

رابطه‌ی هوش معنوی با سلامت عمومی در دانشجویان

محمد رستمی* شفیق مهربان** مهدی شریفی*** سعید بازبار**** محمد محمدی*****
زینب محمد علیپور***** وحید بختیاری*****

مقدمه: هدف این مقاله، بررسی رابطه‌ی بین هوش معنوی و سلامت عمومی در بین دانشجویان و مقایسه‌ی این دو مفهوم در بین دختران و پسران است. روش: این پژوهش یک مطالعه‌ی همبستگی مقطعی می‌باشد که در بین ۱۰۰ دانشجوی دختر و پسر براساس روش نمونه‌گیری در دسترس با دو پرسش‌نامه خودگزارش دهی هوش معنوی) و پرسش‌نامه‌ی ۲۸ سئوالی سلامت عمومی اجرا شد. یافته‌ها: نتایج ضریب همبستگی پیرسون وجود رابطه‌ی مثبت بین هوش معنوی و سلامت عمومی را نشان داد. بحث: مطابق با یافته‌ها، می‌توان نتیجه گرفت که رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری بین هوش معنوی و سلامت عمومی به عنوان دو متغیر اساسی در زندگی، وجود دارد

کلید واژه‌ها: دانشجویان، سلامت عمومی، هوش معنوی.

تاریخ دریافت: ۹۲/۴/۴ تاریخ پذیرش: ۹۳/۱/۱۵

* دانشجوی دکتری مشاوره توانبخشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران <mo.rostami@uswr.ac.ir>

(نویسنده مسئول)

** دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران

*** کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران

**** کارشناس راهنمایی و مشاوره، دانشگاه اردبیل

***** دانشجوی ارشد مشاوره توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران

***** دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه خوارزمی

***** دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران

مقدمه

در سال‌های اخیر مفهوم هوش تنها به عنوان یک توان شناختی در نظر گرفته نمی‌شود بلکه به حوزه‌هایی دیگر مثل هوش هیجانی^۱، هوش وجودی^۲ گسترش یافته است و مفهوم جدیدی که اخیراً وارد این حوزه شده مفهوم هوش معنوی^۳ است (رجایی، ۱۳۸۹). در مفهوم هوش معنوی مفهوم معنویت به معنای جستجو فرد برای تقدس، آگاهی و معنی (فردمن و مکدونالد، ۲۰۰۲)^۴ و هوش به معنی به‌کارگیری این مفاهیم برای سازگاری و بالا بردن سطح رفاه انسان (ایمونس، ۲۰۰۰)^۵ با هم ترکیب شده است، در واقع این هوش استفاده از توانایی‌ها و منابع معنوی می‌باشد، طوری که افراد بتوانند تصمیمات معنادار اتخاذ کنند، درباره‌ی موضوعات وجودی تعمق کنند و نیز برای حل مشکلات روزمره‌ی خود تلاش کنند. بنابراین هوش معنوی جنبه‌های ذهنی و ناملموس معنویت را با اقدامات و مسائل افراد در دنیای عینی و ملموس ترکیب می‌کند (ناسل، ۲۰۰۴)^۶. آمرام نیز همچنین معتقد است هوش معنوی شامل حس معنا و داشتن مأموریت در زندگی، حس تقدس در زندگی، درک متعادل از ارزش ماده و معتقد به بهتر شدن دنیا می‌شود، فردی با هوش معنوی بالا دارای انعطاف، خودآگاهی، ظرفیتی برای الهام و شهود، دیدگاه کل‌نگر به جهان هستی است که در جستجوی پاسخ برای پرسش‌های بنیادین زندگی و نقد سنت‌ها و آداب و رسوم می‌باشد، هوش معنوی به راحتی می‌تواند به انسان تغییر و تحول بدهد (آمرام، ۲۰۰۵)^۷.

