



نقش ابعاد هوش معنوی در سلامت روان دانشجویان دانشگاه پیام نور لامرد

مهدی امیری*

زهره قائدی**

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش ابعاد هوش معنوی در سلامت روان دانشجویان دانشگاه پیام نور لامرد بود. روش پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه پژوهش شامل تمام دانشجویان دانشگاه پیام نور لامرد و نمونه آماری شامل ۲۳۴ نفر از دانشجویان مشغول به تحصیل در این دانشگاه، در سال تحصیلی ۱۳۹۹ - ۱۴۰۰ بود. ابزار پژوهش، پرسشنامه هوش معنوی آمرام و درایر و پرسشنامه سلامت عمومی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد بین هوش معنوی و سلامت روان دانشجویان ارتباط معنادار وجود دارد. نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام نشان داد ابعاد «خودآگاهی و عشق و علاقه»، «سجایای اخلاقی» و «جامع‌نگری و بُعد اعتقادی» بیشترین ضریب همبستگی را با سلامت روان دانشجویان داشته و ۸۵ درصد از واریانس سلامت روان را پیش‌بینی کرده‌اند.

واژگان کلیدی: هوش معنوی، سلامت روان، دانشجویان

* گروه علوم تربیتی و مشاوره، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران | m.amiri@pnu.ac.ir

** دانش‌آموخته کارشناسی ارشد علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور لامرد

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۲۵؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۲/۰۱

مقدمه

ارتقای سلامت افراد جامعه، یکی از مهم‌ترین مسائل اساسی جوامع است که لازم است از ابعاد گوناگون از جمله نیاز روانی بدان توجه شود. وظیفه اصلی سلامت روانی، تأمین سلامت فکر و روان افراد جامعه است. بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت روانی در مفهوم کلی، توانایی کامل برای ایفای نقش‌های اجتماعی، روانی و جسمی است (گنجی، ۱۳۸۵، ص ۱۰). سلامت روانی در پی آن است تا احساسات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و ناامیدی کمرنگ شده و از بروز نشانه‌های مرضی در افراد پیشگیری به عمل آید (سازمان بهداشت جهانی^۱، ۲۰۰۷). پاولف در تعریف سلامت روان^۲ می‌گوید رفتار عادی، رفتاری است متعادل که به خوبی می‌تواند در مقابل استرس‌ها مقاومت نماید (حسینی، ۱۳۷۷).

فشارهای روانی ناشی از زندگی مدرن و تغییرات سریع اجتماعی که تحت تأثیر رشد سریع زندگی صنعتی شکل می‌گیرد، تأثیرات عمده‌ای بر سلامت روان انسان دارد. سلامت روان یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های زندگی سالم است که عوامل بی‌شماری در شکل‌بندی صحیح یا ناصواب آن دخیل‌اند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۷). در گستره سلامت روانی، انسان سالم، در جست‌وجوی معنای زندگی، سعادت، کامروایی و شادکامی است (فرانکل، ۱۳۸۰).

درحالی‌که ممکن است هوش معنوی، ویژگی آشکار جهانی در نظر گرفته شود که به‌طور بالقوه در همه گروه‌های مذهبی نمایان می‌شود، این احتمال وجود دارد که معنا و نحوه ابراز آن در بین گروه‌ها و بافت‌های مذهبی و معنوی مختلف متفاوت باشد (امونز، ۱۹۹۹ و مک‌هاوک^۳، ۲۰۰۲). سازه هوش معنوی^۴ یکی از مفاهیمی است که در پرتو توجه و علاقه روان‌شناسان به حوزه دین و معنویت شکل گرفته است. مفهوم هوش معنوی را در ادبیات علمی روان‌شناسی، استیونز^۵ برای اولین بار در سال ۱۹۹۶ و سپس رابرت امونز^۶ در سال ۱۹۹۹ مطرح کردند. از نظر امونز هوش معنوی عبارت از کاربرد انطباقی اطلاعات معنوی با هدف تسهیل حل مسائل روزمره و دستیابی به هدف است (امونز، ۲۰۰۰).

1. World Health Organization

2. Mental Health

3. Machovec, F. J

4. Spiritual Intelligence

5. Stevens, B

6. Emmons, R. A

روانشناسان برای تبیین توانایی افراد، عقل و استدلال و همچنین عواطف و هیجان‌ها از واژه‌هایی مانند هوش‌بهر^۱ (IQ)، هوش هیجانی^۲ (EQ) استفاده می‌کنند که در کنار این مفاهیم واژه هوش معنوی (SQ) در سال‌های اخیر توجه روانشناسان را به خود جلب کرده است (یعقوبی، ۱۳۸۹، ص ۹۴). استفاده از هوش معنوی در معناهایی که افراد به رابطه‌ها و تجربه‌های زندگی نسبت می‌دهند و در روشی که افراد به‌واسطه آن زندگی‌شان را قابل فهم می‌کنند، نقش بازی می‌کند؛ بنابراین، هوش معنوی به پدید آمدن حسی از آگاهی و معنا در ارتباط با موقعیت فرد در جهان و روابطش با دیگران کمک می‌کند (سیسک^۳ و تورنس^۴، ۲۰۰۱). هوش معنوی بیانگر مجموعه بی‌همتایی از تجربه‌ها (مانند تعالی) و توانایی‌های انسانی (مانند توانایی برقراری پیوندهای معنادار و مهم بین رویدادهای مجزا) است که همه افراد به‌اندازه‌ای (هرچند متفاوت) از آن بهره‌مندند (نویل^۵، ۲۰۰۰ و زوهر^۶ و مارشال^۷، ۲۰۰۰). جاین^۸ و پورهیت^۹ (۲۰۰۶) هوش معنوی را توانایی تجربه‌شده‌ای می‌دانند که به افراد امکان دستیابی به دانش و فهم بیشتر را می‌دهد و زمینه را برای رسیدن به کمال و ترقی در زندگی فراهم می‌سازد. کر-دینسر^{۱۰} (۲۰۰۷) معتقد است که هوش معنوی می‌تواند به‌واسطه برخی معیارها نظیر راست‌گویی، ملاحظه تمام سطح هوشیاری، همدلی سازنده، احساس بازیگر بودن در کلی بزرگ، بخشش معنوی و عملی (رفتاری)، جستجوی هماهنگی در ماهیت جهان و راحت بودن با تنهایی بدون احساس غریبی کردن، تعریف شود.

