین هنرستان‌ها و دبیرستان‌های منطقه‌ی ۱۴ تهران، چند دبیرستان و هنرستان انتخاب شدند و از بین آن‌ها نیز هنرستان فنی-حرفه‌یی شهید چمران جامعه‌ی هدف شد و مورد مطالعه قرار گرفت. از کل دانش‌آموزان این مدرسه، ۶۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند و در دو گروه آزمایشی (۳۰ نفر) و گواه (۲۸ نفر) قرار گرفتند. آزمودنی‌های گروه آزمایشی در هفت جلسه‌ی هفتگی مورد مداخله‌ی هوش معنوی قرار گرفتند، اما گروه کنترل، درمانی دریافت نکرد. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، پرسش‌نامه‌ی SCL-90 بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و روش‌های آماری توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و روش آماری استنباطی (تی گروه‌های مستقل و تی وابسته) مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: تحلیل آماری داده‌ها نشان داد که هفت جلسه‌ی مداخله‌ی هوش معنوی موجب کاهش معنی‌دار حساسیت در روابط متقابل، شکایت‌های جسمانی، وسواسی-اجباری، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون می‌شود و در مقایسه با گروه کنترل، هفت جلسه‌ی مداخله‌ی هوش معنوی موجب کاهش حساسیت در روابط متقابل، شکایت‌های جسمانی، وسواسی-اجباری، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این پژوهش، می‌توان مداخله‌ی هوش معنوی را برای ارتقای سلامت روان به کار برد.

واژگان کلیدی: هوش معنوی، سلامت روان، دانش‌آموزان متوسطه

مقدمه

یکی از مسئولیت‌های اصلی معلمان و مربیان است. مدرسه یک نهاد اجتماعی مهم در آموزش و رشد شخصیتی کودکان و دانش‌آموزان است و سلامت روان آن‌ها یکی از عوامل مهم در این تکامل است که باید مورد توجه قرار گیرد. از آن‌جایی که سال-

سلامت روان دانش‌آموزان یکی از مسائل مهم در روان‌شناسی، روان‌پزشکی و جامعه‌شناسی است و حمایت از سلامت روان،

تحقیقات نشان می‌دهد که معنویت، بُعد جدانشدنی انسان‌ها است و بایستی برای تأمین سلامت روان پایه‌ی دیگر سازه‌های روان‌شناختی به طور جدی مورد توجه قرار گیرد. در سه دهه‌ی اخیر تحقیقات در این زمینه به شدت افزایش یافته و بیش از پنج هزار پژوهش در تأیید رابطه‌ی مثبت دین، معنویت و سلامتی وجود دارد. برای مثال معلمی و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهشی، رابطه‌ی بین سلامت روان، نمرات مقیاس خودگزارشی هوش معنوی کینگ (۲۰۰۷) و افکار ناکارآمد در دانشجویان را مورد بررسی قرار دادند. داده‌های تحقیق، رابطه‌ی معناداری را بین هوش معنوی و سلامت روان نشان داد؛ یعنی با افزایش نمره‌ی پرسش‌نامه‌ی هوش معنوی، نمره‌ی پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی که نمایانگر مشکلات روانی است، کاهش می‌یابد، پس در واقع با افزایش هوش معنوی، سطح سلامت عمومی هم بالا می‌رود (۶).

یعقوبی، ذوقی پایدار، عبدالله‌زاده و محقق، ارتباط هوش معنوی با بهداشت روانی یک نمونه‌ی ۳۰۰ نفری از دانشجویان دختر و پسر دانشگاه بوعلی سینای همدان را بررسی کردند. آن‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌ی هوش معنوی ۱۴ گویه‌ی و پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی و با روش آماری همبستگی و رگرسیون، ارتباط معنی‌داری بین هوش معنوی و بهداشت روانی یافتند و بر اساس آزمون تی مستقل تفاوت معنی‌داری بین دانشجویان دختر و پسر به دست نیاوردند (۷).

آمرام^۱ (۲۰۰۹) با پژوهشی درباره‌ی ۲۱۰ نفر از مدیران ۴۲ شرکت دریافت که هوش هیجانی (EI) و هوش معنوی (SI) اولاً سازه‌های متمایزی بوده، ثانیاً هر یک از آن‌ها با مدیریت مؤثر همبستگی دارند (۸). جین^۲ و پورهیت با بررسی هوش معنوی بر روی ۲۰۰ سالمند که ۱۰۰ نفر در خانه‌ی سالمندان و ۱۰۰ نفر دیگر همراه خانواده‌ی خود زندگی می‌کردند و نیز مقایسه‌ی این دو گروه با بهره‌گیری از آزمون تی^۳، دریافتند که هوش معنوی به طور کلی در این دو گروه تفاوت معنی‌داری ندارد، هر چند که در برخی حوزه‌های خاص هوش معنوی مانند خودآگاهی، وضعیت سالمندانی که همراه خانواده زندگی می‌کردند بهتر بود (۹). مدرسه‌های شاد و آموزش‌های مناسب، عامل‌های مهمی در ایجاد و ارتقای مؤلفه‌های سلامت روان دانش‌آموزان و از جمله هوش معنوی آن‌ها به شمار می‌روند. از این رو، در این تحقیق بر آن شدیم تا اثر هوش معنوی را با مداخله بر اساس بسته‌ی آموزشی ریچارد بوتل بر سلامت روان جامعه‌ی دانش‌آموزی بررسی کنیم.

های مدرسه را دوره‌ی سازنده در رشد انسان می‌دانند، محیط مدرسه وسیله‌ی مناسبی برای ارتقای سلامت، عزت نفس، توانمندی‌های زندگی و رفتار مناسب است (۱). متخصصان سازمان بهداشت جهانی (WHO)، سلامت روان را توانایی سازگاری با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی، حل تضادها و برآوردن تمایلات به صورت منطقی، منصفانه و مناسب در نظر می‌گیرند (۲). سازه‌ی هوش معنوی به عنوان یکی از مؤلفه‌های مؤثر در سلامت روان است؛ مفهومی که در پرتو توجه و علاقه‌ی روان‌شناسان به حوزه‌ی دین و معنویت نضج گرفته است. مفهوم هوش معنوی در ادبیات آکادمیک روان‌شناسی برای اولین بار در سال ۱۹۹۶ توسط استیونز و بعد در سال ۱۹۹۹ توسط رابرت امونز مطرح شد. از نظر امونز هوش معنوی عبارت از کاربرد انطباقی اطلاعات معنوی با هدف تسهیل حل مسائل روزمره و دستیابی به هدف است (۳).