هوش معنوی از جمله متغیرهایی است که می‌تواند ویژگی‌های افراد از جمله سلامت^۸ را تحت تأثیر قرار دهد (آمرام، ۲۰۰۵). مفهوم سلامت و واژه‌های هم‌تراز آن، همچون واژه‌ی سلامتی، از مفاهیمی هستند که همواره انسان بدان توجه کرده و برای دستیابی به آن کوشیده است، در واقع سلامتی کیفیتی از زندگی است که تعریف آن مشکل، و اندازه‌گیری واقعی آن تقریباً غیرممکن است (سرشت، ۱۳۷۷). در این راستا ساراسن و ساراسن (ساراسن

- | | | |
|---------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 1. emotional intelligence | 2. existential intelligence | 3. spritual intellegence |
| 4. Fredman and Macdonald | 5. Emmons | 6. Nasel |
| 7. Amram | 8. health | |

و ساراسن، ۲۰۰۲) نشان داده‌اند که سلامتی، یک ادراک شخصی است، که تحت تأثیر عوامل جسمانی، روانشناختی، اقتصادی و اجتماعی تغییر می‌پذیرد. آگاهی از نشانه‌های جسمانی به فرآیند روانشناختی خاصی بستگی دارد. به عبارت دیگر، تابع ادراک و جنبه‌های شناختی شخصیت فرد است که در پردازش محرک‌های درونی و برونی، تأثیر دارند (به نقل از محمدی، ۱۳۸۳).

پیشینه تحقیق

در فرهنگ اصیل اسلامی به طور ضمنی هوش معنوی مورد توجه فراوانی قرار گرفته است. به طور مثال، جامی (۱۳۸۱) بر اساس متون مذهبی مؤلفه‌های ذیل را برای هوش معنوی برشمرده است:

- ۱- مشاهده‌ی وحدت در ورای کثرت ظاهری؛
- ۲- تشخیص و دریافت پیامهای معنوی از پدیده‌ها و اتفاقات؛
- ۳- سؤال و دریافت جواب معنوی در مورد منشأ و مبدأ هستی (مبدأ و معاد)؛
- ۴- تشخیص قوام هستی و روابط بین فردی بر فضیلت عدالت انسانی؛
- ۵- تشخیص فضیلت فراروندگی از رنج و خطا و به کارگیری عفو و گذشت در روابط بین فردی؛
- ۶- تشخیص الگوهای معنوی و تنظیم رفتار بر مبنای الگوی معنوی؛
- ۷- تشخیص کرامت و ارزش فردی و حفظ و رشد و شکوفایی این کرامت؛
- ۸- تشخیص فرایند رشد معنوی و تنظیم عوامل درونی و بیرونی در جهت رشد بهینه‌ی این فرایند معنوی؛
- ۹- تشخیص معنای زندگی، مرگ و حوادث مربوط به حیات، نشور، مرگ و برزخ، بهشت و دوزخ روانی؛
- ۱۰- درک حضور خداوندی در زندگی معمولی؛
- ۱۱- درک زیبایی‌های هنری و طبیعی و ایجاد حس قدردانی و تشکر؛
- ۱۲- داشتن ذوق عشق و عرفان که در آن عشق به وصال منشأ دانش است نه استدلال و قیاس؛
- ۱۳- داشتن هوش شاعرانه که معنای نهفته در یک قطعه‌ی شعری را

I.Sarason and Sarason

بفهمد؛

۱۴- هوش معنوی باعث فهم عمق آیات قرآنی می‌شود و موجب می‌گردد افراد کلام انبیا را راحت‌تر و با عمق بیش‌تر درک نمایند؛

۱۵- هوش معنوی در فهم داستان‌های متون مقدس و استنباط معنای نمادین این داستان‌ها کمک فراوانی می‌کند؛

۱۶- هوش معنوی که در قرآن در مورد صاحبان آن صفت اولوالالباب به کار رفته است، باعث می‌شود افراد به جوهره‌ی حقیقت پی ببرند و از پرده‌های اوهام عبور نمایند.

هر چند عرفای اسلامی نیز این مؤلفه‌ها را ذکر نموده‌اند، ولی از آن‌جا که این مؤلفه‌ها به انسان بینش می‌دهند و باعث افزایش سازگاری او با هستی می‌شوند، می‌توان آن‌ها را جزو مؤلفه‌های معنوی قلمداد نمود(به نقل از غباری بناب، ۱۳۶۸).

ارتباط بین سلامت روان و معنویت در سال‌های اخیر مورد توجه روانشناسان قرار گرفته است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که معنویت در سلامت روانی و جسمی تأثیر به‌سزایی دارد(کوینگ^۱، ۲۰۰۱). جورج و همکاران^۲(۲۰۰۰)، جنگ و جانسون^۳(۲۰۰۴)، دولتیل و فارل^۴(۲۰۰۴)، سورا جاکول^۵، آجا^۶، کیلسون^۷، جانسون^۸ و ارال^۹(۲۰۰۸)، به نقل از غباری بناب و همکاران (۱۳۸۸) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که معنویت تأثیر عظیمی در سلامت روانی افراد دارد. همچنین در بررسی تحقیقات انجام گرفته در اثرات معنویت بر سلامت فرد، اعتقاد بر این است که معنویت با بیماری کم‌تر و طول عمر بیش‌تر همراه است. افرادی که دارای جهت‌گیری معنوی هستند، هنگام مواجهه با جراحی، به درمان، بهتر پاسخ می‌دهند و به شکل مناسب‌تری با آسیب دیدگی و بیماری کنار می‌آیند (ایمونسن، ۲۰۰۰) و میزان افسردگی در آن‌ها کم‌تر است(غباری بناب و همکاران، ۱۳۸۸). در مطالعه‌ی مالتی و همکاران (۲۰۰۱) نیز نشان