امروزه باوجود پیشرفت‌های علمی چشمگیری در زمینه‌های روان‌پزشکی و روان‌درمانی، برخی از صاحب‌نظران برجسته نقش، اهمیت و ضرورت دین و معنویت را در سلامت روانی و روان‌درمانی مورد تأکید قرار داده و بر این باورند که اعتقادات مذهبی و توکل به خدا، موجب تسکین و بهبودی سریع‌تر آلام و مشکلات روانی می‌شود (فتحی آشتیانی و داستانی، ۱۳۸۸، ص ۴) و اخیراً نیز روان‌شناسی دینی، حمایت‌های تجربی زیادی را در این راستا فراهم آورده است (حمید، ۱۳۹۱، ص ۱۸۵). در واقع دین به‌عنوان کهن‌ترین نهاد اجتماعی در تاریخ تمدن بشری وجود داشته و

1. Intelligence
3. Sisk, D. A
5. Noble, K. D
7. Marshall, I
9. Purohit, P

2. Emotional
4. Torrance, E. P
6. Zohar, D
8. Gain, M
10. Ker-Dincer, M

از آنجاکه رفتار انسان‌ها دارای دو بُعد ذهنی و عملی است پذیرش دین نیز در رفتار انسان‌ها مؤثر بوده و به ابعاد ذهنی و عملی رفتار انسان‌ها جهت می‌دهد. از طرف دیگر سلامتی نیز دارای دو بُعد جسمانی و روانی است و انسان‌ها در طی تاریخ همیشه به سلامت جسم خود اهمیت داده‌اند و همچنین ادیان نیز برای آرامش روح و خاطر پیروان خود و چیزی که امروزه به آن سلامت روان اطلاق می‌شود؛ اعتقادات، اعمال و تشریفات خاصی را ارائه کرده‌اند (کرمی، روغنچی، عطاری، بشلیده و شکری ۱۳۸۵). از این رو است که در خداوند متعال در قرآن کریم می‌فرماید: «او کسی است که آرامش را در دل‌های مؤمنان نازل کرد تا ایمانی به ایمانشان بیفزایند»^۱ (فتوحی آشتیانی و داستانی، ۱۳۸۸، ص ۴). برداشت اولیه از آیه این است که بدون ایمان، آرامش روانی وجود ندارد یا دست‌کم، یکی از عوامل ایجاد آرامش، ایمان به خدا است و به تعبیر علامه طباطبایی (۱۳۶۳) «ظاهراً مراد از سکینت در این آیه آرامش و سکون نفس و اطمینان نفس به عقایدی است که به آن ایمان آورده است و لذا نزول سکینت را این دانسته که تا ایمانی بر ایمان سابق آن‌ها بیفزایند». پس معنای آیه این است که پروردگار عالم، ثبات و اطمینان را لازمه مرتبه‌ای از مراتب روح دانسته و در قلب مؤمن جای داد تا ایمانی که قبل از نزول سکینت وجود داشته بیشتر و کامل‌تر شود (مجلسی، ۱۳۸۰، ج ۱۳، ص ۱۰۸۶).

تحقیقات انجام‌شده در سال‌های اخیر بیانگر وجود مشکلات روانی در سطوح مختلف دانشجویان است (سهرابی، ۱۳۸۷). افزایش مراجعه دانشجویان به بخش‌های مشاوره دانشجویی نشان‌دهنده وجود مشکلات روانی، اجتماعی و تحصیلی روزافزون در این قشر است (معلمی، بخشانی و رقیبی، ۱۳۸۹). یافته‌های مطالعه ادهم و همکاران (۱۳۸۶) مؤید آن است که دانشجویان علوم پزشکی اردبیل از مشکلات جسمی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی شدید رنج می‌برند. اسلامی، شجاعی‌زاده و کمالی (۱۳۷۸) به بررسی رابطه بین افسردگی و نگرش‌های مذهبی در دانش‌آموزان پرداختند. نتایج تحقیق آن‌ها نیز مؤید وجود رابطه معکوس بین افسردگی و نگرش‌های مذهبی بود. از دیگر یافته‌های این تحقیق این بود که تفاوت معناداری در میزان جهت‌گیری مذهبی و افسردگی دانش‌آموزان دختر و پسر وجود ندارد. میرزمانی و محمدی (۱۳۸۰) ارزش‌های مذهبی تعدادی از بیماران روانی را بررسی کردند. نتایج تحقیق آن‌ها نشان داد که ارزش مذهبی در بیماران روانی به شکل معناداری کمتر از افراد گروه کنترل است. از

۱. هُوَ الَّذِي أَنْزَلَ السَّكِينَةَ فِي قُلُوبِ الْمُؤْمِنِينَ لِيُذْأَبُوا إِيمَانًا مَعَ إِيْمَانِهِمْ

دیگر یافته‌های تحقیق یادشده این بود که بین اضطراب و افسردگی و ارزش‌های مذهبی همبستگی منفی و معناداری مشاهده شد. نتایج این تحقیق با مطالعه خدایاری فرد (۱۳۸۰) هماهنگ است؛ نتیجه این تحقیق نیز حاکی از وجود رابطه‌ای مثبت و معنادار بین مذهبی بودن و سلامت جسمانی و روانی است. از طرفی آن‌ها دریافتند که مذهب می‌تواند در مقابله با عوامل فشارزا کمک شایانی به فرد کند. ظروفی (۱۳۸۸) نیز به بررسی سلامت عمومی و رابطه آن با گرایش به اعمال مذهبی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد شبستر پرداخت. نتایج نشان داد بین سلامت عمومی و گرایش به اعمال مذهبی رابطه معناداری وجود دارد. همچنین میزان سلامت عمومی در دانشجویان دختر و گرایش به اعمال مذهبی در دانشجویان پسر بیشتر بود. قدرتی و خرمایی (۱۳۸۹) در تحقیقی با عنوان رابطه دین‌داری با سلامت روان در نوجوانان به این نتیجه رسیدند که بین دین‌داری و سلامت عمومی روابط منفی و معناداری وجود دارد. نتایج نشان داد که بین مؤلفه‌های التزام دینی، باور دینی و عواطف دینی با مؤلفه‌های سلامت عمومی (شکایت‌های جسمانی، اضطراب، افسردگی و ناسازگاری اجتماعی) رابطه منفی و معناداری وجود دارد. تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام نشان داد که مؤلفه‌های دین‌داری با مؤلفه‌های سلامت عمومی نشانگر تأثیرگذاری دین‌داری بر جنبه‌های مختلف سلامت عمومی نوجوانان دارد و دین‌داری می‌تواند عاملی مهم در شکل‌گیری سلامت عمومی باشد. نتایج تحقیقات رفعتی، شمسی، پیلهورزاده و رفعتی (۱۳۹۱)، دادخواه، محمدی و مظفری (۱۳۸۴) و لطفی، امینیان، نوری، قمی‌زاده و زارع (۱۳۸۶) به ترتیب نشان داد که ۶۷٪ درصد دانشجویان پرستاری جیرفت، ۲۸/۱ درصد از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل و ۴۷ درصد از دانشجویان پرستاری و مامایی یزد، نمره پایین‌تر از نقطه برش کسب نمودند که نشان می‌دهد سلامت روان آنان در سطح پایینی قرار دارد.

