

## مقاله‌ی پژوهشی

بررسی رابطه‌ی سلامت روان، هوش معنوی و افکار ناکارآمد در دانشجویان  
دانشگاه سیستان و بلوچستان

## خلاصه

**مقدمه:** پژوهش حاضر به بررسی رابطه‌ی سلامت روان، هوش معنوی و افکار ناکارآمد در دانشجویان دانشگاه سیستان و بلوچستان در سال تحصیلی ۸۸-۱۳۸۷ پرداخته است.

**روش کار:** نمونه‌ی تحقیق شامل ۳۷۰ دانشجو (۱۰۸ پسر و ۲۵۵ دختر) بود. ابزار مورد استفاده، پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی گلدبرگ ۴، پرسش‌نامه‌ی افکار ناکارآمد (DAS) و پرسش‌نامه‌ی خودگزارشی هوش معنوی ۲۴ (SISRI-24) بوده است. برای تحلیل نتایج از روش همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی به روش ورود مکرر استفاده شد.

**یافته‌ها:** بین هوش معنوی و سلامت روان همبستگی مثبت معنی‌دار ( $P < 0/01$ ) و بین هوش معنوی و افکار ناکارآمد و بین سلامت روان و افکار ناکارآمد نیز همبستگی منفی معنی‌دار وجود دارد ( $P < 0/01$ ). تحلیل رگرسیون نشان داد که هوش معنوی و نیز افکار ناکارآمد، قادر به پیش‌بینی قسمتی از واریانس سلامت روان می‌باشند.

**نتیجه‌گیری:** هوش معنوی و افکار ناکارآمد دانشجویان، بر سلامت روان ایشان موثر می‌باشد.

**واژه‌های کلیدی:** افکار ناکارآمد، سلامت روان، هوش معنوی

\* صدیقه معلمی

دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه  
سیستان و بلوچستان

نورمحمد بخشانی

دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم

پزشکی زاهدان

مهوش رقیبی

استادیار گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی،

دانشگاه سیستان و بلوچستان

\* مولف مسئول:

ایران، زاهدان، دانشگاه سیستان و بلوچستان،

دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی

تلفن: ۰۹۱۷۹۶۹۸۷۰

s.moallem@yahoo.com

تاریخ وصول: ۸۹/۲/۱۲

تاریخ تایید: ۸۹/۹/۲

## پی‌نوشت:

این مطالعه پس از تایید کمیته‌ی پژوهشی دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه سیستان و بلوچستان انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است.

## *Original Article*

### **On the relationship between mental health, spiritual intelligence and dysfunctional attitudes in students of Systan and Baluchestan University, Southeast of Iran**

---

#### **Abstract**

**Introduction:** The main objective of this research was to investigate the relationship between dysfunctional attitude, spiritual intelligence and their effect on mental health in students of Systan and Baluchestan University in 2009-2010.

**Materials and Methods:** Our sample was included of 370 students (108 males and 255 females) which were assessed with the Spiritual Intelligence Self-Report Inventory-24 (SISRI-24), Dysfunctional Attitudes Scale (DAS) and General Health Questionnaire (GHQ). The data have been analyzed by Pearson correlation coefficient and regression analysis.

**Results:** There are significant positive correlations between SISRI-24 scores and GHQ scores ( $P < 0.01$ ) and significant negative correlations between DAS scores and GHQ scores and between DAS scores and SISRI-24 scores ( $P < 0.01$ ). Based on the regression analysis, both spiritual intelligence and dysfunctional attitudes scores could predict students' mental health.

**Conclusion:** Students' spiritual intelligence and dysfunctional attitudes correlate with their mental health.

**Keywords:** Mental health, Dysfunctional attitudes, Spiritual intelligence

*\*Sedigheh Moallemi*

Student of MS.c. in psychology, Systan and Baluchestan University

*Noor-Mohammad Bakhshani*

Associate professor of clinical psychology, Zahedan University of Medical Sciences

*Mahvash Raghibi*

Assistant professor of psychology and educational sciences, Systan and Baluchestan University

#### **\*Corresponding Author:**

Faculty of psychology and educational sciences, Systan and Baluchestan University, Zahedan, Iran

Tel: +989179698870

s.moallem@yahoo.com

Received: May. 2, 2010

Accepted: Nov. 23, 2010

---

#### **Acknowledgement:**

This study was approved by research committee of Faculty of psychology and educational sciences of Systan and Baluchestan University. The authors had no conflict of interest with the results.

