

اثربخشی هوش معنوی بر کیفیت زندگی و شادکامی دانشجویان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) [◇]

اسماعیل سلیمانی^۱؛ محمود نجفی^۲
سجاد بشرپور^۳؛ علی شیخ الاسلامی^۴

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش هوش معنوی بر کیفیت زندگی و شادکامی دانشجویان بود. **روش:** روش تحقیق مطالعه حاضر آزمایشی با کارآزمایی بالینی است که با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان پسر تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهرستان اردبیل در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ بود که ۴۰ دانشجو (دارای میانگین پایین تر از نقطه برش در مقیاس کیفیت زندگی و شادکامی) از میان جامعه آماری به صورت نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه کیفیت زندگی و مقیاس شادکامی بود. **یافته‌ها:** نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) نشان داد که بین دو گروه دانشجویان آزمایش و گروه کنترل در عملکرد جسمانی، نقش جسمانی، درد بدنی، عملکرد اجتماعی، نقش هیجانی، سلامت عمومی، سرزندگی، سلامت روانی و شادکامی تفاوت معناداری وجود دارد ($P \leq 0/001$)؛ بدین معنی که کیفیت زندگی و شادکامی دانشجویان گروه آزمایش بعد از آموزش هوش معنوی افزایش یافته است. **نتیجه‌گیری:** از آموزش هوش معنوی می‌توان برای ارتقای کیفیت زندگی و شادکامی دانشجویان استفاده کرد.

واژگان کلیدی: هوش معنوی، کیفیت زندگی، شادکامی، دانشجویان.

◇ دریافت مقاله: ۹۴/۰۲/۱۳؛ تصویب نهایی: ۹۴/۰۸/۰۷.

۱. استادیار روان‌شناسی دانشگاه ارومیه، گروه علوم تربیتی (نویسنده مسئول) / آدرس: آذربایجان غربی، ارومیه، والفجر ۲، خ صدا و سیما، دانشکده

ادبیات، گروه علوم تربیتی / نامبر: ۰۴۴۳۳۳۶۴۵۰۰ / Email: E.soleimani@urmia.ac.ir

۲. استادیار روان‌شناسی دانشگاه سمنان، گروه روان‌شناسی.

۳. دانشیار روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی، گروه روان‌شناسی.

۴. استادیار روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی، گروه روان‌شناسی.

الف) مقدمه

دوران نوجوانی مقطع بسیار حساسی از زندگی فرد است که در آن، نوجوان با تغییر گسترده شناختی و ساختاری روبه‌روست (حسینی، موسوی و رضازاده، ۲۰۰۳). فقدان توجه به سلامت روان نوجوانان به ویژه نوجوان بی‌سرپرست یا بدسرپرست (مثل دانشجویان تحت پوشش کمیته امداد امام یا بهزیستی و غیره) منجر به ایجاد اختلالات روانی با پیامدهایی طولانی در دوران زندگی می‌شود و ظرفیت مولد و ایمن بودن جوامع را کاهش می‌دهد. بنابر این، شناخت توانایی‌ها و همچنین اختلالات روانی نوجوانان، زمینه‌شناسایی مسائل و برنامه‌ریزی برای سیاست‌های مناسب، سلامت آنان در آینده را فراهم می‌کند. با توجه به ساختار جمعیتی ایران و جوان بودن جمعیت، توجه به بهبود کیفیت زندگی در نوجوانان ایرانی اهمیت ویژه‌ای دارد و مشکلات سلامت روان به عنوان عامل خطری برای گسترش بعدی اختلالات روان‌شناختی، نظیر رفتارهای ضد اجتماعی، سوء مصرف مواد، افسردگی یا اختلالات روانی است (امامی و همکاران، ۲۰۰۷). سلامت روان نوجوان از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی، ظرفیت حفظ و دستیابی به کارکرد مطلوب روان‌شناختی و رفاهی است که به طور مستقیم مرتبط با میزان دستیابی فرد به سطحی از شایستگی در وظایف اجتماعی و روان‌شناختی است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۵). به طور کلی، بررسی مطالعات اپیدمیولوژیک پیرامون وضعیت سلامت روان نوجوانان نشان می‌دهد که افسردگی، سوء مصرف مواد و خودکشی، سه علت عمده و شایع مرگ و میر در بین نوجوانان است (بروکمن و سود، ۲۰۰۶؛ بریج، گلدستین و برنت، ۲۰۰۶). با توجه به اهمیت دوران نوجوانی و اهمیت کیفیت زندگی در این برهه از دوران زندگی و مطالب اشاره شده، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش هوش معنوی بر کیفیت زندگی و شادکامی دانشجویان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) صورت گرفته است.

ب) بیان مسئله

بیشتر نوجوانان و جوانان بی‌سرپرست یا بدسرپرست، تحت حمایت سازمانهای حقوقی قرار دارند و این سازمانها بیشتر حمایتها و نیازهای اولیه و اساسی (فیزیولوژیک) این گروه را تأمین می‌کنند و سایر نیازهای عاطفی آنان کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد. از آنجا که نوجوانان بی‌سرپرست از منابع هدایت و حمایت مهم؛ یعنی والدین محرومند، احتمال می‌رود که در معرض خطر بیشتری، از جمله مشکلات اجتماعی، فرهنگی، اعتقادی، تحصیلی و غیره قرار داشته باشند. نتایج یک مطالعه بر روی بی‌سرپرستان

-
1. World Health Organization
 2. Brookman & Sood
 3. Bridge, Goldstein & Brent

۵۳۹ ◆ اثربخشی هوش معنوی بر کیفیت زندگی و شادکامی دانشجویان ...

۱۳-۱۰ ساله جنگ اریتره نشان داد بی‌سرپرستانی که تحت حمایت خانواده‌های معمولی و خانه‌های گروهی کوچک قرار می‌گیرند، در مقایسه با بی‌سرپرستانی که تحت مراقبت نهادها و سازمانهای حمایتی قرار می‌گیرند، مهارتهای سازشی بهتر و ناراحتی‌های عاطفی کمتری دارند (ولف و فسیا، ۲۰۰۵). در مطالعه دیگری، احمد و همکاران (۲۰۰۵) نشان دادند که افراد بی‌سرپرست سطح بالاتری از مشکلات رفتاری و عاطفی و عملکرد ضعیف تحصیلی را نسبت به سایر افراد تجربه می‌کنند.

یکی از متغیرهای تحت تأثیر وضعیت بی‌سرپرستی، کیفیت زندگی است. هر فرهنگی بر اساس معیارهای خاص خود تلاش می‌کند برای افراد جامعه خود، اعم از کودکان و نوجوانان و بزرگسالان، سلامت روانی فراهم کند. در واقع؛ هدف هر جامعه این است که شرایطی را که سلامت اعضای جامعه را تضمین می‌کند، فراهم سازد (میلائی، فر، ۱۳۸۲). کیفیت زندگی، رویکردی است که شادمانی را افزایش می‌دهد و در واقع؛ یک رویکرد مداخله‌ای در روان‌شناسی مثبت‌نگر است (سلیگمن، ۲۰۰۲). برخی محققان، کیفیت زندگی را با رویکردی عینی تعریف کرده و موارد آشکار و مرتبط با معیارهای زندگی، از جمله: سلامت جسمی، شرایط شخصی (ثروت، شرایط زندگی)، ارتباطات اجتماعی، اقدامات شغلی یا دیگر عوامل اجتماعی و اقتصادی را با کیفیت زندگی معادل دانسته‌اند (لیو، ۲۰۰۶؛ به نقل از رستمی، ۱۳۹۱). از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی، مفهوم کیفیت زندگی، مفهومی فراگیر است که از سلامت فیزیکی، رشد شخصی، حالات روان‌شناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی و روابط با نهادهای برجسته محیط تأثیر می‌پذیرد و بر ادراک فرد مبتنی است. در واقع؛ کیفیت زندگی گستره‌ای است در برگیرنده ابعاد عینی و ذهنی که در تعامل با یکدیگر قرار دارند (غفاری و امیدی، ۱۳۸۸). پژوهشها نشان داده‌اند که سطح کیفیت زندگی افراد تحت پوشش مراکز شبانه‌روزی پایین‌تر از افراد عادی است. برای مثال، شکبیا و ضیایی (۱۳۹۰) در پژوهشی نشان دادند که افسردگی، اضطراب و افکار پارانویا در دانش‌آموزان دختر مدارس شبانه‌روزی بیشتر از دانش‌آموزان سایر مدارس بود. نتایج پژوهش نشان داد که این دانش‌آموزان از کیفیت زندگی و سلامت روان پایین‌تری نسبت به دانش‌آموزان مدارس عادی برخوردارند. طبق نتایج پژوهشی (چونر-کوکچاکی و ایسیک، ۲۰۱۰) بیش از یک پنجم بچه‌ها و نوجوانان، از حداقل، یک مشکل سلامت روانی رنج می‌برند. همچنین اینزیرگک و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که افسردگی، اضطراب و انزوای اجتماعی و اختلالات برون‌ریز (مانند بزهکاری، و رفتارهای پرخاشگرانه) در مراکز شبانه‌روزی بیشتر است.