هوش معنوی به توانایی انسان در طراحی خلاقانه‌ی سئوالات در زندگی اشاره دارد. در یک جامعه‌ی آماری این مسئله به والدین کمک می‌کند تا بر سلامت روان بچه‌ها اثرگذار باشند. قاسم محمدیاری در تحقیقی نشان داد والدینی که هوش معنوی بالاتری دارند، سطح سلامت روان فرزندانشان نیز بالاتر است و به عکس (۴).

در تعریف‌ها و الگوهای پیشنهادی هر یک از صاحب‌نظران درباره‌ی اثرگذاری هوش معنوی بر توانایی‌ها، ظرفیت‌ها، و منابع گوناگون تأکید شده است. از نظر امونز، هوش معنوی، کاربرد انطباقی اطلاعات معنوی برای حل مسئله در زندگی روزانه و فرآیند دستیابی به هدف است. وی به صورت ابتکاری پنج مؤلفه‌ی ظرفیت تعالی (فراگذشتن از دنیای جسمانی و مادی و متعالی کردن آن)، توانایی ورود به حالت‌های معنوی هوشیارانه، توانایی آراستن فعالیت‌ها و حوادث و روابط زندگی روزانه با احساسی از تقدس، توانایی استفاده از منابع معنوی برای حل مسائل زندگی و ظرفیت درگیری در رفتار فضیلت‌مآبانه (بخشش، سپاسگزاری، فروتنی و شفقت) را برای هوش معنوی پیشنهاد کرده است (۵).

به طور کلی می‌توان پیدایش سازه‌ی هوش معنوی را کاربرد ظرفیت‌ها و منابع معنوی در زمینه‌ها و موقعیت‌های عملی دانست. افراد، زمانی هوش معنوی را به کار می‌برند که بخواهند از ظرفیت‌ها و منابع معنوی برای تصمیم‌گیری‌های مهم و اندیشیدن در موضوعات وجودی (غیر قابل اجتناب بودن مرگ، آزادی و مسئولیت همراه آن، انزوای وجودی، بی‌معنایی) یا تلاش برای حل مسائل روزانه استفاده کنند (۵).

1 Amram

2 Jain

3 T-Test

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، پژوهشی تجربی از نوع کارآزمایی بالینی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون باگروه کنترل است. جامعه‌ی مورد مطالعه، دانش‌آموزان مقطع متوسطه‌ی هنرستان فنی- حرفه‌ی شهید چمران منطقه‌ی ۱۴ تهران است.

روش نمونه‌گیری در این پژوهش، خوشه‌ی چند مرحله‌ی است. بدین صورت که از بین هنرستان و دبیرستان‌های منطقه‌ی ۱۴ تهران، چند مدرسه انتخاب شد و از بین آن‌ها، هنرستان فنی- حرفه‌ی شهید چمران جامعه‌ی هدف شد و مورد مطالعه قرار گرفت. از بین دانش‌آموزان این مدرسه، ۶۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند. قبل از انتخاب گروه آزمایشی به منظور حذف متغیرهای مداخله‌گر در این پژوهش، از همسان‌سازی استفاده کردیم؛ پس از آن، آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (۳۰ نفر) و گروه کنترل (۳۰ نفر) قرار گرفتند. ۲ نفر از آزمودنی‌های گروه کنترل ریزش داشتند، بنابراین ما ۲۸ نفر آزمودنی در گروه کنترل خود داشتیم. آزمودنی‌های گروه آزمایش در هفت جلسه‌ی هفتگی هوش معنوی بررسی شدند. گروه کنترل، درمانی دریافت نکرد. روش کار به این صورت بود که ابتدا با استفاده از پرسش‌نامه‌ی SCL-90 دانش‌آموزان مورد ارزیابی قرار گرفتند و سپس دانش‌آموزانی که نمره‌ی بالا دریافت کرده بودند به طور تصادفی در دو گروه مداخله و گواه قرار گرفتند. برای مداخله‌ی هوش معنوی از کتاب هفت گام آموزش هوش معنوی، اثر ریچارد بوئل که این بسته‌ی آموزشی قبلاً نیز در مطالعه‌های دیگر به کار گرفته شده و از پایایی و روایی مناسبی برخوردار است، استفاده شد (۱۰).

برای ارزیابی سلامت روان از پرسش‌نامه‌ی سلامت روان SCL-90 استفاده شد. این آزمون شامل ۹۰ سؤال برای ارزشیابی علایم روانی است که پاسخ دهنده آن را تکمیل می‌کند و اولین بار برای نشان دادن جنبه‌های روان‌شناختی بیماران جسمی و روانی طرح‌ریزی گردیده است. پاسخ‌هایی که آزمودنی به هر یک از ۹۰ سؤال آزمون می‌دهد در مقیاسی پنج درجه‌ی از میزان ناراحتی از هیچ‌گاه تا به شدت مشخص می‌گردد. ۹۰ سؤال این آزمون ۹ بُعد از علائم بیماری‌های روانی و سه شاخص کلی را شامل می‌شود که این ۹ بُعد عبارتند از شکایت‌های جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس مرضی، افکار پارانوئید و روان‌پریشی. علاوه بر این ۹ بُعد، نمره‌گذاری و تفسیر آزمون به کمک سه شاخص کلی علائم مرضی، معیار ضریب ناراحتی و جمع علائم مرضی صورت می‌گیرد. مطالعات

مختلف حاکی از پایایی بالای این پرسش‌نامه هاست (۱۱). در چند مطالعه در مناطق شهری و روستایی ایران از این آزمون برای غربال‌گری اختلال‌های روانی استفاده شده است (۱۲). مطالعه‌ها نشان داده که این ابزار از اعتبار و پایایی مناسبی در جمعیت ایرانی برخوردار است (۱۳). در این پژوهش با توجه به فرض‌های پژوهش و گروه نمونه، از آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد، جدول‌ها و نمودارها) و آمار استنباطی (آزمون‌های دو، تی مستقل و تی همبسته، آزمون همبستگی پیرسون و مدل رگرسیون هم‌زمان) استفاده شده است. روش کار به این صورت بود که برای آنالیز متغیرهای کیفی تحقیق، از آزمون‌های دو و برای آنالیز متغیرهای کمی تحقیق، از آزمون‌های تی مستقل استفاده گردید. همچنین برای بررسی همبستگی بین متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد و در صورت معناداری ضریب همبستگی، از مدل رگرسیون هم‌زمان استفاده گردید. با توجه به اینکه توزیع داده‌های ما نرمال است و از روش همسان‌سازی برای حذف متغیرهای مداخله‌گر استفاده شده، بنابراین ما از تی همبسته برای مقایسه‌ی دو گروه همبسته (آزمایشی و کنترل) استفاده کردیم. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم افزار SPSS صورت گرفته است.