- | | | |
|-------------------|---------------|-------------------|
| 1.Koeng | 2.George | 3.Geng and Janson |
| 4.Doltil and Farl | 5.Sooro Jacol | 6.Aja |
| 7.Kilson | 8.Janson | 9.Aral |

داده شده که عدم اعتماد به معنویت با نمرات بالای اضطراب و افسردگی هم در زنان و هم در مردان همراه بوده است. هم چنین در این پژوهش نشان داده شد که فقدان معنویت با نمرات سلامت روانی پایین و نمرات بالای افسردگی و اضطراب همراه بوده است (به نقل از غباری بناب، ۱۳۸۶). در واقع مذهب و معنویت با تأثیر بر حرمت نفس، رضایت از زندگی و خوش بینی در انسان می‌تواند بر نحوه‌ی ارزیابی و تحلیل و مواجهه‌ی فرد با حوادث زندگی اثر بگذارد (جورج و همکاران، ۲۰۰۰).

متخصصان روان‌شناسی برای کاهش اختلال‌های روانی از جمله اضطراب و افسردگی از روش‌های مختلفی بهره گرفته‌اند. در سال‌های اخیر علاوه بر روش‌های برگرفته از نظریه‌های روان‌شناختی، استفاده از روش‌های درمان معنوی و مذهبی جایگاه علمی خود را باز نموده است (غباری بناب و همکاران، ۱۳۸۸).

از آن جایی که جامعه‌ی دانشجویی یکی از عظیم‌ترین گروه‌های جامعه است، گرایش دینی آن‌ها نقش مؤثری در سلامت روان و مقابله با ناراحتی‌های روانی خواهد داشت. به علاوه اگر چه پژوهش‌هایی جهت بررسی ارتباط بین سلامت عمومی و معنویت در جامعه‌های مسیحی و یهودی صورت پذیرفته، اما انجام چنین پژوهش‌هایی در فرهنگ اسلامی ایران نوپا است. لذا تحقیق حاضر درصدد سنجش و تعیین رابطه‌ی سلامت عمومی با هوش معنوی و همچنین ابعاد مختلف معنویت و سلامت عمومی در دانشجویان دختر و پسر برآمدند برای این منظور ۳ فرضیه به ترتیب زیر مورد بررسی قرار می‌گیرد:

۱- هوش معنوی و سلامت عمومی با هم رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری دارند.

۲- دختران و پسران در میزان هوش معنوی با یکدیگر تفاوت دارند

۳- دختران و پسران در میزان سلامت عمومی با یکدیگر تفاوت دارند.

روش

این پژوهش از نوع همبستگی و مطالعه از نوع مقطعی و توصیفی - تحلیلی است.

جامعه آماری، نمونه آماری و روش نمونه‌گیری

جامعه‌ی آماری این پژوهش را دانشجویان دختر و پسر مقطع کارشناسی در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تشکیل داده‌اند. نمونه‌ی آماری این پژوهش شامل ۱۰۰ نفر از دانشجویان (۵۰ دختر و ۵۰ پسر) که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده‌اند. تعیین حجم نمونه بر این اساس محاسبه گردیده است که، در تحقیقات همبستگی حدنصاب حجم نمونه ۳۰ نفر می‌باشد و از طرفی هرچه تعداد نمونه بیش‌تر باشد، میزان خطا کم‌تر و اعتبار پژوهش بالاتر خواهد رفت (دلاور، ۱۳۹۱).

علاوه بر این با مرور سایر تحقیقات همبستگی به انجام رسیده مشخص می‌شود که میانگین حجم نمونه‌ی این پژوهش‌ها (معادل ۱۰۰ نفر) برای انجام پژوهش‌های همبستگی از کفایت لازم برخوردار می‌باشد.