سمیاری، هروی کریموی، نصیری و عربی (۱۳۹۴) در تحقیقی با عنوان بررسی ارتباط بین هوش معنوی و سلامت عمومی دانشجویان به این نتیجه رسیدند که بین هوش معنوی و سلامت عمومی به صورت کلی و در همه ابعاد، رابطه معنادار و مثبتی وجود دارد. همچنین معدل، وضعیت تأهل و وضعیت اقتصادی با سلامت عمومی رابطه معنادار و مثبت داشت و سن، ترم تحصیلی، معدل و وضعیت اقتصادی نیز رابطه معناداری با هوش معنوی داشت. شفیع (۱۳۹۳) در تحقیقی به بررسی هوش معنوی و تأثیر آن بر سلامت روانی منابع انسانی سازمان پرداختند و راهکارهایی برای رهبران و مدیران در برنامه‌های راهبردی سازمان و در نتیجه ارتقای سلامت روانی منابع انسانی ارائه



کردند. قاسمی پیربلوطی، احمدی، علوی و علوی (۱۳۹۳) در تحقیقی به بررسی رابطه هوش معنوی و رضایت شغلی با سلامت روان در کارکنان دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد پرداخته و نتیجه گرفتند بین رضایت شغلی و سلامت روان کارکنان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ولی بین هوش معنوی و سلامت روان رابطه معناداری وجود ندارد. همچنین بین هوش معنوی و میزان رضایت شغلی کارکنان رابطه مثبت و معناداری به دست آمد. هروری کریموی، رژه و شریف‌نیا (۱۳۹۳) در تحقیقی به بررسی ارتباط بین هوش معنوی و سلامت عمومی دانشجویان پرستاری شهر تهران پرداخته و چنین نتیجه گرفتند که بین هوش معنوی و سلامت عمومی رابطه معنادار و مثبتی وجود دارد. خدابخشی، رحیمی‌کیا و جعفری (۱۳۹۳) به شناسایی رابطه بین هوش معنوی و سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان پرداخته و نتیجه گرفتند که بین هوش معنوی و ابعاد سلامت روانی («جامع‌نگری و بُعد اخلاقی»، «توانایی مقابله و تعامل با مشکلات»، «سجایای اخلاقی» و «خودآگاهی و عشق و علاقه») رابطه مثبت وجود دارد. همچنین ابعاد خودآگاهی، عشق و علاقه، جامع‌نگری سهم عمده‌ای در پیش‌بینی سلامت روانی دارند. یعقوبی (۱۳۸۹) در تحقیقی به بررسی رابطه هوش معنوی با میزان شادکامی دانشجویان دانشگاه بوعلی همدان پرداخته و چنین نتیجه گرفت که بین میانگین گروه‌های مختلف دانشجویان، تفاوت معناداری وجود دارد بدین معنا که با افزایش نمره هوش معنوی، میزان نمره شادکامی نیز افزایش نشان می‌دهد. معلمی و همکاران (۱۳۸۹) در تحقیقی به بررسی رابطه سلامت روان، هوش معنوی و افکار ناکارآمد در دانشجویان دانشگاه سیستان و بلوچستان پرداخته و چنین نتیجه گرفتند که بین هوش معنوی و سلامت روان همبستگی مثبت معنادار و بین هوش معنوی و افکار ناکارآمد و بین سلامت روان و افکار ناکارآمد نیز همبستگی منفی معنادار وجود دارد. همچنین تحلیل رگرسیون نشان داد که هوش معنوی و نیز افکار ناکارآمد، قادر به پیش‌بینی قسمتی از واریانس سلامت روان می‌باشند. گودرزی (۱۳۸۹) در تحقیقی به بررسی اثربخشی تعاملی هوش معنوی و آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روانی دانشجویان پرداخته و چنین نتیجه گرفت که هوش معنوی و آموزش مهارت‌های زندگی هر یک به‌طور جداگانه تأثیر معناداری بر سلامت روانی دانشجویان داشته، اما در تعامل با هم تأثیر معناداری بر سلامت روانی دانشجویان نمی‌گذارند.

کینگ^۱ (۲۰۰۸) با مرور تحقیقات مختلف (نظیر فونیر، ۱۹۹۸؛ گریف و هیومن، ۲۰۰۴؛ یاکوشکو، ۲۰۰۵؛ دافی و بلوستی، ۲۰۰۵)، بین معنویت و سلامت روانی و بین معنویت و افزایش عزت نفس، کاهش استرس، سازگاری شخصی و شغلی، ارتباط معنادار و مثبت را گزارش کرده است. ایتلیونگ - مکسیمو^۲ (۲۰۰۶)، در پژوهشی با بررسی ساختار هوش معنوی، مؤلفه‌هایی نظیر؛ حساسیت نسبت به معنا، هدف و ارزش، احساس هارمونی یا هماهنگی، آرامش و صلح، پرورش ایمان از طریق زندگی بامعنا، باز بودن نسبت به تجربیات یا پذیرندگی، تعالی و ظرفیت کسب تجربه اوج، تمرین فضیلت‌های اخلاقی و پرهیزکاری، کار و فعالیت معنادار در زندگی، احساس شکیبایی و بردباری و ظرفیت خودشکوفایی را برای آن برشمرده است.

لذا با توجه به اینکه تربیت نیروی انسانی مهم‌ترین رکن آموزش عالی بوده و از برجسته‌ترین عوامل توسعه ملی است (احمدی، صحبایی، محمدزاده و محمودی، ۱۳۸۷) جامعه دانشجویی یکی از عظیم‌ترین گروه‌های جامعه است. دانشجویان هر جامعه دست رنج معنوی و انسانی آن جامعه بوده و از سرنوشت‌سازان فردای کشور خویش اند و سلامت این قشر اهمیت فراوانی دارد. لذا لازم است که مسائل وابسته به سلامت این قشر عظیم، جدی تلقی شده و مورد تحقیق و بررسی قرار گیرد (کریمی زارچی، تولایی، ادیب‌زاده و حسینلو، ۱۳۸۲) بر این اساس انجام چنین پژوهشی ما را بیش از پیش در درک اهمیت دین‌داری و معنویت و به‌عبارت‌دیگر هوش معنوی در کسب هویت و سلامت روان رهنمون می‌کند. در حقیقت این پژوهش بر آن است تا نقش و سهم هوش معنوی را در پیش‌بینی سلامت روان دانشجویان نشان دهد. بر این اساس در این تحقیق شش سؤال اساسی ذیل طرح و بررسی شده است:

- ۱) آیا بین بُعد جامع‌نگری و بُعد اعتقادی هوش معنوی با مؤلفه‌های سلامت روان دانشجویان دانشگاه پیام نور مرکز لامرد رابطه وجود دارد؟
- ۲) آیا بین بُعد توانایی مقابله و تعامل با مشکلات هوش معنوی با مؤلفه‌های سلامت روان دانشجویان دانشگاه پیام نور مرکز لامرد رابطه وجود دارد؟
- ۳) آیا بین بُعد سجایای اخلاقی هوش معنوی با مؤلفه‌های سلامت روان دانشجویان دانشگاه

1. King, D. B

2. Itliong-Maximo, S

پیام نور مرکز لامرد رابطه وجود دارد؟

۴) آیا بین بُعد خودآگاهی و عشق و علاقه هوش معنوی با مؤلفه‌های سلامت روان دانشجویان دانشگاه پیام نور مرکز لامرد رابطه وجود دارد؟

۵) آیا بین هوش معنوی با مؤلفه‌های سلامت روان دانشجویان دانشگاه پیام نور مرکز لامرد رابطه وجود دارد؟

۶) کدام یک از ابعاد هوش معنوی، پیش‌بینی‌کننده بهتری از سلامت روان دانشجویان پیام نور مرکز لامرد می‌باشد؟

روش تحقیق

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری مورد مطالعه شامل کلیه دانشجویان پسر و دختر دانشگاه پیام نور لامرد (۶۰۰ نفر) بود که در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ در این واحد دانشگاهی مشغول به تحصیل بودند. در راستای برآورد تعداد نمونه لازم برای اجرای ابزار پژوهش، با استفاده از جدول مورگان تعداد ۲۳۴ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای از جامعه فوق انتخاب شدند.