#### **Vancouver referencing:**

Moallemi S, Bakhshani NM, Raghibi M. On the relationship between mental health, spiritual intelligence and dysfunctional attitudes in students of Systan and Baluchestan University, Southeast of Iran. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2011; 12(4): 702-9.

**مقدمه**

دانشجویان هر جامعه دسترنج معنوی و انسانی آن جامعه بوده و از سرنوشت‌سازان فردای کشور خویشند. با پیشرفت صنعت و فن‌آوری جدید و مشکلات مربوط به آن، اختلالات و بیماری‌های روانی همانند مشکلات جسمانی، افزایش چشمگیری یافته و از آن‌جا که سلامت روان قشر دانشجو اهمیت فراوانی دارد، لازم است که مسایل عاطفی و روانی این قشر عظیم جدی تلقی شده و مورد رسیدگی قرار گیرد. تحقیقات انجام شده در سال‌های اخیر بیانگر وجود اختلالات روانی در سطوح مختلف دانشجویان می‌باشد (۴-۱). افزایش مراجعه‌ی دانشجویان به بخش‌های مشاوره‌ی دانشجویی موید وجود مشکلات روانی، اجتماعی و تحصیلی روزافزون در آن‌ها می‌باشد. در تحقیق عکاشه مشخص گردید ۲۸/۴ درصد کل دانشجویان دچار یکی از اختلالات روانی هستند. شیوع افسردگی اساسی ۸/۷ درصد، اختلال تطابقی ۶/۷ درصد، کج‌خلقی<sup>۱</sup> ۵/۹ درصد و اختلالات اضطرابی ۴/۷ درصد بود (۱). در تحقیق دیباج‌نیا در دانشگاه شهید بهشتی ۳۱/۶ درصد دانشجویان مشکوک به ابتلا به اختلال روانی بودند (۲). در مطالعه‌ی ادهم نشان داده شد که ۱/۷ درصد دانشجویان از مشکل جسمی و ۲/۳ درصد از مشکل اضطراب و بی‌خوابی رنج می‌بردند، ۴/۳ درصد اختلال در عملکرد اجتماعی و ۲ درصد افسردگی شدید داشتند (۳). هم‌چنین در مطالعه‌ی لطفی موارد مشکوک به اختلال روانی ۳۵/۴ درصد گزارش شد (۵).

از سویی دیگر همه روزه به شمار افرادی که باور دارند معنویت راه درمان روان‌نژندی‌ها و درماندگی روانی آن‌ها می‌باشد و متخصصینی که برای درمان بیماری‌های روانی و ارتقای بهداشت روان بر باورها و رفتارهای معنوی توجه دارند، افزوده می‌شود (۶). همین امر باعث شده که سازمان بهداشت جهانی اخیراً انسان را موجودی زیستی روانی اجتماعی و معنوی تعریف کند. در راستای این جهت‌گیری معنوی و به موازات بررسی رابطه‌ی دین و معنویت و دیگر مولفه‌های روان‌شناختی مثل سلامت روان گروهی در صدد تعریف مفاهیمی جدید در ارتباط با دین و معنویت بوده‌اند. برای مثال مفاهیم سلامت

معنوی، بهزیستی معنوی و ... در آستانه‌ی هزاره‌ی سوم به ادبیات آکادمیک روان‌شناسی اضافه شده‌اند. با پیشرفت صنعت و فن‌آوری جدید و مشکلات مربوط به آن، اختلالات و بیماری‌های روانی همانند مشکلات جسمانی افزایش چشمگیری یافته‌اند. اخیراً روان‌شناسان سازه‌ای را به عنوان عامل مهم تاثیرگذار بر سلامت روان به نام هوش معنوی<sup>۲</sup> معرفی کرده‌اند که توجه و علاقه‌ی جهانی را برانگیخته است. هوش معنوی بیانگر مجموعه‌ای از توانایی‌ها و ظرفیت‌ها و منابع معنوی است که کاربست آن‌ها موجب افزایش انطباق پذیری و در نتیجه سلامت روان افراد می‌شود (۸، ۷). با توجه به این‌که هوش معنوی یک سازه‌ی جدید است تحقیقات تجربی موجود در این زمینه اندک می‌باشد.