1. Wolff & Fesseha
2. Ahmad & et al.
3. Seligman
4. Liu
5. Cuner. Kucukkaya & Isik
6. Eisenberg & et al

دومین متغیر وابسته مورد بررسی در پژوهش حاضر که متأثر از وضعیت بی‌سرپرستی قرار می‌گیرد، شادکامی است. طی سالهای اخیر، بررسی تجربی شادکامی توسط روان‌شناسان و جامعه‌شناسان افزایش یافته است. روان‌شناسان علاقه‌مند به حیطه روان‌شناسی مثبت‌نگر، توجه خود را بر منابع بالقوه احساسهای مثبت، نظیر احساس شادکامی معطوف کرده‌اند. شادکامی عبارت است از مقدار ارزش مثبتی که یک فرد برای خود قائل است (ون هون، ۲۰۰۵). این سازه دو جنبه دارد: یکی، عوامل عاطفی که نمایانگر تجربه هیجانی شادی، سرخوشی، خشنودی و سایر هیجانهای مثبتند و دیگری، ارزیابی شناختی رضایت از قلمروهای مختلف زندگی که بیانگر شادکامی و بهزیستی روانی است. با این وجود، شادکامی نشانه فقدان افسردگی نیست، بلکه نشان‌دهنده وجود شماری از حالت‌های شناختی و هیجانی مثبت است (استفن و همکاران، ۲۰۰۴). افراد شاد با ارزنده‌سازی مهارت‌های خود، بیشتر با رویدادهای مثبت همراه می‌شوند تا اینکه خود را با رویدادهای منفی همراه کنند. آنها در تصمیم‌گیری‌های مربوط به آینده زندگی خود بهتر عمل می‌کنند؛ چون از راهبردهایی نظیر جستجوی اطلاعات مرتبط با خطر - امنیت سود می‌جویند و از تحمل ابهام بالایی در هنگام مواجهه با مشکلات برخوردارند (کار، ۲۰۰۴). در مطالعه علم و همکاران (۱۳۹۲) با عنوان «بررسی اختلالات روان‌شناختی دانش‌آموزان تیزهوش، عادی و بی‌سرپرست مقطع متوسطه شهر کرمان»، بیشترین درصد اختلال روان‌شناختی (سطح خفیف و متوسط) مربوط به مدارس بی‌سرپرست با ۵۱/۹ درصد و کمترین آن مربوط به دانش‌آموزان مدارس تیزهوش با ۳۰/۴ درصد بود. بر اساس نتایج این مطالعه، اکثر دانش‌آموزان بی‌سرپرست دارای علائم و نشانه‌های خفیف و متوسط اختلالات روان‌شناختی بودند و این میزان، بالاتر از سایر گروه‌های مورد مطالعه بود. موسیسی و همکاران (۲۰۰۷) نشان دادند که دانش‌آموزان بی‌سرپرست از اختلال عاطفی و رفتاری بیشتری نسبت به گروه دارای سرپرست برخوردارند و این گروه در مقایسه با سایر گروه‌ها از سلامت جسمی، روانی و عاطفی کمتری برخوردارند. این مطالعات نشان می‌دهد که افراد تحت پوشش مراکز شبانه‌روزی (بی‌سرپرست یا بدسرپرست) از میزان شادکامی پایینی برخوردار بوده، نیازمند توجه بیشتر می‌باشند.

از جمله مداخله‌هایی که می‌تواند بر کیفیت زندگی و شادکامی دانشجویان تحت پوشش کمیته امداد (بی‌سرپرست و بدسرپرست) تأثیر داشته باشد، هوش معنوی است. هوش معنوی یکی از سازه‌های جدید، به معنای مجموعه‌ای از قابلیت‌های فرد در ارتباط با منابع معنوی و در بر دارنده نوع مؤثری از سازگاری و رفتار حل مسئله است که بالاترین سطح رشد در حیطه‌های مختلف شناختی، اخلاقی، هیجانی بین فردی و... را شامل می‌شود و فرد را در جهت هماهنگی با پدیده‌های اطرافش و دستیابی به یکپارچگی درونی و بیرونی

اثر بخشی هوش معنوی بر کیفیت زندگی و شادکامی دانشجویان ... ♦ ۵۴۱

یاری می‌کند (غباری بناب، ۲۰۰۷، سهرابی، ۲۰۰۸). هوش معنوی در روان‌شناسی دو حیثیت دارد: از سویی، با معنویت پیوند دارد و می‌توان آن را با دیگر سازه‌ها در روان‌شناسی دین مقایسه کرد و از سوی دیگر، همتای سازه‌هایی چون: قدردانی، گذشت و هوش هیجانی است و می‌توان آن را در رواق روان‌شناسی مثبت‌گذا دارد که امروزه رو به رونق است. تحقیقات نشان می‌دهند که باورهای مذهبی، آیینها و تعهدات، با نتایج مثبت مانند بهبود کیفیت زندگی بهتر، بهزیستی، سلامت جسمی و روانی، رضایت زناشویی و زندگی پایدار و عملکرد کارایی مثبت مرتبط‌اند (سی‌بولد و هیل، ۲۰۰۱). نگرش مذهبی می‌تواند در کیفیت زندگی و شادکامی مؤثر باشد؛ زیرا مذهب شامل رهنمودهایی برای زندگی و ارائه‌دهنده سامانه باورها و ارزشهاست که این ویژگی‌ها می‌توانند زندگی روان‌شناختی افراد را متأثر کنند. نتایج تحقیق غفرانی و همکاران (۱۳۹۰) در رابطه با نقش هوش معنوی در کیفیت زندگی نشان داد که هوش معنوی نقش مؤثری در پیش‌بینی کیفیت زندگی دارد. رابطه بهزیستی با دامنه گسترده‌ای از متغیرهای مربوط به دین و معنویت، مانند نگرش به دین، حضور در تشریفات و مراسم مذهبی، فعالیت‌های دینی، باورهای دینی، جهت‌گیری دینی، مقابله مذهبی، تردید دینی، معنویت، بلوغ معنوی و تجربه معنوی بررسی شده است. اغلب پژوهشها رابطه مثبت معناداری بین اشتغال دینی بالا با رضایت از زندگی و شادی بیشتر، خلق بهتر و روحیه بالاتر به دست داده‌اند.

دانشجویان تحت پوشش کمیته امداد امام (ره) یا بهزیستی و سایر مراکز، با استرسهای زیادی مواجه می‌شوند که سلامت روانی و جسمی‌شان را به مخاطره می‌اندازد. در چنین شرایطی، منبعی که می‌تواند به آنها کمک کند، معنویت است (باقری، اکبرزاده و حاتمی، ۲۰۱۱)؛ زیرا می‌تواند آنها را در توجه به تجربه‌های معنوی خود و به کارگیری آن در حل مسائل و درک ارزش و غنای زندگی یاری دهد. استفاده از هوش معنوی، آنها را قادر می‌سازد تا برای حل مشکلات با شیوه نگرش معنوی اقدام کنند و به حقیقت رسیده، احساس شادکامی کنند. وقتی افراد احساس شادی کنند، خلاق‌تر و کارآمدتر شده، می‌توانند بهتر تصمیم‌گیری کنند. با این توضیح، مطالعه حاضر با هدف پاسخگویی به این سؤال صورت گرفت که: آیا آموزش هوش معنوی در مقایسه با گروه کنترل می‌تواند کیفیت زندگی و شادکامی دانشجویان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) را افزایش دهد؟

ج) مرور ادبیات

هوش معنوی جنبه‌های بیرونی هوش را با جنبه‌های درونی معنویت تلفیق می‌کند و ظرفیت خارق‌العاده‌ای در فرد ایجاد می‌کند؛ به گونه‌ای که می‌تواند معنویت را به شکلی کاربردی مورد استفاده قرار دهد. یانگ^۱ (۲۰۰۷) بیان می‌کند هوش معنوی، ظرفیت انسان است برای جستجو و پرسیدن سؤالات غایی درباره معنای زندگی و به طور همزمان تجربه پیوند یکپارچه بین هر یک از ما و جهانی است که در آن زندگی می‌کنیم. به گفته وگان^۲ (۲۰۰۳) هوش معنوی با زندگی درونی ذهن و نفس و ارتباط آن با جهان رابطه دارد و ظرفیت فهم عمیق سؤالات وجودی و بینش نسبت به سطوح چندگانه هوشیاری را شامل می‌شود. آگاهی از نفس، به عنوان زمینه یا نیرو، زندگی تکاملی خلاق را در بر می‌گیرد. هوش معنوی به شکل هوشیاری ظاهر می‌شود و به شکل آگاهی همیشه در حال رشد ماده، زندگی، بدن، ذهن، نفس و روح درمی‌آید. بنابر این، هوش معنوی چیزی بیش از توانایی ذهنی فرد است و او را به ماورا و روح مرتبط می‌کند. علاوه بر این، هوش معنوی فراتر از رشد روان‌شناختی متعارف است؛ بدین جهت خودآگاهی شامل آگاهی از رابطه با موجود متعالی، افراد دیگر، زمین و همه موجودات می‌شود (غباری بناب و همکاران، ۱۳۸۶). آمرام^۳ (۲۰۰۵) 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 (عسگری وزیری و زارعی، ۱۳۹۰). طبق نظر ویگلزورث^۴ (۲۰۰۴) هوش معنوی برای حل مشکلات و مسائل مربوط به معنای زندگی و ارزشها مورد استفاده قرار می‌گیرد و سؤالهایی همانند «آیا شغل من باعث تکامل من در زندگی می‌شود؟» یا «آیا من در شادی و آرامش روانی مردم سهم هستم؟» را در ذهن ایجاد می‌کند (به نقل از غباری بناب و همکاران، ۱۳۸۶). از نظر امونز^۵ (۲۰۰۰)، هوش معنوی کاربرد انطباقی اطلاعات معنوی در جهت حل مسئله در زندگی روزانه و فرایند دستیابی به هدف است. وی به صورت ابتکاری، پنج مؤلفه را برای هوش معنوی پیشنهاد کرده است:

