

## رابطه هوش هیجانی و هوش معنوی با رفتارهای بهداشتی در دانشجویان

زهرة مجد آبادی فراهانی<sup>۱</sup>

محمد تقی پور<sup>۲</sup>

### چکیده

هدف از این پژوهش تعیین رابطه‌ی بین هوش معنوی و هوش هیجانی با رفتارهای بهداشتی در دانشجویان دانشگاه فرهنگیان شهر سمنان بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان دانشگاه فرهنگیان در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ در شهر سمنان بودند که ۲۴۲ نفر که با روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. شرکت کنندگان به پرسشنامه هوش معنوی کینگ (۲۰۰۸)، هوش هیجانی شوت و دیگران (۱۹۹۸) و پرسشنامه رفتارهای بهداشتی اقتباس شده از خودآزمون سبک زندگی (بابروف، ۲۰۱۸) پاسخ دادند. داده‌های آماری با روش رگرسیون همزمان مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج پژوهش نشان داد بین مولفه‌های هوش معنوی و هوش هیجانی همبستگی وجود دارد، و مولفه‌های تولید معنای شخصی و تنظیم هیجانی توان پیش‌بینی رفتارهای بهداشتی در بین دانشجویان را دارند. نتایج پژوهش می‌توان بیان داشت که آموزش و تقویت هوش هیجانی و هوش معنوی در بین دانشجویان، رفتارهای بهداشتی در آنها نیز تقویت خواهد شد.

**واژه‌گان کلیدی:** هوش معنوی، هوش هیجانی، رفتارهای بهداشتی.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

۱- استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۲- کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه پیام نور سمنان، سمنان، ایران (نویسنده مسئول)

## مقدمه

رفتارهای بهداشتی به‌عنوان یک عامل مهم تعیین‌کننده وضعیت سلامت شناخته شده‌اند (وانگ، ژینگ و ویو<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). رفتار بهداشتی هر فعالیتی است که برای پیشگیری یا تشخیص بیماری یا بهبود سلامت و رفاه انجام می‌شود (کونر و نورمن<sup>۲</sup>، ۱۹۹۶). سبک زندگی و رفتارهای بهداشتی مرتبط با سبک زندگی برخی از عوامل تعیین‌کننده پتانسیل سلامت هستند (بینکوسکا-بوری، کרוک، زیمانسکا، مارک، پناز-زادارکو و ودوویاک<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). شاید ۶۰ درصد از وضعیت سلامتی یک فرد به رفتار سلامت یا سبک زندگی فرد بستگی دارد (سازمان بهداشت جهانی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴). بسیاری از مطالعات پیشنهاد کرده‌اند که رفتارهای سالم باعث کاهش عوارض و مرگ و میر می‌شود (هو، تایلور، بلوو و کوپر<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱؛ ردی، رسنیکوو، جیمز، فونانی، کامباران، عمردین<sup>۶</sup> و دیگران، ۲۰۱۲). در مطالعات انجام شده بر روی رفتار سلامت و تغییر رفتار، رفتارهای بهداشتی معمولاً به رفتارهای مرتبط با فعالیت بدنی، رژیم غذایی و استفاده از مواد روانگردان تقسیم می‌شوند (نورمن و دیگران، ۲۰۰۸). رفتارهای مخاطره آمیز سلامتی اقدامات مضر هستند که میزان عوارض و مرگ و میر را افزایش می‌دهند (شین و کانگ<sup>۷</sup>، ۲۰۱۳؛ اسپرینگ، مولرو و کونز<sup>۸</sup>، ۲۰۱۲). حداقل پنج دسته از رفتارها به طور مداوم با عوارض و مرگ و میر بالا مرتبط هستند که عبارتند از: (۱) مصرف رژیم غذایی پر کالری، چربی بالا، سدیم بالا و مواد مغذی کم (مته<sup>۹</sup>، دیکونینگ و شانونگ<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۹)، (۲) از نظر فیزیکی غیر فعال و کم تحرک (رکسانا، ایسمی عاریف<sup>۱۰</sup>، ماریا چانگ و سهکیم<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۴؛ فوگلهولم<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۰)، (۳) کشیدن سیگار (خان، استوارت، دیویس، هاروی و لیستیکوو<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۵)، (۴) سوء مصرف مواد مانند مصرف