فشارها و تنش‌ها ممکن است به خودی خود باعث اضطراب نشوند بلکه تعامل بین فشارهای مختلف و نحوه‌ی ادراک فرد از محیط و واکنش وی به آن‌ها است که می‌تواند سلامت روانی فرد را به خطر بیاندازد. بنا بر این آسیب‌پذیری در مقابل تنش و مشکلات مختلف باعث ابتلا به انواع مشکلات روان‌شناختی و درهم‌ریختن سلامت روان می‌گردد (۱۰). یک موضوع مهم پیرامون آسیب‌پذیری<sup>۳</sup> در مقابل تنش، آسیب‌پذیری شناختی<sup>۴</sup> است (۱۱). آسیب‌پذیری شناختی به عنوان یک تمایل شبه‌صفت نسبت به تفسیر اطلاعات به سبک منفی و تحریف شده در مقابل درک ذهنی از مشکلات تلقی می‌شود که ممکن است در خلال تجارب منفی اولیه به وجود آمده باشد. نگرش‌های ناکارآمد به عنوان یک عامل زمینه‌ساز در شروع اختلالات روانی و یا به عنوان یک عامل آسیب‌پذیری تحت شرایط تنش‌زای محیطی در نظر گرفته شده است (۱۲). در مطالعات مختلف ارتباط بین افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد تایید شده است (۱۳، ۱۴). هم‌چنین بین نگرش‌های ناکارآمد و دیگر اختلالات روانی از جمله اضطراب نیز ارتباط مشاهده شده است (۱۵، ۱۶). شواهدی در مورد وجود نگرش‌های ناکارآمد در اختلال بی‌اشتهایی عصبی و اسکیزوفرنیا نیز مشاهده شده است (۱۱). از آن‌جا که تعداد مطالعات در این

<sup>2</sup>Spiritual Intelligence<sup>3</sup>Vulnerability<sup>4</sup>Cognitive Vulnerability<sup>1</sup>Dysthymia

ب- مقیاس نگرش‌های ناکارآمد<sup>۳</sup> (DAS): در این تحقیق از نسخه‌ی ۲۶ آیتمی این پرسش‌نامه استفاده شده که از نسخه‌ی ۴۰ آیتمی فرم الف توسط ابراهیمی، نشاط‌دوست، کلانتری، مولوی و اسدالهی گرفته شده است. آلفای کرونباخ آن ۰/۹۲، همبستگی با فرم اصلی آن ۰/۹۷ و روایی پیش‌بین آن از طریق همبستگی با نمرات پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی در گروه بیمار و سالم ۰/۵۶ به دست آمد (۱۲). آزمودنی بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای پاسخ می‌دهد. این مقیاس دارای ۴ عامل زیربنایی کمال‌طلبی، نیاز به تایید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب‌پذیری-ارزشیابی عملکرد است. در مجموع گزینه‌های مقیاس، نگرش‌های ناسالم در مورد خود، دیگران و آینده را بر اساس نظریه‌ی شناختی بک مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در تحقیق حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

ج- مقیاس خودگزارشی هوش معنوی<sup>۴</sup>: این پرسش‌نامه که توسط دیوید کینگ<sup>۵</sup> ساخته شده است دارای ۲۴ آیتمی می‌باشد و بر اساس مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت پر می‌شود. دارای ۴ زیرمقیاس است که شامل تفکر وجودی انتقادی<sup>۶</sup>، ایجاد معنای معنای شخصی<sup>۷</sup>، آگاهی متعالی<sup>۸</sup> و گسترش حالت هوشیاری<sup>۹</sup> می‌باشد. نمرات بالا نشان‌دهنده‌ی هوش معنوی بالا و یا وجود چنین ظرفیتی در شخص می‌باشد. با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی<sup>۱۰</sup> در یک نمونه‌ی ۶۱۹ نفری از دانشجویان دانشگاه ترنت کانادا در سال ۲۰۰۷ آلفای کرونباخ ۰/۹۵، پایایی از طریق تنصیف ۰/۸۴ به دست آمد. هم‌چنین آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها به قرار زیر است:

عامل اول ۰/۸۸، عامل دوم ۰/۸۷، عامل سوم ۰/۸۸ و عامل چهارم ۰/۹۴ به دست آمد (۸).

در یک مطالعه‌ی دیگر با استفاده از روش تحلیل عاملی تاییدی<sup>۱۱</sup> آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و آلفای استاندارد شده نیز ۰/۹۲

بررسی رابطه‌ی سلامت روان، هوش معنوی و افکار ناکارآمد در دانشجویان زمینه در ایران انگشت‌شمار است لذا تاثیر این عامل در جامعه‌ی ایرانی باید مورد بررسی قرار گیرد.

بر این اساس هدف تحقیق حاضر بررسی رابطه‌ی سلامت روان با دو مولفه‌ی افکار ناکارآمد و هوش معنوی می‌باشد.