۱. ظرفیت تعالی (فرا گذشتن از دنیای جسمانی و مادی و متعالی کردن آن)؛ ۲. توانایی ورود به حالت‌های معنوی از هوشیاری؛ ۳. توانایی آراستن فعالیتها، حوادث و روابط زندگی روزانه با احساسی از تقدس؛ ۴. توانایی استفاده از منابع معنوی در جهت حل مسائل زندگی؛ ۵. ظرفیت درگیری در رفتار فضیلت‌مآبانه (بخشش، سپاسگزاری، فروتنی، احساس شفقت و ...).

شاخه جدید علم روان‌شناسی و دیدگاه نوینش با عنوان «رویکرد روان‌شناسی مثبت‌نگر» درصدد بررسی ظرفیتها و قدرتهای روان‌شناختی به جای آسیب‌شناسی روانی است. اعتقاد اساسی در دیدگاه جدید

1. Yang
2. Voaghan
3. Amram
4. Wigglesworth
5. Emmons

اثربخشی هوش معنوی بر کیفیت زندگی و شادکامی دانشجویان ... ۵۴۳

این است که ویژگی‌های مثبت قابل اندازه‌گیری می‌توانند به عنوان سپر، افراد را در برابر حوادث نامطلوب خطرناک محافظت کنند (سیلگمن و سیکسزنت میهایلی، ۲۰۰۰). از اهداف این رویکرد، شناسایی و تعریف مفاهیمی است که به تأمین سلامتی و شادکامی افراد و بهره‌مندی آنها از یک زندگی سالم کمک کند. یکی از این مفاهیم، کیفیت زندگی است. کیفیت زندگی به تأمین سلامتی و شادکامی در افراد و بهره‌مندی آنها از یک زندگی سالم کمک می‌کند (هاگرتی و مکاران، ۲۰۰۱). برخی از محققان، کیفیت زندگی را با رویکرد عینی تعریف کرده، موارد آشکار و مرتبط با معیارهای زندگی از جمله: سلامت جسمانی، شرایط شخصی (ثروت، شرایط زندگی و...)، ارتباطات اجتماعی، اقدامات شغلی یا دیگر عوامل اجتماعی و اقتصادی را با کیفیت زندگی معادل دانسته‌اند (لیو، ۲۰۰۶). در مقابل این رویکرد، رویکرد ذهنی وجود دارد که کیفیت زندگی را مترادف با شادی یا رضایت فرد در نظر می‌گیرد و بر عوامل شناختی در ارزیابی کیفیت زندگی تأکید دارد (همان). بین دو رویکرد عینی و ذهنی، رویکرد جدیدی به نام رویکرد کل‌نگر وجود دارد که نظریه‌پردازان آن معتقدند کیفیت زندگی همانند خود زندگی، مفهومی پیچیده و چندبعدی است؛ لذا در بررسی آن، هر دو مؤلفه عینی و ذهنی را در نظر می‌گیرند (مالکینا-پیخ^۳ و پیخ، ۲۰۰۸). در حال حاضر، کیفیت زندگی یکی از نگرانی‌های عمده سیاستمداران و متخصصان علم پیشگیری است و به عنوان شاخصی برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت در تحقیقات به کار می‌رود.

سازة دیگری که در روان‌شناسی مثبت‌نگر به آن توجه شده، شادکامی است. یکی از روشهای افزایش احساس شادکامی، توجه به بحثهای دینی و ارضای غریزه پرستش در آنان است. در سالهای اخیر استفاده از مذهب و اعتقادات دینی، به ویژه اعتقادات اسلامی، توسط سیاستگذاران و تدوین‌کنندگان راهبردهای بهداشت جامعه‌نگر در سازمان بهداشت جهانی نیز مورد توجه قرار گرفته است. پیروی انسان از ارزشها و هنجارهای دینی را در قالب رفتار مذهبی می‌توان مورد توجه قرار داد. وقتی از رفتارهای مذهبی سخن می‌گوییم، منظور مجموعه باورها، عادات، عملکردها و واکنشهای نسبتاً پایداری است که قابل مشاهده، ارزیابی، اندازه‌گیری و پیش‌بینی باشد. در این بین، رفتارهای مذهبی کمتر مورد توجه روان‌شناسان قرار گرفته است؛ به گونه‌ای که کمتر از یک درصد مقالاتی که در مجلات روان‌شناسی و روان‌پزشکی چاپ شده، درباره پژوهشهای مذهبی بوده است. البته بوده‌اند اندیشمندانی که به نقش مذهب در سلامت روح و جسم اشاره کرده‌اند. قدرت محافظتی مذهب^۴ که ابتدا توسط امیل دورکهایم^۵ در سال ۱۹۵۱ مطرح شد، بعدها توسط راش، جیمز، بونگ، فرانکل و فروم، اهمیت رفتارها و اعتقادات مذهبی مورد تأیید قرار گرفت (لويس، مالتبی و

1. Seligman & Csikszentmihalyi

2. Hagerty & et al

3. Malkina-Pykh

4. Religion's Protective Power

5. E. Durkheim

دی، ۲۰۰۵). از نظر روان‌شناسان، آرامش روانی و احساس رضایت از زندگی و شادکامی، از ویژگی‌های اساسی در افراد سالم و بهنجار است و بررسی وضعیت روانی افراد با ایمان و نمازخوان نیز حاکی از سلامت روانی و احساس شادکامی است. آیات قرآن کریم نیز بر این نکته صحه می‌گذارند. به عنوان مثال، در آیه ۲۸ سوره رعد آمده است: «الَّذِينَ آمَنُوا تَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ... الْأَلْبَابِ... تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ»؛ آنها به خدا ایمان آورده و دل‌هایشان به یاد خدا آرام می‌گیرد، آگاه باشید که تنها یاد خدا آرامش بخش دلهاست. همچنین روان‌پزشکان دانشکده علوم پزشکی اقبال لاهوری پاکستان در سال ۱۹۸۵ به این نتیجه رسیده‌اند که درمان افسردگی به وسیله نماز و تهجد نافله و ذکر آیات قرآنی در گروه مورد مطالعه ۷۸ درصد مؤثر بوده است. اما در گروه مقایسه که صرفاً شب‌زنده‌داری کرده بودند، ۱۵ درصد بهبودی نشان دادند. جلیونند (۱۳۷۸) نیز در تحقیق خود درباره بررسی تأثیر نماز بر اضطراب در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر تهران، نتیجه گرفت آن دسته از دانش‌آموزانی که نماز می‌خوانند و مقید به تکالیف مذهبی‌اند، از اضطراب کمتری رنج می‌برند. همچنین بسیاری از نظریه‌پردازان بزرگ جهان مانند فروید، یونگ، ویلیام جیمز و ...، مذهب را به عنوان عاملی مستحکم در مقابل آسیب‌های اجتماعی (از جمله اعتیاد) تلقی کرده‌اند.

د) مرور پیشینه تحقیق

شکیبا و ضیایی (۱۳۹۰) در پژوهشی نشان دادند که افسردگی، اضطراب و افکار پارانویا در دانش‌آموزان دختر مدارس شبانه‌روزی بیشتر از دانش‌آموزان سایر مدارس بود. نتایج این پژوهش نشان داد که این دانش‌آموزان از کیفیت زندگی و سلامت روان پایین‌تری نسبت به دانش‌آموزان مدارس عادی برخوردارند. طبق نتایج پژوهش چوئر-کوچکی و ایسیک (۲۰۱۰) بیش از یک پنجم بچه‌ها و نوجوانان از حداقل یک مشکل سلامت روانی رنج می‌برند. همچنین ایزنبرگ و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که افسردگی، اضطراب، انزوای اجتماعی و اختلالات برون‌ریز (مانند بزهکاری و رفتارهای پرخطرگرانه) در مراکز شبانه‌روزی بیشتر است.

در مطالعه علم و همکاران (۱۳۹۲)، بیشترین درصد اختلال روان‌شناختی (سطح خفیف و متوسط) مربوط به مدارس بی‌سرپرست با ۵۱/۹ درصد و کمترین آن مربوط به دانش‌آموزان مدارس تیزهوش با ۳۰/۴ درصد بود. بر اساس نتایج این مطالعه، اکثر دانش‌آموزان بی‌سرپرست دارای علایم و نشانه‌های خفیف و متوسط اختلالات روان‌شناختی بودند و این میزان، بالاتر از سایر گروه‌های مورد مطالعه بود. موسیسی و همکاران (۲۰۰۷) نشان دادند که دانش‌آموزان بی‌سرپرست، از اختلال عاطفی و رفتاری بیشتری نسبت به

1. Lewis, Maltby & Day

2. Musisi & et al.

۵۴۵ ◆ اثربخشی هوش معنوی بر کیفیت زندگی و شادکامی دانشجویان ...