پژوهش حاضر با کسب اجازه‌ی کتبی از مسئولان محترم دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و مسئولان محترم آموزش و پرورش منطقه‌ی ۱۴ شهر تهران صورت گرفته است، همچنین اهداف پژوهش و اینکه اطلاعات شخصی شرکت-کنندگان به صورت محرمانه حفظ خواهد شد، توضیح داده شده است.

یافته‌ها

بعد از اجرای آزمون SCL-90-R بر روی هر دو گروه آزمایش و کنترل و بعد از نمره‌گذاری اولیه، داده‌های مورد نظر تجزیه و تحلیل گردید. در این پژوهش تعداد ۵۸ نفر از دانش‌آموزان دوره‌ی متوسطه انتخاب گردیدند. گروه آزمایش شامل ۳۰ نفر با میانگین سنی ۱۴/۹۳ سال و گروه کنترل شامل ۲۸ نفر با میانگین سنی ۱۴/۸۲ بود. دو گروه (آزمایش و کنترل) از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (سن و جنس، بومی و غیر بومی بودن) و نمره‌ی پیش‌آزمون با هم همسان بودند ($P > 0.05$). هوش معنوی به طور معناداری موجب کاهش حساسیت در روابط متقابل، شکایت‌های جسمانی، وسواسی- اجباری، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی گردید. برای این که نشان دهیم نتایج به دست

پارامتریک را با استفاده از آزمون کلموگروف اسمیرنوف بررسی کردیم. نتایج حاصل از این آزمون در جدول ۱ نشان داده شده است.

آمده ناشی از اعمال مداخلات بوده و نه تفاوت اولیه‌ی بین گروه‌های مورد بررسی، ابتدا گروه‌ها را از لحاظ متغیرهای مورد بررسی با هم مقایسه کردیم تا از همسان بودن گروه‌ها مطمئن شویم. برای انتخاب آزمون مناسب ابتدا شرایط اجرای آزمون

جدول ۱. جدول کلموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن داده‌ها

متغیر	انحراف استاندارد \pm میانگین	Z کلموگروف اسمیرنوف	معناداری	تعداد
نمره‌ی پیش آزمون حساسیت در روابط متقابل	$۹/۰۷ \pm ۶/۴۲$	۱/۳۹	۰/۰۴	۵۸
نمره‌ی پیش آزمون شکایت‌های جسمانی	$۹/۲۹ \pm ۶/۲۶$	۰/۸۸	۰/۴۱	۵۸
نمره‌ی پیش آزمون وسواسی- اجباری	$۱۰/۷۲ \pm ۶/۴۰$	۱/۳۱	۰/۰۶	۵۸
نمره‌ی پیش آزمون افسردگی	$۱۱/۴۵ \pm ۸/۰۲$	۱/۵۹	۰/۰۱	۵۸
نمره‌ی پیش آزمون پرخاشگری	$۶/۷۸ \pm ۴/۸۴$	۱/۳۸	۰/۰۴	۵۸
نمره‌ی پیش آزمون اضطراب	$۷/۸۴ \pm ۵/۵۰$	۱/۷۳	۰/۰۰۵	۵۸
نمره‌ی پیش آزمون ترس مرضی	$۴/۰۸ \pm ۳/۵۳$	۱/۰۶	۰/۲۱	۵۸
نمره‌ی پیش آزمون افکار پارانوئید	$۹/۴۶ \pm ۵/۸۴$	۱/۲۹	۰/۰۶	۵۸
نمره‌ی پیش آزمون روان‌پریشی	$۹/۳۱ \pm ۶/۳۶$	۱/۳۷	۰/۰۴	۵۸
نمره‌ی پیش آزمون کلی	$۸۶/۱۵ \pm ۴۶/۶۸$	۱/۳۲	۰/۰۶	۵۸

جدول ۲- نتایج آزمون تی تست مستقل برای بررسی تفاوت پیش آزمون‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل

نمره‌ی پیش آزمون	گروه	انحراف معیار \pm میانگین	معناداری
شکایت‌های جسمانی	آزمایش	$۸/۰۶ \pm ۶/۰۱$	۰/۴۳
	کنترل	$۱۰/۶۰ \pm ۶/۳۵$	
وسواسی- جبری	آزمایش	$۹/۹۳ \pm ۷/۵۲$	۰/۳۸
	کنترل	$۱۱/۵۷ \pm ۴/۹۳$	
ترس مرضی	آزمایش	$۴/۷۶ \pm ۳/۳۳$	۰/۴۴
	کنترل	$۳/۷۵ \pm ۳/۶۴$	
پارانویا	آزمایش	$۸/۷۶ \pm ۴/۹۵$	۰/۱۵
	کنترل	$۱۰/۲۱ \pm ۶/۶۷$	
نمره‌ی کلی	آزمایش	$۷۶/۸۰ \pm ۴۱/۸۰$	۰/۱۱
	کنترل	$۹۶/۱۷ \pm ۵۰/۲۲$	

در آزمون کلموگروف اسمیرنوف هر وقت سطح معنی‌داری بیش‌تر از ۰/۰۵ باشد، نرمال است و می‌توان از آزمون پارامتریک استفاده کرد. بنابراین در مورد متغیرهایی که سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ آماری داشتند، از آزمون تی تست و در مورد آن‌هایی که سطح کم‌تر داشتند، از آزمون یومن ویتنی استفاده شد. همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده، داده‌ها در متغیرهای شکایت‌های جسمانی، وسواسی- جبری، ترس مرضی و پارانویا از توزیع نرمال برخوردار هستند که نتایج حاصل از آزمون تی تست برای این متغیرها در جدول ۵ گزارش شده است.

همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد، توزیع تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون در تمام متغیرها نرمال است، یعنی هم‌فوارگی وجود دارد.

نتایج بررسی برای تفاوت پیش‌آزمون‌های دو گروه نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه از لحاظ پیش‌آزمون وجود ندارد، برای همین می‌توان بین دو گروه، تفاوت پس‌آزمون و پیش‌آزمون را محاسبه کرد، به این صورت که ابتدا پیش‌آزمون را از پس‌آزمون کسر و با استفاده از آزمون تی تست، گروه‌ها را مقایسه می‌کنیم که نتایج آن در ادامه ارائه شده است. در ابتدا یافته‌های مربوط به مقایسه‌ی دو گروه با استفاده از تی تست مستقل ارائه می‌شود، سپس نتایج حاصل از تی تست وابسته ارائه می‌گردد. برای مقایسه‌ی نمره‌های دو گروه آزمایش و کنترل از آزمون تی مستقل استفاده گردید که یافته‌ها در جدول ۸ گزارش شده است.

همان‌طور که در جدول ۲ آورده شده، بین نمره‌ی پیش‌آزمون تی تست همه‌ی متغیرهای گزارش شده در دو گروه آزمایش و کنترل در سطح $p < 0/05$ ، تفاوت معناداری وجود ندارد. در مورد متغیرهایی که از توزیع نرمال برخوردار نبودند، از آزمون‌های ناپارامتریک استفاده گردید که نتایج حاصل از این آزمون‌ها در جدول ۶ آورده شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون من ویتنی برای بررسی تفاوت پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل

پیش‌آزمون	گروه	تعداد	میانگین رتبه	معناداری
حساسیت در روابط متقابل	آزمایش	۳۰	۲۶/۱۸	۰/۱۲
	کنترل	۲۸	۳۳/۰۵	
افسردگی	آزمایش	۳۰	۲۶/۰۷	۰/۱۰
	کنترل	۲۸	۳۳/۱۸	
پرخاشگری	آزمایش	۳۰	۲۶/۱۲	۰/۱۱
	کنترل	۲۸	۳۳/۱۲	
اضطراب	آزمایش	۳۰	۲۵/۸۵	۰/۰۸
	کنترل	۲۸	۳۳/۴۱	
روان‌پریشی	آزمایش	۳۰	۲۶/۲۲	۰/۱۲
	کنترل	۲۸	۳۳/۰۲	

جدول ۳ سطح معناداری متغیرها را نشان می‌دهد که در سطح $0/05$ در آن‌ها تفاوت معناداری وجود ندارد. برای بررسی نرمال بودن توزیع تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون، از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۵ آورده شده است.

جدول ۴. آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون

تفاوت نمره‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون	انحراف استاندارد \pm میانگین	معناداری
حساسیت در روابط متقابل	$2/77 \pm 9/49$	۰/۵۰
شکایت‌های جسمانی	$2/87 \pm 9/12$	۰/۲۴
وسواسی - جبری	$4/01 \pm 9/77$	۰/۴۱
افسردگی	$3/17 \pm 1/20$	۰/۱۲
پرخاشگری	$1/75 \pm 8/97$	۰/۰۸
اضطراب	$2/15 \pm 9/60$	۰/۲۶
ترس مرضی	$0/81 \pm 6/64$	۰/۲
پارانویا	$3/82 \pm 7/83$	۰/۲۷
روان‌پریشی	$3/87 \pm 9/15$	۰/۴۴

جدول ۵- نتایج آزمون تی تست گروه‌های مستقل برای بررسی وجود تفاوت بین گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون		تفاوت نمره‌ی پس آزمون و پیش آزمون
		انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
حساسیت در روابط متقابل	آزمایش	7.13±6.98	3.73	5.26±	0.02	
	کنترل	10.32	10.21	0.1	0.96	
	مقدار p	0.12		0.03		
شکایت‌های جسمانی	آزمایش	6.86	3.46	5.2	0.02	
	کنترل	10.60	10.21	0.39	0.84	
	مقدار p	0.12		0.04		
وسواسی - جبری	آزمایش	8.77	4.5	7.1	0.02	
	کنترل	11.57±4.93	10.85	0.71	0.73	
	مقدار p	0.33		0.01		
افسردگی	آزمایش	8.63	9.4	7.16	07.0	
	کنترل	13.18	28.14	-1.10	69.0	
	مقدار p	0.10		0.008		
پرخاشگری	آزمایش			4.03	0.02	
	کنترل	7.64±5.11	9.07	-0.67	0.75	
	مقدار p	0.11		0.04		
اضطراب	آزمایش	5.33	3.93	4.23	0.3	
	کنترل	9.07	9.14	-0.07	0.97	
	مقدار p	0.08		0.08		
ترس مرضی	آزمایش	2.6	1.43	3.53	0.18	
	کنترل	3.35	5.46	-2.10	0.16	
	مقدار p	0.13		0.001		
پارانویا	آزمایش	8±5.42	4.3	5.6	0.008	
	کنترل	10.21±6.67	8.28	1.92	0.30	
	مقدار p	0.35		0.07		
روان‌پریشی	آزمایش	5.46±5.58	3.33	5.43	0.13	
	کنترل	10.82±7.62	8.60	2.21	0.33	
	مقدار p	0.12		0.80		
مجموع	آزمایش	62.26±52.16	34.36	27.09	0.03	
	کنترل	96.17±50.22	92.42	3.75	84.0	
	مقدار p	0.11		0.27		

همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌کنیم، بعد از تجزیه و تحلیل داده‌ها، میانگین مقیاس حساسیت در روابط متقابل ۲/۷۷ و انحراف استاندارد آن ۹/۴۹ است. مقدار t برابر با ۲/۲۲ و معناداری آن نیز ۰/۰۳ شده است همچنین با توجه به جدول ۸، در آزمون تی تست گروه‌های مستقل نیز مقدار معناداری آن ۰/۰۳ به دست آمد. با توجه به این داده‌ها، نتیجه می‌گیریم که بین نمره‌ی پیش آزمون و پس آزمون مقیاس حساسیت در روابط متقابل در سطح $p < 0/05$ تفاوت معناداری وجود دارد و با اطمینان ۰/۹۵ فرض خلاف پذیرفته می‌شود. یعنی آموزش