ابزارهای پژوهش

۱- پرسش‌نامه‌ی خودگزارشی هوش معنوی^۱

این پرسش‌نامه (SISRI) را کینگ^۲ (۲۰۰۸) ساخته است و ۴ زیرمقیاس تفکر تجربی - انتقادی (سئوالات شماره‌ی ۱-۳-۹-۱۳-۱۷-۲۱)، ایجاد معنای شخصی (۵-۷-۱۱-۱۵-۱۹-۲۳) تعالی آگاهی (۲-۶-۱۴-۱۸-۲۰-۲۲) و گستره‌ی هوشیاری (۴-۸-۱۰-۱۲-۱۶-۲۴) را می‌سنجد. آزمودنی به سئوالات این پرسش‌نامه با توجه به مقیاس لیکرت از «کاملاً نادرست» تا «کاملاً درست» پاسخ می‌دهد. که بر اساس این شیوه هر یک از سئوالات ۵ درجه‌ای به صورت ۰ و ۱ و ۲ و ۳ و ۴ نمره‌گذاری می‌گردد و در نتیجه دامنه‌ی نمره‌ی فرد از هر سؤال بین صفر تا ۴ و از هر زیرمقیاس بین صفر تا ۲۴ خواهد بود. کینگ (۲۰۰۸) در بررسی اولیه‌ی پرسش‌نامه‌ی هوش معنوی که بر روی ۶۱۹ نفر از دانشجویان دوره‌ی لیسانس (۴۸۸ زن و ۱۳۱ مرد) دانشگاه پتربورگ انجام داد، آلفای کرونباخ به‌دست آمده ۹۵٪ و متوسط ارتباط درونی سئوالات ۳۶٪ گزارش کرد. در تحقیق دیگری که برای معتبر سازی پرسش‌نامه بر روی ۳۰۵ نفر از

1. Spiritual Intelligence Self-Report Inventory (SISRI)

2. King

دانشجویان دوره‌ی لیسانس انجام شد، ضریب آلفای کرونباخ ۹۵۸٪ به دست آمد (کینگ، ۲۰۰۸). چاری و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهشی پایایی پرسش‌نامه را با ضریب آلفای کرونباخ ۹۳۸٪ و روایی آن را با ضریب آلفا کرونباخ برای مؤلفه‌های تفکر انتقادی، معناسازی شخصی، آگاهی متعالی و گسترش خودآگاهی به ترتیب ۷۸٪، ۶۸٪، ۷۴٪ و ۷۲٪ گزارش کردند. (به نقل از موسوی و همکاران، ۱۳۹۰)

۲- پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی - ۲۸

پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی^۱ (GHQ-28) در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ^۲ ساخته شد و به عقیده‌ی هندرسون (۱۹۹۰) شناخته شده‌ترین ابزار غربالگری در روانپزشکی و روانشناسی است که تأثیر شگرفی در پیشرفت پژوهش‌ها داشته است.

این پرسش‌نامه شامل چهار زیرمقیاس ۷ سئوالی علایم جسمانی (سئوال ۷ تا ۱۷)، اضطراب و بی‌خوابی (۸ تا ۱۴)، اختلال در کارکرد اجتماعی (۱۵ تا ۲۱) و افسردگی (۲۲ تا ۲۸) می‌باشد. شیوه‌ی نمره‌گذاری این پرسش‌نامه بیش‌تر به صورت مقیاس لیکرت است که بر اساس این شیوه هر یک از سئوال‌ها ۴ درجه‌ای به صورت ۰ و ۱ و ۲ و ۳ نمره‌گذاری می‌گردد و در نتیجه دامنه‌ی نمره‌ی فرد از صفر تا ۳ خواهد بود. مطالعات روانسنجی مربوط به این پرسش‌نامه ۲۸ سئوالی حاکی از اعتبار و پایایی قابل توجه است.

گلدبرگ و بلک ول (۱۹۷۰) ضریب اعتبار این پرسش‌نامه را با استفاده از یک چک لیست مصاحبه‌ی بالینی بر روی بیماری بخش جراحی ۸۰٪ ذکر کرده‌اند. در مطالعه‌ی دیگری گلدبرگ و همکاران (۱۹۷۶) همبستگی پرسش‌نامه‌ی مذکور را با فهرست ۹۰ علامتی تجدید نظر شده دراگوتیس^۳ (۱۹۷۶) ۷۸٪ بیان کرده‌اند (هومن، ۱۳۷۷).

