



Prediction mental health based on spiritual intelligence in students

Bagher Ghobari Bonab^{1*}, Ali Akbar Haddadi Kuhsar², Farzane Naghib³

1- University of Tehran, Faculty of Psychology & Education, Tehran, Iran.

2- Assistant Professor of Health Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.

3- M.A. Counseling, University of Tehran, Tehran, Iran.

Received: 14 May 2020

Accepted: 7 Jan 2022

Abstract

The aim of this study was to predict mental health based on spiritual intelligence among students at the University of Tehran. From the population of University of Tehran students, 131 individuals (43 men and 88 women) were selected using a correlational design and stratified quota sampling. The Spiritual Intelligence Self-Report Inventory (SISRI-24; King, 2008) and the Symptom Checklist-90 (SCL-90; Derogatis et al., 1973) were administered. Multiple regression analyses showed that students' mental health can be predicted from spiritual intelligence. Findings further indicated that students with higher spiritual intelligence had higher mental health, whereas students with lower spiritual intelligence had lower mental health ($\alpha < 0.01$ and $P < 0.05$).

Keywords: Spiritual Intelligence, Mental Health, Students

* Corresponding Author email: bghobari@ut.ac.ir



Extended Abstract

Introduction

A range of studies have documented links between spirituality and health (Contrada et al., 2004; Wang et al., 2008). For example, Wang et al. (2008) reported that spirituality enhances quality of life and mental health in older adults. Given that spirituality is one of the core components of spiritual intelligence, an association between spiritual intelligence and mental health would be expected. Moreover, theorists in psychology and spiritual intelligence have argued that spiritual intelligence is tightly connected with life success and individuals' health (Zohar & Marshall, 2000; Emmons, 2005). Additionally, Pinto et al. (2024) found that spiritual intelligence is positively correlated with resilience; general, mental, and spiritual health; desirable social behaviors; and communication strategies, while showing negative correlations with burnout, stress, depression, and anxiety. Consistent with these findings, Rajabi, Shojaei, Noruzi, and Nouri (2025) reported that increases in spiritual intelligence are associated with improvements in students' general health (depression, anxiety, somatic symptoms, and social dysfunction). In other studies, Irani, Shahidi, and Soleil Ziaee (2023), as well as Anwar and Rana (2023), showed that spiritual intelligence predicts psychological and subjective well-being. Furthermore, Soleymani Nejad et al. (2024) found that spiritual intelligence can predict somatic symptoms, anxiety and insomnia, social dysfunction, and severe depression, and can serve as a key determinant of mental health among university students.

Because much of the research on spirituality has been conducted within Christian contexts that differ culturally and religiously from Islamic Iran, the primary objective of the present study was to predict mental health based on spiritual intelligence in Iranian Muslim students.

Methodology

Design, population, and sample: This study used a correlational design. From the population of University of Tehran students, 131 participants were selected through stratified quota sampling. Participants were aged 18 to 25 years. The mean age for men was 21.6 years with a standard deviation of 2.6, and for women was 21.1 years with a standard deviation of 2.6.

Instruments: 1) Spiritual Intelligence Self-Report Inventory (SISRI-24): The SISRI-24 is a self-report measure with 24 items encompassing four dimensions: critical existential thinking, personal meaning production, transcendental awareness, and conscious state expansion. In a sample of 305 students, internal consistency (Cronbach's alpha) for each dimension and the total scale was reported as 0.78, 0.78, 0.87, 0.91, and 0.92, respectively (King, 2008). 2) Symptom Checklist-90 (SCL-90): The SCL-90 consists of 90 items and nine symptom dimensions: somatization, obsessive-compulsive symptoms, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation, and psychoticism. Respondents rate their distress on a five-point Likert scale from 0 (not at all) to 4

(extremely). Internal consistency for the dimensions ranges from 0.77 to 0.90, and one-week test-retest reliability coefficients range from 0.87 to 0.90 (Derogatis, Lipman, & Covi, 1973).

In addition to descriptive statistics, correlational analyses and multiple regression were conducted using SPSS 26 to identify predictors of mental health, somatic complaints, and psychoticism among students.

Result and Discussion

Results showed that: 1) The personal meaning production dimension of spiritual intelligence was significantly correlated with the Global Severity Index (GSI) of the SCL-90, as well as the somatization and psychoticism dimensions. In other words, higher personal meaning production was associated with higher mental health and lower somatization and psychoticism. 2) Spiritual intelligence had explanatory power for mental health and psychological disorder indices. Specifically, 9%, 6%, and 8% of the variance in the GSI, somatization, and psychoticism scores, respectively, were explained by spiritual intelligence (including personal meaning production, conscious state expansion, critical existential thinking, and overall spiritual intelligence). Put differently, students with higher spiritual intelligence exhibited higher mental health and lower somatic and psychotic symptoms. Both study hypotheses were therefore supported.