1. Wang, D., Xing, X. H., & Wu, X. B

2. Conner, M., & Norman, P

3. Binkowska-Bury, M., Kruk, W., Szymańska, J, Marć, M., Penar-Zadarko, B., & Wdowiak, L

4. World Health Organization

5. Hu, D., Taylor, T., Blow, J., & Cooper, T.V

6. Reddy, S.P., Resnicow, K., James, S., Funani, I. N., Kambaran, N.S., Omaidien, R.G.

7. Shin, Y.H., & Kang, S.J.

8. Spring, B., Moller, A. C., & Coons, M. J.

9. Mente, A., De Koning, L., Shannon, H.S

10. Roxana Dev, O. D., Ismi Arif, I., Maria Chong, A., & Soh Kim, G.

11. Fogelholm M.

12. Khan, R. J., Stewart, C. P., Davis, S.K., Harvey, D.J., & Leistikow, B.N.

الکل و مواد مخدر (آرتور، کارمو، دوارت، باروسو، نیشیمورا، آلبرهینی<sup>۱</sup> و دیگران، ۲۰۱۵) و (۵) درگیری با رفتارهای جنسی پرخطر (پوشیا، پارت، فریسیکال، تلمن، وادور، دی-پیترو<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵؛ کایکو<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). برعکس، رفتارهای ارتقا دهنده یا محافظتی سلامت با اقداماتی مرتبط است که حساسیت به بیماری را کاهش می دهد و بازسازی سلامت را تسهیل می کند (اسپرینگ و همکاران، ۲۰۱۲) که (۱) از نظر فیزیکی فعال هستند (دیلنس، دیفورچ، بوردیدهوج و کلاریس<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵)، (۲) خوردن میوه ها و سبزیجات (پلوتنیکوف، کاستیگان، ویلیامز، هاتچسون، کندی، روبردز<sup>۵</sup> و دیگران، ۲۰۱۵) و (۳) پابندی به داروهای تجویز شده (ریکلز، مک لین، هس، فارمر، یورکا، ها<sup>۶</sup> و دیگران، ۲۰۱۲). از آنجایی که عادت های زندگی سالم یا رفتاری که در دوران کودکی یا جوانی اتخاذ شده است بعداً در دوران بزرگسالی نیز حفظ خواهد شد (لانسرگ، پلاتچا، لانج، جو هانسن، سبیرل، و مولر<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰). بنابراین عادت های بد مانند رفتارهای ناسالم به سختی قابل تغییر هستند، اما اگر تشخیص و ردیابی این رفتارها در سالهای اولیه ی تحصیل انجام شود، می توان آنها را تغییر داد یا اصلاح کرد (اپتون، نورمن، شیران، هاریس، وب، سیروانگنا<sup>۸</sup> و دیگران، ۲۰۱۳). تعدادی نظریه موجود در رابطه با رفتار سلامتی وجود دارد و بیشتر آنها پیش بینی های مشابهی دارند (دو، کاملدن، جنوک، عبدالله، ایوب و اسماعیل<sup>۹</sup>، ۲۰۱۸). نظریه تأثیر سه گانه (فلای، ۲۰۱۲) چندین نظریه را در یک چارچوب واحد متحد می کند که در آن متغیرهای مستقل در سه جریان تأثیر و چهار سطح علیت سازماندهی شده اند. سه جریان تأثیر نشان دهنده ویژگی های زیست شناسی و شخصیت فرد است که بر خودکارآمدی تأثیر می گذارد (یعنی جریان درون فردی)، ویژگی های بین فردی که بر هنجارهای رفتاری تأثیر می گذارد (به عنوان مثال، وضعیت اجتماعی / جریان زمینه) و عوامل محیطی فرهنگی

1. Arthur Guerra de Andrade, A.G., Carmo, P., Duarte, C.A., Barroso, L.P., Nishimura, R., Alberhini, D.G.

2. Poscia, A., Parente, P., Frisicale, E.M., Telemann, A.A., Waure, C.D., & Di Pietro, M.L.

3. Caico, C.

4. Deliens, T., Deforche, D., De Bourdeaudhuij, I., & and Clarys, P.

5. Plotnikof, R.C., Costigan, S.A., Williams, R.L., Hutchesson, M.J., Kennedy, S.G., Robards, S.L.

6. Rickles, N.M. MacLean, L.G., Hess, K., Farmer, K.C., Yurkon, Y.A., Ha, C.C.

7. Landsberg, B., Plachta-Danielzik, S., Lange, D., Johannsen, M., Seiberl, J., & Muller, M.J.

8. Epton, T., Norman, P., Sheeran, P., Harris, P.R., Webb, T.L., Ciravegna, F.

9. Dev, R. D. O., Kamalden, T. F. T., Geok, S. K., Abdullah, M. C., Ayub, A. F. M., & Ismail, I. A.

گسترده‌تری که بر نگرش نسبت به یک رفتار تأثیر می‌گذارد (یعنی جریان اجتماعی-فرهنگی) (باواریان، فلای، کتچام و اسمیت<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴).

مطالعات حوزه روان‌شناسی سلامت بیش از پیش نشان می‌دهد که ویژگی‌های شخصی فرد، مانند خودآگاهی، الگوهای خانوادگی پذیرفته‌شده و سطح هوش، عوامل مؤثر در رفتار سودمند از لحاظ بهداشتی هستند (دو و دیگران، ۲۰۱۸) از این رو توجه به عوامل مرتبط با رفتارهای بهداشتی اهمیت دارد که می‌توان از میان این عوامل به هوش معنوی<sup>۲</sup> و هوش هیجانی<sup>۳</sup> اشاره کرد. هوش معنوی به عنوان پایه‌ای از هوش عقلانی و هیجانی در نظر گرفته شده است و مطالعات نشان داده اند که هوش هیجانی و هوش معنوی همبستگی داشته و یکدیگر را تقویت می‌کنند (سامول<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰) و هوش معنوی بیشتر، سبب هوش هیجانی زیاد می‌شود (فرامرزی، ۱۳۸۸)؛ همچنین این دو می‌توانند باعث ترویج رفتارهای بهداشتی بهتری شوند (دو و دیگران، ۲۰۱۸).

هوش معنوی به مجموعه‌ای از توانایی‌ها برای استفاده از منابع مذهبی و معنوی برای حل مشکلات معنایی و ارزشی اشاره دارد و همچنین افراد را قادر می‌سازد تا فعالیت‌های خود را رهبری کنند و زندگی خود را در یک مسیر عمیق و معنی‌دار هدایت کنند (ایمانی و دیگران، ۲۰۲۱). هوش معنوی بالاترین سطوح رشد را در حوزه‌های مختلف عاطفی، اخلاقی، شناختی، بین فردی در بر می‌گیرد و به فرد کمک می‌کند تا با پدیده‌های اطراف خود سازگار شود و به پیچیدگی درونی و بیرونی دست یابد (عثمان، عباس و اسحاق<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷). برخی محققان هوش معنوی را به‌عنوان توانایی اصلی، یعنی یک عامل کلی که بر توانایی‌های دیگر تأثیر می‌گذارد و آن‌ها را هدایت می‌کند، در نظر می‌گیرند (کائور، سامباسیوان و کومار<sup>۶</sup>، ۲۰۱۳). معلمی (۲۰۱۴) و کائور و دیگران (۲۰۱۳) نشان داده‌اند که دانشجویانی که دارای هوش معنوی بالاتری هستند، کمتر در معرض ابتلا به اختلالات روانی مانند افسردگی و رفتارهای بهداشتی منفی مانند مصرف سیگار و نوشیدن قرار دارند. همچنین افرادی که گرایش‌های معنوی دارند هنگام رویارویی با آسیب، پاسخ‌های بهتری به

1. Bavarian, N., Flay, B.R., Ketcham, P.L & Smit, E.

2. Spiritual Intelligence

3. Emotional Intelligence

4. Samul, J.

5. Othman AK, Abas MK, Ishak MS.

6. Kaur, D., Sambasivan, M., & Kumar, N.

وضعیتی که درون آن هستند می‌دهند و موقعیت تولیدکننده فشار را بهتر اداره می‌کنند و از سلامتی بهتری برخوردارند (اکبری زاده، باقری، حاتمی و حاجیوندی، ۱۳۹۰).