نتایج فراتحلیل ۳۰ پژوهش که توسط ویلیامز و ماری^۴ (۱۹۸۸) انجام

1. General Health Questionnaire (GHQ-28)

2. Golberg

3. Dragutis

4. Viliams and Mari

شد، میانگین «حساسیت» (نسبت تشخیص صحیح بیماران با استفاده از مصاحبه‌ی بالینی) ۸۴٪ و متوسط «ویژگی» (نسبت تشخیص درست افراد سالم از گروه بیمار با استفاده از مصاحبه بالینی) ۸۲٪ به دست آمد. یعقوبی (۱۳۷۵) در مطالعه‌ی حساسیت و ویژگی این پرسش‌نامه را در بهترین نقطه‌ی برش نمره‌ی (۲۳) به ترتیب ۸۶/۵٪ و ۸۲٪ گزارش نموده است. در پژوهش هومن (۱۳۷۷) حساسیت و ویژگی این پرسش‌نامه به ترتیب ۸۳/۳٪ و ۷۶٪ به دست آمد (نوربالا و همکاران، ۱۳۸۷).

روش اجرای پژوهش

این پژوهش از نوع پرسش‌نامه‌ای است که شرکت کنندگان به روش جمعی و پس از اتمام کلاس درس، دو پرسش‌نامه‌ی هوش معنوی و سلامت عمومی را به طور هم‌زمان پر نمودند. به علاوه به آنان اطمینان داده شد پاسخ‌های آنان کاملاً محرمانه خواهد بود.

از جمله شرایط ورود و خروج پژوهش حاضر این بود که دانشجویان با اختیار و علاقه خود در پژوهش شرکت کنند، اعضای نمونه از دانشجویان مجرد باشند، دامنه‌ی سنی بین ۲۰-۲۳ سال داشته باشند و شرایط عمومی جسمی- روانی مناسب را برای همکاری داشته باشند. داده‌ها با نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت. و از میانگین، انحراف استاندارد و همبستگی پیرسون جهت تحلیل داده‌ها استفاده گردید.

یافته‌های توصیفی:

میانگین نمره کل دانشجویان دختر و پسر در هوش معنوی ۶۲/۶۰ و در سلامت عمومی ۳۴/۷۹ می‌باشد و در سایر مولفه‌ها در جدول برای دختران و پسران به تفکیک در جدول شماره‌ی (۱) آورده شده است.

جدول شماره ۱: مشخصات دموگرافیک

تعداد نمونه	انحراف استاندارد	میانگین	جنسیت	مولفه
۵۰	۴/۸۰۴۹۳	۱۴/۸۸۰۰	پسر	تفکر
۵۰	۳/۸۰۱۲۴	۱۶/۸۶۰۰	دختر	انتقادی
۱۰۰	۴/۴۳۶۶	۱۵/۸۷۰۰	کل	
۵۰	۴/۱۸۱۴۰	۱۵/۸۴۰۰	پسر	معنای
۵۰	۳/۹۳۳۱۱	۱۶/۴۰۰۰	دختر	شخصی
۱۰۰	۴/۰۴۸۳۹	۱۶/۱۲۰۰	کل	
۵۰	۳/۴۶۷۴۰	۱۴/۲۴۰۰	پسر	تعالی
۵۰	۲/۷۵۲۴۴	۱۵/۶۶۰۰	دختر	آگاهی
۱۰۰	۳/۱۹۵۲۵	۱۴/۹۵۰۰	کل	
۵۰	۴/۰۷۸۶۲	۱۴/۷۶۰۰	پسر	گستره‌ی
۵۰	۲/۳۹۷۳۶	۱۵/۷۴۰۰	دختر	هوشیاری
۱۰۰	۳/۳۶۴۶۳	۱۵/۲۵۰۰	کل	
۵۰	۱۴/۳۰۱۱۵	۵۹/۳۶۰۰	پسر	هوش
۵۰	۱۱/۲۱۸۴۴	۶۵/۹۴۰۰	دختر	معنوی
۱۰۰	۱۳/۲۲۰۷۴	۶۲/۶۰۰۰	کل	
۵۰	۴/۴۷۷۷۹	۷/۵۲۰۰	پسر	علائم
۵۰	۳/۹۳۳۱۷	۷/۸۶۰۰	دختر	جسمانی
۱۰۰	۴/۱۹۶۴۳	۷/۶۹۰۰	کل	
۵۰	۵/۸۵۳۳۴	۷/۹۴۰۰	پسر	اضطراب
۵۰	۴/۸۹۵۸۵	۷/۷۰۰۰	دختر	و
۱۰۰	۵/۳۶۹۹۱	۷/۸۲۰۰	کل	بی‌خوابی
۵۰	۲/۱۱۱۳۵	۱۱/۸۸۰۰	پسر	اختلال در
۵۰	۳/۷۹۴۵۲	۱۳/۶۴۰۰	دختر	کارکرد
۱۰۰	۳/۴۳۸۱۱	۱۲/۷۶۰۰	کل	اجتماعی
۵۰	۱۵/۸۷۱۰۲	۷/۷۸۰۰	پسر	افسردگی
۵۰	۵/۹۳۵۳۳	۷/۴۲۰۰	دختر	
۱۰۰	۱۱/۹۲۲۳۱	۷/۶۰۰۰	کل	
۵۰	۱۵/۳۸۸۰۶	۳۲/۹۴۰۰	پسر	شاخص
۵۰	۱۴/۱۵۴۹۶	۳۶/۶۴۰۰	دختر	کل
۱۰۰	۱۴/۹۹۷۸۴	۳۴/۷۹۰۰	کل	سلامت عمومی