Conclusion

The present study found that spiritual intelligence particularly personal meaning production was significantly associated with the SCL-90 Global Severity Index and the somatization and psychoticism dimensions. That is, as students' personal meaning production increases, mental health rises, while somatic complaints and psychotic symptoms decrease. Moreover, the analyses indicated that spiritual intelligence can explain and predict mental health. Specifically, the GSI can be predicted from personal meaning production and conscious state expansion; somatization from personal meaning production and overall spiritual intelligence; and psychoticism from personal meaning production and critical existential thinking.

These findings align with previous research (Azizah Hakim & Sari, 2025; Pinto et al., 2024; Irani, Shahidi, & Soleil Ziaee, 2023; Anwar & Rana, 2023; Al-Shoubaki, 2024; Soleymani Nejad et al., 2024; Rajabi, Shojaei, Noruzi, & Nouri, 2025). Individuals with spiritual thinking more clearly identify their core values and reflect on the meaning of their lives, thereby orienting their life direction. Through engagement with authentic spiritual resources, they gain self-knowledge and knowledge of God, using spiritual intelligence to adapt to environmental demands processes that theoretically support mental health (Zohar & Marshall, 2000). Spiritual intelligence, like emotional intelligence, facilitates human adaptation to the environment, and such adaptation is expected to promote health. It follows that

individuals high in spiritual intelligence tend to show greater adjustment. The literature also underscores the association between spiritual constructs and mental health (Contrada et al., 2004; Wang, Chan, Ng, & Ho, 2008).

These converging findings suggest that spiritual intelligence is related to mental health. A plausible explanation is that individuals high in spiritual intelligence leverage spiritual coping resources (e.g., trust in God and surrender) more effectively to enhance their adjustment. They also draw optimally on spiritual resources to address many interpersonal and intrapersonal problems. For instance, those high in spiritual intelligence understand that forgiveness can alleviate interpersonal suffering such as hostility and resentment, and they use forgiveness as a problem-solving approach in interpersonal conflict. Such practices contribute to improved mental health.

It should be noted that this study was conducted with university students. Caution is therefore warranted when generalizing the findings to other populations.

Author Contributions

All authors have participated in the design, implementation and writing of all sections of the present study.

Conflict of Interest

The authors declare no conflicts of interest regarding this article.

Ethical considerations

All ethical principles are considered in this article. Participants were in the process of research. All participants' information was kept confidential.

Acknowledgment and Funding

We are grateful to all the students who participated in this study. This study did not have a financial sponsor.

Publisher: Islamic Azad University Isfahan (Khorasgan) Branch



پیش‌بینی سلامت روانی بر اساس هوش معنوی در دانشجویان

باقر غباری بناب^{1*}، علی اکبر حدادی کوهسار²، فرزانه نقیب³

1- استاد دانشگاه تهران، تهران، ایران

2- استادیار روان‌شناسی سلامت دانشگاه تهران، تهران، ایران

3- کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه تهران، تهران، ایران

پذیرش: 1400/10/17

دریافت: 1399/02/25

چکیده

هدف از پژوهش پیش‌بینی سلامت روانی بر اساس هوش معنوی در دانشجویان دانشگاه تهران بود. بدین منظور از جامعه دانشجویان دانشگاه تهران تعداد 131 نفر (43 مرد و 88 زن) از روش همبستگی و به شیوه نمونه‌گیری طبقه‌ای سهمی انتخاب شدند. پرسشنامه‌های سیاهه هوش معنوی (King, 2008) و چک لیست نشانگان رفتاری (Derogatis et al., 1973) بر روی آنها اجرا شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که سلامت روانی دانشجویان را می‌توان از روی هوش معنوی پیش‌بینی کرد. همچنین نتایج پژوهش نشان داد، دانشجویانی که هوش معنوی بالاتری داشتند، از سلامت روانی بالاتر و دانشجویانی که هوش معنوی کمتری داشتند، از سلامت روانی کمتری برخوردار بودند ($P < 0/01$ و $P < 0/05$).