تحقیقات نشان داده است که هوش هیجانی نیز به عنوان تسهیل‌کننده اقدامات بهداشتی مثبت عمل می‌کند (مالیناوسکاس، دامسین، سیپامیسین و مالیناسکین<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸). هوش هیجانی مجموعه‌ای از ویژگی‌ها یا توانایی‌های مربوط به جنبه عاطفی توانایی‌های زندگی مانند شناخت و مدیریت هیجان‌های خود، توانایی بر انگیزتن خود و مهار انگیزه‌های خود، شناخت و مدیریت هیجانهای دیگران و مدیریت روابط بین فردی در یک رابطه مؤثر است (راجسواری و پانیر سلوام<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹). به‌طور کلی هوش هیجانی شامل سه مهارت می‌باشد: آگاهی عاطفی؛ توانایی کنترل / مهار احساسات و به کار بردن آن‌ها در انجام کارها مانند تفکر و حل مشکل؛ و توانایی مدیریت احساسات که شامل تنظیم احساسات خود و تشویق و یا آرام کردن دیگر افراد است<sup>۳</sup> (تکرک و تکرک، ۲۰۱۷). پژوهشها بر ارتباط بین هوش هیجانی و رفتارهای بهداشتی تأکید کرده‌اند (زیدنر، متیوس و رابرت<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲ و سیگیت-کوالکوسکا، سیگیت و سیگیت<sup>۵</sup>، ۲۰۱۵). به‌عنوان مثال سیگیت-کوالکوسکا و همکاران، (۲۰۱۵) در پژوهشی نشان دادند مؤلفه‌های هوش هیجانی، مانند کنترل تکانه و خودآگاهی، کاهش احتمال مخاطره/خطر (ضد سلامتی) رفتار و همچنین تندرستی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از طرفی زلاتانویچ<sup>۶</sup> (۲۰۱۶) با بیان تأثیر هوش هیجانی بر تنظیم خلق و خو و رفتار سلامتی دریافت که بین هوش هیجانی و رفتار سلامت رابطه وجود دارد. همچنین، مطالعات اخیر رابطه بین هوش هیجانی و اختلال در رفتار خوردن را تایید می‌کنند و نشان می‌دهد در افراد دارای هوش هیجانی بالاتر، کمتر احتمال ابتلا به اختلال در رفتارهای خوردن وجود دارد (ژانگ، وانگ، وو و هی<sup>۷</sup>، ۲۰۲۲). نتایج دیگر حاکی از این است که بین هوش هیجانی و رفتارهای مراقبتی ارتباط وجود دارد (نونزو و بوبالولا<sup>۸</sup>، ۲۰۲۰؛ تایلان، اوزکان و شاهین<sup>۹</sup>، ۲۰۲۱؛ سوناریو، نیروانتو و مانان<sup>۹</sup>، ۲۰۱۷).

<sup>1</sup> Malinauskas, R., Dumciene, A., Sipaviciene, S., & Malinauskiene, V.

<sup>2</sup> Rajeswari, S., & Panneer Selvam, S. K.

<sup>3</sup> Zeidner, M., Matthews, G., & Roberts, R. D.

<sup>4</sup> Sygit-Kowalkowska, E., Sygit, K., & Sygit, M.

<sup>5</sup> Zlatovic, L.

<sup>6</sup> Zhang, J., Wang, Y., Wu, C., & He, J.

<sup>7</sup> Nwanzu, C. L., & Babalola, S. S.

<sup>8</sup> Taylan, S., Özkan, İ., & Şahin, G.

<sup>9</sup> Sunaryo, H., Nirwanto, N., & Manan, A.

رفتارهای مراقبتی در افراد می‌تواند با افزایش سطح سازگاری روانشناختی در ارتباط باشد و ۶۰ درصد از وضعیت سلامت فرد وابسته به رفتار بهداشتی یا شیوه زندگی او است (دو و دیگران، ۲۰۱۸). با توجه به اثر گذاری هوش معنوی و هوش هیجانی در انتخاب سبک زندگی سالم (سامول، ۲۰۲۰؛ ژانگ و دیگران ۲۰۲۲؛ کائور و دیگران، ۲۰۱۳) و نتایج پژوهش‌های مختلف مبنی بر نقش اثر بخش هوش معنوی و هوش هیجانی بر بهبود سازگاری و انعطاف پذیری روانشناختی افراد؛ پژوهشگر در این پژوهش درصدد پاسخ به این پرسش بود که: "آیا بین هوش معنوی و هوش هیجانی با رفتارهای بهداشتی رابطه وجود دارد؟ و تا چه اندازه می‌توان رفتارهای بهداشتی را به وسیله هوش معنوی و هوش هیجانی مورد پیش بینی قرار داد؟".