## روش کار

این پژوهش از نوع مقطعی همبستگی بوده و جامعه‌ی آماری آن شامل تمام دانشجویان دانشگاه سیستان و بلوچستان در سال تحصیلی ۸۸-۸۹ می‌باشند. به روش نمونه‌گیری در دسترس به تعداد ۴۰۰ نفر از دانشجویان ساکن خوابگاه‌های دانشجویی، دانشجویان حاضر در سالن مطالعه و سایت کامپیوتر دانشگاه، پرسش‌نامه‌های مورد نظر داده شد. هم‌چنین قبل از دادن پرسش‌نامه به آن‌ها، اطمینان حاصل شد که فرد قبلاً پرسش‌نامه را پر نکرده باشد. اطمینان‌بخشی به آزمودنی‌ها در خصوص محرمانه بودن اطلاعات به دست آمده و دادن آزادی برای شرکت در پژوهش از نکات رعایت شده اخلاق پژوهشی بود. هم‌چنین برای جلب اعتماد بیشتر از نوشتن اطلاعات شخصی مانند نام و نام خانوادگی خودداری گردید. از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا قبل از پاسخگویی به پرسش‌نامه‌ها اطلاعات جمعیت‌شناختی خود را به طور کامل جواب دهند (سن و جنس و وضعیت تاهل).

## ابزارهای مورد استفاده در تحقیق

الف- پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی<sup>۱</sup> گلدبرگ: در پژوهش حاضر از فرم ۲۸ سئوالی پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی که توسط گلدبرگ<sup>۲</sup> و هیلر<sup>۲</sup> برای سرند کردن اختلالات روانی غیرسایکوتیک ساخته شده، استفاده گردیده است. پرسش‌نامه‌ی مذکور دارای چهار مقیاس فرعی (نشانگان جسمانی، نشانگان اضطرابی و بی‌خوابی، نشانگان اختلال در کارکرد اجتماعی و نشانگان افسردگی) است که هر مقیاس ۷ سئوال دارد. نمره‌ی کلی هر فرد از جمع نمره‌های چهار مقیاس فرعی به دست می‌آید. ضریب آلفای کرونباخ این ابزار را از ۰/۷۸ تا ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند و پایایی آن را به روش تنصیف از ۰/۸۳ تا ۰/۹۰ ذکر کرده‌اند (۱۷).

<sup>3</sup>Dysfunctional Attitudes Scale

<sup>4</sup>Spiritual Intelligence Self-Report Inventory-24

<sup>5</sup>David King

<sup>6</sup>Critical Existential Thinking

<sup>7</sup>Personal Meaning Production

<sup>8</sup>Transcendental Awareness

<sup>9</sup>Conscious State Expansion

<sup>10</sup>Exploratory Factor Analysis

<sup>11</sup>Confirmatory Factor Analysis

<sup>1</sup>General Health Questionnaire

<sup>2</sup>Goldberg and Hiller

میانگین مقیاس افکار ناکارآمد در دانشجویان دختر ۱۱۹/۷ و در دانشجویان پسر ۱۱۷/۶ محاسبه شد.

**جدول ۲-** میانگین و انحراف معیار سلامت روان، افکار ناکارآمد و هوش معنوی در کل دانشجویان

متغیر	میانگین	انحراف معیار
سلامت روان	۲۷/۰۸	۱۳/۶
افکار ناکارآمد	۱۱۹/۷	۱۲/۲
هوش معنوی	۴۷/۵۴	۸/۱۳

در مطالعه‌ی حاضر ۴۳/۱ دانشجویان مشکوک به ابتلا به اختلال روانی بودند. همان طور که در جدول ۳ نشان داده شده است ضریب همبستگی بین سلامت روان و هوش معنوی  $-۰/۲۵$  به دست آمد ( $P < ۰/۰۱$ ) که نشان‌دهنده‌ی ارتباط منفی بین این دو متغیر است. با توجه به این که نمرات بالا در پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی نشان‌دهنده‌ی سلامت روانی پایین‌تری است، ارتباط منفی بین این دو متغیر نشان می‌دهد با افزایش نمرات هوش معنوی نمرات پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی کاهش یافته و این مسئله نشان‌دهنده‌ی سلامت روان بهتر در افراد دارای سطح هوش معنوی بالاتر می‌باشد.