ابزار پژوهش

۱) پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28): پرسشنامه سلامت عمومی^۱ را گلدبرگ^۲ و هیلر^۳ (۱۹۷۹) ابداع کرد. این پرسشنامه ۲۸ سؤال دارد و بُعد نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی را موردسنجش قرار می‌دهد. هر خرده‌آزمون دارای ۷ سؤال است و سوالات آزمون به شیوه ۵ گزینه‌ای لیکرت است که از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم منظم شده است. باقری یزدی و محمدی (۱۳۸۷) میزان پایایی این پرسشنامه را ۰/۸۵؛ و پایایی این پرسشنامه را به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۹۲، ۰/۸۶ و ۰/۸۸ گزارش کرده‌اند. پالاهانگ، نصر، براهنی و شاه‌محمدی (۱۳۷۵) نیز میزان اعتبار ۰/۹۱ را برای این پرسشنامه گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۲ محاسبه شد.

1. Mental Health Questionnaire

2. Goldberg, D. P

3. Hillier, V. F

۲) پرسشنامه هوش معنوی آمرام و درایر: پرسشنامه هوش معنوی را آمرام^۱ و درایر^۲ (۲۰۰۸) ساختند. پرسشنامه دارای ۴۲ ماده و ۴ عامل است. عامل اول دارای ۱۲ ماده است. ماده‌هایی که روی عامل اول قرار گرفته‌اند تفکر کلی و اعتقاد افراد را نشان می‌دهند. عامل دوم دارای ۱۴ ماده است. ماده‌هایی که روی عامل دوم قرار گرفته‌اند توانایی مقابله و تعامل با مشکلات را نشان می‌دهند. عامل سوم دارای ۹ ماده است. ماده‌هایی که روی عامل سوم قرار گرفته‌اند سجایای اخلاقی افراد را نشان می‌دهند و عامل چهارم دارای ۷ ماده است. ماده‌هایی که روی عامل چهارم قرار گرفته‌اند خودآگاهی و عشق و علاقه افراد را نشان می‌دهند. محققین مختلف روایی پرسشنامه هوش معنوی را از ۷۲ تا ۸۸ صدم و اعتبار آزمون را از ۷۰ تا ۹۵ صدم به دست آورده‌اند. برای مثال در تحقیق بدیع، سواری، باقری و لطیفی‌زادگان (۱۳۸۹)، جهت تعیین پایایی از آزمون آلفای کرونباخ و دونیمه سازی استفاده شد که برای کل پرسشنامه به ترتیب برابر با ۸۵ و ۷۸ صدم به دست آمد که بیانگر پایایی قابل قبول پرسشنامه یادشده است.

یافته‌های پژوهش

جدول ۱ نتایج آمار توصیفی متغیرهای پژوهش را در تحقیق حاضر به تفکیک ابعاد متغیر پیش‌بین (هوش معنوی) و مؤلفه‌های متغیر ملاک (سلامت روان) نشان می‌دهد.

جدول ۱: آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	ابعاد و مؤلفه‌ها	حجم نمونه	میانگین	انحراف معیار
هوش معنوی	جامع‌نگری و بُعد اعتقادی	۲۳۴	۲/۵۶	۰/۳۶۸
	مقابله و تعامل با مشکلات	۲۳۴	۲/۱۹	۰/۵۵۱
	سجایای اخلاقی	۲۳۴	۲/۶۴	۰/۵۴۰
	خودآگاهی و عشق و علاقه	۲۳۴	۳/۱۷	۰/۷۰۸
	هوش معنوی (کل)	۲۳۴	۲/۶۴	۰/۳۴۴
سلامت روان	نشانه‌های جسمانی	۲۳۴	۳/۱۵	۰/۶۲۲
	اضطراب	۲۳۴	۲/۹۶	۰/۳۹۴
	کارکرد اجتماعی	۲۳۴	۲/۹۶	۰/۴۲۵
	افسردگی	۲۳۴	۳/۱۱	۰/۶۱۰
	سلامت روان (کل)	۲۳۴	۳/۰۴۳	۰/۳۸۶

برای بررسی رابطه بین بُعد جامع‌نگری و بُعد اعتقادی هوش معنوی با مؤلفه‌های سلامت روان دانشجویان از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ نشان داده شده است.

1. Amram, Y

2. Dryer, C



جدول ۲: ماتریس ضرایب همبستگی بین جامع‌نگری و بُعد اعتقادی هوش معنوی با مؤلفه‌های سلامت روانی دانشجویان

متغیر	جامع‌نگری و بُعد اعتقادی
جامع‌نگری و بُعد اعتقادی	۱
نشانه‌های جسمانی	۰/۵۴۰**
اضطراب	-۰/۰۴۹**
کارکرد اجتماعی	۰/۱۴۵
افسردگی	۰/۱۳۳
سلامت روان (کل)	۰/۲۹۸**

با توجه به میزان ضریب همبستگی پیرسون بین بُعد جامع‌نگری و بُعد اعتقادی هوش معنوی با مؤلفه‌های سلامت روان که به ترتیب برابر ۰/۵۴، -۰/۰۴۹، ۰/۱۴۵ و ۰/۱۳۳ است و همچنین بین بُعد جامع‌نگری و نمره کل سلامت روانی که ۰/۲۹۸ است و از آنجایی که هر چه میزان نمره کل پرسشنامه سلامت روان کمتر باشد آن فرد سالمتر است، علامت منفی در کنار همبستگی پیرسون بدین معنی است که هرچه فرد هوش معنوی بالاتری داشته باشد (میزان نمره پرسشنامه هوش معنوی بالا باشد) فرد سالم‌تر بوده و کمتر دچار اختلالات روانی همچون اضطراب، بی‌خوابی، افسردگی و اختلال در کارکردهای اجتماعی است (نمره کل پرسشنامه سلامت روان فرد کمتر است)، در نتیجه فرضیه اول تأیید شد بدین معنی که بین بُعد جامع‌نگری و بُعد اعتقادی با سلامت روانی دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد.

برای بررسی رابطه بین بُعد توانایی مقابله و تعامل با مشکلات هوش معنوی با مؤلفه‌های سلامت روان دانشجویان از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳: ماتریس ضرایب همبستگی بین توانایی مقابله و تعامل با مشکلات هوش معنوی با مؤلفه‌های سلامت روانی دانشجویان

متغیر	توانایی مقابله و تعامل با مشکلات
توانایی مقابله و تعامل با مشکلات	۱
نشانه‌های جسمانی	۰/۳۲۷**
اضطراب	۰/۵۱۰**
کارکرد اجتماعی	۰/۷۴۱**
افسردگی	۰/۰۳۷
سلامت روان (کل)	۰/۴۸۱**

با توجه به میزان ضریب همبستگی پیرسون بین بُعد توانایی مقابله و تعامل با مشکلات با

مؤلفه‌های سلامت روان که به ترتیب برابر ۰/۳۲۷، ۰/۵۱۰، ۰/۷۴۱ و ۰/۰۳۷ است و همچنین بین بُعد توانایی مقابله و تعامل با مشکلات هوش معنوی و نمره کل سلامت روانی که ۰/۴۸۱ است، در نتیجه فرضیه دوم تأیید شد بدین معنی که بین توانایی مقابله و تعامل با مشکلات اعتقادی با سلامت روانی دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد.