واژگان کلیدی: هوش معنوی، سلامت روانی، دانشجویان



مقدمه

هوش معنوی (Spiritual Intelligence) از آنجایی که جزء هوش محسوب می‌شود، به فرد کمک می‌کند تا از منابع معنوی خود به نحو بهینه در توانمندی، سازگاری، شناسایی و حل مشکلات استفاده کند. افرادی که در درک معنای وجودی دچار ناکامی می‌شوند به سوی افسردگی، غمگینی، پوچی و سایر بیماری‌های روانی سوق داده می‌شوند. هوش معنوی با کمک به فهم معنای وجودی به معنایابی کمک می‌کند و همین معنایابی در زندگی منجر به سلامت روانی و معنوی افراد می‌شود (Frankl, 1969). از نظر Yalom (1980) اضطراب وجودی یکی از اساسی‌ترین انواع اضطراب است که نسل فعلی با آن درگیر می‌باشد. افراد با هوش معنوی بالاتر از روش‌های مقابله‌ای کارآمد معنوی می‌توانند با استرس‌ها و فشارهای روانی به نحو موثری مقابله نمایند (Pargament, 1997).

James (2002) در حدود یک قرن پیش به کارکردهای مذهب، معنویت و احساس تجربیات مذهبی اشاره کرد. Jung (1964/1973) نیز فرایند کمال، خودشکوفایی و تحول را در راستای انسجام و شکوفایی بعد معنوی انسان‌ها دانست. تحقیقاتی که در دو دهه اخیر در این راستا صورت گرفته است، امیدواری و تحسین علاقه‌مندان به حوزه‌های معنویت را برانگیخته و آنان را برای استفاده از مفاهیم معنوی برای ارتقای سلامت روان واداشته است. تعدادی از متفکران معتقدند که اقبال اخیر روانشناسان و مشاوران مطالعه حیطه‌های معنوی انسان‌ها در اثر داده‌های فراوانی است که نشان می‌دهند سلامت جسمی و روانی تابعی از متغیرهای معنوی از جمله اسنادها، مقابله‌ها و هوش معنوی افراد می‌باشد (Emmons, 2000^a).

Hill & Hood (1999) معتقدند که ارتباط بین مذهب و معنویت با سلامت روان پیچیده است. در پژوهش‌ها اثرات مثبت و منفی مذهب و معنویت بر سلامت روان نشان داده شده است. زمانی که افراد با شرایط استرس‌زا مواجه می‌شوند، معنویت به عنوان یک منبع مفید در نگهداری و حفظ سلامت افراد مهم است (Fabricatore, Handal & Fenzel, 2000). علاوه بر این افراد با تفکر معنوی، ارزش‌های اصیل خود را بهتر شناخته و در مورد معنای زندگی خود تدبیر می‌نمایند تا به زندگی خود جهت دهند و با منابع اصیل معنوی خود معرفت حاصل کرده و از هوش معنوی خود در راستای شناخت خود و خدا و انطباق بهینه با درخواست‌های محیطی استفاده کنند (Zohar & Marshall, 2000). هوش معنوی به افراد در جهت توانایی سازگاری و شناسایی عوامل آسیب‌رسانی به بعد معنوی کمک می‌کند. افراد با هوش معنوی بالا آنچه را که انبیاء از طریق وحی و الهام کشف کرده‌اند، بهتر درک می‌کنند و این درک عمیق و معرفت باطنی باعث سازگاری بهتر در زندگی و حفظ سلامت معنوی و روانی فرد می‌گردد (Hosseini, Elias, 2010). (Eric Krauss & Aishah, 2010).

پژوهش‌های مختلفی ارتباط بین معنویت و سلامت را نشان داده‌اند (Wang et al., Contrada et al., 2004). Wang et al., (2008). (2008). در پژوهشی نشان دادند که معنویت، کیفیت زندگی و سلامت روانی سالمندان را ارتقاء می‌بخشد. با توجه به اینکه یکی از مولفه اصلی هوش معنوی، معنویت است، انتظار می‌رود که بین هوش معنوی و سلامت روانی ارتباط وجود داشته باشد. علاوه بر این نظریه پردازان حوزه روان‌شناسی و هوش معنوی بیان کرده‌اند که بین هوش معنوی، موفقیت در زندگی و سلامت افراد ارتباط تنگاتنگی وجود دارد (Zohar & Emmons, 2000^a).