**جدول ۳-** ضرایب همبستگی رابطه‌ی بین اجزای سلامت روان،

افکار ناکارآمد و هوش معنوی

متغیر	افکار ناکارآمد	هوش معنوی
سلامت روان	*.۰/۳۶	*.۰/۲۵
مشکلات جسمانی	*.۰/۲۷	**-.۰/۱۱
اضطراب	*.۰/۲۴	**-.۰/۱۱
مشکلات اجتماعی	*.۰/۳۱	*.۰/۱۸
افسردگی	*.۰/۳۹	*.۰/۲۱
افکار ناکارآمد	-	*.۰/۲۲
هوش معنوی	*.۰/۲۲	-

\*  $P < ۰/۰۱$ ، \*\*  $P < ۰/۰۰۵$

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود بین تمام خرده مقیاس‌های پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی و پرسش‌نامه‌ی هوش معنوی نیز همبستگی منفی معنی‌دار به دست آمد. بین سلامت روان و افکار ناکارآمد، رابطه‌ی مثبت معنی‌دار به دست آمد ( $r = ۰/۳۶$ ،  $P < ۰/۰۱$ ) و با افزایش نمرات افکار ناکارآمد سلامت روان فرد کاهش می‌یابد (با توجه به نمره‌گذاری پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی).

به دست آمد (۷). هم‌چنین در پژوهش حاضر ضریب آلفای این پرسش‌نامه ۰/۸۹ به دست آمد. در یک نمونه‌ی ۱۰۰ نفری ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد. هم‌چنین در مطالعه‌ی رقیبی و همکاران، ضریب پایایی پرسش‌نامه در یک نمونه‌ی ۶۰ نفری به شیوه‌ی آزمون-پس‌آزمون ۰/۶۷ محاسبه شد (۹). شرکت‌کنندگان پرسش‌نامه را به فاصله‌ی زمانی ۱۰ روز تکمیل کردند.

در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از روش همبستگی پیرسون استفاده شد و معنی‌داری در سطح  $P < ۰/۰۵$  تعریف گردید.

### نتایج

میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۲۲/۰۱ سال بود. هم‌چنین همان گونه که در جدول شماره‌ی ۱ بیان شده است از بین ۳۷۰ دانشجویی که پرسش‌نامه را تکمیل کرده بودند، ۱۰۸ نفر دختر و ۲۵۵ نفر پسر بودند و ۷ نفر از آن‌ها نیز جنسیت خود را مشخص نکرده بودند. از بین این ۳۷۰ نفر، ۳۱۵ نفر دارای مدرک کارشناسی و ۴۴ نفر دارای مدرک کارشناسی‌ارشد بودند و مقطع تحصیلی ۱۱ نفر آن‌ها نیز نامشخص بود. هم‌چنین ۳۱۳ نفر مجرد، ۴۴ نفر متأهل و ۱۳ نفر نیز دارای وضعیت تاهل نامشخص بودند.

**جدول ۱-** ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دانشجویان به تفکیک

جنسیت، مقطع تحصیلی و وضعیت تاهل

متغیر	فراوانی	فراوانی نسبی
جنسیت		
مرد	۱۰۸	۲۹/۱
زن	۲۵۵	۶۸/۷
نامشخص	۷	۲/۲
مقطع تحصیلی		
کارشناسی	۳۱۵	۸۴/۹
کارشناسی‌ارشد	۴۴	۱۱/۹
نامشخص	۱۱	۳/۲
وضعیت تاهل		
متاهل	۴۴	۱۱/۶
مجرد	۳۱۳	۸۴/۴
نامشخص	۱۳	۴

بر اساس داده‌های به دست آمده میانگین مقیاس سلامت عمومی در دانشجویان دختر ۲۷/۳۱ و در دانشجویان پسر ۲۵/۶۷ و در کل دانشجویان ۲۷/۰۸ به دست آمد. میانگین مقیاس خود‌گزارشی هوش معنوی در دانشجویان دختر ۴۷/۸۴ و در دانشجویان پسر ۴۹/۵۹ و در کل دانشجویان ۴۷/۵۴ و

ساده‌ی متغیرها با هم بیشتر است مشخص می‌شود که بین متغیرها همبستگی چندگانه وجود دارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

همان طور که گفته شد هوش معنوی بیانگر مجموعه‌ای از توانایی‌ها و ظرفیت‌ها و منابع معنوی است که کاربست آن‌ها موجب افزایش انطباق‌پذیری و در نتیجه ارتقای سلامت روان افراد می‌شود (۸،۷) و داده‌های تحقیق حاضر همبستگی مثبت بین هوش معنوی و سلامت روان را نشان داد یعنی با افزایش نمره‌ی پرسش‌نامه‌ی هوش معنوی، نمره‌ی پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی کاهش می‌یابد. با توجه به این که نمره‌ی بالا در پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی نمایانگر مشکلات روانی است پس در واقع با افزایش هوش معنوی سلامت عمومی هم بالا می‌رود. هم‌چنین تمام خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی با هوش معنوی همبستگی منفی معنی‌دار نشان دادند. منظور از هوش معنوی، هوشی است که مشکلات معنایی و ارزشی را حل کرده و اعمال و زندگی ما را در یک سطح وسیع‌تر و قدرتمندتر معنا می‌دهد (۱۹،۱۸).