برای بررسی رابطه بین بُعد پرداختن به سجایای اخلاقی هوش معنوی با مؤلفه‌های سلامت روان دانشجویان از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴: ماتریس ضرایب همبستگی بین پرداختن به سجایای اخلاقی هوش معنوی با مؤلفه‌های سلامت روانی دانشجویان

متغیر	سجایای اخلاقی
سجایای اخلاقی	۱
نشانه‌های جسمانی	۰/۳۱۰**
اضطراب	۰/۶۱۵**
کارکرد اجتماعی	۰/۵۶۴**
افسردگی	۰/۲۹۳**
سلامت روان (کل)	۰/۵۵۴**

با توجه به میزان ضریب همبستگی پیرسون بین بُعد سجایای اخلاقی با مؤلفه‌های سلامت روان که به ترتیب برابر ۰/۳۱۰، ۰/۶۱۵، ۰/۵۶۴ و ۰/۲۹۳ است و همچنین بین بُعد سجایای اخلاقی و نمره سلامت روانی که ۰/۵۵۴ است، در نتیجه فرضیه سوم تأیید شد بدین معنی که بین بُعد سجایای اخلاقی با سلامت روانی دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد.

برای بررسی رابطه بین بُعد خودآگاهی و عشق و علاقه هوش معنوی با مؤلفه‌های سلامت روان دانشجویان از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول ۵: ماتریس ضرایب همبستگی بین بُعد خودآگاهی و عشق و علاقه هوش معنوی با مؤلفه‌های سلامت روانی دانشجویان

متغیر	خودآگاهی و عشق و علاقه
خودآگاهی و عشق و علاقه	۱
نشانه‌های جسمانی	۰/۵۶۲**
اضطراب	۰/۰۸۷**
کارکرد اجتماعی	۰/۶۹۲**
افسردگی	۰/۸۰۸**
سلامت روان (کل)	۰/۷۵۹**



با توجه به میزان ضریب همبستگی پیرسون بین بُعد خودآگاهی و عشق و علاقه با مؤلفه‌های سلامت روان که به ترتیب برابر ۰/۵۶۲، ۰/۰۸۷، ۰/۶۹۲ و ۰/۸۰۸ است و همچنین بین کل بُعد خودآگاهی و عشق و علاقه و سلامت روانی که ۰/۷۵۹ است، در نتیجه فرضیه چهارم تأیید شد بدین معنی که بین بُعد خودآگاهی و عشق و علاقه با سلامت روانی دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد.

برای بررسی رابطه بین نمره کل هوش معنوی با مؤلفه‌های سلامت روان دانشجویان از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ نشان داده شده است.

جدول ۶: ماتریس ضرایب همبستگی بین هوش معنوی با مؤلفه‌های سلامت روانی دانشجویان

متغیر	هوش معنوی (کل)
هوش معنوی (کل)	۱
نشانه‌های جسمانی	۰/۶۸۶**
اضطراب	۰/۴۷۷**
کارکرد اجتماعی	۰/۹۱۲**
افسردگی	۰/۵۸۱**
سلامت روان (کل)	۰/۸۷۹**

با توجه به میزان ضریب همبستگی پیرسون بین متغیر هوش معنوی با مؤلفه‌های سلامت روان که به ترتیب برابر ۰/۶۸۶، ۰/۴۷۷، ۰/۹۱۲ و ۰/۵۸۱ است و همچنین بین نمره کل هوش معنوی و نمره کل سلامت روان که ۰/۸۷۹ است در نتیجه فرضیه پنجم تأیید شد بدین معنی که بین هوش معنوی با سلامت روانی دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد.

برای تعیین سهم هر یک از متغیرهای ابعاد هوش معنوی در پیش‌بینی سلامت روان دانشجویان از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام‌به‌گام استفاده شد. تحلیل‌های مقدماتی به منظور اطمینان از عدم تخطی از مفروضه‌های نرمال بودن، خطی بودن، هم خطی و یکسانی پراکندگی انجام شد. همچنین بررسی نمودار پراکنش و نمودار پراکنش پس‌مانده‌های استاندارد شده نشان داد که از مفروضه‌های نرمال بودن، خطی بودن و یکسانی پراکندگی تخطی نشده است. خلاصه این نتایج و جدول ۷ و ۸ سهم هر یک از متغیرهای وارد شده به مدل را در پیش‌بینی سلامت روان دانشجویان نشان می‌دهند.

جدول ۷: خلاصه یافته‌های حاصل از تحلیل رگرسیون به روش گام‌به‌گام برای پیش‌بینی سلامت روان دانشجویان

شاخص‌های آماری	ضریب همبستگی	مجدور ضریب همبستگی	ضریب همبستگی	خطای
متغیرهای پیش‌بین	چندگانه R	(ضریب تعیین) R ²	تعدیل شده	استاندارد برآورد
خودآگاهی و عشق و علاقه	۰/۷۵۹	۰/۵۷۵	۰/۵۷۱	۰/۲۵۲
خودآگاهی و عشق و علاقه سجایای اخلاقی	۰/۸۹۲	۰/۷۹۶	۰/۷۹۲	۰/۱۷۶
خودآگاهی و عشق و علاقه سجایای اخلاقی	۰/۹۲۴	۰/۸۵۴	۰/۸۴۹	۰/۱۴۹
جامع‌نگری و بُعد اعتقادی				

مندرجات جدول ۷ نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود متغیرهایی که با سلامت روان کمترین رابطه را داشته‌اند حذف شده‌اند. لذا متغیرهای خودآگاهی و عشق و علاقه، سجایای اخلاقی و جامع‌نگری و بُعد اعتقادی بیشترین همبستگی چندگانه را با پیش‌بینی سلامت روان دانشجویان داشته‌اند. بر اساس اهمیت ترتیب متغیرهای پیش‌بین در تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام در اولین گام، بُعد خودآگاهی و عشق و علاقه با سلامت روان دارای ضریب همبستگی ۰/۷۵۹ بوده است. در دومین گام ابعاد خودآگاهی و عشق و علاقه و سجایای اخلاقی با سلامت روان دانشجویان دارای ضریب همبستگی ۰/۸۹۲ بوده است. در گام سوم با افزوده شدن بُعد جامع‌نگری و بُعد اعتقادی، ضریب همبستگی به ۰/۹۲۴ رسیده است که در مجموع این سه متغیر قادر به تبیین ۰/۸۵۴ درصد واریانس سلامت روان دانشجویان بوده است.

جدول ۸: تحلیل واریانس چندگانه (آنوا) به روش گام‌به‌گام برای پیش‌بینی سلامت روان دانشجویان

منبع تغییرات مدل	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	معناداری
a رگرسیون	۸/۴۸۹	۱	۸/۴۸۹	۱۳۲/۸۴۷	۰/۰۰۰
باقیمانده	۶/۲۶۲	۹۸	۰/۰۶۴		
کل	۱۴/۷۵۱	۹۹			
b رگرسیون	۱۱/۷۴۰	۲	۵/۸۷۰	۱۸۹/۰۳۶	۰/۰۰۰
باقیمانده	۳/۰۱۲	۹۷	۰/۰۳۱		
کل	۱۴/۷۵۱	۹۹			
c رگرسیون	۱۲/۵۹۴	۳	۴/۱۹۸	۱۸۶/۷۵۳	۰/۰۰۰
باقیمانده	۲/۱۵۸	۹۶	۰/۰۲۲		
کل	۱۴/۷۵۱	۹۹			

a = پیش‌بین‌ها؛ (ثابت)، خودآگاهی و عشق و علاقه؛ b = پیش‌بین‌ها؛ (ثابت)، خودآگاهی و عشق و علاقه، سجایای

اخلاقی؛ c = پیش‌بین‌ها؛ (ثابت)، خودآگاهی و عشق و علاقه، سجایای اخلاقی، جامع‌نگری و بُعد اعتقادی



همان‌طور که در جدول ۹ نشان داده شده است تحلیل واریانس، اعتبار رگرسیون گام‌به‌گام را در پیش‌بینی سلامت روان دانشجویان تأیید می‌کند.

جدول ۹: ضرایب رگرسیون استاندارد و غیراستاندارد برای متغیرهای معنادار در تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی سلامت روان دانشجویان از روی هوش معنوی

گام	شاخص	ضرایب استاندارد نشده		t	سطح معناداری
		B	خطای استاندارد		
۱	ثابت	۱/۷۳۱	۰/۱۱۷	۱۴/۸۴۱	۰/۰۰۰
	خودآگاهی و عشق و علاقه	۰/۴۱۳	۰/۰۳۶	۱۱/۵۲۶	۰/۰۰۰
۲	ثابت	۰/۹۳۳	۰/۱۱۳	۸/۲۸۴	۰/۰۰۰
	خودآگاهی و عشق و علاقه	۰/۳۸۴	۰/۰۲۵	۱۵/۲۴۶	۰/۰۰۰
	سجایای اخلاقی	۰/۳۳۸	۰/۰۳۳	۱۰/۲۳۱	۰/۰۰۰
۳	ثابت	۰/۲۵۳	۰/۱۴۶	۱/۷۲۹	۰/۰۸۷
	خودآگاهی و عشق و علاقه	۰/۳۴۷	۰/۰۲۲	۱۵/۶۰۵	۰/۰۰۰
	سجایای اخلاقی	۰/۳۸۰	۰/۰۲۹	۱۳/۱۵۲	۰/۰۰۰
	جامع‌نگری و بُعد اعتقادی	۰/۲۶۷	۰/۰۴۳	۶/۱۶۴	۰/۰۰۰

نتایج جدول ۹ نشان می‌دهد که در گام نخست متغیر خودآگاهی و عشق و علاقه، در گام دوم متغیر سجایای اخلاقی و در گام سوم متغیر جامع‌نگری و بُعد اعتقادی وارد معادله شده‌اند. نتایج بیانگر این است که متغیر خودآگاهی و عشق و علاقه با ضریب بتای ۰/۶۳۷، متغیر سجایای اخلاقی با ضریب بتای ۰/۵۳۲ و متغیر جامع‌نگری و بُعد اعتقادی با ضریب بتای ۰/۲۵۵ رابطه مثبت و معناداری با سلامت روان دانشجویان دارد. این نتیجه نشان‌دهنده این است که افزایش راهکارهای خودآگاهی و عشق و علاقه، سجایای اخلاقی و جامع‌نگری و بُعد اعتقادی به‌طور مثبت و معنادار افزایش سلامت روانی دانشجویان را پیش‌بینی می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

هوش معنوی می‌تواند ادراک ما را از وقایعی مثل سلامتی یا بیماری، شکل داده و سازمان دهد و نه تنها در سلامت تأثیر بگذارد بلکه در تجارب سخت زندگی مثل غم یا فقدان، نیز اثر بگذارد و در بهزیستی فرد نیز مؤثر واقع شود (واگان^۱، ۲۰۰۲). بعضی محققین، سیطره تأثیر هوش معنوی را از این فراتر می‌دانند برای نمونه به عقیده زوهر و مارشال (۲۰۰۰، ص ۳۲۴) هوش معنوی، بنیان

عملکرد کارتر هوش عقلانی و هوش هیجانی است. از دیدگاه امونز (۲۰۰۰) هوش معنوی می‌تواند ادراکی عاقلانه از جهان در نظر گرفته شود. از دیدگاه واگان (۲۰۰۲) هوش معنوی یکپارچه کننده زندگی درونی و معنوی با زندگی بیرونی و محیط کار است و هوش معنوی برای شناسایی انتخاب‌هایی که در بهزیستی روان‌شناختی رشد سلامتی کل بشر نقش دارند، امری لازم است.

داده‌های تحقیق حاضر نیز تأییدکننده رابطه هوش معنوی و کاهش مشکلات و مسائل بیرونی و اجتماعی دانشجویان است و می‌توان گفت که هوش معنوی مکانیسمی است که توسط آن کیفیت زندگی افراد، بهبود می‌یابد. این نتیجه با نتایج تحقیقات قبلی هم‌خوانی دارد. در این مطالعات هوش معنوی با افسردگی، پرخاشگری، خصومت، اضطراب و خودفریبی رابطه منفی نشان داد.

همچنین هوش معنوی با صفات خلقی، حساسیت اجتماعی، رضایت زندگی، انرژی و فعالیت رابطه‌ای مثبت داشت (کینگ، ۲۰۰۸؛ کینگ و دیکو^۱، ۲۰۰۹). همچنین در مطالعه‌ای دیگر، هوش معنوی کاهش نشانه‌های افسردگی را در دو ماه آینده پیش‌بینی می‌کرد (ماسکارو^۲ و روزن^۳،

۲۰۰۸). به‌علاوه با توجه به نتایج تحقیقات معلمی و همکاران (۱۳۸۹) مشخص شد که بین سلامت روانی و افکار ناکارآمد رابطه منفی وجود دارد. همچنین بین ۴ خرده‌مقیاس مشکلات جسمانی، اضطراب، مشکلات اجتماعی و افسردگی با افکار ناکارآمد نیز رابطه مثبت معناداری به

دست آمد؛ یعنی با افزایش افکار ناکارآمد، سلامت روانی پایین می‌آید. ابراهیمی، نشاط دوست، کلاتری، مولوی و اسداللهی (۱۳۸۲) مطالعه‌ای درباره رابطه افکار ناکارآمد با سلامت روان در ایران انجام داده است. در تحقیق حاضر نیز ابعاد هوش معنوی با مؤلفه‌های سلامت روان شامل؛ نشانه‌های جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی رابطه معناداری را نشان داد.

در تحقیق حاضر رابطه بین ابعاد چهارگانه هوش معنوی شامل؛ بُعد جامع‌نگری و اعتقادی، بُعد توانایی مقابله و تعامل با مشکلات، بُعد سجایای اخلاقی و بُعد خودآگاهی و عشق و علاقه و همچنین رابطه بین نمره کل هوش معنوی با مؤلفه‌های سلامت روان معنادار بود بدین معنا که هر چه میزان نمره کل پرسشنامه سلامت روان هر فرد کمتر باشد آن فرد سالمتر است و کمتر دچار اختلالات روانی همچون اضطراب، بی‌خوابی، افسردگی و اختلال در کارکردهای اجتماعی است (نمره کل



1. De Cicco, T. L

2. Mascaro, N

3. Rosen, D. H

پرسشنامه سلامت روان فرد کمتر است). همچنین، نتیجه رگرسیون گام‌به‌گام نشان داد که طی سه گام، ابعاد خودآگاهی و عشق و علاقه، سجایای اخلاقی و جامع‌نگری و بُعد اعتقادی بیشترین همبستگی چندگانه را در پیش‌بینی سلامت روان دانشجویان داشته و قادر به تبیین ۰/۸۵۴ درصد واریانس سلامت روان دانشجویان بوده است. این نتایج هم‌راستا با یافته‌های؛ سمیاری و همکاران (۱۳۹۴)، هروی کریموی و همکاران (۱۳۹۳)، خدابخشی و همکاران (۱۳۹۳)، یعقوبی (۱۳۸۹)، معلمی و همکاران (۱۳۸۹)، گودرزی (۱۳۸۹) و کینگ (۲۰۰۸) است و همان‌طور که دیکمن^۱ (۱۹۹۰) بیان می‌کند هوش معنوی در سلامت روان افراد تأثیر دارد و وست (۱۳۸۳) بر این باور است که افراد دارای زندگی معنوی، بدون شک از نظر روان‌شناختی افراد سالمی هستند. به‌طورکلی، پژوهشگران در بررسی تحقیقات انجام‌گرفته درباره اثرات معنویت بر سلامت فرد، دریافتند که معنویت با بیماری کم‌تر و طول عمر بیش‌تر همراه است. افرادی که دارای جهت‌گیری مذهبی‌اند، هنگام مواجهه با جراحی، به درمان، بهتر پاسخ می‌دهند و به شکل مناسب‌تری با آسیب‌دیدگی و بیماری کنار می‌آیند (امونز، ۲۰۰۰ به نقل از امرام، ۲۰۰۹) و میزان افسردگی در آن‌ها کمتر است (مک‌دونالد، ۲۰۰۲ به نقل از امرام، ۲۰۰۹). در این زمینه، تعدادی از محققین به قدرت پیشگیرانه و شفابخش معنویت علیه همه نوع از بیماری‌های انسان اشاره کرده‌اند (بنسون، ۱۹۹۶؛ دوسی، ۱۹۹۳؛ کوئینگ، ۱۹۹۷؛ میتوس، ۱۹۹۸ به نقل از کوپلسکی^۲، ۲۰۰۰؛ توریست^۳، ۱۹۹۹). همچنین نتیجه تحقیق به‌دست‌آمده مغایر با تحقیق قاسمی پیربلوطی و همکاران (۱۳۹۳) است.

فهرست منابع

ابراهیمی، امراه؛ نشاط دوست، حمیدطاهر؛ کلانتری، مهرداد؛ مولوی، حسین و اسداللهی، قربانعلی (۱۳۸۲). سهم مقیاس نگرش‌های ناکارآمد و خرده مقیاس‌های سلامت عمومی در پیش‌بینی سلامت روان و افسردگی. دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ۹(۴)، ۵۲-۵۸.

احمدی، زهرا؛ صحبایی، فائزه؛ محمدزاده، شهلا و محمودی، محمود (۱۳۸۷). بررسی سلامت روان دانشجویان پرستاری و غیرپرستاری دانشگاه آزاد اسلامی شهرکرد. علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، ۱۷(۲)، ۱۰۷-۱۱۱.

1. Dekman, A

2. Kwilecki, S

3. Thoresen, C. E

ادهم، داوود و همکاران (۱۳۸۶). بررسی سلامت روانی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ۸(۲۹)، ۲۲۹-۳۴۲.

اسلامی، احمدعلی؛ شجاعی‌زاده، داوود و کمالی، پرویز (۱۳۷۸). بررسی میزان افسردگی و رابطه آن با نگرش فرد نسبت به مذهبی بودن در دانش آموزان سال آخر دبیرستان‌های اسلامشهر سال تحصیلی ۷۶-۱۳۷۵. طب و تزکیه، ۹(۳۴)، ۲۹-۳۴.

بدیع، علی؛ سواری، الهام؛ باقری، نجمه و لطیفی‌زادگان، وحیده (۱۳۸۹). ساخت و هنجاریابی مقیاس هوش معنوی، اولین کنفرانس روان‌شناسی دانشگاه پیام نور تبریز.

حسینی، ابوالقاسم (۱۳۷۷). اصول بهداشت روانی. مشهد: دانشگاه مشهد.

خدابخشی، شراره؛ رحیمی‌کیا، امین و جعفری، حسن (۱۳۹۳). شناسایی رابطه بین هوش معنوی و سلامت روانی دانشجویان. دانشگاه علوم پزشکی لرستان، ۱۶(۵۹)، ۵۸-۶۵.

خدایاری فرد، محمد (۱۳۸۰). گسترده پژوهش‌های روان‌شناختی در حوزه دین. اندیشه و رفتار، ۴(۲۴)، ۵۳-۴۵.

دادخواه، بهروز؛ محمدی، محمدعلی و مظفری، ناصر (۱۳۸۴). سلامت روان دانش آموزان در دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ۶(۱)، ۳۱-۳۶.

رفعتی، فوزیه؛ شمسی، افضل؛ پیله‌ورزاده، مطهره و رفعتی، شیده (۱۳۹۱). سلامت روان و خطر ابتلا در دانشجویان دانشکده پرستاری و پزشکی جیرفت. مراقبت مدرن، ۹(۲)، ۴۵-۱۳۷.

سمیاری، حسن؛ هروی کریموی، مجیده؛ نصیری، ملیحه و عربی، فاطمه (۱۳۹۴). بررسی ارتباط بین هوش معنوی و سلامت عمومی دانشجویان. روان پرستاری، ۳(۱)، ۴۷-۵۸.

سهرابی، فرامرز (۱۳۸۷). سازه‌های هوش معنوی. فصلنامه بهداشت روان، ۱(۱)، ۱۴-۱۸.

شفیعی، عباس (۱۳۹۳). بررسی هوش معنوی و تأثیر آن بر سلامت روانی منابع انسانی سازمان. مطالعات اسلام و روان‌شناسی، ۸، ۱۵۳-۱۷۹.

طباطبایی، محمدحسین (۱۳۶۳). المیزان فی تفسیر القرآن. ترجمه محمدباقر موسوی همدانی، قم: جامعه مدرسین حوزه علمیه قم.

ظروفی مجید (۱۳۸۸). بررسی سلامت روانی و رابطه آن با گرایش به اعمال مذهبی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد شبستر، روان‌شناسی و دین، ۲(۸)، ۱۵۶-۱۴۳.

فتحی آشتیانی، علی و داستانی، محبوبه (۱۳۸۸). آزمون‌های روان‌شناختی ارزیابی شخصیت و



سلامت روان. تهران: بعثت.