همان‌طور که در جدول ۵ آورده شده است، بین نمره‌ی پیش-آزمون و پس‌آزمون دو گروه در سطح $p < 0/05$ در همه‌ی متغیرها تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۶. نتایج آزمون تی تست وابسته برای متغیر حساسیت در گروه آزمایش، در روابط متقابل دانش‌آموزان دبیرستانی منطقه‌ی ۱۴ تهران

متغیر	انحراف استاندارد میانگین	t	معناداری
حساسیت در روابط متقابل	۲/۷۷ ۹/۴۹	۲/۲۲	۰/۰۳

همچنین با توجه به جدول ۵، در آزمون تی تست گروه‌های مستقل نیز مقدار معناداری آن ۰/۰۱ به دست آمد. این مسئله بیانگر این است که بین نمره‌ی پیش آزمون و پس آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در مقیاس وسواسی- جبری در سطح $p < 0/05$ تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۹- نتایج آزمون تی تست برای متغیر افسردگی دانش آموزان دبیرستانی منطقه‌ی ۱۴ تهران

متغیر	انحراف استاندارد	میانگین	t	معناداری
افسردگی	۳/۱۷	۱۲/۰۲	۲/۰۰۹	۰/۰۴

همان‌طور که در جدول ۹ مشاهده می‌کنیم، بعد از تجزیه و تحلیل داده‌ها، میانگین متغیر افسردگی ۳/۱۷ و انحراف استاندارد آن ۱۲/۰۲ است. مقدار t برابر با ۲/۰۰۹ و معناداری آن نیز ۰/۰۴ شده است. با توجه به این داده‌ها، نتیجه می‌گیریم که بین نمره‌ی پیش آزمون و پس آزمون مقیاس افسردگی در سطح $p < 0/05$ تفاوت معناداری وجود دارد و با اطمینان ۰/۹۵ فرض خلاف پذیرفته می‌شود. یعنی آموزش مبتنی بر هوش معنوی بر میزان افسردگی دانش‌آموزان دبیرستانی منطقه‌ی ۱۴ تهران مؤثر است. همچنین با توجه به جدول ۵، در آزمون تی تست گروه‌های مستقل نیز مقدار معناداری آن ۰/۰۰۸ به دست آمد. این مسئله بیانگر این است که بین نمره‌ی پیش آزمون و پس آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در مقیاس افسردگی در سطح $p < 0/05$ تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۱۰- نتایج آزمون تی تست برای متغیر پرخاشگری دانش آموزان دبیرستانی منطقه‌ی ۱۴ تهران

متغیر	انحراف استاندارد	میانگین	t	معناداری
پرخاشگری	۱/۷۵	۸/۹۷	۱/۴۹	۰/۰۴

همان‌طور که در جدول ۱۰ مشاهده می‌کنیم، بعد از تجزیه و تحلیل داده‌ها، میانگین متغیر افسردگی ۱/۷۵ و انحراف استاندارد آن ۸/۹۷ است. مقدار t برابر با ۱/۴۹ و معناداری آن نیز ۰/۰۴ شده است. با توجه به این داده‌ها، نتیجه می‌گیریم که بین نمره‌ی پیش آزمون و پس آزمون مقیاس افسردگی در سطح $p < 0/05$ تفاوت معناداری وجود دارد و با اطمینان ۰/۹۵ فرض خلاف پذیرفته می‌شود. یعنی آموزش مبتنی بر هوش معنوی بر میزان پرخاشگری دانش‌آموزان دبیرستانی منطقه‌ی ۱۴ تهران مؤثر است. همچنین با توجه به جدول ۵، در آزمون تی تست گروه‌های مستقل نیز مقدار معناداری آن ۰/۰۴ به دست آمد. این مسئله بیانگر این است

مبتنی بر هوش معنوی بر حساسیت در روابط متقابل دانش-آموزان دبیرستانی منطقه‌ی ۱۴ تهران مؤثر است. همچنین با توجه به جدول ۵، در آزمون تی تست گروه‌های مستقل نیز مقدار معناداری آن ۰/۰۳ به دست آمد. این مسئله بیانگر این است که بین نمره‌ی پیش آزمون و پس آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در مقیاس حساسیت در روابط متقابل در سطح $p < 0/05$ تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۷- نتایج آزمون تی تست برای متغیر شکایت‌های جسمانی دانش‌آموزان دبیرستانی منطقه‌ی ۱۴ تهران

متغیر	انحراف استاندارد	میانگین	t	معناداری
شکایت‌های جسمانی	۲/۸۷	۹/۱۲	۲/۴۰	۰/۰۲

همان‌طور که در جدول ۷ مشاهده می‌کنیم، بعد از تجزیه و تحلیل داده‌ها، میانگین شکایت‌های جسمانی ۲/۸۷ و انحراف استاندارد آن ۹/۱۲ است. مقدار t برابر با ۲/۴۰ و معناداری آن نیز ۰/۰۲ شده است. با توجه به این داده‌ها، نتیجه می‌گیریم که بین نمره‌ی پیش آزمون و پس آزمون مقیاس حساسیت در روابط متقابل در سطح $p < 0/05$ تفاوت معناداری وجود دارد و با اطمینان ۰/۹۵ فرض خلاف پذیرفته می‌شود. یعنی آموزش مبتنی بر هوش معنوی بر شکایت‌های جسمانی دانش‌آموزان دبیرستانی منطقه‌ی ۱۴ تهران مؤثر است. همچنین با توجه به جدول ۵، در آزمون تی تست گروه‌های مستقل نیز مقدار معناداری آن ۰/۰۴ به دست آمد. این مسئله بیانگر این است که بین نمره‌ی پیش آزمون و پس آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در مقیاس شکایات جسمانی در سطح $p < 0/05$ تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۸- نتایج آزمون تی تست برای متغیر وسواسی- جبری دانش‌آموزان دبیرستانی منطقه‌ی ۱۴ تهران