یافته‌های استنباطی:

همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود بین هوش معنوی با سلامت عمومی ($r=0/345$) رابطه‌ی مثبت در سطح خطای کوچک‌تر از $0/01$ وجود دارد. یعنی با افزایش هوش معنوی، سلامت عمومی افزایش می‌یابد.

جدول شماره ۲: همبستگی پیرسون

شاخص	افسردگی	اختلال در کارکرد اجتماعی	اضطراب و بی‌خوابی	علائم جسمانی	سلامت عمومی
هوش معنوی	همبستگی پیرسون -/۰۸۲	همبستگی پیرسون */-۲۹۹	همبستگی پیرسون **-/۲۸۲	همبستگی پیرسون */-۲۰۰	همبستگی پیرسون **/۳۴۵
سطح معناداری	/۴۱۵	/۰۲۲	/۰۰۴	/۰۴۶	/۰۰۰
تعداد نمونه	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
تفکر انتقادی	همبستگی پیرسون -/۰۰۲	همبستگی پیرسون /۰۲۳	همبستگی پیرسون -/۱۰۸	همبستگی پیرسون -/۰۹۷	همبستگی پیرسون -/۱۲۱
سطح معناداری	/۹۸۳	/۸۱۸	/۲۸۴	/۳۳۸	۲۲۹
تعداد نمونه	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
معنای شخصی	همبستگی پیرسون -/۱۰۲	همبستگی پیرسون **-/۳۳۶	همبستگی پیرسون **-/۲۳۰	همبستگی پیرسون */-۲۲۴	همبستگی پیرسون **/۳۷۲
سطح معناداری	/۳۱۴	/۰۰۱	/۰۲۱	/۰۲۵	/۰۰۰
تعداد نمونه	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
تعالی آگاهی	همبستگی پیرسون -/۰۳۷	همبستگی پیرسون -/۰۸۱	همبستگی پیرسون -/۲۰۰	همبستگی پیرسون -/۰۷۷	همبستگی پیرسون -/۱۸۶
سطح معناداری	/۷۱۶	/۴۲۲	/۰۴۷	/۰۴۴۵	/۰۶۴
تعداد نمونه	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
گستره‌ی هوشیاری	همبستگی پیرسون ۱	همبستگی پیرسون **-/۵۲۳	همبستگی پیرسون **-/۵۵۵	همبستگی پیرسون **-/۳۵۱	همبستگی پیرسون **/۶۹۸
سطح معناداری	/۰۰۰	/۰۰۰	/۰۰۰	/۰۰۰	/۰۰۰
تعداد نمونه	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش در مجموع نشان داد که بین هوش معنوی و سلامت عمومی رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود دارد ($p=0/00$ ، $0/345$)، بنابراین فرضیه شماره ۱ تأیید می‌شود. اگرچه تحقیقی دقیقاً مشابه با این عنوان یافت نشد ولی یافته‌های پژوهش همسو با یافته‌هایی نزدیک به پژوهش بود که در این رابطه به انجام رسیده بودند. مثلاً جورج و همکاران (۲۰۰۰)، جنگ. جانسون (۲۰۰۴)، دولتیل و فارل (۲۰۰۴)، (سورا جاکول و همکاران، ۲۰۰۸) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که معنویت تأثیر عظیمی در سلامت روانی افراد دارد (به نقل از غباری بناب و همکاران، ۱۳۸۸).