## روش

این پژوهش از نظر کاربردی و از نظر شیوه گردآوری داده توصیفی-همبستگی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش کلیه دانشجویان پردیس خواهران و برادران دانشگاه فرهنگیان سمنان تشکیل می‌دادند که در نیمسال دوم سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ به تحصیل اشتغال داشته‌اند که در زمان اجرای پژوهش ۶۵۰ نفر بودند. از جامعه آماری پژوهش تعداد ۲۴۲ دانشجو (۱۲۱ مرد، ۱۲۱ زن) با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از سه پرسشنامه استفاده شده است. پرسشنامه هوش معنوی توسط کینگ (۲۰۰۸) برای اندازه‌گیری هوش معنوی طراحی شده است و شامل ۲۴ سؤال و چهار زیر مقیاس تفکر وجودی انتقادی، تولید معنای شخصی، بسط حالت هوشیاری، آگاهی متعالی است. نمره گذاری به صورت چهار گزینه‌ای اصلاً (۰)، به ندرت (۱)، تا حدودی (۲) اغلب (۳) و کاملاً درست (۴) می‌باشد. سازنده پرسشنامه ضریب آلفای کرونباخ را برای کل پرسش‌ها ۰/۹۲، شاخص تفکر وجودی ۰/۷۸، تولید معنای شخصی ۰/۷۸، آگاهی متعالی ۰/۸۷ و بسط حالت هوشیاری ۰/۹۱ بدست آورد. پایایی بازآزمایی پس از ۴ ماه ۰/۸۹ بود. در پژوهش حاضر پایایی محاسبه شده برای کل مقیاس هوش معنوی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و هم‌چنین ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس تفکر وجودی انتقادی ۰/۷۱، تولید معنای شخصی ۰/۷۳، آگاهی متعالی ۰/۶۶ و بسط حالت هوشیاری ۰/۷۰ به دست آمد.

پرسشنامه هوش هیجانی توسط شوت<sup>۱</sup> و دیگران در سال ۱۹۹۸ و براساس الگوی اولیه هوش هیجانی مایر و سالووی (۱۹۹۰) ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۳۳ سؤال و سه مولفه توانایی های سازشی شامل ادارک هیجانی، نظم جویی هیجانی و به کارگیری هیجانی را در روی یک مقیاس لیکرت ۵ درجه ی از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم می سنجد. در نمره گذاری این آزمون به کاملاً موافقم ۵، موافقم ۴، نظری ندارم ۳، مخالفم ۲ و کاملاً مخالفم ۱ داده می شود و در سوالات با محتوای منفی یا معکوس نمره گذاری هم به صورت معکوس انجام می شود. اعتبار این مقیاس به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ تا ۰/۹۰ گزارش شده است (گیگانگ و دیگران، ۲۰۰۵). روایی مقیاس هوش هیجانی نیز از طریق سنجش همبستگی آن با سازه ای مرتبط کافی گزارش شده (آستین و دیگران، ۲۰۰۴). در پژوهش حاضر پایایی محاسبه شده برای کل مقیاس هوش هیجانی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۷ و همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس تنظیم هیجان ۰/۷۲، ارزیابی و بیان هیجان ۰/۷۵ و بهره برداری از هیجان ۰/۷۴ به دست آمد.

خود ارزیابی سبک زندگی<sup>۲</sup> بامروف<sup>۳</sup> (۲۰۱۸): برای سنجش رفتارهای بهداشتی از خود ارزیابی سبک زندگی بامروف (۲۰۱۸) که توسط خدمات بهداشت عمومی آمریکا توسعه یافته است، بهره گرفته شد. این مقیاس که توسط پژوهشگر ترجمه شده است و روایی صوری آن توسط چندتن از اساتید روانشناسی مورد تایید قرار گرفت شامل ۱۸ سؤال می باشد که زیر مقیاس های سیگار کشیدن، مصرف داروها، عادت های غذایی، ورزش کردن، کنترل استرس، سلامتی و تندرستی را در می گیرد. نمره گذاری این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت از نمره ۱ تا ۳ می باشد (همیشه = ۳، بعضی اوقات = ۲ و به ندرت = ۱)، همچنین یک نمره کلی برای رفتارهای بهداشتی به دست می آید. برای بررسی پایایی این پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است که در این پژوهش برابر با ۰/۷۴ به دست آمده است.

برای تحلیل داده ها از روش همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون همزمان استفاده شد.

<sup>1</sup> Schutte, N. S.

<sup>2</sup> Lifestyle Self-Test

<sup>3</sup> Bobroff, L. B.

## یافته‌ها

براساس داده‌های جمع‌آوری شده در این پژوهش میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان زن برابر با ۱۹/۶۹ و ۱/۱۰ و شرکت‌کنندگان مرد برابر با ۱۹/۷۳ و ۳/۰۹ بود. نتایج نتایج آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در جدول ۱ آمده است. همچنین، برای بررسی رابطه بین مولفه‌های هوش معنوی، هوش هیجانی و رفتارهای بهداشتی از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شده است که در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد و ضریب همبستگی پیرسون

متغیر	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱- تفکر ریویزی	۲۷/۶۱	۴/۳۱	-									
۲- احساس شخصی	۲۲/۱۱	۲/۳۳	۰/۳۳*	-								
۳- انگیزه معنوی	۲۷/۵۸	۴/۱۱	۰/۳۳*	۰/۳۳*	-							
۴- حالت هوشیاری	۱۳/۲۷	۲/۴۴	۰/۳۳*	۰/۳۳*	۰/۳۳*	-						
۵- هوش معنوی	۲۰/۸۶	۲/۸۸	۰/۳۳*	۰/۳۳*	۰/۳۳*	۰/۳۳*	-					
۶- آداب هیجانی	۳۷/۵۸	۵/۳۳	۰/۳۳*	۰/۳۳*	۰/۳۳*	۰/۳۳*	۰/۳۳*	-				
۷- نظم جاری هیجانی	۴۲/۳۳	۳/۹۲	۰/۳۳*	۰/۳۳*	۰/۳۳*	۰/۳۳*	۰/۳۳*	۰/۳۳*	-			
۸- یادگیری هیجانی	۴۳/۳۸	۵/۳۳	۰/۳۳*	۰/۳۳*	۰/۳۳*	۰/۳۳*	۰/۳۳*	۰/۳۳*	۰/۳۳*	-		
۹- هوش هیجانی	۱۱۵/۶۰	۱۶/۴۵	۰/۳۳*	۰/۳۳*	۰/۳۳*	۰/۳۳*	۰/۳۳*	۰/۳۳*	۰/۳۳*	۰/۳۳*	-	
۱۰- رفتارهای بهداشتی	۲۲/۸۲	۳/۹۲	۰/۳۳*	۰/۳۳*	۰/۳۳*	۰/۳۳*	۰/۳۳*	۰/۳۳*	۰/۳۳*	۰/۳۳*	۰/۳۳*	-