متغیر	انحراف استاندارد	میانگین	t	معناداری
وسواسی- جبری	۴/۰۱	۹/۷۷	۳/۱۲	۰/۰۰۳

همان‌طور که در جدول ۸ مشاهده می‌کنیم، بعد از تجزیه و تحلیل داده‌ها، میانگین متغیر وسواسی- جبری ۴/۰۱ و انحراف استاندارد آن ۹/۷۷ است. مقدار t برابر با ۳/۱۲ و معناداری آن نیز ۰/۰۳ شده است. با توجه به این داده‌ها، نتیجه می‌گیریم که بین نمره‌ی پیش آزمون و پس آزمون مقیاس وسواسی- جبری در سطح $p < 0/05$ تفاوت معناداری وجود دارد و با اطمینان ۰/۹۵ فرض خلاف پذیرفته می‌شود. یعنی آموزش مبتنی بر هوش معنوی بر میزان وسواسی- جبری دانش‌آموزان دبیرستانی منطقه‌ی ۱۴ تهران مؤثر است.

مقیاس ترس مرضی در سطح $p < 0/05$ تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۱۳. نتایج آزمون تی تست برای متغیر پارانوای دانش‌آموزان دبیرستانی منطقه‌ی ۱۴ تهران

متغیر	انحراف استاندارد	میانگین	t	معناداری
پارانویا	۷/۸۳	۳/۸۲	۳/۷۲	۰/۰۰

همان‌طور که در جدول ۱۳ مشاهده می‌کنیم، بعد از تجزیه و تحلیل داده‌ها، میانگین متغیر پارانوای ۳/۸۲ و انحراف استاندارد آن ۷/۸۳ است. مقدار t برابر با ۳/۷۲ و معناداری آن نیز ۰/۰۰ شده است. با توجه به این داده‌ها، نتیجه می‌گیریم که بین نمره‌ی پیش آزمون و پس آزمون مقیاس پارانوای در سطح $p < 0/05$ تفاوت معناداری وجود دارد و با اطمینان ۰/۹۵ فرض خلاف پذیرفته می‌شود. یعنی آموزش مبتنی بر هوش معنوی بر میزان پارانوای دانش‌آموزان دبیرستانی منطقه‌ی ۱۴ تهران مؤثر است. همچنین با توجه به جدول ۵، در آزمون تی تست گروه‌های مستقل نیز مقدار معناداری آن ۰/۰۷ به دست آمد. این مسئله بیانگر این است که بین نمره‌ی پیش آزمون و پس آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در مقیاس پارانوای در سطح $p < 0/05$ تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۱۴. نتایج آزمون تی تست برای متغیر روان‌پریشی دانش‌آموزان دبیرستانی منطقه‌ی ۱۴ تهران

متغیر	انحراف استاندارد	میانگین	t	معناداری
روان‌پریشی	۹/۱۵	۳/۸۷	۳/۲۲	۰/۰۲

همان‌طور که در جدول ۱۴ مشاهده می‌کنیم، بعد از تجزیه و تحلیل داده‌ها، میانگین متغیر روان‌پریشی ۳/۸۷ و انحراف استاندارد آن ۹/۱۵ است. مقدار t برابر با ۳/۲۲ و معناداری آن نیز ۰/۰۲ شده است. با توجه به این داده‌ها، نتیجه می‌گیریم که بین نمره‌ی پیش آزمون و پس آزمون مقیاس روان‌پریشی در سطح $p < 0/05$ تفاوت معناداری وجود دارد و با اطمینان ۰/۹۵ فرض خلاف پذیرفته می‌شود. یعنی آموزش مبتنی بر هوش معنوی بر میزان روان‌پریشی دانش‌آموزان دبیرستانی منطقه‌ی ۱۴ تهران مؤثر است. همچنین با توجه به جدول ۵، در آزمون تی تست گروه‌های مستقل نیز مقدار معناداری آن ۰/۰۸ به دست آمد. این مسئله بیانگر این است که بین نمره‌ی پیش آزمون و پس آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در مقیاس روان‌پریشی در سطح $p < 0/05$ تفاوت معناداری وجود دارد.

که بین نمره‌ی پیش آزمون و پس آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در مقیاس پرخاشگری در سطح $p < 0/05$ تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۱۱. نتایج آزمون تی تست برای متغیر اضطراب دانش‌آموزان دبیرستانی منطقه‌ی ۱۴ تهران

متغیر	انحراف استاندارد	میانگین	t	معناداری
اضطراب	۹/۶۰	۲/۱۵	۱/۷۰	۰/۰۹

همان‌طور که در جدول ۱۱ مشاهده می‌کنیم، بعد از تجزیه و تحلیل داده‌ها، میانگین متغیر اضطراب ۲/۱۵ و انحراف استاندارد آن ۹/۶۰ است. مقدار t برابر با ۱/۷۰ و معناداری آن نیز ۰/۰۹ شده است. با توجه به این داده‌ها، نتیجه می‌گیریم که بین نمره‌ی پیش آزمون و پس آزمون مقیاس اضطراب در سطح $p < 0/05$ تفاوت معناداری وجود دارد و با اطمینان ۰/۹۵ فرض خلاف پذیرفته می‌شود. یعنی آموزش مبتنی بر هوش معنوی بر میزان اضطراب دانش‌آموزان دبیرستانی منطقه‌ی ۱۴ تهران مؤثر است. همچنین با توجه به جدول ۵، در آزمون تی تست گروه‌های مستقل نیز مقدار معناداری آن ۰/۰۸ به دست آمد. این مسئله بیانگر این است که بین نمره‌ی پیش آزمون و پس آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در مقیاس اضطراب در سطح $p < 0/05$ تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۱۲. نتایج آزمون تی تست برای متغیر ترس مرضی دانش‌آموزان دبیرستانی منطقه‌ی ۱۴ تهران