گروه دارای سرپرست و نیز از سلامت جسمی، روانی و عاطفی کمتری در مقایسه با سایر گروهها برخوردارند. این مطالعات نشان می‌دهند که افراد تحت پوشش مراکز شبانه‌روزی (بی‌سرپرست یا بدسرپرست) از میزان شادکامی پایینی برخوردار بوده، نیازمند توجه بیشترند.

تحقیقات نشان می‌دهند که باورهای مذهبی، آیینها و تعهدات، با نتایج مثبت مانند بهبود کیفیت زندگی بهتر، بهزیستی، سلامت جسمی و روانی، رضایت زناشویی و زندگی پایدار و عملکرد کارایی مثبت مرتبط‌اند. (سی‌بولد و هیل، ۲۰۰۱)

نتایج تحقیق غفرانی و همکاران (۱۳۹۰) در رابطه با نقش هوش معنوی در کیفیت زندگی نشان داد که هوش معنوی نقش مؤثری در پیش‌بینی کیفیت زندگی دارد. رابطه بهزیستی با دامنه گسترده‌ای از متغیرهای مربوط به دین و معنویت، مانند نگرش به دین، حضور در تشریفات و مراسم مذهبی، فعالیت‌های دینی، باورهای دینی، جهت‌گیری دینی، مقابله مذهبی، تردید دینی، معنویت، بلوغ معنوی و تجربه معنوی بررسی شده است. غالب پژوهشها رابطه مثبت معناداری بین اشتغال دینی بالا با رضایت از زندگی و شادی بیشتر، خلق بهتر، و روحیه بالاتر به دست داده‌اند.

محمدی و مزیدی (۱۳۹۳) در پژوهشی نشان دادند ابعاد اعتقادی و مناسکی دینداری به صورت مثبت راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان را پیش‌بینی می‌کند و ابعاد اعتقادی و پیامدی دینداری به صورت منفی و بعد عاطفی دینداری به صورت مثبت راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان را پیش‌بینی می‌کنند. این محققان نتیجه‌گیری کردند دینداری می‌تواند راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و به تبع آن تأمین بهداشت روانی و کیفیت زندگی را در پی داشته باشد.

ری و ونگ (۲۰۰۶) در پژوهش خود نشان دادند که از میان ۴۳ پژوهش انجام گرفته در حوزه رابطه بین مذهب و سلامت روانی، ۸۴ درصد آنها رابطه مثبتی را پیدا کردند. همچنین کونینگ، مک‌کالو و لارسون (۲۰۰۱) گزارش کردند که از میان ۸۵۰ پژوهشی که رابطه بین مذهب و سلامت روانی را بررسی می‌کردند، دو سوم آنها رابطه مثبت و معناداری را بین عمل به باورهای مذهبی و سلامت روانی پیدا کرده بودند.

بریل هرت (۲۰۰۵) در بررسی رابطه معنویت و رضایت از زندگی (شادکامی) افرادی که دچار ضایعه نخاعی شوکی شده بودند، نتیجه گرفت که ارتباط مثبت و معناداری بین رضایت از زندگی و فاکتورهای معنوی روان‌شناختی ابزار کیفیت زندگی وجود دارد.

-
1. Rew & Wong
 2. Koenig, McCullough & Larson
 3. Brill hart

کنند و همکاران (۲۰۰۶) ارتباط بین معنویت و کیفیت زندگی را با واسطه‌ی مقابله در بیماران مبتلا به سرطان بررسی کردند. نتایج نشان داد که بین معنویت از طریق استفاده از مقابله مؤثر و بهزیستی عملکردی رابطه مثبت وجود دارد.

کینگ و زین (۲۰۰۹) پژوهشی بر روی ۱۳۰ نفر از پرستاران بیمارستانی در چین که دارای عقاید ماتریالیستی بودند، انجام داد. در این پژوهش رابطه بین بهزیستی معنوی این پرستاران با کیفیت زندگی شان بررسی شد. نتایج نشان داد ۹۰ درصد از پرستاران از دردهای جسمی و روانی رنج می‌بردند.

فرضیه: آموزش هوش معنوی بر کیفیت زندگی و شادکامی دانشجویان مؤثر است.

هـ) روش

روش پژوهش مطالعه حاضر، آزمایشی با کارآزمایی بالینی بود که با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و با گروه گواه انجام شد.

۱. جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش، کلیه دانشجویان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) ساکن در مجتمع شبانه‌روزی الغدیر شهرستان اردبیل در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ می‌باشند (حجم جامعه مورد مطالعه: $N=54$). در تحقیقات، آزمایشی برای هر گروه ۱۵ آزمودنی در نظر گرفته می‌شود (دلور، ۱۳۸۰)، که در این پژوهش برای در نظر گرفتن احتمال افت آزمودنی‌ها، در هر گروه یک نفر اضافه انتخاب شد. بنابر این، نمونه این پژوهش شامل ۳۲ دانشجوی تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) ساکن در مجتمع شبانه‌روزی الغدیر شهرستان اردبیل بود که از میان جامعه آماری به صورت تصادفی انتخاب شدند (۱۶ دانش در گروه آزمایش و ۱۶ نفر در گروه کنترل). یکی از دانشجویان گروه کنترل بعد از چهار جلسه شرکت در پژوهش، به دلایل خانوادگی، مجتمع را ترک کرد و از گروه نمونه مورد پژوهش خارج شد و نمونه نهایی پژوهش حاضر به ۳۱ دانشجو تقلیل یافت.

۲. ابزار

یک) پرسشنامه محقق‌ساخته: این پرسشنامه شامل برخی اطلاعات دموگرافیک، نظیر سن، پایه تحصیلی، معدل سال/ترم قبل، مدت زمان حضور در خوابگاه شبانه‌روزی و غیره است.

اثربخشی هوش معنوی بر کیفیت زندگی و شادکامی دانشجویان ... ۵۴۷

دو) پرسشنامه کیفیت زندگی: ابزار بررسی کیفیت زندگی، پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-۳۶) است که توسط وارشریون سال ۱۹۹۲ در کشور آمریکا طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۳۶ سؤال است و مفاهیمی که توسط آن سنجیده می‌شوند، اختصاص به سن، گروه یا بیماری خاصی ندارند. هدف از طرح این پرسشنامه، ارزیابی حالت سلامت از هر دو نظر وضعیت جسمانی و روانی است که از ترکیب نمرات حیطه‌های هشت‌گانه تشکیل دهنده سلامت به دست می‌آید. پرسشنامه SF-۳۶ برای مصارفی چون: کار بالینی، ارزیابی سیاستهای بهداشتی و نیز تحقیقات و مطالعات جمعیت عمومی، کارایی خود را ثابت کرده است. این پرسشنامه دارای ۳۶ عبارت است و هشت حیطه مختلف سلامت را ارزیابی می‌کند: بُعد سلامت عمومی، عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی، درد بدنی، عملکرد اجتماعی، انرژی و شادابی و سلامت روانی (منتظری و همکاران، ۱۳۸۴). همه سؤالات از صفر تا ۱۰۰ نمره‌گذاری می‌شوند؛ پایین‌ترین نمره در پرسشنامه (صفر)، بیانگر پایین‌ترین کیفیت و بالاترین نمره (۱۰۰)، بیانگر بالاترین کیفیت زندگی در هر حیطه است. در مطالعه‌ای که به منظور تعیین پایایی پرسشنامه SF-۳۶ در شهر تهران در افراد ۱۵ سال به بالا انجام شد، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷ به دست آمد (منتظری و همکاران، ۱۳۸۴). پایایی این پرسشنامه را ده‌داری (۱۳۸۲؛ نقل از: سبزمکان و همکاران، ۱۳۸۷) در بیماران با عمل جراحی قلب با آزمون همبستگی ۰/۸۲ به دست آورد.