نتایج این پژوهش همچنین با یافته‌های ایمونز (۲۰۰۰) مبنی بر این که افرادی که دارای جهت‌گیری معنوی هستند، هنگام مواجهه با جراحی، به درمان بهتر پاسخ می‌دهند و به شکل مناسب‌تری با آسیب دیدگی و بیماری کنار می‌آیند همسو می‌باشد. و همچنین با یافته‌های مک دونالد (۲۰۰۲)، مبنی بر این که میزان افسردگی در کسانی که جهت‌گیری مذهبی دارند کم‌تر است (غباری، ۱۳۸۶). در مطالعه‌ی تسه و یایپ (۲۰۰۷) نیز با عنوان رابطه‌ی بین معنویت و سازگاری روانشناختی: کاربرد نظریه‌ی افسردگی که بر روی ۱۳۹ فرد دچار اختلال‌های روانی صورت گرفت، نتایج نشان داد که میان معنویت با سازگاری درون فردی و سازگاری روانشناختی رابطه‌ی معنی دار وجود دارد. در این پژوهش همچنین نشان داده شد که سازگاری روانشناختی به عنوان واسطه‌هایی بین افسردگی و کارکرد اجتماعی و سازگاری روانشناختی عمل می‌کند (به نقل از حمیدی، ۱۳۹۱). همچنین یافته‌های ما با تحقیقات انجام گرفته در ایران نیز همسو است، مثلاً معلمی و همکاران در این زمینه به همبستگی مثبت و معنادار هوش معنوی و سلامت روان پی برده‌اند. به عبارتی دیگر بین هوش معنوی و افکار ناکارآمد و بین سلامت روان و افکار ناکارآمد همبستگی منفی معنی‌داری وجود دارد (معلمی، ۱۳۸۹). پژوهش حمید و همکاران در رابطه با هوش معنوی و تاب‌آوری به این نتیجه رسیدند که سلامت روان و هوش معنوی به طور معناداری، تاب‌آوری را پیش‌بینی می‌کنند (حمید و همکاران، ۱۳۹۱). در بررسی فرضیه‌ی دوم، نتایج آزمون مانوا نشان داد که بین دانشجویان دختر و پسر در سلامت عمومی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($F(5,94) = 2.02$ ، $P > 0/05$). همچنین تحلیل هر یک از متغیرهای وابسته به تنهایی نشان داد که دانشجویان

دختر و پسر تنها در فاکتور اختلال در کارکرد اجتماعی باهم تفاوت دارند. در بقیه‌ی متغیرهای وابسته یعنی (سلامت عمومی، علائم جسمانی، اضطراب بی خوابی و افسردگی) دانشجویان دختر و پسر هیچ تفاوتی باهم ندارند، بنابراین فرضیه‌ی شماره‌ی ۲ که می‌گوید بین سلامت عمومی دختر و پسر تفاوت وجود دارد مورد تأیید قرار نمی‌گیرد. در این رابطه یافته‌ی پژوهش ما با نتایج تحقیق کاشف و مظفری (۱۳۸۵) که بیان می‌کنند زنان وضعیت سلامت عمومی بهتری نسبت به مردها دارند همسو نیست. در این رابطه می‌توان گفت که علت این ناهم‌سویی ممکن است در تفاوت سلامت عمومی دختران با زنان باشد، با توجه به اینکه جامعه‌ی پژوهش ما شامل دختران بودند.

در بررسی فرضیه‌ی سوم براساس آزمون مانوا مشخص شد که تحلیل هر یک از متغیرهای وابسته به تنهایی نشان می‌دهد که دانشجویان دختر و پسر در متغیر هوش معنوی، تفکر انتقادی و تعالی آگاهی باهم تفاوت دارند و در متغیرهای معنای شخصی و گستره‌ی هوشیاری تفاوت ندارند. بنابراین فرضیه‌ی سوم ما تأیید می‌شود. همچنین نتایج پژوهش ما با نتایج یانگ (۲۰۰۶) در تایوان و یانگ و ماوب (۲۰۰۶) در کشور چین، سالی ماگزیمو در آمریکا که تفاوت معنی‌داری را در هوش معنوی آزمودنی‌ها با توجه به گروه‌های سنی، جنس، نوع مذهب مورد بررسی، شغل، تأهل و مجرد نیافته اند هم‌سو نیست (به نقل از حمیدی، ۱۳۹۱). در این رابطه می‌توان اشاره کرد که این ناهم‌سویی احتمالاً به دلیل مسائل و شرایط فرهنگی متفاوت است.