متغیر	انحراف استاندارد	میانگین	t	معناداری
ترس مرضی	۶/۶۴	۰/۸۱	۰/۹۲	۰/۰۳

همان‌طور که در جدول ۱۲ مشاهده می‌کنیم، بعد از تجزیه و تحلیل داده‌ها، میانگین متغیر ترس مرضی ۰/۸۱ و انحراف استاندارد آن ۶/۶۴ است. مقدار t برابر با ۰/۹۲ و معناداری آن نیز ۰/۰۳ شده است. با توجه به این داده‌ها، نتیجه می‌گیریم که بین نمره‌ی پیش آزمون و پس آزمون مقیاس ترس مرضی در سطح $p < 0/05$ تفاوت معناداری وجود دارد و با اطمینان ۰/۹۵ فرض خلاف پذیرفته می‌شود. یعنی آموزش مبتنی بر هوش معنوی بر میزان ترس مرضی دانش‌آموزان دبیرستانی منطقه‌ی ۱۴ تهران مؤثر است. همچنین با توجه به جدول ۵، در آزمون تی تست گروه‌های مستقل نیز مقدار معناداری آن ۰/۰۱ به دست آمد. این مسئله بیانگر این است که بین نمره‌ی پیش آزمون و پس آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در

بحث

نشد و تفاوت معنادار نبود. این نتایج نشان می‌دهد که مداخله‌ی هوش معنوی در بهبود سلامت روان و کاهش پرخاشگری که یکی از مؤلفه‌های آن است، تأثیر دارد. نمره‌های پس‌آزمون گروه آزمایش که تحت مداخله‌ی هوش معنوی قرار گرفته، به شکل معناداری کاهش یافته است، در حالی که این تفاوت در گروه کنترل دیده نشد و تفاوت معنادار نبود. یافته‌های این پژوهش با نتایج آنیماساهون (۳۲)، حمید و همکاران (۱۸)، عابدی و سرخی (۲۲)، بارون (۳۳) و پارگامنت (۳۴) همسو است. مشخص شد که بین نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه کنترل و آزمایش در مقیاس ترس مرضی، پارانوایا، و روان‌پریشی تفاوت معناداری وجود دارد.

پیشنهادها

- بالا بردن اطلاعات دانش‌آموزان، خانواده‌ها و معلمان در زمینه‌ی فواید و اثرات هوش معنوی بر سلامت روان دانش‌آموزان.
- با توجه به اثرات مثبتی که هوش معنوی بر سلامت روان افراد مختلف جامعه دارد، پیشنهاد می‌گردد که چنین پژوهشی روی جامعه‌های آماری و گروه‌های سنی دیگر هم انجام گردد.
- با توجه به هزینه‌ها و رفتارهایی که مشکلات و ناراحتی‌های روانی برای جامعه به دنبال دارد، پیشنهاد می‌شود که با استفاده از اطلاعاتی در این زمینه از طریق نهادهای مختلف مثل رسانه‌ها، مجلات و ... برای پیشگیری افراد جامعه از چنین هزینه‌ها و مشکلاتی پیش برویم.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران مراتب سپاس خود را از مدیر و مسئولان محترم هنرستان فنی- حرفه‌یی شهید چمران و همه‌ی شرکت-کنندگان در این پژوهش به عمل می‌آورند، ضمناً از مدیر مرکز مطالعات دین و سلامت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، حاج آقای عبدالجباری؛ و دبیر محترم، دکتر رضایی طاویرانی؛ و سرکار خانم کرمخانی کمال تشکر و قدردانی اعلام می‌گردد.

References

- 1- Davood Yahyaei et al, The school role in lively education and students mental health /Procedia- social and behavioral science 47 (2012) 1408 – 1412.
- 2-Romazpour & Colleagues (2002), Mental healthof female studentsin secondaryandpre-universityTehran District 9, Journal of Psychologyand Educational Sciences, 278, 41-34.

بعد از تجزیه و تحلیل داده‌ها، نتایج توصیفی نشان می‌دهد که بیش‌ترین نمره‌ی میانگین در پیش‌آزمون، مربوط به مقیاس وسواسی- اجباری گروه کنترل است و کم‌ترین نمره‌ی میانگین در پیش‌آزمون نیز مربوط می‌شود به مقیاس ترس مرضی در گروه کنترل. در پس‌آزمون بیش‌ترین نمره‌ی میانگین مربوط به مقیاس افسردگی در گروه کنترل و کم‌ترین نمره نیز متعلق به مقیاس ترس مرضی است. مشخص شد که بین نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه کنترل و آزمایش در مقیاس حساسیت در روابط متقابل، تفاوت معناداری وجود دارد. یافته‌های این پژوهش با نتایج سعد و همکاران (۱۴)، فری (۱۵)، گودرزی (۱۶)، هادی تبار و همکاران (۱۷)، حمید و همکاران (۱۸)، یعقوبی و همکاران (۱۹)، لطفی و سیار (۲۰)، بوژمهرانی (۲۱)، عابدی و سرخی (۲۲) همسو است و با یافته‌ی جین و پوروهیت (۲۳) همسو نیست، که دلیل این ناهمخوانی احتمالاً شرایط خاص آزمودنی‌ها و نحوه‌ی اجرای آزمون بوده است. در تبیین این فرضیه باید گفت که در واقع اگر استفاده از یک منبع معنوی، تماماً جایگزین هوشی شود که بیشتر مناسب موقعیت است، یا اگر بدون مهارت، دانش یا تجربه‌ی کافی استفاده شود (مثل کاربرد غلط مراقبت یا تفسیر نادرست از متون مقدس)، مطمئناً مشکلات مربوط به حل مسئله افزایش می‌یابد. مشخص شد که بین نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه کنترل و آزمایش در مقیاس شکایت‌های جسمانی تفاوت معناداری وجود دارد. یافته‌های این پژوهش با نتایج هادی تبار و همکاران و لوین (۱۷) همسو است. مشخص شد که بین نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه کنترل و آزمایش در مقیاس وسواسی- جبری تفاوت معناداری وجود دارد. این نتایج نشان می‌دهد که مداخله‌ی هوش معنوی در بهبود سلامت روان و کاهش وسواسی- جبری مؤثر است. مشخص شد که بین نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه کنترل و آزمایش در مقیاس افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد. یافته‌های این پژوهش با نتایج لونتال و همکاران (۲۴)، رازالی (۲۵)، کوئینگ و همکاران (۲۶) پرسمن (۲۷)، سرگلزایی و همکاران (۲۸)، غباری بناب و همکاران (۲۹)، کریم الهی و آقامحمدی (۳۰) و نیلمن و پرسود (۳۱) همسو است. نمره‌های پس‌آزمون گروه آزمایش که تحت مداخله‌ی هوش معنوی قرار گرفته‌اند، به شکل معناداری کاهش یافته است، در حالی که این تفاوت در گروه کنترل دیده