\*  $P < 0/01$ 

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، مولفه‌های هوش معنوی با رفتارهای بهداشتی همبستگی منفی معنی‌داری دارند و مولفه‌های هوش هیجانی با رفتارهای بهداشتی رابطه مثبت معنی‌داری دارند، همچنین همبستگی متغیر هوش معنوی با رفتارهای بهداشتی منفی معنی‌داری دارد و همبستگی متغیر هوش هیجانی با رفتارهای بهداشتی مثبت معنی‌داری دارد (است  $P < 0/01$ ). براین اساس فرضیه‌های پژوهش مبنی بر ارتباط هوش معنوی و هوش هیجانی با رفتارهای بهداشتی مورد تایید و برای بررسی توان مولفه‌های هوش معنوی و هوش هیجانی در پیش‌بینی رفتارهای بهداشتی از رگرسیون همزمان استفاده شده است. قبل از اجرای این آزمون مفروضه‌های رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت. بهنجاری توزیع داده‌ها براساس کجی و کشیدگی بررسی شد و نتایج نشان‌دهنده بهنجاری توزیع داده‌ها بود. ضریب دوربین واتسون برای مدل رگرسیون ۲/۰۲ بود، که با توجه به قرار داشتن در دامنه ۱/۵ - ۲/۵ نشان‌دهنده رعایت استقلال خطاهاست. همچنین، ضریب‌های تورم واریانس در مؤلفه‌های هوش معنوی و هوش هیجانی بین ۰/۳۸ تا ۰/۹۱ بود که



نمود رابطه هم خطی قوی را بین مجموع متغیرهای مستقل نشان می‌دهد. با تأیید رعایت مفروضه‌ها امکان اجرای رگرسیون فراهم شد. به این ترتیب قدرت پیش بینی کنندگی متغیرهای پیش بین برای رفتارهای بهداشتی آزمون شد و نتایج آن در جدول ۲ ارائه شد.

جدول ۲. نتایج رگرسیون همزمان مولفه‌های هوش معنوی و هوش هیجانی با رفتارهای بهداشتی

متغیر	ضرایب رگرسیونی B	آزمون T			آزمون هم خطی	
		$\beta$	t	Sig	Tolerance	VIF
مقدار ثابت	۲۰/۰۱۳		۳/۹۲۲	۰/۰۰		
تفکر وجودی انتقادی	-۰/۱۳۱	۰/۰۹۰	-۰/۲۹۶	۰/۷۶۸	۰/۰۴۱	۲۴/۲۸
تولید معنای شخصی	-۱/۱۸۵	۰/۶۳۰	-۲/۶۲۲	۰/۰۰۹	۰/۰۶۶	۲۵/۱۳۴
آگاهی متعالی	-۰/۴۱۸	-۰/۲۶۷	-۰/۹۱۶	۰/۳۶۱	۰/۰۴۵	۲۲/۳۹۱
بسط حالت هشیاری	-۰/۲۲۸	-۰/۱۲۵	-۰/۴۸۱	۰/۶۳۱	۰/۰۵۷	۱۷/۶۱۵
تنظیم هیجانی	۰/۳۱۵	۰/۲۹۷	۲/۰۶۸	۰/۰۴۰	۰/۱۸۵	۵/۴۰۷
بهره برداری از هیجان	۰/۲۹۴	۰/۳۶۸	۱/۸۴۷	۰/۰۶۶	۰/۱۸۱	۵/۵۲۰

نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که تولید معنای شخصی و تنظیم هیجانی قادر به پیش بینی ۴۳ درصد از واریانس رفتارهای بهداشتی است ( $P < ۰/۰۵$ ,  $F=۶/۱۸۹$ ). به علاوه، با هدف بررسی قدرت پیش بینی کنندگی متغیرهای پیش بین ضرایب استاندارد شده آنها در جدول ۲ گزارش شده است. با توجه به نتایج تحلیل داده ها، که در جدول ۲ آمده، مولفه های تولید معنای شخصی و تنظیم هیجانی توانایی پیش بینی رفتارهای بهداشتی را دارند، از بین متغیرهای پیش بین، تولید معنای شخصی با ضریب بتای ۰/۶۳۰ قوی ترین پیش بینی کننده برای رفتارهای بهداشتی می باشد. همچنین تنظیم هیجانی به عنوان متغیرهای پیش بین با بتای ۰/۲۹۷ رفتارهای بهداشتی را پیش بینی می کنند. بنابراین می توان بیان داشت که متغیرهای تولید معنای شخصی و تنظیم هیجانی توانایی پیش بینی رفتارهای بهداشتی در بین دانشجویان را دارد، به این معنی که به ازای یک واحد تغییر در هر کدام از مولفه های تولید معنای شخصی و تنظیم هیجانی، به ترتیب ۶۳ درصد و ۲۹ درصد تغییر در متغیر رفتارهای بهداشتی انتظار می رود. براین اساس یافته ها در راستای پاسخ به سوال پژوهش نشان دادند که بین مولفه های هوش معنوی و هوش هیجانی به طور معنی دار رفتارهای بهداشتی دانشجویان را پیش بینی می کنند.

## بحث

این پژوهش با هدف پیش بینی رفتارهای بهداشتی براساس مولفه های هوش معنوی و هوش هیجانی در دانشجویان دانشگاه فرهنگیان سمنان انجام گرفت. براساس نتایج بدست آمده بین متغیر هوش معنوی و هوش هیجانی با رفتارهای بهداشتی رابطه وجود دارد و مولفه های تولید معنای شخصی و تنظیم هیجانی توان پیش بینی رفتارهای بهداشتی در دانشجویان را دارند. این یافته ها با نتایج یافته های (۲۰۱۴)، زیدنر و همکاران، (۲۰۱۲) و سیگیت-کوالکوسکا و همکاران، (۲۰۱۵)، کائو و دیگران (۲۰۱۳)، دو و دیگران، (۲۰۱۸) و ژانگ و دیگران (۲۰۲۲) همسو بوده و حاکی از ارتباط هوش معنوی و هوش هیجانی با رفتارهای بهداشتی دارند.