سه) فهرست شادکامی آکسفورد تجدیدنظر شده: این فهرست تجدیدنظر شده توسط آرگیل (۲۰۰۱) با ۲۸ گزاره چهارگزینه‌ای ساخته شده است که به ترتیب از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود و جمع نمره‌های گزاره‌های ۲۸ گانه، نمره کل مقیاس را تشکیل می‌دهد و دامنه آن از صفر تا ۸۷ است. این پرسشنامه از پنج عامل رضایت از زندگی، حرمت خود، بهزیستی فاعلی، رضایت خاطر و خلق مثبت تشکیل شده است (علی‌پور و آگاه هریس، ۱۳۸۶). از این آزمون به طور وسیع در انگلستان استفاده می‌شود (کار، ۲۰۰۴). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعه آیزنک و بارت (۱۹۹۹)، برابر با ۰/۸ بود. از نظر روایی سازه نیز روشن شده است که بر اساس تشخیص سه جزء فرضی شادکامی، همبستگی فهرست شادکامی آکسفورد با مقیاس عاطفه برادبورن^۱، رضایت از زندگی آرگیل و فهرست افسردگی بک^۲، به ترتیب برابر با ۰/۳۲، ۰/۵۷ و ۰/۵۲- بوده است (کار، ۲۰۰۴). علی‌پور و آگاه هریس (۱۳۸۶) در مطالعه‌ای نشان دادند که آلفای کرونباخ برای کل فهرست، برابر با ۰/۹۱ بود. همبستگی پیرسون بین فهرست شادکامی آکسفورد با فهرست افسردگی بک و زیرمقیاسهای برونگردی و نوروگرایی و EPQ به ترتیب برابر با ۰/۴۸-، ۰/۴۵ و ۰/۳۹- بود که

1. Short Form Health Survey
2. Oxford Happiness Inventory (OHI)
3. Bradburn

روایی همگرا و واگرایی فهرست شادکامی آکسفورد را تأیید کرد و نتایج نشان داد که فهرست شادکامی آکسفورد برای اندازه‌گیری شادکامی در جامعه ایرانی از اعتبار و روایی مناسب برخوردار است.

۳. روش اجرا

بعد از هماهنگی و کسب مجوز، با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش، با آگاه‌سازی دانشجویان و مسئولان مربوطه و کسب اجازه از آنها، رضایت آنان برای شرکت در این پژوهش جلب شد. سپس نمونه پژوهشی تعیین و ابتدا پیش‌آزمون کیفیت زندگی و شادکامی اجرا شد. در مرحله بعد، به مدت هشت جلسه با استفاده از برنامه هوش معنوی، به نمونه مورد پژوهش آموزش داده شد و پس از آن دوباره از دو گروه آزمایشی و کنترل، پس‌آزمون به عمل آمد. سپس اطلاعات حاصل، با نرم‌افزار SPSS و روش تحلیل واریانس چند متغیره، تجزیه و تحلیل شد. در ضمن، سطح معناداری ۰/۰۵ برای این پژوهش انتخاب شد. همچنین به دلیل مؤثر بودن مداخله مورد مطالعه، مداخله مورد نظر بعد از اتمام جلسات آموزشی روی گروه کنترل اعمال شد تا اخلاق پژوهشی رعایت شود.

۴. شیوه مداخله: آموزش هوش معنوی

آموزش هوش معنوی (متغیر مستقل) که در مطالعه حاضر مورد استفاده قرار گرفت، در هشت جلسه یک و نیم ساعته در خوابگاه الغدیر (تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی) آموزش داده شد. در ضمن جلسات به صورت فشرده، هفته‌ای ۲ یا ۳ بار تشکیل شد.

اهداف	جلسه
اجرای پیش‌آزمون، آشنایی اعضا با همدیگر، آشنایی اعضا با ساختار کلی جلسات، تعریف و تبیین هوش معنوی و مؤلفه‌های آن، آگاه شدن از استرسها و پاسخهای استرس، آموزش تن آرامی عضلانی و تنفس آرامی.	اول
فواید هوش معنوی و مؤلفه‌های آن در بهتر کردن تعاملات روزمره، تمرین تن آرامیدگی و تنفس آرامی بر روی دانشجویان.	دوم
تشریح ارتباط افکار و کیفیت زندگی، آموزش تمرین تصویرسازی ذهنی به شرکت‌کنندگان، آموزش تمرین ورود دانشجویان به حالت‌های معنوی در هوشیاری، تمرین تن آرامی عضلانی و تنفس آرامی.	سوم
آموزش انواع سبک‌های مقابله کارآمد، آموزش توانایی آراستن فعالیتهای روزانه با احساسی از تقدس، تمرین آرامیدگی عضلانی.	چهارم
آموزش پاسخهای مقابله‌ای مؤثر، آموزش و تمرین تصویرسازی ذهنی و خودالقایی، آموزش توانایی استفاده از منابع معنوی در جهت حل مسائل زندگی روزمره، تمرین آرامیدگی عضلانی و تنفس آرامی.	پنجم
آموزش روشهای مدیریت خشم و استرس، آموزش شرکت‌کنندگان به توانایی استفاده از رفتارهای فضیلت‌مآبانه (بخشش، سپاسگذاری و فزونی)، تمرین آرامیدگی عضلانی و تنفس آرامی.	ششم
آموزش جرأت‌ورزی، روابط میان‌فردی مثبت، خودمختاری، آموزش و تمرین استفاده از رفتارهای فضیلت‌مآبانه در زندگی روزمره، تمرین آرامیدگی عضلانی و تنفس آرامی.	هفتم
آموزش و تمرین دادن به شرکت‌کنندگان در برنامه یک برنامه مدیریت شخصی و تسلط بر محیط، جمع‌بندی از جلسات آموزشی قبل و جلسه آخر، گرفتن پس‌آزمون و سپاسگذاری از شرکت‌کنندگان در جلسات آموزشی، گرفتن پس‌آزمون از شرکت‌کنندگان.	هشتم

(و) یافته‌ها

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های کیفیت زندگی و شادکامی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه کنترل		گروه آموزش هوش معنوی		کیفیت زندگی	
SD	M	SD	M		
۱/۶۹	۶/۴۱	۱/۵۰	۶/۵۲	پیش‌آزمون	عملکرد جسمانی
۱/۵۸	۶/۵۸	۱/۷۷	۱۶/۱۷	پس‌آزمون	
۱/۹۳	۶/۱۱	۱/۷۹	۶/۲۹	پیش‌آزمون	نقش جسمانی
۱/۹۰	۶/۵۲	۱/۸۲	۱۶/۲۹	پس‌آزمون	
۱/۵۹	۶/۰۵	۱/۴۶	۶/۸۲	پیش‌آزمون	درد بدنی
۱/۷۸	۵/۹۴	۱/۶۹	۱۶/۱۱	پس‌آزمون	
۱/۲۹	۵/۹۴	۲/۳۶	۷/۱۱	پیش‌آزمون	عملکرد اجتماعی
۱/۷۴	۶/۸۲	۱/۳۹	۱۶/۰۵	پس‌آزمون	
۲/۳۰	۸/۰۵	۱/۶۷	۸/۲۳	پیش‌آزمون	نقش هیجانی
۱/۶۴	۸/۲۳	۲/۳۷	۲۰/۴۷	پس‌آزمون	
۱/۶۹	۷/۵۸	۱/۹۷	۸/۵۸	پیش‌آزمون	سلامت عمومی
۱/۸۷	۸/۱۷	۱/۶۰	۲۰/۲۳	پس‌آزمون	
۱/۷۷	۷/۸۲	۲/۰۷	۷/۹۴	پیش‌آزمون	سرزندگی
۲/۴۵	۷/۸۲	۱/۷۶	۲۰/۳۵	پس‌آزمون	
۱/۸۳	۸/۵۸	۱/۹۳	۸/۴۱	پیش‌آزمون	سلامت روانی
۲/۵۴	۸/۴۷	۱/۵۰	۲۰/۱۷	پس‌آزمون	
۵/۷۵	۲۵/۰۶	۴/۹۲	۲۵/۰۰	پیش‌آزمون	شادکامی
۴/۲۸	۳۳/۰۹	۵/۴۰	۶۲/۷۵	پس‌آزمون	

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین (و انحراف معیار) پس‌آزمون دانشجویان گروه آموزش هوش معنوی در عملکرد جسمانی: (۱/۷۷)۱۶/۱۷، نقش جسمانی: (۱/۸۲)۱۶/۲۹، درد بدنی: (۱/۶۹)۱۶/۱۱، عملکرد اجتماعی: (۱/۳۹)۱۶/۰۵، نقش هیجانی: (۲/۳۷)۲۰/۴۷، سلامت عمومی: (۱/۶۹)۲۰/۲۳، سرزندگی: (۱/۷۶)۲۰/۳۵، سلامت روانی: (۱/۵۰)۲۰/۱۷ و شادکامی: (۵/۴۰)۶۲/۷۵ است. همچنین میانگین (و انحراف معیار) دانشجویان گروه کنترل در عملکرد جسمانی: (۱/۵۸)۶/۵۸، نقش جسمانی: (۱/۹۰)۶/۵۲، درد بدنی: (۱/۷۸)۵/۹۴، عملکرد اجتماعی: (۱/۷۴)۶/۸۲، نقش هیجانی: (۱/۶۴)۸/۲۳، سلامت عمومی: (۱/۸۷)۸/۱۷، سرزندگی: (۲/۴۵)۷/۸۲، سلامت روانی: (۲/۵۴)۸/۴۷ و شادکامی: (۴/۲۸)۳۳/۰۹ می‌باشد.

برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها، نخست از آزمون لوین استفاده شد. این آزمون برای هیچ کدام از متغیرها معنادار نبود، در نتیجه، استفاده از آزمونهای پارامتریک بلا مانع است که این نشان می‌دهد واریانس خطای متغیرهای مورد مطالعه در بین آزمودنی‌ها (گروه آزمایش و گروه کنترل) متفاوت نیست و واریانس‌ها با هم برابرند. همچنین برای بررسی فرض همگنی کواریانس‌ها، از آزمون باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار باکس معنادار نیست ($P=0/782$ و $F=0/901$ و $BOX=3/560$) و در نتیجه، پیش‌فرض تفاوت بین کواریانس‌ها برقرار است.