رابطه بین خرده‌مقیاس‌های سلامت روان و افکار ناکارآمد نیز بررسی شد. همبستگی بین تمام خرده‌مقیاس‌ها (مشکلات جسمانی، اضطراب، مشکلات اجتماعی، افسردگی) با افکار ناکارآمد مثبت و معنی‌دار به دست آمد. بیشترین همبستگی با افسردگی (۰/۳۹) سپس با مشکلات اجتماعی (۰/۳۱) سپس با مشکلات جسمانی (۰/۲۷) و در نهایت با اضطراب (۰/۲۴) بود. همبستگی بین افکار ناکارآمد و هوش معنوی نیز منفی معنی‌دار شد ( $P < 0/01$ ,  $r = -0/22$ ).

بر اساس جدول ۴ ضریب همبستگی چندگانه با روش ورود مکرر نشان می‌دهد که ترکیب خطی متغیرهای هوش معنوی و افکار ناکارآمد با سلامت روان در کل دانشجویان برابر ۰/۴۲ می‌باشد. ضریب تعیین برابر ۰/۱۸ و نسبت  $f$  برابر ۳۲/۲۷ است که در سطح  $P < 0/001$  معنی‌دار است. هم‌چنین مشخص شده که توانایی پیش‌بینی سلامت روان توسط هوش معنوی ۰/۱۶- و این ضریب برای افکار ناکارآمد ۰/۳۹ می‌باشد.

هم‌چنین با توجه به این که ضریب همبستگی چندگانه‌ی هوش معنوی و افکار ناکارآمد با سلامت روان از ضریب همبستگی

جدول ۴- نتایج حاصل از رگرسیون چندگانه‌ی هوش معنوی و افکار ناکارآمد با سلامت روان به روش ورود مکرر

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	ضریب رگرسیون	ضریب تعیین	f	p	ضرایب رگرسیون
		۱	۲			
سلامت روان	هوش معنوی	۰/۱۶	۰/۰۳	۸/۲۹	۰/۰۰۴	B=۰/۱۶ T=۱۲/۵۱ P=۰/۰۰۴
افکار ناکارآمد	افکار ناکارآمد	۰/۴۲	۰/۱۸	۳۲/۲۷	۰/۰۰۱	B=۰/۳۹ T=۷/۳۵ P=۰/۰۰۰
						B=۰/۱ T=۱/۸۷ P=۰/۰۰۶

شناسایی انتخاب‌هایی که در بهزیستی روان‌شناختی و رشد سلامتی کل بشر نقش دارند، امری لازم است (۲۱). این نتیجه با نتایج تحقیقات قبلی همخوانی دارد. در این مطالعات هوش معنوی با افسردگی، پرخاشگری، خصومت، اضطراب و خودفریبی<sup>۲</sup> رابطه‌ی منفی نشان داد. هم‌چنین هوش معنوی با صفات خلقی، حساسیت اجتماعی، رضایت زندگی، انرژی و فعالیت رابطه‌ی مثبت داشت (۲۳،۲۲). هم‌چنین در مطالعه‌ی دیگر، هوش معنوی کاهش نشانه‌های افسردگی را در دو ماه

هوش معنوی باعث می‌شود تا از اطلاعات معنوی در حل مشکلات روزانه استفاده شود (۲۰) و در نتیجه باعث سازگاری فرد می‌شود. از دیدگاه واگان<sup>۱</sup> هوش معنوی یکپارچه‌کننده‌ی زندگی درونی و معنوی با زندگی بیرونی و محیط کار است و داده‌های تحقیق حاضر نیز تاییدکننده‌ی رابطه‌ی هوش معنوی و کاهش مشکلات و مسایل بیرونی و اجتماعی است و می‌توان گفت که هوش معنوی مکانیسمی است که توسط آن کیفیت زندگی افراد، بهبود می‌یابد. از دیدگاه او هوش معنوی برای

<sup>2</sup>Self Deception

<sup>1</sup>Vaughan

است ولی می‌توان بر اساس ادبیات تحقیق این نتیجه را توجیه کرد. هوش معنوی یک راه پردازش تجارب و بینش شخصی است (۷). می‌توان گفت هوش معنوی پردازش اطلاعات را تحت تاثیر قرار داده و به نوعی آن‌ها را درون طرح‌واره‌هایی خاص قرار می‌دهد. ساختار این طرح‌واره‌ها به نوعی است که با واقعیت سازگار و در تماس است. هوش معنوی می‌تواند ادراک ما را از وقایعی مثل سلامتی یا بیماری، شکل داده و سازمان دهد و نه تنها در سلامت تاثیر دارد بلکه در تجارب سخت زندگی مثل غم یا فقدان، مفید واقع شده و در بهزیستی فرد نیز موثر است (۲۱).