- 3- Sohrabi, Faramarz, Naseri, Esmaeil, Study concept and components of spiritual intelligence and development of an instrument to measure it, *Journal of Research on Psychological Health*, Vol 3, N 4, Winter 2009.
- 4- Ghasem Mohammadyari, Relationship between parents spiritual intelligence, level of education and childrens mental health / *Procedia – Social Behavioral Sciences* 69 (2012) 2114-2118.
- 5- Emmons, R. A. (2000b). Is spirituality intelligence, Motivation, cognition, and the psychology of ultimate concern. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 10(1), 3-26.
- 6- Moalemi, Sedigheh & Colleagues (2010), Investigate the relationship between mental health, spiritual intelligence and dysfunctional thoughts on students, *Journal of Mental Health*, 12 (4) years, P: 704- 709
7. Yaaghoubi, A., et al. (2011). Study of the relationship between spiritual intelligence and Happiness in students of Bou Ali Hamedan University. *Journal of reaserch in Educational systems*. 4(9), pp. 85-95.
8. Amram, Y. (2009). The contribution of emotional and spiritual intelligence to effective business leadership. Doctoral dissertation, Institue of transpersonal psychology, California, Palo Alto.
9. Jain, 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.
- 10- Marashi, Ali (2011), Spiritual Intelligence Training impact on psychological well-being. Anxiety and spiritual intelligence on Iran oil School Students, PhD thesis.
- 11- Yaaghoubi & Colleagues, Psychiatric disorders: Position and how to test and validate the cut score, *Journal of Mental Health*, Vol 1. No 1, Spring 2008.
- 12- Javidi. Hojatollah (1973), Epidemiology of mental disorders in the rural city of Shiraz in Fars, Master's thesis in clinical psychology, Tehran Psychiatric Institute.
- 13- Rezapour, M., 1997, Scl-90 on student test standardization and martyr Chamran Ahvaz Islamic Azad, Master Thesis measure, Allameh Tabatabai University in Tehran.
14. Saad, Z. M., Hatta, Z. A. and Mohamad, N. (2010), The Impact of Spiritual Intelligence on the Health of the Elderly in Malaysia. *Asian Social Work and Policy Review*, 4: 84-97.
15. Frey, B. A. (2007). Discerning life with dreams: the triadic relationship between dreams, discernments, and decision-making. California Institute of Integral Studies. Proquest Information and Learning company.
16. Goodarzi, kourosh. (2012). Interactive effects of spiritual intelligence and life skills education on students' mental health, Case Study: Azad Islamic University Branch Boroojerd, Thesis of Educational Psychology.
17. Haditabar, et al. (2012). Study of effects Component of spiritual intelligence on the quality of life for veterans' spouses Studying adult schools in Tehran in Academic year 2011-2012, *Journal of scientific Veteran medicine*, Year 4, No. 14, pp. 1-11.
- 18 . Hamid, N. et al. (2013). Study of the relationship between mental health and spiritual intelligence with resiliency in students of Kermanshah University of Medical Sciences. *Journal of scientific Jontashapir*, Vol. 3, No. 2.
19. Yaaghoubi, A., et al. (2011). Study of the relationship between spiritual intelligence and Happiness in students of Bou Ali Hamedan University. *Journal of reaserch in Educational systems*. 4(9), pp. 85-95.
20. Lotfi, . & Sayyar. (2009). Study of the relationship between spiritual intelligence and mental health in Men and women over 15 years of living in the city of Behshahr, *Journal of scientific Veteran medicine*, Year 1, No. 4, pp. 12-25.
21. Buzhmehran, . (2009). Determine the relationship between spiritual intelligence and personality disorders in parents Aliabad city. *Journal of scientific Veteran medicine*, Year 1, No. 3, pp. 32-44.
22. Abedi, F., & Sorkhi, z. (2009). The relationship between spiritual intelligence and personality traits in between those old 19 – 50 in Sari, thesis in Behshahr University.
23. Jain, 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.
24. Loewenthal, K. et al (2002). Religion may influence attitudes towards alcohol.
25. Razali, S. M., Hasnah C. I., Aminah K. & Subramaniam M. (1998). Religious-sociocultural psychotherapy in patients with anxiety and depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(6): 867-72.
26. Koeing, H.G., McCulloch, M.e, & Larson, D.B. (2001). *Handbook of religion and health*. New York: Oxford.
27. Pressman HA. (1992). Religious belief, depression and ambulation status in elder women with broken hips. *AMI psychiatry*, 1990, 147: 758-60.
28. Sargolzaei, et al. (2001). Can religious activities to prevention depression, anxiety and substance abuse in students? Presented in First International Conference of Role of Religion in mental health, Iran University of Medical Sciences and Health Services, 12-16 Apr.
29. Ghobari Bonab, B. et al. (2001). Study of relationship to God and wait with anxiety and hope in adverse conditions at Tehran University students. Tehran, Iran University of Medical Sciences, abstracts

of articles in first international conference the role of religion in mental health. Ghobari Bonab, B. et al. (2001). Study of relationship to God and wait with anxiety and hope in adverse conditions at Tehran University students. Tehran, Iran University of Medical Sciences, abstracts of articles in first international conference the role of religion in mental health.

30. KarimAllahi, M. & Aqa Mohammadi, M. (2001). The relationship between religious beliefs and depression among nursing students Ardabil of medical university, presented in first international conference the role of religion in mental health, Tehran, Iran University of Medical Sciences, Apr. 16-19.

31. Neelman, J. & Persaud, R. (1995). Why do Psychiatrists Neglect Religion. *British Journal of Medical Psychology*. 68: 169-178.

32. Animasahun, R. A. (2008). Predictive estimates of emotional intelligence, spiritual intelligence, self-efficacy and creativity skills on conflict resolution behaviour among the nurtw in the south-western nigeria. *Pakistan Journal of Life and Social Sciences*, 6(2): 68-74.

33. Baroun KA. (2006). Relations among religiosity, health, happiness, and anxiety for Kuwaiti adolescents. *Psychological reports*. 2006 Dec;99(3):717-22.

34. Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, Research, Practice*. New York: Guilford.





پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی