

# رابطه سلامت روانی، وضعیت مذهبی و هوش معنوی

در دانش آموزان  
شرکت کننده در  
مسابقات کشوری  
قرآن، عترت و نماز

## قربان کیانی

رئیس مرکز مشاوره و خدمات روان شناختی  
دانش آموزان اردبیل، دکترای روان شناسی تربیتی  
محمود مشکی ماجلان  
رئیس اداره مشاوره تربیتی استان اردبیل، دانشجوی  
دکترای مدیریت

## چکیده

هدف این مطالعه بررسی رابطه سلامت روانی و مؤلفه‌های (جسمانی‌سازی، اضطراب و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و افسردگی)، هوش معنوی و وضعیت مذهبی در بین دانش آموزان شرکت کننده در مسابقات کشوری قرآن، عترت و نماز در تابستان سال ۱۳۹۶ در شهر اردبیل است. تحقیق از نوع پیمایشی بوده و آزمون آماری آن همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون است. جامعه آماری تحقیق کلیه دانش آموزان شرکت کننده در مسابقات کشوری قرآن، عترت و نماز در تابستان سال ۱۳۹۶ است. روش نمونه‌گیری از نوع تصادفی - طبقه‌ای است؛ به طوری که از بین دانش آموزان هر استان به تعداد مساوی، افرادی به صورت تصادفی به عنوان

نمونه آماری و از بین پسران شرکت کننده در مسابقات ۲۲۰ نفر به عنوان اعضای نمونه انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس ۲۸ سؤالی سلامت روانی گلدبرگ و هیلر (۱۹۹۷) استفاده شد. همچنین، برای سنجش هوش معنوی از پرسش‌نامه هوش معنوی کینگ (۲۰۰۸) و برای سنجش وضعیت مذهبی از پرسش‌نامه وضعیت مذهبی لطف‌آبادی (۱۳۸۱) استفاده گردید. نتایج به دست آمده نشان داد که بین وضعیت مذهبی و سلامت روانی رابطه مثبت معنی‌دار و بین مؤلفه‌های (نشانه‌های

جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و افسردگی) و وضعیت مذهبی رابطه منفی معنی‌دار وجود دارد. همچنین، بین هوش معنوی و سلامت روانی رابطه مثبت معنی‌دار و بین مؤلفه‌های (اضطراب و اختلال خواب و افسردگی) و هوش معنوی رابطه منفی معنی‌دار وجود دارد. نتایج به‌دست آمده هم‌چنین نشان داد که تنها وضعیت مذهبی سلامت روانی دانش‌آموزان را به‌طور معنی‌داری در سطح ( $p \leq 0/01$ ) پیش‌بینی می‌کند. با توجه به رابطه مثبت معنی‌دار بین وضعیت مذهبی و سلامت روانی و هوش معنوی و رابطه منفی معنی‌دار بین مؤلفه‌های (نشانه‌های جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و افسردگی) با هوش معنوی و سلامت روانی دانش‌آموزان شرکت‌کننده در مسابقات قرآن، عترت و نماز، این عوامل باید در مقابله با دشواری‌های روان‌شناختی آنان مورد توجه قرار گیرد.

**کلیدواژه‌ها:** سلامت روانی، هوش معنوی، وضعیت مذهبی، مسابقات قرآن، عترت و نماز

### مقدمه

برگزاری مسابقات کشوری قرآن، عترت و نماز می‌تواند موجی از احساسات مذهبی را در بین شرکت‌کنندگان این مسابقات برانگیزد. از یک‌سو، شرکت در رقابت و مسابقه می‌تواند شرایط استرس‌زایی برای افراد شرکت‌کننده در پی داشته باشد. از سوی دیگر حضور در مسابقات مستلزم قرار گرفتن در موقعیت‌های اجتماعی نظیر خوابگاه و ارتباط با سایر افراد است که طبعاً این کار نیاز به سازگاری با دیگران دارد و بهداشت روانی دانش‌آموزان را نیز تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. مشکلات بهداشت روانی یکی از گرفتاری‌های مهم رو به افزایش خانواده‌ها و جوامع است. هدف از بهداشت روانی، پیشگیری از ابتلا به اختلالات و بیماری‌های روانی و کاهش شیوع و جلوگیری از عوارض آن‌هاست. از منظر سازمان جهانی بهداشت: «سلامت روانی، حالتی از سلامتی است که در آن فرد، توانایی‌های خود را می‌شناسد، می‌تواند با فشارهای طبیعی زندگی مقابله کند، برای جامعه مثمر‌تر بوده و قادر به تصمیم‌گیری و مشارکت جمعی باشد. بر این اساس، سلامت روانی مبنای رفاه و سلامت برای افراد جامعه است» (سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). در سال‌های اخیر، رویکرد آسیب‌شناختی در مطالعه سلامت انسان مورد انتقاد قرار گرفته است. برخلاف این دیدگاه که سلامت را نداشتن بیماری تعریف می‌کند، رویکردهای جدید بر خوب بودن به جای «بید یا بیمار بودن» تأکید می‌کنند (ریف، سینگر و لاو<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). از این منظر، عدم وجود نشانه‌های



درونی، ایمان به خودی خود ارزشی متعالی تلقی می‌شود و یک عامل انگیزشی فراگیر، نه وسیله‌ای برای دستیابی به اهداف، در نظر گرفته می‌شود اما در جهت‌گیری مذهبی بیرونی، مذهب امری خارجی و ابزاری برای ارضای نیازهای فردی از قبیل مقام و امنیت است. به عبارت دیگر، دین‌داری برای کسب امنیت و پایگاه اجتماعی است و افرادی که چنین جهت‌گیری‌ای دارند، از دین به عنوان وسیله‌ای برای رسیدن به حاجات خود استفاده می‌کنند (آلپورت، ۱۹۵۰). مذهب بستر مناسبی برای پاسخ‌گویی به خواسته‌ها و مواضع مبهم فرد فراهم می‌کند؛ از جمله این خواسته‌ها و نیازها می‌توان به مشکل انسان در ارتباط با زمان و جاودانگی، اجتماعی شدن و اجتماعی ماندن الگوی دلبستگی و جدایی، تشویق و تنبیه، معنادهی به فعالیت‌ها، عقل، جایگاه فرد در جهان، غلبه و معنادهی به رنج‌ها و تعارض‌های اساسی زندگی اشاره کرد (لوین، ۱۹۹۶). پارک، کوهن و هرب<sup>۹</sup> (۲۰۰۶) نیز طی بررسی‌های خود به نقش تعدیل‌کننده مذهب در موقعیت‌های استرس‌زا پی بردند. مزیدی و استوار<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۶) در بررسی اثر دین اسلام و مسیحیت بر سلامت روانی جوانان ایرانی، تأثیر معنی‌دار هر دو دین را بر بُعد نشانه‌های مرضی گزارش کردند.

کوهن، یون و جانستون<sup>۱۱</sup> (۲۰۰۹) در بررسی ۱۶۸ بیمار مبتلا به اختلال‌های جسمانی مختلف نشان دادند که به طور کلی سلامت روانی با مقابله معنوی مثبت، رابطه مثبت و با مقابله معنوی منفی، رابطه منفی دارد، اما رابطه‌ای بین اعمال دینی خصوصی (مانند دعا کردن) و سلامت روانی دیده نشد. کوهن و هال<sup>۱۲</sup> (۲۰۰۹) با بررسی ۱۰۰۰ فرد سالخورده دریافتند که بعضی از باورهای وجودی نظیر ترس از خدا، اضطراب مرگ، و باور مربوط به زندگی پس از مرگ با احساس بهزیستی رابطه دارد و این رابطه در بین افراد با مذهب پروتستان نسبت به کاتولیک‌ها و یهودی‌ها بیشتر است. کروس<sup>۱۳</sup>

بیماری روانی، شاخص سلامت نیست بلکه سازگاری، شادمانی، اعتماد به نفس و... نشان سلامت است و هدف اصلی فرد شکوفاسازی قابلیت‌های خود می‌باشد. از نظریه‌های جدید، نظریه خودشکوفایی مازلو<sup>۱۴</sup> (۱۹۹۴)، به نقل از ریان و دسی<sup>۱</sup>، (۲۰۰۱) و انسان بالغ با بالیدگی (آلپورت<sup>۵</sup>، ۱۹۵۰) در شکل‌بندی مفهوم سلامت روان‌شناختی، این فرض بنیادین را پذیرفته و از آن بهره جسته‌اند. دیدگاه‌های مختلف، درباره سلامت روانی نظرات متفاوتی دارند. از دیدگاه **انسان‌گرایی**، سلامت روانی یعنی ارضای نیازهای اساسی و رسیدن به مرحله خودشکوفایی. هر عاملی که فرد را در سطح نیازهای سطوح پایین نگه دارد و مانع شکوفایی او شود، به اختلال رفتاری در وی خواهد انجامید (ونتیس ۱۹۹۵). مازلو (۱۹۹۴)، به نقل از ریان و دسی، (۲۰۰۱) دیدگاه انسان‌گرایی بر این باور است که نظام ارزش‌های دینی فرد واجد سلامت روانی، بر پذیرش فیلسوفانه حیات اجتماعی و طبیعت و واقعیت جسمانی زندگی استوار است. براساس **دیدگاه رفتارگرایی**، رفتار سازش‌نا یافته مانند سایر رفتارها در اثر تقویت آموخته می‌شود. از طرفی، سلامت روانی هم شامل رفتارهای سازش یافته‌ای است که آموخته می‌شود. بنابراین، دیدگاه رفتارگرایی، یادگیری رفتارهای معیوب را عامل اساسی اختلال روانی می‌داند و معتقد است که سلامت روانی، تحت تأثیر شکست در یادگیری رفتارهای سازش یافته ضروری یا ناکامی در تسلط یافتن بر موقعیت‌های اجتماعی به‌طور موفقیت‌آمیز می‌باشد.

باورهای مذهبی به سلامتی، کیفیت زندگی و عزت نفس بهبود می‌بخشند و اختلالات روانی و مشکلاتی نظیر خودکشی، اعتیاد به مواد مخدر و اضطراب و افسردگی را کاهش می‌دهند (مقدم، ارجمندی، خبارزاده، نادری و شکری<sup>۷</sup>، ۲۰۱۶). جهت‌گیری مذهبی به دو صورت بیرونی و درونی است. در جهت‌گیری مذهبی

دیدگاه رفتارگرایی، یادگیری  
رفتارهای معیوب را عامل اساسی  
اختلال روانی می‌داند و معتقد است  
که سلامت روانی، تحت تأثیر شکست  
در یادگیری رفتارهای سازش یافته  
ضروری یا ناکامی در تسلط یافتن  
بر موقعیت‌های اجتماعی به‌طور  
موفقیت آمیز می‌باشد

با مسائل اساسی و مهم در زندگی خود سؤال می‌سازیم و به‌وسیله آن در زندگی‌مان تغییراتی ایجاد می‌کنیم (ابراهیمی کوهبنانی، ۱۳۹۰). محمدیاری<sup>۱۵</sup> (۲۰۱۲) نشان داد که سطح سلامت روانی بر مبنای میزان هوش معنوی والدین متفاوت است و افرادی که هوش معنوی بالایی دارند، کودکانشان از سلامت روانی بالایی برخوردارند. با استفاده از هوش معنوی و با توجه به جایگاه معنا و ارزش مشکلات، قادر خواهیم بود نسبت به حل آن‌ها اقدام کنیم. در واقع، هوش معنوی ما را قادر می‌سازد که به کارها و فعالیت‌های خود معنا و مفهوم بدهیم و با استفاده از آن معنا و مفهوم از عملکردمان آگاه شویم و دریابیم که کدام اعمال و رفتارمان از اعتبار بیشتری برخوردار است که آن را الگو و اسطوره خود سازیم (ابراهیمی کوهبنانی، ۱۳۹۰). بنابراین، معنویت و هوش معنوی تکمیل‌کننده و معنابخش زندگی انسان هستند و در سلامت روانی افراد نقش مهمی بازی می‌کنند. نلسون و همکاران<sup>۱۶</sup> (۲۰۰۹) نیز طی پژوهشی نشان دادند که میان مذهبی بودن و افسردگی و همچنین معنویت و افسردگی رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد. اهمیت سلامت روانی این است که برای انسان سرزندگی و شادابی به بار می‌آورد. انسان نیازمند است که فعالانه زندگی خود را هدایت کند، اهدافش را ارتقا دهد و با دیگران به‌صورت احترام‌آمیز تعامل برقرار سازد و این تنها با وجود سلامت روحی و روانی میسر است. سلامت روانی به‌صورت مثبت بر زندگی فرد اثر می‌گذارد و حساسیت وی را نسبت به استرس، اضطراب و برخی از اشکال افسردگی کاهش می‌دهد. در حقیقت، سلامت روانی منبع بسیار اساسی برای زندگی کردن در سطح ایده‌آل به حساب می‌آید (یعقوبی و همکاران، ۱۳۹۶).

با توجه به اهمیت سلامت روانی دانش‌آموزان شرکت‌کننده در مسابقات قرآن، عترت و نماز و نیز به دلیل ابهام در ارتباط سلامت

(۲۰۰۹) در بررسی خود به این نتیجه رسید که وقایع آسیب‌زا و نشانه‌های افسردگی در افراد سالخورده‌ای که معتقدند فقط خداوند بهتر می‌داند چه وقت به نیایش آن‌ها پاسخ دهد، کاهش می‌یابد. زالوادیا<sup>۱۴</sup> (۲۰۱۷) بین هوش معنوی و بهزیستی روان‌شناختی در میان دانشجویان کالج رابطه مثبتی یافت. همچنین دریافت که جنسیت و سن اثر معنی‌داری بر بهزیستی روان‌شناختی و معنوی در پسران و دختران دارند. بهرامی و تاشک (۱۳۸۳) در تحقیقی با عنوان «بررسی ابعاد رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی و ارزیابی مقیاس جهت‌گیری مذهبی» به این نتایج رسیدند که میان جهت‌گیری مذهبی و زیرمقیاس نشانگان بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی، افسردگی و خیم و نمره کل حاصل از این زیرمقیاس‌ها رابطه منفی وجود دارد؛ بدین معنی که هرچه جهت‌گیری مذهبی بالاتر باشد، نمره فرد در این مقیاس‌ها کاهش یافته است. یعقوبی، موفق، چگینی و محمدزاده (۱۳۹۶) با انجام دادن یک فراتحلیل، میزان ارتباط بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی را بررسی کردند. نتایج نشان داد که میزان رابطه گرایش مذهبی با سلامت روانی معنی‌دار می‌باشد.

از سوی دیگر، هوش معنوی به توانایی‌ها و مهارت‌هایی برای توسعه و حفظ ارتباط با منشأ غایی همه موجودات، کامیابی در جست‌وجوی معنی زندگی، یافتن مسیری اخلاقی که به هدایت ما در زندگی کمک کند، درک معنویات و ارزش‌ها در زندگی شخصی و روابط بین‌فردی اشاره می‌کند (کینگ، ۲۰۰۸). به عبارت دیگر، هوش معنوی (یا SQ) همان توانایی‌ای است که به ما قدرت می‌دهد تا برای به‌دست آوردن رویاها تلاش کنیم. این هوش زمینه تمام چیزهایی است که ما به آن‌ها معتقدیم و دربردارنده نقش باورها، هنجارها، عقاید و ارزش‌ها در فعالیت‌هایی است که بر عهده می‌گیریم. در واقع، به واسطه هوش معنوی است که ما در ارتباط



**رویکردهای جدید بر خوب بودن به جای «بد یا بیمار بودن» تأکید می‌کنند. از این منظر، عدم وجود نشانه‌های بیماری روانی، شاخص سلامت نیست بلکه سازگاری، شادمانی، اعتماد به نفس و... نشان سلامت است و هدف اصلی فرد شکوفاسازی قابلیت‌های خود می‌باشد**

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

**۲. مقیاس هوش معنوی:** در این پژوهش برای سنجش هوش معنوی از مقیاس هوش معنوی کینگ<sup>۱۸</sup> (۲۰۰۸) استفاده شد. این مقیاس شامل ۲۴ ماده و ۴ خرده مقیاس است که شامل تفکر وجودی با ۷ ماده، تولید معنای شخصی با ۵ ماده، آگاهی متعالی با ۷ ماده و گسترش وضعیت هوشیاری با ۵ ماده می‌باشد. اعتبار پایایی هوش معنوی در ایران توسط (رقیبی، احمدی و سیادت<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۹) سنجیده شد. برای روایی از تحلیل عامل تأییدی مرتبه اول استفاده شد که سطح  $(P \leq 0/01)$  ضریب همبستگی ۰/۶۶ به دست آمده است. پایایی هم از طریق آلفای کرونباخ در سطح  $(P \leq 0/05)$ ، ۰/۸۸ برآورده شده است. در این پژوهش نیز پایایی این مقیاس

روانی با وضعیت مذهبی و هوش معنوی این افراد، این پژوهش برای پاسخ‌گویی به این نیاز انجام می‌شود. دانش‌آموزانی که در مسابقات قرآن شرکت می‌کنند گرایش‌های مذهبی دارند و بررسی ارتباط بین سلامت روانی و گرایش‌های مذهبی آن‌ها می‌تواند بسیار مهم باشد. همچنین، به دلیل اینکه تاکنون پژوهشی در زمینه سلامت روان و عوامل آن در بین دانش‌آموزان شرکت‌کننده در مسابقات کشوری قرآن، عترت و نماز انجام نشده، این پژوهش که در زمان برگزاری این مسابقات در تابستان سال ۱۳۹۶ برای اولین بار در شهر اردبیل صورت گرفته است می‌تواند در نوع خود بدیع باشد و زمینه‌ای برای اجرای پژوهش‌های بعدی فراهم آورد.

### روش تحقیق

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

### ابزارهای سنجش

#### ۱. پرسش‌نامه آزمون سلامت عمومی:

(GHQ, General Health Questionnaire) فرم ۲۸ سؤالی آن برای سنجش سلامت عمومی مورد استفاده قرار گرفت. این پرسش‌نامه که گلدبرگ و هیلر<sup>۱۷</sup> (۱۹۹۷) آن را ساخته‌اند، سلامت عمومی را در چهار حیطه نشانه‌های جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی بررسی می‌کند. پرسش‌نامه که حاوی ۲۸ پرسش و ۴ خرده مقیاس است و هر

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

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

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

متغیرها	سلامت روانی	نشانه‌های جسمانی	اضطراب و اختلال خواب	کارکرد اجتماعی	افسردگی	هوش معنوی	وضعیت مذهبی
سلامت روانی	۱						
نشانه‌های جسمانی	*-۰/۷۴	۱					
اضطراب و اختلال خواب	*-۰/۸۷	*-۰/۶۳	۱				
کارکرد اجتماعی	*-۰/۶۰	*-۰/۲۵	*-۰/۴۱	۱			
افسردگی	*-۰/۸۱	*-۰/۴۶	*-۰/۶۳	*-۰/۳۶	۱		
هوش معنوی	*-۰/۲۱	-۰/۱۰	*-۰/۲۷	*-۰/۲۱	*-۰/۲۱	۱	
وضعیت مذهبی	*-۰/۳۹	*-۰/۲۲	*-۰/۳۸	*-۰/۰۸	*-۰/۲۱	*-۰/۳۵	۱

جدول ۳. پیش‌بینی سلامت روانی دانش‌آموزان پسر از طریق هوش معنوی و وضعیت مذهبی

مدل	R	مجدور R	R تطبیق‌یافته	خطای معیار	تغییرات آماری				
					F تغییر یافته	R تغییر یافته	df	df	
۱	۰/۴۰	۰/۱۶	۰/۱۵	۱۰/۱۵	۰/۱۶	۱۴/۲۸	۲	۱۴۹	۰/۰۰

جدول ۴. (ANOVA)، معنی‌داری پیش‌بینی سلامت روانی از روی هوش معنوی و وضعیت مذهبی

مدل	مجموع مجدورات	df	میانگین مجدورات	F	معنی‌داری
رگرسیون	۲۹۴۶/۵۴	۲	۱۴۷۳/۲۷	۱۴/۲۸	۰/۰۱
باقی‌مانده	۱۵۳۶۷/۴۱	۱۴۹	۱۰۳/۱۴		
کل	۱۸۳۱۳/۹۴	۱۵۱			

با آلفای کرونیخ مورد بررسی قرار گرفت که در سطح ۰/۷۹ و در سطح  $P \leq ۰/۰۰۱$  معنی‌دار بود.

۳. پرسش‌نامه وضعیت مذهبی: پرسش‌نامه سنجش وضعیت مذهبی لطف‌آبادی (۱۳۸۱) شامل ۲۱ گویه است که براساس طیف لیکرت شش درجه‌ای و از «کاملاً موافق» تا «کاملاً مخالف» امتیازبندی شده است. هدف این پرسش‌نامه این است که وضعیت مذهبی را در دانش‌آموزان جوان سنجش و ارزیابی کند. پایایی و روایی پرسش‌نامه سنجش وضعیت مذهبی دانش‌آموزان جوان را لطف‌آبادی (۱۳۸۱) در دو تحقیق ملی احراز کرده است. پایایی موردنظر با آلفای کرونیخ به‌دست آمده است. روایی آزمون مذکور نیز از دو طریق تحلیل عامل اکتشافی و آزمون هم‌ارز به‌دست آمده است. پژوهش (رستمی، ۱۳۸۴) نیز پایایی این پرسش‌نامه را با آلفای کرونیخ مورد تأیید قرار داده است. در این پژوهش، پایایی این مقیاس با آلفای کرونیخ مورد بررسی قرار گرفت که در سطح ۰/۷۸ و در سطح  $P < ۰/۰۰۱$  معنی‌دار بود.

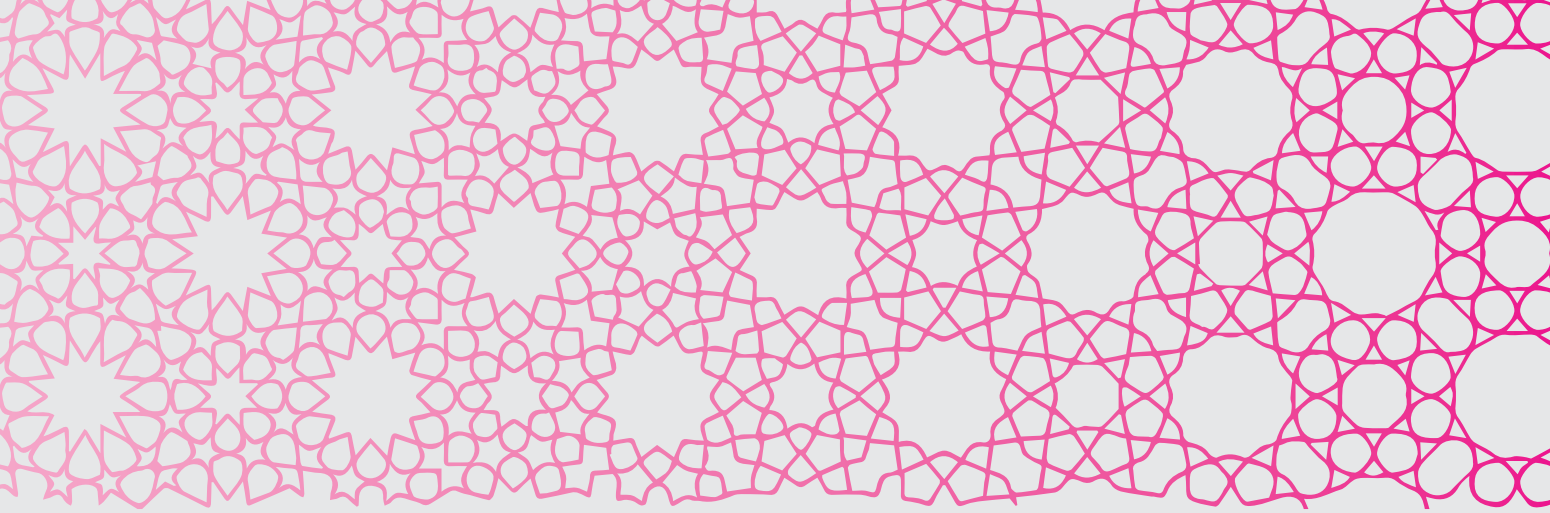
### یافته‌های پژوهش

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

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

جدول ۳، نشان می‌دهد ۰/۱۵ تغییرات سلامت روانی از طریق متغیرهای، هوش معنوی و وضعیت مذهبی پیش‌بینی می‌شود که در سطح  $(p \leq ۰/۰۱)$  معنی‌دار است.

جدول ۴، نشان می‌دهد که مقدار R بین متغیرهای پیش‌بین و متغیرهای وابسته در سطح  $(p \leq ۰/۰۰)$  معنی‌دار است.



جدول ۵، ضرایب اختصاصی هر یک از متغیرهای پیش‌بین (هوش معنوی و وضعیت مذهبی) در پیش‌بینی سلامت روانی دانش‌آموزان شرکت‌کننده در مسابقات قرآن، عترت و نماز را نشان می‌دهد. در جدول فوق از میان متغیرهای پیش‌بین تنها وضعیت مذهبی، سلامت روانی را در سطح ( $p \leq 0/01$ ) به‌طور معنی‌داری پیش‌بینی می‌کند.

**جدول ۵. ضرایب هر یک از متغیرهای پیش‌بین (هوش معنوی و وضعیت مذهبی) در پیش‌بینی سلامت روانی**

مدل	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد		معنی‌داری
	B	خطای معیار	Beta	T	
مقدار ثابت	۹۰/۹۴۴	۹/۰۳۲		۱۰/۰۷۰	۰/۰۱
هوش معنوی	۰/۰۸۹	۰/۰۸۵	۰/۰۸۴	-۱/۰۴۹	۰/۲۹۶
وضعیت مذهبی	۰/۳۷	۰/۰۸۲	۰/۳۶	-۴/۵۵	۰/۰۱

### بحث و نتیجه‌گیری

بررسی و تحلیل فرضیه‌های تحقیق نشان داد که بین وضعیت مذهبی و سلامت روانی رابطه مثبت معنی‌دار، بین وضعیت مذهبی و مؤلفه‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و افسردگی رابطه منفی معنی‌دار، بین هوش معنوی و سلامت روانی رابطه مثبت معنی‌دار و بین هوش معنوی و مؤلفه‌های اضطراب، اختلال خواب و افسردگی رابطه منفی معنی‌دار وجود دارد. با توجه به اینکه باورهای مذهبی به بهبود سلامت، کیفیت زندگی و عزت نفس افراد کمک می‌کنند و اختلالات روانی نظیر اضطراب و افسردگی را کاهش می‌دهند، این یافته مطابق یافته‌های (مقدم و همکاران، ۲۰۱۶) قابل تبیین است. از سوی دیگر، امروزه پژوهش‌های متفاوت صورت گرفته ثابت کرده‌اند که اغلب بیماری‌های جسمی منشأ روانی دارند؛ یعنی، عوامل روانی علت عمده بیماری‌های جسمی هستند. عکس این قضیه نیز صادق است. افرادی نیز که از نظر سلامت روانی در حد مطلوب قرار دارند تا حد بالایی توانایی تأثیر بر بیماری جسمی خود را نیز دارند، چنان‌که زالوادیا (۲۰۱۷) رابطه مثبتی بین هوش معنوی و بهزیستی روان‌شناختی یافت. همچنین، می‌توان بیان کرد که وقتی افراد خود را به منبعی والا وابسته بدانند و ایمان داشته باشند که از حمایتی روحانی برخوردارند، احساس امنیت و آرامش می‌کنند و از اضطراب و بیماری‌های روانی ناشی از آن

کاملاً مصون خواهند بود، چنان‌که بهرامی و همکاران (۱۳۸۳) نشان دادند، میان جهت‌گیری مذهبی و زیرمقیاس نشانگان بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسانش‌وری اجتماعی، افسردگی و خیم و نمره کل حاصل از این مقیاس‌ها رابطه منفی وجود دارد. یعقوبی و همکاران (۱۳۹۶) نیز که با انجام دادن یک فراتحلیل میزان ارتباط بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی را بررسی کرده بودند، نشان دادند که میزان اندازه اثر رابطه گرایش مذهبی با سلامت روانی معنی‌دار است که نتایج این پژوهش نیز تأییدکننده پژوهش آن‌ها می‌باشد.

به علاوه، احساس تنهایی فرد یکی از عوامل مهم ایجاد افسردگی است. وقتی انسان باور کند که در ارتباط همیشگی با خداوند است و او را بهترین دوست و حامی خود بداند، از ناامیدی - که از دیگر علائم محوری افسردگی است - مصون می‌ماند و فضل خداوندی را در همه حال شامل حال خود می‌داند. در نهایت، دین اسلام دینی اجتماعی است که نه تنها به جنبه‌های فردی بلکه به جماعت و مسائل اجتماعی توجه خاصی کرده است، فردی که از نظر دین‌داری در سطح بالاتری قرار دارد، همان‌گونه که به مسائل فردی دین توجه می‌کند، به مسائل اجتماعی نیز بی‌اعتنا نخواهد بود و در روابط اجتماعی و عملکرد اجتماعی خود به بهترین و مطلوب‌ترین شکل عمل خواهد کرد. از طرف دیگر، هنگامی که شخص در عملکرد اجتماعی خود دچار اختلال شود، ممکن است به تنهایی و انزوا پناه ببرد و دچار افسردگی و اضطراب شود و سلامت جسمانی‌اش نیز تحت تأثیر قرار گیرد. یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش نلسون و همکاران (۲۰۰۹) که نشان دادند میان مذهبی بودن و افسردگی و همچنین معنویت و افسردگی رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد، همسوس است. یافته‌های این پژوهش همچنین با نتایج تحقیق یعقوبی و همکاران (۱۳۹۶) که نشان دادند سلامت روانی به‌صورت مثبت بر زندگی فرد اثر می‌گذارد و حساسیت انسان را به استرس، اضطراب و برخی از اشکال افسردگی کاهش می‌دهد، همسویی دارد. بنابراین، وضعیت مذهبی و هوش معنوی تکمیل‌کننده و معنابخش زندگی انسان هستند و در سلامت روانی افراد نقش مهمی بازی می‌کنند. عدم بررسی رابطه سایر متغیرهای مؤثر بر سلامت روانی دانش‌آموزان شرکت‌کننده در مسابقات قرآن، عترت و نماز از محدودیت‌های این پژوهش به‌شمار می‌آید. همچنین، پیشنهاد می‌شود اجرای این پژوهش زمینه‌ای برای پژوهش‌های آزمایشی باشد و کاربست نتایج آن در



## با مجله‌های رشد آشنا شوید

### مجله‌های دانش آموزی

به صورت ماهنامه و نه شماره در سال تحصیلی منتشر می‌شود:

**رشد کودک** برای دانش آموزان پیش دبستانی و پایه اول دوره آموزش ابتدایی

**رشد نواوز** برای دانش آموزان پایه‌های دوم و سوم دوره آموزش ابتدایی

**رشد دانش آموز** برای دانش آموزان پایه‌های چهارم، پنجم و ششم دوره آموزش ابتدایی

### مجله‌های دانش آموزی

به صورت ماهنامه و هشت شماره در سال تحصیلی منتشر می‌شود:

**رشد نوجوان** برای دانش آموزان دوره آموزش متوسطه اول

**رشد بهاران** برای دانش آموزان دوره آموزش متوسطه اول

**رشد جوان** برای دانش آموزان دوره آموزش متوسطه دوم

### مجله‌های بزرگسال عمومی

(به صورت ماهنامه و هشت شماره در هر سال تحصیلی منتشر می‌شود):

♦ رشد آموزش ابتدایی ♦ رشد تکنولوژی آموزشی

♦ رشد مدرسه فردا ♦ رشد معلم

### مجله‌های بزرگسال تخصصی:

به صورت فصلنامه و سه شماره در سال تحصیلی منتشر می‌شود:

- ♦ رشد آموزش قرآن و معارف اسلامی ♦ رشد آموزش زبان و ادب فارسی
- ♦ رشد آموزش هنر ♦ رشد آموزش مشاوره مدرسه ♦ رشد آموزش تربیت بدنی
- ♦ رشد آموزش علوم اجتماعی ♦ رشد آموزش تاریخ ♦ رشد آموزش جغرافیا
- ♦ رشد آموزش زبان‌های خارجی ♦ رشد آموزش ریاضی ♦ رشد آموزش فیزیک
- ♦ رشد آموزش شیمی ♦ رشد آموزش زیست‌شناسی ♦ رشد مدیریت مدرسه
- ♦ رشد آموزش فنی و حرفه‌ای و کار دانش ♦ رشد آموزش پیش دبستانی
- ♦ رشد برهان متوسطه دوم

مجله‌های رشد عمومی و تخصصی، برای معلمان، مدیران، مربیان، مشاوران و کارکنان اجرایی مدارس، دانش‌جویان دانشگاه فرهنگیان و کارشناسان گروه‌های آموزشی و... تهیه و منتشر می‌شود.

♦ نشانی: تهران، خیابان ایرانشهر شمالی، ساختمان شماره ۴ آموزش و پرورش، پلاک ۲۶۶.

♦ تلفن و نمابر: ۰۲۱ - ۸۸۳۰۱۴۷۸

♦ وبگاه: www.roshdmag.ir

بهبود سلامت روانی با تأکید بر متغیرهای هوش معنوی و وضعیت مذهبی در محیط‌های آموزشی مورد توجه قرار گیرد.

### بی‌نوشت‌ها

1. World Health Organization
2. Ryff, Singer & Love
3. Maslow
4. Ryan & Deci
5. Alport
6. Ventis
7. Moghadam, Arjomandi, Khebarzade, Naderi & Shokri
8. Levin
9. Parl, Cohen & Herb
10. Mazidi & Ostovar
11. Cohen, Yuan & Johnston
12. Hall
13. Krause
14. Zalawadia
15. Mohammadyari
16. Nelson & et al
17. Goldberg & Hillier
18. King
19. Raghbi, Ahmadi & Siadat

### منابع

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



7. Allport, G. W. (1950). The individual and his religion: A psychological interpretation. New York. Macmillan.
8. Cohen, A. B. & Hall, D. E (2009). Existential beliefs, Social satisfaction and Well - being among catholic, Jewish and protestant older adults, *International journal for psychology of religion*, 19 (1), 39-54.
9. Cohen, D, Yoon, D. D, & Johnstone, B (2009). Differentiating the impact of spiritual experiences, religious practices and congregational support on the mental health of individuals with heterogeneous medical disorders. *International journal for the psychology of religion*, 19(1), 121-138.
10. Goldberg D. P & Hillier v. F (1979). A scaled version of general health, *Psychological Medicine is a leading international journal in the fields of psychiatry*, (9):45-139.
11. King, D. B. (2008). Rethinking claims of spiritual intelligence: A definition, model, and measure. Unpublished master's Thesis, trent university, Petreborough, Ontario, Canada.
12. Krause, N (2009). Life trauma, prayer and psychological distress in late life. *International journal for the psychology of religion*, 19 (1), 55-72.
13. Levin J. S. (1996). Religion in aging and health. Theoretical foundations and methodological frontiers, Cambridge university press.
14. PattonMazidi, M., & Ostovar, S. (2006). Religion and spirituality. *Perceptual & Motor Skills*, 103.
15. Mohammadyari, G. (2012). Relationship between paren's spiritual intelligence, level of education and children's Mental health, *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, (69): 2114-2118.
16. Nelson, C. J., Jacobson, C. M., Weinberger, M. I., Bhaskaran, V., Rosenfeld, B., Breitbart, W. & Roth, A. (2009). The role of spirituality in the relationship between religiosity and depression in prostate cancer patients, *An Official Journal of the Society of Behavioral Medicine*, 38. If the ROYdl Anthropological Institute.
17. Park, C. Cohen, LH & Herb L. (2006). Intrinsic religiousness and religions coping as life stress moderators for catholics versus protestans. *Journal of personality and social psychology*, 59 (3).
18. Raghbi MS, Ahmadi J, Siadat A. (2009). Analysis of amount of spiritual intelligence among students at university of Isfahan and relation to demographic traits, *Psychological Studies is the official journal of the National Academy of Psychology*, 8 (2): 39-56.
19. Ryan, R., & Deci, E. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141.
20. Moghdam, S. R. M., Arjomandi, Sh., Khebarzadeh, Z & Naderi, M(2016). Examine the relationship between religious orientation with general health and life expectancy in female students of Ilam province, *The Caspian Sea Journal*, Vol (10). Issue (1): 71-75.
21. Ryff, Carol D., Singer, B. H & Love, G. D. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology, philosophical transactions of the Royal Society of London, *Biological Sciences*, 359, 1383-1394.
22. Ventis L. W. (1995). The relationships between religion and mental health, *Journal of social*, 51(2):33-48. WHO (2004). Promoting Mental Health: A report of the World Health Organization, Department of Mental Health, *University of Melbourne*.
23. Zalawadia, T. L. (2017). Efficacy of gender and religious status on spiritual intelligence and psychological well-being of college students, *The international of indian psychology*, Vol 4(3): 43-54.



## حمایت از کالای ایرانی

# رشد برای رشد

### نحوه اشتراک مجلات رشد به دو روش زیر:

- الف. مراجعه به وبگاه مجلات رشد به نشانی [www.roshdmag.ir](http://www.roshdmag.ir) و ثبت نام در سایت و سفارش و خرید از طریق درگاه الکترونیکی بانکی.
- ب. واریز مبلغ اشتراک به شماره حساب ۳۹۶۶۲۰۰۰ بانک تجارت، شعبه سهراب آزمایش کد ۳۹۵ در وجه شرکت افست و ارسال فیش بانکی به همراه برگ تکمیل شده اشتراک با پست سفارشی یا از طریق دورنگار به شماره ۸۸۴۹۰۲۳۳.

#### ♦ عنوان مجلات در خواستی:

- ♦ نام و نام خانوادگی: .....
- ♦ تاریخ تولد: ..... ♦ میزان تحصیلات: .....
- ♦ تلفن: .....
- ♦ نشانی کامل پستی: .....
- ♦ استان: ..... شهرستان: .....
- ♦ خیابان: .....
- ♦ پلاک: ..... شماره پستی: .....
- ♦ شماره فیش بانکی: .....
- ♦ مبلغ پرداختی: .....
- ♦ اگر قبلاً مشترک مجله رشد بوده‌اید، شماره اشتراک خود را بنویسید: .....

امضا:

♦ نشانی: تهران، صندوق پستی امور مشترکین: ۳۳۳۱-۱۵۸۷۵

♦ تلفن بازرگانی: ۰۲۱-۸۸۸۶۷۳۰۸

♦ Email: [Eshterak@roshdmag.ir](mailto:Eshterak@roshdmag.ir)

- ♦ هزینه اشتراک سالانه مجلات عمومی رشد (هشت شماره): ۴۵۰/۰۰۰ ریال
- ♦ هزینه اشتراک سالانه مجلات تخصصی رشد (سه شماره): ۲۲۰/۰۰۰ ریال