در تبیین یافته های پژوهش مبنی بر پیش بینی رفتارهای بهداشتی با مولفه تنظیم هیجانی باید اشاره داشت که برخی تحقیقات قبلی از یافته‌های این مطالعه حمایت کرده‌اند. زلاتانویچ (۲۰۱۶) با بیان تأثیر هوش هیجانی بر تنظیم خلق و خو و رفتار سلامتی دریافت که بین هوش هیجانی و رفتار سلامت رابطه وجود دارد. علاوه بر این، لی و همکاران (۲۰۰۹) دریافتند که سطح بالاتر هوش هیجانی دانش آموزان را به خلق مثبت تر، نگرش خوش بینانه و کاهش خلق منفی سوق می دهد. باورهای خودکارآمدی همچنین بر تعدادی از فرآیندهای بیولوژیکی تأثیر می گذارد که به نوبه خود بر سلامت و بیماری تأثیر می گذارد. بندورا (۱۹۸۶) استدلال کرده است که خودکارآمدی درک شده یک عامل تعیین کننده مهم در واکنش استرس مرتبط با سلامت است و این رابطه کلی توسط شواهد تجربی گسترده پشتیبانی می شود. همچنین مشخص شده است که افراد با باورهای خودکارآمدی بالا در هنگام تجربه یک بیماری با روش‌ها یا اشکال سازگارتر مقابله پاسخ می‌دهند. به عنوان مثال، خودکارآمدی بالاتر با توانایی بیشتر در تحمل درد، و همچنین با استراتژی های مقابله ای مکرر و موفقی که برای حل مسئله (به جای استفاده از مکانیسم فرار) همراه است (دو و همکاران، ۲۰۱۸). از این رو، افراد با هوش هیجانی بالاتر به نوبه خود رفتار سلامت بهتری خواهند داشت.

در تبیین یافته های پژوهش مبنی بر پیش بینی رفتارهای بهداشتی با تولید معنای شخصی به عنوان یکی از مولفه های هوش معنوی، باید اشاره داشت که هوش معنوی برای رفتار سلامتی بنیادی است زیرا بر منابع درونی فرد متمرکز است و به طرق مختلفی مانند خودپنداره مثبت، شخصیت اخلاقی بالاتر و تعالی شخصی تجلی می یابد (کینگ و دی سیکو، ۲۰۰۹). بنابراین، معنویت در بین دانشجویان

بسیار مهم است، زیرا که سطح بالاتر هوش معنوی می تواند رفتار سالم را ارتقا دهد. این بدان معناست که افراد دارای هوش معنوی بالا نه تنها سلامت معنوی خود را افزایش می دهند بلکه رفتارهای بهداشتی بالاتری نیز دارند. همچنین سطح بالاتر هوش معنوی امتیاز هوش هیجانی را افزایش می دهد، بنابراین منجر به مهارت‌های بهتر در مقابله با عوامل استرس‌زا می شوند. تحقیقات گذشته نشان داده اند که افزایش باورهای خودکارآمدی در راهبردهای مقابله ای که به طور غیرمستقیم در ترویج رفتارهای سالم مانند مدیریت خوب استرس (پاسخ به استرس و مقابله)، کم رفتارهای اعتیاد آور، کاهش رفتارهای پرخطر جنسی، کاهش مصرف دخانیات تأثیر می گذارد، خود ناشی از داشتن معنای شخصی و اهداف در زندگی فردی است (دو و همکاران، ۲۰۱۸).

یافته‌های پژوهشی ممکن است کمک معتبری به بحث در مورد توسعه برنامه‌های مطالعاتی متمرکز بر بهبود و حفظ ابعاد مختلف سلامت و رفاه انسان باشد. از طرفی برنامه‌های تحصیلی دانشگاه اغلب فاقد محتوای عمیق فلسفی است که باید نقش مهمی در شکل دادن به معنویت جوانان ایفا کند. تجاری سازی فرهنگ مدرن و به حاشیه راندن آموزش انسان‌گرایانه، نیاز به جستجوی معنای زندگی و تأمل در مورد هدف زندگی را از بین برده است. به نظر می رسد در فرهنگ جدید که بیشتر بر تامین نیازهای مادی افراد متمرکز است، ارزش سرمایه گذاری در توسعه منابع مرتبط با معنویت را دارد. همانطور که توسط ژانگ و دیگران (۲۰۲۲) نشان داده شده است هوش معنوی با رفتارهای بهداشتی همبستگی دارد و همچنین با رفتارهای پرخطر در نوجوانان و جوانان همبستگی منفی دارد. در مقابل دو و دیگران، (۲۰۱۸) به رابطه معناداری بین هوش هیجانی و رفتارهای بهداشتی اشاره کردند، از این رو، نتایج پژوهش حاضر ممکن است کاربرد عملی در حوزه آموزش و پرورش پیدا کند.

معنویت، توجه به هیجان‌ات و رفتارهای مرتبط با سلامت می تواند نقش مهمی در بهزیستی روانشناختی داشته باشند. تمرکز شخصی بر سلامت جسمانی و بدن انسان یا سلامت روانی اجتماعی و ذهن و روح انسان نیز ممکن است بهزیستی روانشناختی را تحت تأثیر قرار دهد. با این حال، این ادعاها به تحقیقات بیشتری نیاز دارند، به ویژه شامل یک رویکرد جامع و تحلیلی به انواع مختلف رفتارهای مرتبط با سلامت، اشکال مختلف معنویت، و جنبه های دقیق رفاه روانی همچنین

تحقیقات بیشتر برای بررسی سایر عوامل تعیین کننده انتخاب رشته تحصیلی دانشگاهی، به عنوان مثال، نگرش‌های خاص نسبت به سلامت، معنویت و توسعه شخصی ضروری است. برخی از محدودیت‌های مطالعه باید مورد توجه قرار گیرد. اولاً، پژوهش حاضر از نوع مقطعی بوده و آزمودنی‌ها بین گروه‌ها تصادفی نشده‌اند. بنابراین، تحقیقات بیشتری ضروری است، ترجیحاً با استفاده از یک طرح طولی که امکان مقایسه قبل و بعد از انتخاب نوع آموزش را فراهم می‌کند. ثانياً، ما فقط از روش‌های خود گزارش دهی برای اندازه‌گیری همه متغیرها استفاده کردیم. سوم، ما چنین عوامل تعیین کننده دیگری را به عنوان نگرش نسبت به سبک زندگی یا عوامل فرهنگی و اجتماعی-اقتصادی که ممکن است بر متغیرهای مورد بررسی تأثیر بگذارد، در نظر نگرفتیم.