مطابق با یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری بین هوش معنوی و سلامت عمومی به عنوان دو متغیر اساسی در زندگی، وجود دارد. به عبارتی با افزایش هوش معنوی سلامت عمومی افزایش پیدا می‌کند. همچنین دختران و پسران در میزان سلامت عمومی تفاوتی با یکدیگر ندارد ولی در رابطه با هوش معنوی دختران و پسران با هم تفاوت دارند.

از جمله مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و پایین بودن حجم نمونه می‌باشد، بنابراین برای تحقیقات آتی ضمن تشویق پژوهشگران پیشنهاد می‌شود با تأکید و توجه بیش‌تر بر معنویت به عنوان یکی از خصوصیات مهم ایرانی- اسلامی، روش نمونه‌گیری و حجم نمونه خود را ارتقاء دهند.

- رجایی علیرضا. هوش معنوی: دیدگاه‌ها و چالش‌ها. *پژوهشنامه تربیتی*، بهار ۱۳۸۹، سال ۵، شماره (۲۲): ۲۱-۴۹
- محمدی، نوراله، ۱۳۸۳ رابطه سبک‌های حل مسئله با سلامت عمومی *مجله روانشناسی*، زمستان ۱۳۸۳؛ ۴ (پیاپی ۳۲) ۳۲۲.
- غباری بناب، باقر و همکاران، ۱۳۸۶ هوش معنوی *فصلنامه علمی - پژوهشی اندیشه نوین دینی*، سال سوم شماره دهم پاییز ۱۳۸۶ صفحات ۱۴۷-۱۲۵
- حلم سرشت، پریش، دل پیشه، اسماعیل، *اصول بهداشت فردی*، انتشارات چهر، ۱۳۷۷
- کاشف میر محمد، مظفری سید امیراحمد. تابستان ۱۳۸۵. مقایسه سلامت عمومی اعضای هیئت علمی فعال و غیر فعال حرکتی دانشگاه‌های کشور. *نشریه علوم حرکتی و ورزش* سال چهارم، جلد اول، شماره ۷ بهار و صص ۱۱-۲۳
- اشراقی حسام، کاشف میر محمد. پاییز ۱۳۸۸. مقایسه وضعیت سلامت عمومی و روابط اجتماعی کارکنان فعال و غیر فعال حرکتی دولت در شهر اصفهان- *نشریه علوم ورزشی* شماره ۲ صص ۱۲۸-۱۱۱
- حمیدی فریده، صداقت حسین: زمستان ۱۳۹۱. بررسی مقایسه‌ای هوش معنوی دانش آموزان دوره متوسطه بر اساس جنسیت و پایه تحصیلی) *زن در فرهنگ و هنر*، دوره ۴، شماره ۴
- ابوالقاسمی، عباس، نریمانی، محمد. (۱۳۸۴) *آزمون‌های روانشناختی اردبیل* به انتشارات باغ رضوان- چاپ اول
- معلمی صدیقه؛ بخشانی نور محمد؛ رقیبی مهوش بررسی رابطه سلامت روان، هوش معنوی و افکار در دانشجویان دانشگاه سیستان و بلوچستان. *اصول بهداشت روانی* زمستان ۱۳۸۹؛ ۱۲ (پیاپی ۴۸): ۷۰۹-۷۰۲
- حمید نجمه؛ کیخسروانی مولود؛ بابامیری محمد؛ دهقانی مصطفی بررسی سلامت روان و هوش معنوی با تاب آوری در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه. *جنتاشاپیر* تابستان ۱۳۹۱؛ ۳ (پیاپی ۷): ۳۳۱-۳۳۸
- Nasel, D. D. (2004). *Spiritual Orientation in Relation to Spiritual Intelligence*. Thesis submitted for the degree of Doctor of Philosophy. University of South Australia.
- Amram, Joseph (Yosi), 2005, *Intelligence Beyond IQ: The Contribution of Emotion and Spiritual Intelligence to Effective Business Leadership*, *Institute of Transpersonal Psychology*.
- George, L., Larson, D., Koenig, H. and McCullough, M. (2000). Spirituality and health: What we know, what we need to know. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(1), 102-116.
- Friedman, H., and MacDonald, D. (2002). Using transpersonal tests in humanistic psychological assessment. *Humanistic Psychologist*, 30(3), 223-236.
- Tulchin sky, Theodore H (2000) *the new public health*, An introduction for the 21 th century, academic.