جدول ۲: نتایج شاخصهای اعتباری آزمون معناداری تحلیل کوواریانس چند متغیری بر روی مؤلفه‌های کیفیت زندگی و شادکامی

منبع	نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	P	Eta
گروه	اثر پیلایی	۰/۹۵۵	۷۶/۰۵	۵/۰۰	۱۸/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۵۵
	لامبدا و بلکر	۰/۰۴۵	۷۶/۰۵	۵/۰۰	۱۸/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۵۵
	اثر هتلینگ	۲۱/۱۲	۷۶/۰۵	۵/۰۰	۱۸/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۵۵
	بزرگ‌ترین ریشه خطا	۲۱/۱۲	۷۶/۰۵	۵/۰۰	۱۸/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۵۵

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که سطوح معناداری همه آزمونها قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهد که در بین دو گروه آموزش هوش معنوی و گروه کنترل حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد. برای تشخیص اینکه کدام مؤلفه‌های کیفیت زندگی و متغیر شادکامی نسبت به گروه کنترل متفاوت است، از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شده است. (جدول ۳)

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) بر روی مؤلفه‌های کیفیت زندگی و شادکامی گروه آزمایش و کنترل

منبع	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	p	Eta
گروه	عملکرد جسمانی	۹۱۶/۳۹	۲	۴۵۸/۱۹	۱۷۲/۵۴	۰/۰۰۰	۰/۸۹۸
	نقش جسمانی	۹۵۱/۶۲	۲	۴۷۵/۸۱	۱۴۱/۶۲	۰/۰۰۰	۰/۸۷۹
	درد بدنی	۱۰۱۹/۶۷	۲	۵۰۹/۸۳	۱۹۶/۵۱	۰/۰۰۰	۰/۹۱۰
	عملکرد اجتماعی	۹۵۵/۲۸	۲	۴۷۷/۶۴	۱۹۸/۰۴	۰/۰۰۰	۰/۹۱۰
	نقش هیجانی	۱۴۷۰/۳۲	۲	۷۳۵/۱۶	۱۷۶/۱۷	۰/۰۰۰	۰/۹۰۰
	سلامت عمومی	۱۳۲۳/۲۰	۲	۶۶۱/۶۰	۲۸۹/۴۴	۰/۰۰۰	۰/۹۳۷
	سرزندگی	۱۵۵۰/۸۲	۲	۷۷۵/۴۱	۲۰۳/۶۰	۰/۰۰۰	۰/۹۱۳
	سلامت روانی	۱۴۹۸/۲۵	۲	۷۴۹/۱۲	۱۹۷/۰۱	۰/۰۰۰	۰/۹۱۰
	شادکامی	۸۸۵۱/۱۷	۱	۸۸۵۱/۱۷	۱۴۸/۵۳	۰/۰۰۰	۰/۸۷۱

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، بین دانشجویان گروههای آزمایش و کنترل، در عملکرد جسمانی، نقش جسمانی، درد بدنی، عملکرد اجتماعی، نقش هیجانی، سلامت عمومی، سرزندگی، سلامت روانی و شادکامی، تفاوت معناداری در سطح ($P \leq 0/001$) وجود دارد. به عبارت دیگر؛ میانگین عملکرد جسمانی، نقش جسمانی، درد بدنی، عملکرد اجتماعی، نقش هیجانی، سلامت عمومی، سرزندگی، سلامت روانی و شادکامی گروه آزمایش و کنترل متفاوت است.

ز) بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام این پژوهش، بررسی اثربخشی آموزش هوش معنوی بر کیفیت زندگی و شادکامی دانشجویان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) بود. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که بین دو گروه دانشجویان تحت پوشش و گروه کنترل، در عملکرد جسمانی، نقش جسمانی، درد بدنی، عملکرد اجتماعی، نقش هیجانی، سلامت عمومی، سرزندگی، سلامت روانی و شادکامی تفاوت معناداری وجود دارد ($P \leq 0/001$)؛ بدین معنی که کیفیت زندگی و شادکامی گروه آزمایش، بعد از آموزش هوش معنوی افزایش یافته است. نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر با نتایج تحقیق بال و همکاران (۲۰۰۳)؛ لویس و همکاران (۲۰۰۵)؛ موکرچی و برون (۲۰۰۵)؛ مازلکو و کوبلانسکی (۲۰۰۶) و احمد و همکاران (۲۰۰۵) همسو است. طبق نتایج مطالعه الیسون (۱۹۹۱)، افراد دارای گرایش بالای مذهبی، خشنودی بیشتری از زندگی دارند، شادمانی بیشتری دارند و در مواجهه با رویدادهای رنج‌زای زندگی، واکنش‌های روانی - اجتماعی منفی کمتری را نشان می‌دهند (نقل از: عینی میرزاوند، ۱۳۹۲). بال و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهش خود با عنوان «رابطه بین سازگاری روان‌شناختی با مذهب» نشان دادند که سطوح بالای مذهبی بودن با عزت نفس بالا و عملکرد روان‌شناختی بهتر مرتبط است. لویس و آندره پول (۱۹۹۱)؛ نقل از عینی میرزاوند، ۱۳۹۲) به بیش از ۳۰۰ مقاله در زمینه پیوستگی بین مذهب و سلامتی اشاره کردند و نشان دادند که توسعه مذهبی، همبستگی بالایی با سلامت روان، معاشرت، رفاقت، تعهد و الزام و عبادت داشته است. در مطالعه مازلکو و کوبلانسکی (۲۰۰۵) نشان داده شد که فعالیتهای مذهبی با سلامت و بهزیستی بهتر در افراد مرتبط است و این رابطه در مردان قوی‌تر از زنان و از وابستگی‌های فرقه‌ای تأثیرپذیر است. فعالیتهای مذهبی در بین مردان، پیش‌بینی کننده سلامت و بهزیستی آنان بوده است. همچنین در میان زنان، هم فعالیت مذهبی عمومی و هم تجربیات معنوی، سلامت و بهزیستی آنان را پیش‌بینی می‌کند. در پژوهش موکرچی و برون (۲۰۰۵) نشان داده شد که هم مذهب و هم جنسیت، نقش مهمی در درجه شادکامی دارد و سطوح پایین رفتارهای مذهبی، شادکامی را کاهش می‌دهد. همچنین مذهبی بودن زنان، سطوح شادکامی آنان را افزایش می‌دهد. لویس و همکاران (۲۰۰۵) نشان دادند که بین نمرات بالای جهت‌گیری مذهبی درونی بالا و مقابله مثبت مذهبی با نمرات بالای پرسشنامه شادکامی آکسفورد رابطه معنادار وجود دارد؛ به این معنی که وقتی مذهبی بودن با شادکامی رابطه دارد، با بهزیستی روان‌شناختی نیز رابطه دارد.

در تبیین نتایج مطالعه حاضر می‌توان گفت روان‌شناسی دینی شاخه‌ای از روان‌شناسی است که رسالت آن، بررسی نقش مذهب در هستی و سلامت روان انسان می‌باشد. پیچیدگی عصر حاضر باعث شده انسان به طور مداوم در برابر ناملایمات از خود سازگاری نشان دهد. اضطراب یکی از شایع‌ترین اختلالاتی است که در مقابل ناسازگاری‌ها بروز می‌کند و یکی از شیوه‌های مؤثر برای افزایش استعداد و ظرفیت انسان برای برخورد با این ناملایمات، عنصر دین است. در این راه، همواره ایمان و اعتقاد مذهبی دارای اهمیت بوده و

درمان مبتنی بر ایمان به خداوند به عنوان نیروی مافوق طبیعت، سابقه‌ای دیرینه در بین پیروان مذاهب گوناگون داشته است که از آن می‌توان به مقابله مذهبی یاد کرد. بسیاری از فرهنگها افزون بر درمان پزشکی کلاسیک، روشهای سازمان‌یافته‌ای برای مقابله با بیماری‌های بدنی و روانی انسان دارند. (لارسون و همکاران، ۱۹۸۸؛ نقل از: شاکری‌نیا، ۱۳۸۰)

مذهب می‌تواند موجب ایجاد معنا شود؛ بنابر این، به زیستن و مردن انسان معنا می‌بخشد. مذهب یا معنویت موجب امیدواری می‌شود و خوشبینی افراد را افزایش می‌دهد. معنویت به افراد مذهبی نوعی احساس کنترل و کارآمدی می‌بخشد که ریشه‌خداایی دارد و می‌تواند کاهش‌یافتگی کنترل شخصی را جبران کند (پارگمنت و همکاران، ۱۹۸۱). مذهب، نوعی سبک زندگی سالم‌تر برای افراد تجویز می‌کند که بر سلامت جسمی و بهداشت روانی تأثیر مثبت دارد. مذهب، مجموعه‌ای از هنجارهای اجتماعی مثبت است که اطاعت از آن موجب تأیید، پشتیبانی و پذیرش از سوی دیگران می‌شود. مذهب، نوعی احساس فراطبیعی به شخص می‌دهد که بی‌تردید تأثیر روان‌شناختی دارد (برگین و پینی، ۱۹۹۱). برگین (۱۹۹۱) معتقد است که تفکر مذهبی به علل ذیل، تأثیرات مثبت و پیامدهای مناسب بر وضعیت روان‌شناختی افراد دارد:

۱. معنا برای زندگی فراهم می‌سازد (چیزی که بتوان برای آن زیست و برای آن مرد)؛
۲. امید و خوشبینی را فراهم می‌آورد.
۳. به افراد احساس کنترل توسط خداوند را می‌دهد که احساس عدم کنترل شخص را جبران کند.
۴. راه و روش زندگی بهتر را برای فرد فراهم می‌آورد؛
۵. هنجارهای مثبت اجتماعی ایجاد می‌کند که خود، حمایت‌های اجتماعی را برمی‌انگیزد. (خسروی، ۱۳۷۸)

به طور کلی، در پژوهشهای مختلف بین مذهب و سلامت روانی افراد، همبستگی معناداری به دست آمده و نشان داده شده است که مذهب می‌تواند موجبات شادی، بهزیستی و سلامت روانی بهتر افراد را فراهم کند؛ اما به نقش و اهمیت این متغیر در دانشجویان بی‌سرپرست یا بدسرپرست کمتر پرداخته شده است. در مجموع، این مطالعه نشان داد که آموزش هوش معنوی بر کیفیت زندگی و شادکامی دانشجویان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) به طور معناداری مؤثر بوده و سبب افزایش و بهبود این این متغیرها شده است. بنابر این، می‌توان نتیجه گرفت که از آموزش هوش معنوی می‌توان برای ارتقای کیفیت زندگی و شادکامی دانشجویان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) استفاده کرد.

محدودیتها و پیشنهادها

پژوهش حاضر با محدودیتهایی از جمله عدم دسترسی به نمونه بیشتر در گروه نمونه به علت محدود بودن مراکز مورد مطالعه، فقط بر روی دانشجویان پسر انجام شده است؛ لذا در تعمیم نتایج آن به دختران می‌بایست احتیاط کرد. از دیگر محدودیتهای این پژوهش، مختص بودن نمونه به شهر اردبیل است که

اثر بخشی هوش معنوی بر کیفیت زندگی و شادکامی دانشجویان ... ♦ ۵۵۳

تعمیم یافته‌ها را به سایر شهرها با محدودیت مواجه می‌سازد. عدم توجه به متغیرهایی نظیر وضعیت تحصیلی والدین و وضعیت اقتصادی دانشجویان، از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است.

پیشنهاد می‌شود در این راستا پژوهش‌های دیگری در شهرهای مختلف انجام گیرد؛ پژوهشی با نمونه دانشجویان دختر انجام شود و در نهایت اینکه، بر اساس نتایج پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود دست‌اندرکاران، معلمان و متخصصان تعلیم و تربیت، از راه آموزش هوش معنوی به دانشجویان بی‌سرپرست یا بدسرپرست، ضمن ارتقای کیفیت زندگی و شادکامی، کمک کنند تا یادگیرندگان موفق‌تری باشند و از زندگی مناسبی برخوردار شوند.



منابع

- جلیوند، محمد امین (۱۳۷۸). «بررسی رابطه نماز با اضطراب». فصلنامه دانشگاه اسلامی، ش ۲(۸): ۵۶-۳۹.
- خسروی، زهره (۱۳۸۷). «بررسی تأثیر نماز بر اختلالات روانی دانشجویان». فصلنامه دانشگاه اسلامی، ش ۲(۸): ۳۶-۲۵.
- دلاور، علی (۱۳۸۰). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: رشد، ج چهارم.
- رستمی، مریم (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر رضایت زناشویی و بهزیستی روان‌شناختی زوجین ناسازگار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. اردبیل: دانشگاه محقق اردبیلی.
- سبزمکان، لیلا؛ سید محمد مهدی هزاوئی، کتابیون ربیعی، حسن جهانی هاشمی و محسن میرمحمد صادقی (۱۳۸۷). «تأثیر مداخله آموزشی بر اساس الگوی PRECEDE بر افسردگی و کیفیت زندگی بیماران با عمل جراحی تعویض عروق کرونر». فصلنامه پایش، سال هشتم، ش ۱: ۸۴-۷۵.
- شاکری‌نیا، ایرج (۱۳۸۰). «تأثیر باورهای مذهبی بر سلامت روانی انسان». ماهنامه آموزشی- تربیتی پیوند، ش ۲۵۷: ۳۷۴.
- شکبیا، منصور و مریم ضیایی (۱۳۹۰). «مقایسه سلامت روان دختران دانش‌آموزان تحت سرپرستی مراکز شبانه‌روزی بهزیستی با دختران دانش‌آموز دبیرستان دانشگاه در شهر شیراز». مجله علوم پزشکی زاهدان، ش ۱۴(۲): ۶۰-۵۶.
- عسگری وزیری، علی و حسن زارعی متین (۱۳۹۰). «هوش معنوی و نقش آن در محیط کار با تأکید بر آموزه‌های دینی». اسلام و پژوهش‌های مدیریتی، ش ۱(۳): ۱۱۶-۹۱.
- علم، مهین؛ وحید یزدی فیض آبادی و کاظم نعمت‌الله‌زاده ماهانی (۱۳۹۲). «بررسی اختلالات روان‌شناختی دانش‌آموزان تیزهوش، عادی و بی‌سرپرست مقطع متوسطه شهر کرمان در سال ۱۳۸۹». مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ش ۱۲ (۷): ۵۸۲-۵۷۱.
- علی‌پور، احمد و مژگان آگاه هریس (۱۳۸۶). «اعتبار و روایی فهرست شادکامی آکسفورد در ایرانی‌ها». فصلنامه روان‌شناسان ایرانی، ش ۳ (۱۲): ۲۹۸-۲۸۷.
- عینی میرزاوند، مجتبی (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش هوش معنوی و ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی و امید به زندگی در بیماران HIV. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی. دانشگاه محقق اردبیلی.
- غباری بناب، باقر؛ محمد سلیمی، لیلا سلیمانی و ثنا نوری مقدم (۱۳۸۶). «هوش معنوی». اندیشه نوین دینی، ش ۳ (۱۰): ۱۴۷-۱۲۵.
- غفاری، غ. و ر. امیدی (۱۳۸۸). کیفیت زندگی: شاخص توسعه اجتماعی. تهران، شیرازه.
- غفرانی، فاطمه و همکاران (۱۳۹۰). «بررسی نقش هوش معنوی در کیفیت زندگی دانشجویان». اولین همایش ملی بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان، ۱۳ و ۱۴ اردیبهشت.

اثر بخشی هوش معنوی بر کیفیت زندگی و شادکامی دانشجویان ... ۵۵۵

- محمدی و مزیدی (۱۳۹۳). «نقش دینداری در پیش‌بینی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان دانشجویان». فرهنگ در دانشگاه اسلامی، ش ۴(۴): ۶۰۵-۶۲۰.
- منتظری، علی؛ آرزیتا گشتاسبی و مریم‌سادات وحدانی‌نیا (۱۳۸۴). «تعیین پایایی و روایی گونه فارسی پرسشنامه SF-۳۶» (ترجمه). پایش، ش ۵، ۴۹-۵۶.
- میلانی‌فر، بهروز (۱۳۸۲). بهداشت روانی. تهران: قومس، ج پنجم.
- Aeeni Mirzavand, M. (1392). **Spiritual Intelligence and Mindfulness Training on Psychological Well-being and Life Expectancy of Patients with HIV**. Master's Thesis in Psychology. University of Ardabil.
- Ahmad, A.; J. Qahar, A. Siddiq, A. Majeed, J. Rasheed, F. Jabar & et al. (2005). **“A 2-year Follow-Up of Orphans' Competence, Socioemotional Problems and Posttraumatic Stress Symptoms in Traditional Foster Care and Orphanages in Iraqi Kurdistan”**. *Child Care Health Dev*, 31 (2): 203-15.
- Alam, M.; V. Yazdi Faizabad & K. Nemantallahzade (2013). **“Psychological Disorders Gifted Students, Orphans Normal and High School in 2009”**. *Kerman University of Medical Sciences*, 12 (7): 571-582.
- Alipour, A. & M. Aghah Harris (2007). **“Reliability and Validity of the Oxford Happiness Index in Iran”**. *Iranian Psychology*, 3 (12): 287-298.
- Amram, Joseph Yosi (2005). **Intelligence beyond IQ: The Contribution Emotion and Spiritual Intelligences to Effective Business Leadership**. Institute of Transpersonal Psychology.
- Argyle, M. (2001). **The Psychology of Happiness**. London: Rutledge.
- Askari Vaziri, A. & H. Zarei Matin (1390). **“Spiritual Intelligence and its Role in the Workplace with an Emphasis on Religious Teachings”**. *Islam va Pazhuheshhaye Modiriyati*, 1 (3): 91-116.
- Bagheri, F.; F. Akbarizadeh & H.R. Hatami (2011). **“The Relationship between Spiritual Intelligence and Happiness on the Nurse Staffs of the Fatemeh Zahra Hospital and Bentolhoda Institute of Boushehr City”**. *Iranian South Medical Journal*, 14 (4): 256-263. [Persian]
- Ball, J.; L. Armistead & B. Austin (2003). **“The Relationship between Religiosity and Adjustment among African-American, Female, Urban Adolescents”**. *Journal of Adolescence*, 26(4): 431-446.
- Bridge, J.A.; T.R. Goldstein & D.A. Brent (2006). **“Adolescent Suicide and Suicidal Behavior”**. *J. Child Psychol Psychiatr*, 47: 372-94.
- Brill Hart, B. (2005). **“A Study of Spirituality and Life Satisfaction among Persons with Spinal Cord Injury”**. *Rehabil Nurs*, 30 (1): 31-34.
- Brookman, R.R. & A. A. Sood (2006). **“Disorders of Mood and Anxiety in Adolescents”**. *Adolesc Med Clin*, 17: 79-95.
- Canada, A., Parker, P., Moor, J., Basen-Engquis, K., Ramondetta, L, & Cohen, L. (2006). **Active coping mediates the association between religion/spirituality and quality of life in ovarian cancer**. *Gynecologic Oncology*, 101(1): 102-107.

- Car, A. (2004). **Positive Psychology, the Science of Happiness and Human Strengths**. New York: Brunner- Routledge Ltd, 3: 132-138.
- Chan, W. (2007). “**Emotional Intelligence and Components of Burnout among Chinese Secondary School Teachers in Hong Kong**”. *Teaching and Teacher Education*, 22(8): 10541042.
- Cuner-Kucukkaya, P. & I. Isik (2010). “**Predictors of Psychiatric Symptom Scores in a Sample of Turkish High School Students**”. *Nurs Health Sci*, 12 (4): 429-36.
- Delaware, A. (2001). **Theoretical and Practical Research in the Humanities and Social Sciences**. Tehran: Roshd, Fourth Edition.
- Eisenberg, N.; A. Cumberlan, T.L. Spinrad, R.A. Fabes, S.A. Shepard, M. Reiser, B.C. Murphy, S.H. Losoya & I.K. Guthrie (2009). “**The Relations of Regulation and Emotionality to Children's Externalizing and Internalizing Problem Behavior**”. *Child Development*, 72 (2): 11-34.
- Emami, H.; M. Ghazinour, H. Rezaeishiraz & J. Richter (2007). “**Mental Health of Adolescents in Tehran, Iran**”. *J. Adolescent Health*, 41: 571-6. [Farsi]
- 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.
- Eysenck, H.J. (1999). “**Dimensions of Personality: Criteria for Taxonomic Paradigm**”. *Journal of Personality and Individual Differences*, 12: 773-790.
- Ghaffari, GH. & R. Omidi (2009). **Quality of Life: Social Development Index**. Tehran, Press headband.
- Ghobari Bonab, B.; M. Salimi, L. Soliemani & S. Nouri Moghaddam (2007). “**Spiritual Intelligence**”. *Biker Religious*, Published by the Supreme Leader's Representative in Universities, 3 (10): 125-147.
- Ghobari Bonab, Bagher (2007). **Psychological Counseling and Therapy Approach to Spirituality**. Tehran. (First Edition) Published by the Arvan.
- Ghofrani, F. & et al. (1390). “**Spiritual Intelligence Study in the Quality of Student life**”. *The First National Conference on Mental Health of Students of Islamic Azad University*, Quchan, 13 and 14 Ordibehesht.
- Hagerty, M.R.; R.A Cummins, A.L. Ferriss, K. Land, A.C. Michalos, M. Peterson, A. Sharpe, J. Sirgy & J. Vogel (2001). “**Quality of Life Indexes for National Policy: Review and Agenda for Research**”. *Social Indicators Research*, 55 (1): 1-96.
- Hosseini, S.H.; S.E. Mousavi & H. Rezazadeh (2003). “**Assessment of Mental Health in Students of Junior High Schools in Sari City of IRAN**”. *Quarterly J Fundament Mental Health*, 6(19 & 20): 92-9. [Farsi]
- Jalilvand, M.A. (1999). “**The Relationship between Prayers with Anxiety**”. *Journal of Islamic University*, 2 (8): 39-56.
- Ke-Ping, Yang & Xin Juan Wu (2009) “**Spiritual Intelligence of Nurses in Two Chinese Social Systems: A Cross Sectional Comparison Study**”. *Journal of Nursing Research*, 17 (3): 189-198.

- Khosravi, Z. (2008). "The Effect of Prayer on Mental Disorders". *Journal of Islamic University*, 2 (8): 25-36.
- Koenig, H.G.; M.E. McCullough & D.B. Larson (2001). **Handbook of Religion and Health**. New York: Oxford University Press.
- Lewis, C.A.; J. Maltby & L. Day (2005). "Religious Orientation, Religious Coping and Happiness among UK Adults". *Personality and Individual Differences*, 38: 1193-1202.
- Liu, L. (2006). "Quality of Life as a Social Representation in China: A Qualitative Study". *Social Indicators Research*, 75: 217-240.
- Malkina-Pykh, I.G. & Y.Q.A. Pykh (2008). "Quality-of-Life Indicators at Different Scales: Theoretical Background". *Ecological Indicators*, 8: 854-862.
- Maselko, J. & L. Kubzansky (2006). "Gender Differences in Religious Practices, Spiritual Experiences and Health: Results from the US General Social Survey". *Social Science & Medicine*, 62: 2848-2860.
- Milanifar, B. (2003). **Mental Health**. Tehran: Ghomes, Fifth Edition.
- Mohammadi, A. & G. Mazidi (2014). "The Role of Religiosity in Predicting Students' Cognitive Emotion Regulation Strategies". *Culture at the Islamic University*, 4 (4): 605-620.
- Montazeri, A., Goshtasbi, A., Vahdaneea. M. S. (1384). Reliability and validity of Persian questionnaire 36-SF (translation). *Monitoring*, 5, 56-49.
- Mookerjee, R. & K. Beron (2005). "Gender, Religion and Happiness". *The Journal of Socio-Economics*, 34: 674-685.
- Musisi, S.; E. Kinyanda, N. Nakasujja & J. Nakigudde (2007). "A Comparison of the Behavioral and Emotional Disorders of Primary School-Going Orphans and Nonorphans in Uganda". *African Health Sci*, 7(4): 202-13.
- Pargament, K.I.; J. Kenddell, W. Hathaway, N. Grenvengoed, J. Newman & W. Jones (1988). "Religion and Problem-Solving Process: Three Styles of Coping". *Journal for the Scientaia Study of Religion*, 27: 90-104.
- Rew, L. & Y.J. Wong (2006). **A Systematic Review of Associations among Religiosity/Spirituality and Adolescent Health Attitudes and Behaviours**.
- Rostami, M. (2012). **Examine the Effects of Marital Satisfaction Bbased on the Quality of Life and Psychological Well-being Iincompatible Couples**. Master's Thesis. Ardabili Mohaghagh University.
- Sabzmakan, L.; S.M.M. Hzavyvy, K. Rabie, H. Jahani Hashemi & M. Mir Mohammad Sadeghi (2008). "The Effect of an Educational Intervention on the Pattern (PRECEDE) on Depression and Quality of Life in Patients with Coronary Artery Replacement Surgery". *Quarterly Monitoring*, 8 (1): 75-84.
- Seligman, M.E.P. & M. Csikszentmihalyi (2000). "Positive Psychology: An Introduction". *American Psychologist*, 55: 5-14.
- Seligman, M.E.P. (2002). "Positive Psychology: An Introduction". *Am Psychol*, 55: 5-14.

- Seybold, K.S. & P.C. Hill (2001). "The Role of Religion and Spirituality in Mental and Physical Health". *Current Directions in Psychological Science*, Vol. 10: 21-24.
- Shakerinia, I. (2001). "The Impact of Religious Beliefs on Mental Health". *Pedagogical Resource Monthly Magazine*, Issue 257: 374.
- Shakiba, M. & M. Ziaee (2011). "Compare Mental Health Centers Welfare Boarding School Students under the Supervision of a Girls High School Students in Shiraz University". *Journal of Medical Sciences*, 14 (2): 60-56.
- Sohrabi, F. (2008). "Principles of Spiritual Intelligence". *Journal of Mental Health*, in the First year, the First issue.
- Stephen, J.P., A. Linley, J. Harwood, C.A. Lewis & P. Mc Collam (2004). "Rapid Assessment of Well-being: The Short Depression-Happiness Scale (SDHS). *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77: 463-478.
- Veenhoven, R. (2005). "Advances in Understanding Happiness". *Revue Quebecoise de Psychologie*, 18: 29-74.
- Voaghan, F. (2003). "What is Spiritual Intelligence?". *Journal of Humanistic Psychology*, Vol. 42, N. 2.
- Wolff, P.H. & G. Fesseha (2005). "The Orphans of Eritrea: What are the Choices?". *Am J. Orthopsychiatr*, 75: 475-84.
- World Health Organization (2005). **Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans**. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Geneva, WHO.
- Yang, Ke-Ping & Xiu-Ying Maou (2007). "A Study of Nurses Spiritual Intelligence: A Cross-Sectional questionnaire survey". *International Journal of Nursing Studies*, 44: 999-1010.