## منابع

- ۱) اکبری زاده، فاطمه؛ باقری، فریبرز؛ حاتمی، حمیدرضا و حاجی وندی، عبد... (۱۳۹۰). «ارتباط بین هوش معنوی، سخت رویی و سلامت عمومی در بین پرستاران»، علوم پزشکی کرمانشاه، (۶)، صص ۴۶۶-۴۸۲.
- ۲) فرامرزی، سالار؛ همایی، رضا و سلطان حسینی، محمد (۱۳۸۸). «بررسی رابطه هوش معنوی و هوش هیجانی دانشجویان»، مطالعات اسلام و روانشناسی، ۳(۵)، صص ۷-۲۳.
- 3) Arthur Guerra de Andrade, A.G., Carmo, P., Duarte, C.A., Barroso, L.P., Nishimura, R., Alberhini, D.G., & Oliveira, L.G. (2012). Use of alcohol and other drugs among Brazilian college students: effects of gender and age. *Rev. Bras. Piquiatr*, 34(3), 294-305.
- 4) Baum, A., Newman, S., Weinman, J., McManus, C., & West, R. (Eds.). (1997). *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*. Cambridge University Press.
- 5) Bavarian, N., Flay, B.R., Ketcham, P.L & Smit, E. (2013). Development and psychometric properties of a theory-guided prescription stimulant misuse questionnaire for college students. *Substance Use Misuse*, 48(6), 457-469.
- 6) Binkowska-Bury, M., Kruk, W., Szymańska, J., Marć, M., Penar-Zadarko, B., and Wdowiak, L. (2010). Psychosocial factors and health-related behavior among students from south-East Poland. *A. Agricul. Environ. Med.* 17, 107-113.
- 7) Bobroff, L. B. (2018). Health-style: A Self-Test. This document is FCS8553, one of a series of the Department of Family, Youth and Community Sciences, UF/IFAS Extension. Original publication date March 1999. Revised June 2010, June 2015, and September 2018. Visit the EDIS website at <https://edis.ifas.ufl.edu/he778>.
- 8) Caico, C. (2015). Sexually risky behavior in college-aged students. *Open Journal of Preventive Medicine*, 4, 354-364.
- 9) Cheema, G. K., & Bhardwaj, M. M. (2020). Gender in relation to Emotional Intelligence and Spiritual Intelligence among under graduates. *PalArch's Journal of Archaeology of Egypt/Egyptology*, 17(9), 4493-4502.
- 10) Conner, M., and Norman, P. (1996). *Predicting health behaviour*. Buckingham: Open University Press.
- 11) Cotton, S., Larkin, E., Hoopes, A., Cromer, B. A., & Rosenthal, S. L. (2005). The impact of adolescent spirituality on depressive symptoms and health risk behaviors. *Journal of adolescent health*, 36 (6), 529-531.

- 12) Deliens, T., Deforche, D., De Bourdeaudhuij, I., & and Clarys, P. (2015). Determinants of physical activity and sedentary behaviour in university students: a qualitative study using focus group discussions. *BMC Public Health*, 15, 201-210.
- 13) Dev, R. D. O., Kamalden, T. F. T., Geok, S. K., Abdullah, M. C., Ayub, A. F. M., & Ismail, I. A. (2018). Emotional Intelligence, Spiritual Intelligence, SelfEfficacy and Health Behaviors: Implications for Quality Health. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 8 (7), 794-809.
- 14) Epton, T., Norman, P., Sheeran, P., Harris, P.R., Webb, T.L., Ciravegna, F., Brennan, A., Meier, P., Julious, S.A., Naughton, D., Petroczi, A., Dadzie, A.S., & Kruger, J. (2013). A theory-based online health behavior intervention for new university students: study protocol. *Bio Medical Central Public Health*, 13, 107-124.
- 15) Fogelholm M. (2010). Physical activity, fitness and fatness: relations to mortality, morbidity and disease risk factors: A systematic review. *Obesity Reviews*, 11(3), 202 –21.
- 16) Hu, D., Taylor, T., Blow, J., & Cooper, T.V. (2011). Multiple health behaviours: Patterns and correlates of diet and exercise in Hispanic college sample. *Eating Behaviour*, 12(4), 296-301.
- 17) Imani, B., Imani, G., & Karampourian, A. (2021). Correlation between Spiritual Intelligence and Clinical Competency in Students Who Are Children of War Victims. *Iranian Journal of Psychiatry*, 16(3), 329 335.
- 18) Jessor, R., Turbin, M. S., & Costa, F. M. (1998). Protective factors in adolescent health Behavior. *Journal of personality and social psychology*, 75 (3), 788-800.
- 19) Kaur, D., Sambasivan, M., & Kumar, N. (2013). Effect of spiritual intelligence, Emotional Intelligence, psychological ownership and burnout on caring Behaviour of nurses: A Cross sectional study. *Journal of clinical nursing*, 22, 3192-3202.
- 20) Khan, R. J., Stewart, C. P., Davis, S.K., Harvey, D.J., & Leistikow, B.N. (2015). The risk and burden of smoking related heart disease mortality among young people in the United States. *Tobacco Induced Diseases*, 13(16), 1-8.
- 21) King, D. B., & DeCicco, T. L. (2009). A viable model and self-report measure of spiritual Intelligence. *International journal of transpersonal studies*, 28 (1), 67-85.
- 22) Landsberg, B., Plachta-Danielzik, S., Lange, D., Johannsen, M., Seiberl, J., & Muller, M.J. (2010). Clustering of lifestyle factors and association