(Marshall, 2005). افزون بر این نتایج پژوهش (Pinto et al., 2024) نشان داد که هوش معنوی، همبستگی مثبتی را با تاب‌آوری، سلامت عمومی، روانی و معنوی، رفتارهای اجتماعی مطلوب و راهبردهای ارتباطی و همبستگی منفی را با فرسودگی شغلی، استرس، افسردگی و اضطراب دارد. علاوه بر این یافته‌های پژوهش (Rajabi., Shojaei., Noruzi., 2025) & Nouri نشان داد که با افزایش هوش معنوی، سلامت عمومی (افسردگی، اضطراب، نشانه‌های جسمانی، اختلال عملکرد اجتماعی) دانشجویان افزایش می‌یابد. همچنین نتایج پژوهش (Irani., Shahidi, & Soleil Ziaee, 2024) and Anwar & Rana (2023) نشان داد که هوش معنوی پیش‌بینی‌کننده بهزیستی روانی و روان‌شناختی می‌باشد. افزون بر این هوش معنوی می‌تواند علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی شدید را پیش‌بینی کند و به عنوان یک عامل مهم تعیین‌کننده برای سلامت روان دانشجویان باشد (Soleymani, 2024).

ابعاد مختلفی در مذهب و معنویت وجود دارد که با سلامت و بیماری در ارتباط می‌باشند. (Kendler et al., 2003) کشف کردند که ابعادی از مذهب از جمله بعد اجتماعی مذهب مانند قدردانی از زحمات دیگران، شکرگزاری و دست کشیدن از انتقام و کینه توزی از اختلالات روانی جلوگیری می‌کند و فرد را از رنج‌ها و کینه‌توزی‌ها آزاد می‌کند. پژوهشگران همچنین کشف کرده‌اند که افراد با دینداری درون‌سو از بهزیستی بالاتر و روش‌های مقابله‌ای موثرتر برخوردارند (Ventis, 1995). همچنین مذهبی بودن جستجوگرانه و داشتن ذهن باز نسبت به پذیرش حقایق با هم ارتباط دارند (Batson et al., 1993).

پژوهش‌های تجربی و دانش بالینی نشان‌دهنده تأثیر مثبت معنویت و مذهب در سلامت روانی و زندگی بوده است (Wang et al., 2008; Levin, & Chatters, 1998., Haddadi Kuhsar et al., 2018). این بعد مثبت معنویت تنها در کاهش اختلالات روانی خود را نشان نداده است، بلکه تأثیر معنویت در شادکامی، رضایت از زندگی، داشتن عمر طولانی و کسب درآمد بالا نیز نشان داده شده است (Ferriss, 2002; Argyle, 1999). علاوه بر این پژوهش‌ها نشان می‌دهند که معنویت علاوه بر کاهش افسردگی و استرس، از طریق میانجیگری تاب‌آوری و مقابله‌های معنوی نیز اثر غیر قابل انکاری دارد. به نظر می‌رسد که معنویت یک عامل بازدارنده قوی در مقابل افسردگی و اقدام به خودکشی در افراد بزرگسال و نوجوانان می‌باشد (Regnerus, Smith & Fritsch, 2003).

بسیاری از پژوهش‌ها تأثیر هوش معنوی را در پیش‌بینی سلامت روانی افراد نشان داده‌اند (Shabani et al., 2010, 2025; Pinto et al., 2024; Irani., 2011; Ebrahimi et al., 2012; Moalemi et al., 2010; Azizah Hakim & Sari, 2025; Shahidi, & Soleil Ziaee., 2023; Anwar and Rana, 2023; Al-Shoubaki, 2024; Soleymani Nejad et al., 2024; Rajabi., Shojaei., Noruzi., & Nouri; 2025). علاوه بر این هوش معنوی مثل هوش هیجانی در سازگاری انسان با محیط موثر است و سازگاری با محیط به سلامتی انسان از لحاظ تئوریک کمک می‌کند. انتظار می‌رود، افرادی که هوش معنوی بالایی دارند از میزان سلامت روانی و سازش یافتگی بالایی برخوردار باشند. در هر حال پژوهش‌های تجربی در این زمینه بسیار کم می‌باشد، و از بین پژوهش‌های انجام شده اکثرشان از روایی و دقت لازم برخوردار نیستند. برای مثال (Shabani et al., 2011) آزمون هوش معنوی (Amram & Dryer

(2008) را مورد استفاده قرار داده اند که روایی سازه آن مورد سوال است. این آزمون بیشتر معنویت را اندازه گیری می‌کند نه هوش معنوی را بسنجد. با توجه به کمبود پژوهش‌ها در این زمینه و سوال برانگیز بودن ابزارهای مورد استفاده، پژوهشگران حاضر ارتباط بین هوش معنوی و سلامت روانی را با آزمون هوش معنوی (King (2008 که یکی از دقیق ترین سیاهه‌ها در زمینه هوش معنوی است، در دانشجویان مورد بررسی قرار دادند.