حتی بعضی محققین، سیطره‌ی تاثیر هوش معنوی را از این فراتر می‌دانند به طور مثال به عقیده‌ی زوهر<sup>۲</sup> هوش معنوی، بنیان عملکرد کارآتر هوش عقلانی و هوش هیجانی است (۷). از دید امونز<sup>۳</sup> هوش معنوی می‌تواند به عنوان یک ادراک عاقلانه از جهان در نظر گرفته شود (۲۰) و هوش معنوی را می‌توان نوعی فکر کردن در نظر گرفت. بزرگ‌ترین محدودیت این پژوهش را می‌توان مقطعی بودن و استفاده از طرح همبستگی برای نشان دادن رابطه بین متغیرها دانست. از این رو وضوح بیشتر رابطه‌ی نشان داده شده بین متغیرها احتیاج به مطالعات طولی دارد. از دیگر محدودیت‌های این تحقیق خاص بودن نمونه‌ها (دانشجویان) و در دسترس نبودن ابزار هنجاریابی شده جهت سنجش هوش معنوی و استفاده از ابزار خود گزارشی می‌باشد. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در گروه‌های مختلف انجام شود. هم‌چنین انجام پژوهش‌های طولی برای نشان دادن تاثیر هوش معنوی و افکار ناکارآمد بر سلامت نیز پیشنهاد می‌گردد.

آینده پیش‌بینی می‌کرد (۲۴). به علاوه با توجه به نتایج مشخص شد که بین سلامت روانی و افکار ناکارآمد رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد. هم‌چنین بین ۴ خرده‌مقیاس مشکلات جسمانی، اضطراب، مشکلات اجتماعی و افسردگی با افکار ناکارآمد نیز رابطه‌ی مثبت معنی‌دار به دست آمد. یعنی با افزایش افکار ناکارآمد سلامت روانی پایین می‌آید. مطالعه‌ی در مورد رابطه‌ی افکار ناکارآمد با سلامت روان در ایران توسط ابراهیمی و همکاران انجام شده است (۱۲). نتایج آن‌ها به نتایج تحقیق حاضر تقریباً نزدیک است و سلامت روان و خرده‌مقیاس‌های سلامت روان با افکار ناکارآمد همبستگی مثبت معنی‌دار نشان دادند. در هر دو مطالعه، بیشترین همبستگی بین افسردگی و مشکلات اجتماعی با افکار ناکارآمد مشاهده شد. بر اساس نظریه‌ی بک<sup>۱</sup> نگرش‌های ناکارآمد به عنوان یک عامل زمینه‌ساز در شروع اختلالات روانی و یا به عنوان یک عامل آسیب‌پذیری تحت شرایط تنش‌زای محیطی در نظر گرفته شده است (۱۲). در مطالعات مختلف ارتباط بین افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد تایید شده است (۱۳، ۱۴). هم‌چنین بین نگرش‌های ناکارآمد و دیگر اختلالات روانی از جمله اضطراب نیز ارتباط مشاهده شده است (۱۵، ۱۶). شواهدی در مورد وجود نگرش‌های ناکارآمد در اختلال بی‌اشتهایی عصبی و اسکیزوفرنیا نیز به دست آمده است (۱۱). با توجه به داده‌های تحقیق حاضر افکار ناکارآمد با ۴ اختلال مورد نظر همبستگی معنی‌دار دارد. در این مطالعه، بین افکار ناکارآمد و هوش معنوی همبستگی منفی به دست آمد. به این معنا که افراد دارای هوش معنوی بالاتر افکار ناکارآمد کمتری دارند. هر چند در این زمینه کارهای تجربی صورت نگرفته

<sup>2</sup>Zohar<sup>3</sup>Emmons<sup>1</sup>Beck

## References

1. Akashe G. [Investigation of mental health in students]. Journal of psychiatry and clinical psychology 1995; 4: 4-11. (Persian)
2. Dibajniya P, Bakhtiyari M. [Status of mental health in students of Shahid Beheshti University]. Journal of Ardabil University 2001; 1(4): 27-31. (Persian)
3. Adham D, Amiri M, Dadkhah B, Mohammadi MA, Mozaffari N, Sattari Z, et al. [Investigation of mental health in students of Ardabil University of Medical Sciences]. Journal of Ardabil University of Medical Sciences 2007; 8(3): 229-34. (Persian)