- with overweight in adolescents of the Kiel Obesity Prevention Study. *Public Health Nutrition*, 13, 1708- 1715.
- 23) Malinauskas, R., Dumciene, A., Sipaviciene, S., & Malinauskiene, V. (2018). Relationship Between emotional intelligence and health behaviours among University students: The predictive and moderating role of gender. *BioMed Research international*, 2018, 7058105, 11-1.
- 24) Martins, A., Ramalho, N. and Morin, E. (2010). "A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health," *Personality and Individual Differences*, vol. 49, no. 6, pp.554–564.
- 25) Mente, A., De Koning, L., Shannon, H.S et al. (2009). A systematic review of the evidence supporting a causal link between dietary factors and coronary heart disease. *Archives of Internal Medicine*, 169(7), 659 –69.
- 26) Moallemi, S. (2014). Spiritual intelligence and high risk behaviors. *International journal Of High risk behaviors & addiction*, 3 (1), 1-3.
- 27) Nwanzu, C. L., & Babalola, S. S. (2020). Examining the moderating role of workload in the relationship between emotional intelligence and caring behavior in healthcare organizations. *International Journal of Business Science and Applied Management*, 15(1), 17-29.
- 28) Othman, A. K., Abas, M. K., & Ishak, M. S. (2017). The moderating role of spiritual intelligence on the relationship between job stress and job performance of employees in a banking sector. *Journal of Islamic Management Studies*, 1(1), 89-103.
- 29) Plotnikof, R.C., Costigan, S.A., Williams, R.L., Hutchesson, M.J., Kennedy, S.G., Robards, S.L. Allen, J., Collins, C.E., Callister, R. & Germov, R. (2015). Effectiveness of interventions targeting physical activity, nutrition and healthy weight for university and college students: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2, 4-22.
- 30) Poscia, A., Parente, P., Frisicale, E.M., Teleman, A.A., Waure, C.D., & Di Pietro, M.L. (2015). Risky behaviours among university students in Italy. *Ann Ist Super Sanità*, 51(2), 111-115.
- 31) Pullman, M. E., Maloni, M. J., Carter, C. R. (2009). Food for thought: Social versus environmental sustainability practices and performance outcomes. *Journal of Supply Chain Management*, 45, 38-54.
- 32) Rajeswari, S., & Panneer Selvam, S. K. (2019). A Study on Students Academic Achievement in Relation to Emotional Intelligence and Spiritual Intelligence of M. Ed Students. *Shanlax International Journal of Arts, Science and Humanities*, 7(2), 24-38.

- 33) Reddy, S.P., Resnicow, K., James, S., Funani, I, N., Kambaran, N.S., Omardien, R.G., Masuka, P., Sewpaul, R., Vaughan, R.D., & Mbewu, A. (2012). Rapid increases in overweight and obesity among South African adolescents: Comparison of data from the South African National Youth Risk Behaviour Survey in 2002 and 2008. *American Journal of Public Health*, 10(2), 262-268.
- 34) Rickles, N.M. MacLean, L.G., Hess, K., Farmer, K.C., Yurkon, Y.A., Ha, C.C., Schwartzman, E., Law, A.V., Milani, P.A., Trotta, K., Labella, S.R., & Designor, R.J. (2015). Teaching Medication Adherence in US Colleges and Schools of Pharmacy. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 76(5), 79-88.
- 35) Roxana Dev, O. D., Ismi Arif, I., Maria Chong, A., & Soh Kim, G. (2014). Emotional intelligence as an underlying psychological mechanism on Physical Activity among Malaysian adolescents. *Middle-East Journal of Scientific Research*, 19, 166-171.
- 36) Samul, J. (2020). Emotional and spiritual intelligence of future leaders: challenges for education. *Education Sciences*, 10(7), 178.
- 37) Shin, Y.H., & Kang, S.J. (2013). Health behaviors and related demographic factors among Korean Adolescents. *Asian Nursing Research*, 150-157.
- 38) Sunaryo, H., Nirwanto, N., & Manan, A. (2017). The effect of emotional and spiritual intelligence on nurses' burnout and caring behavior(( *International Journal of Academic Research in Bussines and Social Sciences*, 7(12), 1211-1227.
- 39) Spring, B., Moller, A. C., & Coons, M. J. (2012). Multiple health behaviors: Overview and implications. *Journal of Public Health*, 34(1), 3-10. <http://dx.doi.org/10.1093/pubmed/fdr11>. 343.
- 40) Sygit-Kowalkowska, E., Sygit, K., & Sygit, M. (2015). Emotional intelligence vs. health behaviour in selected groups in late adulthood. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 22 (2), 383-343.
- 41) Taylan, S., Özkan, İ., & Şahin, G. (2021). Caring behaviors, moral sensitivity, and emotional intelligence in intensive care nurses: A descriptive study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(2), 734-746.
- 42) Tekerek, M., & Tekerek, B. (2017). Emotional Intelligence in Engineering Education. *Online Submission*, 6 (2), 88-95.
- 43) Wang, D., Xing, X. H., & Wu, X. B. (2013). Healthy lifestyles of university students in China and influential factors. *The Scientific World Journal*, 2013. 412950, 1-10.



- 44) Zeidner, M., Matthews, G., & Roberts, R. D. (2012). The emotional intelligence, health, And Well being nexus: What have we learned and what have we missed?. *Applied Psychology: Health and Well Being*, 4 (1), 1-30.
- 45) Zhang, J., Wang, Y., Wu, C., & He, J. (2022). The relationship between emotional intelligence and eating disorders or disordered eating behaviors: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 185, 111239.
- 46) Zlatovic, L. (2016). Self-efficacy and health behavior: some implication for medical anthropology. *Journal of the Anthropological Society of Serbia Niš*, 51, 17-25.