فرانکل، ویکتور (۱۳۸۰). انسان در جستجوی معنی. ترجمه اکبر معرافی، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
 قاسمی پیربلوطی، محمد؛ احمدی، رضا؛ علوی، سیدمجید و علوی، سیده صغری (۱۳۹۳).
 بررسی رابطه هوش معنوی و رضایت شغلی با سلامت روان در کارکنان دانشگاه علوم پزشکی
 شهرکرد، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ۱۶، ۱۳۱-۱۲۳.

قدرتی میرکوهی، مهدی و خرمایی، احسان (۱۳۸۹). رابطه دین‌داری با سلامت روان در نوجوانان.
 فصلنامه علوم رفتاری، ۲(۵)، ۱۱۵-۱۳۱.

کرمی، جهانگیر؛ روغنیچی، محمود؛ عطاری، یوسفعلی؛ بشلیده، کیومرث و شکری، مهتاب
 (۱۳۸۵). بررسی روابط ساده و چندگانه ابعاد جهت‌گیری مذهبی با سلامت روانی در
 دانشجویان دانشگاه رازی کرمانشاه. علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز،
 ۱۳(۳)، ۳۱-۵۲.

کریمی زارچی، علی‌اکبر؛ تولایی، سیدعباس؛ ادیب‌زاده، عبدالرئوف و حسینلو، شهرام (۱۳۸۲).
 بررسی شیوع افسردگی و عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان پزشکی. مجله پزشکی کوثر، ۸(۳)،
 ۲۳۱-۲۳۴.

گنجی، حمزه (۱۳۸۵). روان‌شناسی تجربی کاربردی. تهران: بعثت.

گودرزی، کورش (۱۳۸۹). اثربخشی تعاملی هوش معنوی و آموزش مهارت‌های زندگی بر
 سلامت روانی دانشجویان. مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۱(۱)، ۱۵-۴۱.

لطفی، محمدحسن؛ امینیان، امیرحسین؛ نوری‌شادکام، محمود؛ قمی‌زاده، اقدس و زارع، مرضیه
 (۱۳۸۶). بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی سال‌های ۸۵-۸۱ دانشگاه علوم
 پزشکی شهید صدوقی یزد. طب و تزکیه، ۱۶(۳ و ۴)، ۴۹-۵۶.

مجلسی، محمدباقر (۱۳۸۰). بحارالانوار. قم: مسجد جمکران.

معلمی، صدیقه؛ بخشانی، نورمحمد و رقیبی، مهوش (۱۳۸۹). بررسی رابطه سلامت روان، هوش
 معنوی و افکار ناکارآمد در دانشجویان دانشگاه سیستان و بلوچستان، اصول بهداشت روانی،
 ۱۲(۴)، ۷۰۲-۷۰۹.

میرزمانی، سید محمود و محمدی، محمدرضا (۱۳۸۰). تحقیقی پیرامون ارزش مذهبی در گروهی از
 بیماران روانی بر اساس تست مطالعه ارزش‌های آلپورت، ورنن و لیندزی. حکیم، ۴(۱)، ۵۸-۵۱.

وست، ویلیام (۱۳۸۳). روان‌درمانی و معنویت. ترجمه سلطان‌علی شیرافکن و شهریار شهیدی، تهران: انتشارات رشد.

هروی کریموی، مجیده؛ رژه، ناهید و شریف‌نیا، سیدحمید (۱۳۹۳). ارتباط بین هوش معنوی و سلامت عمومی دانشجویان پرستاری شهر تهران. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، ۱۴(۱)، ۱۳-۱.

یعقوبی، ابوالقاسم (۱۳۸۹). بررسی رابطه هوش معنوی با میزان شادکامی دانشجویان دانشگاه بوعلی همدان. پژوهش در نظام‌های آموزشی، ۴(۹)، ۹۲-۱۰۵.

Amram, J. Y. (2009). The contribution of emotional and spiritual intelligences to effective business leadership. Institute of Transpersonal Psychology.

Amram, Y., & Dryer, C. (2008). The integrated spiritual intelligence scale (ISIS): Development and preliminary validation. In 116th Annual Conference of the American Psychological Association (pp. 1-46). Boston, MA: American Psychological Association.

DeCicco, D. B. K. T. L. (2009). A viable model and self-report measure of spiritual intelligence. *Transpersonal Studies*, 28, 68-85.

Dekman, A (1990) *the wrong way hom*: Boston: Beacom.

Emmons, R. A. (1999). *The psychology of ultimate concern: Motivation and spirituality in personality*. New York: The Guilford Press.

Emmons, R. A. (2000). "Is spirituality intelligence? Motivation, cognition, and the psychology of ultimate concern". *The International Journal for the Psychology of Religion*, 10(1), 3-26.

Emmons, R. A. (2000). Spirituality and intelligence: Problems and prospects. *The international journal for the psychology of religion*, 10(1), 57-64.

Gain, M. & Purohit, P. (2006). Spiritual intelligence: Acontemporary concern with rigard to living status of the senior citizens *journal of the Indian Academy of Applied psychology*. 32(3), 227- 233.



- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*, 9(1), 139-145.
- Iltiong-Maximo, S. (2006). The constructs of spiritual intelligence, its correlates with stress management and variation across selected variables (Doctoral dissertation).
- Ker-Dincer, M. (2007). Educators role as spiritually intelligent leaders in educational institutions. *Journal of Human Sciences*, 4(1).
- King, D. B. (2008). Personal Meaning Production as a Component of Spiritual Intelligence. Paper submitted for presentation at The 5th Biennial International Conference on Personal Meaning, Toronto, Ontario, July 24-27.
- King, D. B. (2009). Rethinking claims of spiritual intelligence: A definition, model, and measure. Unpublished Master's Thesis, Trent University, Peterborough, Ontario, Canada.
- Kwilecki, S. (2000). Spiritual intelligence as a theory of individual religion: A case application. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 10(1), 35-46.
- MacHovec, F. J. (2002). *Spiritual intelligence, the behavioral sciences, and the humanities*. E. Mellen Press.
- Mascaro, N., & Rosen, D. H. (2008). Assessment of existential meaning and its longitudinal relations with depressive symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27(6), 576-599.
- Noble, K. D. , (2000). Spiritual intelligence: A new frame of mind. *Advanced Development Journal*, 9, 1-28.
- Sisk, D. A., & Torrance, E. P. (2001). *Spiritual intelligence: Developing higher consciousness*. New York, NY.
- Stevens, B. (1996). What about spiritual intelligence?. *St Mark's Review*, (167), 19-22.
- Thoresen, C. E. (1999). Spirituality and health: Is there a relationship?. *Journal of health psychology*, 4(3), 291-300.
- Vaughan, F. (2002). What is spiritual intelligence?. *Journal of humanistic psychology*, 42(2), 16-33.

World Health Organization (2007). mental health: strengthening mental health promotion.

Www. who. org.

Zohar, D., & Marshall, I. (2000). SQ: Spiritual intelligence, the ultimate intelligence. London:

Bloomsbury.

Zohar, D., Marshall, I., & Marshall, I. N. (2000). SQ: Connecting with our spiritual

intelligence. Bloomsbury Publishing USA.



۱۶

نقش ابعاد هوش معنوی در سلامت روان دانشجویان...