4. Mosalahnezhad L, Amini M. [Investigation of relation between school and mental health in one year students and last year students of Jahrom University of Medical Sciences]. *Journal of fundamentals of mental health* 2003; 6(1): 71-6. (Persian)
5. Lotfi MH, Aminiyani AH, Noorishadkam M, Ghomizade A, Zare MR. [Investigation of mental health in students of Yazd Shahid Sadooghi University of Medical Sciences]. *Journal of medicine and refinement* 2006; 3(4): 49-56. (Persian)
6. Shojayan R, Zamani Monfared A. [Relation between prayers with mental health and vocation performance in technical personal of weaponry industries]. *Journal of psychiatry and clinical psychology* 2001; 8(2): 42-54. (Persian)
7. Zohar D, Marshall I. SQ: Connecting with our spiritual intelligence. New York: Bloomsbury; 2000: 324.
8. King DB. Rethinking claims of spiritual intelligence: A definition, model, and measure. M.Sc. Dissertation. Canada: Trent University, College of arts and sciences, 2008: 32-48.
9. Raghobi M, Bakhshani NM, Moallemi S. [Investigation of simple and multiple relation mental health, spiritual intelligence and dysfunctional attitudes in students of Sistan and Baluchestan University]. M.Sc. Dissertation. Sistan and Baluchestan University, College of psychology, 2009: 11-110. (Persian)
10. Valizade Z. [Compare of mental health and performance in university]. M.Sc. Dissertation. Tehran: Tehran University, College of psychology, 2006: 23-50. (Persian)
11. Charlton PF, Power MJ. The assessment dysfunctional attitudes and their role in the onset, persistence and recurrence of clinical depression. *Eur J Pers* 1995; 9: 379-400.
12. Ebrahimi A, Neshatdoost HT, Kalaantari M, Molavi H, Asadolahi GHA. [The role of dysfunctional attitude scale and subscales of mental health in prediction of mental health and depression]. *Shahrekord journal of Medical Sciences University* 2003; 9(4): 52-8. (Persian)
13. Penedo FJ, Neil M, Schneiderman IA, Gail HM, Robert M, Cruess SL, et al. Dysfunctional attitudes, coping, and depression among HIV-seropositive men who have sex with men. *Cogn Ther Res* 2001; 25(5): 591-606.
14. Tajima M, Akiyama T, Numa H, Kawamura Y, Okada Y, Sakai Y, et al. Reliability and validity of the Japanese version of the 24-item dysfunctional attitude scale. *J Acta Neuropsychiatrica* 2007; 19: 362-7.
15. Yondem ZD. Performance anxiety, dysfunctional attitudes and gender in University Music students. *J Soc Behav Pers* 2007; 35(10): 1415-26.
16. Shyh SW. The relations of cognitive triad, dysfunctional attitudes, automatic thoughts and irrational beliefs with test anxiety. *Curr Psychol* 2008; 27: 177-91.
17. Taghavi MR. Investigation of reliability and validity of general health questionnaire. *J Psychology* 2003; 382: 320-98.
18. Emmons RA. Is spirituality an intelligence? Motivation, cognition and the psychology of the ultimate concern. *Int J Psychol Relig* 2000; 10(1): 3-26.
19. Emmons RA. *The psychology of ultimate concerns: Motivation and spirituality in personality*. New York: Guilford; 1999: 102-38.
20. Emmons RA. Spirituality and intelligence: Problems and prospects. *Int J Psychol Relig* 2000; 10(1): 57-64.
21. Vaughan F. What is spiritual intelligence? *J Hum Psychol* 2002; 42(2): 16-33.
22. King DB. Personal meaning production as a component of spiritual intelligence. *Proceeding of the 5th Biennial International Conference on Personal Meaning*; 2008; July 24-27, Toronto, Ontario, Canada, 2008.
23. King DB, De Cicco TL. A viable model and self-report measure of spiritual, Trent University, Peterborough, Canada. *Int J Transpers Stud* 2009; 28: 68-85.
24. Mascaro N, Rosen DH. Assessment of existential meaning and its longitudinal relations with depressive symptoms. Atlanta Veterans Affairs Medical Center, Texas A and M University. *J Soc Clin Psychol* 2008; 27(6): 576-99.