نظر به اینکه پژوهش‌های انجام شده در حیطه معنویت در بافت مذهب مسیحی انجام شده است که با فرهنگ اسلامی ایران متفاوت است، لذا هدف اصلی پژوهش پیش بینی سلامت روانی بر اساس هوش معنوی در دانشجویان مسلمان ایرانی بود. بدین ترتیب، این پژوهش یکی از اولین پژوهش‌ها در قلمرو رابطه هوش معنوی و سلامت روانی در پیشینه پژوهشی داخل کشور به شمار می‌آید. فرضیه‌های پژوهش نیز به این شرح بود:

- 1- ابعاد هوش معنوی، نمره کلی سلامت روانی دانشجویان را پیش بینی می‌کند.
- 2- ابعاد هوش معنوی، ابعاد سلامت روانی (شکایت جسمانی و روانپزشکی) دانشجویان را پیش بینی می‌کند.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه؛ این پژوهش از نوع همبستگی بود. از جامعه دانشجویان دانشگاه تهران تعداد 131 نفر (43 مرد و 88 زن) به شیوه نمونه‌گیری طبقه‌ای سهمی از دانشکده‌های مختلف انتخاب شدند. دامنه سنی آنها بین 18 تا 25 سال بود. میانگین سنی برای پسران 21/6 با انحراف استاندارد 2/6 سال و میانگین سنی برای دختران 21/1 با انحراف استاندارد 2/6 سال بود.

ابزارهای سنجش

سیاهه هوش معنوی (Spiritual Intelligence Inventory): سیاهه خود گزارشی هوش معنوی شامل 24 ماده و 4 عامل (1) تفکر وجودی انتقادی (Critical Existential Thinking) (2) تولید معنای فردی (Personal Meaning) (3) هشیاری فرارونده (Transcendental Awareness) و (4) بسط تجربه آگاهانه (Conscious State Expansion) می‌باشد. همسانی درونی این سیاهه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در یک نمونه 305 نفری از دانشجویان برای هر یک از عامل‌های فوق و کل سیاهه به ترتیب 0/78، 0/78، 0/87، 0/91 و 0/92 گزارش شده است (King, 2008). در پژوهش Hamidi & Sedaghat (2012) اعتبار و پایایی سیاهه هوش معنوی به روش تنصیف و آلفای کرونباخ به ترتیب 0/79 و 0/87 گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از عامل‌های فوق و کل سیاهه به ترتیب 0/79، 0/76، 0/89، 0/65 و 0/92 می‌باشد. دو نمونه سؤال این سیاهه به این شرح است: 1- در مورد اینکه قدرت یا نیروی برتری (خدا، وجود قدسی، انرژی برتر و...) وجود دارد، به تامل پرداخته‌ام. 2- اغلب در مورد رابطه‌ی بین وجود انسانی و بقیه‌ی جهان هستی به تامل می‌پردازم.

چک لیست نشانگان رفتاری (Symptom Check List 90R): این چک لیست شامل 90 ماده و 9 بعد اختلالی (شکایت جسمانی، وسواس - بی اختیاری، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس

مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی) است که آزمودنی در یک مقیاس 5 درجه‌ای لیکرتی از 0 تا 4 میزان ناراحتی خود را (از هیچ تا خیلی زیاد) گزارش می‌دهد. ضریب همسانی درونی سؤالات برای عوامل فوق بین 0/77 تا 0/90 بوده است. و پایایی مجدد آزمون به فاصله یک هفته ضرایب بین 0/87 تا 0/90 را نشان داده است (Derogatis, Lipman & Covi, 1973). Derogatis, Rickels & Roch (1976) همبستگی **فهرست نشانه‌های مرضی و فهرست نشانه‌های سلامت عمومی** و آزمون چندوجهی مینه سوتا (ام‌ام‌پی‌آی) را مورد بررسی قرار داده‌اند و نتیجه گرفتند که بین این مقیاس‌ها همبستگی بالای 0/75 گزارش شده است. Schmitz, Kruse, Heckrath, Alberti & Tress (1999) از بررسی مطالعات مختلف در مورد **روایی فهرست نشانه‌های مرضی** به این نتیجه رسیده است که این آزمون می‌تواند افراد با سطوح مختلف بیماری روانی و افراد عادی را از هم جدا کند. در کل داده‌ها نشان می‌دهند که این آزمون پایایی و روایی لازم را دارد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ **چک لیست نشانگان رفتاری** 0/97 می‌باشد. دو نمونه سؤال این سیاهه به این شرح است: 1- احساس درد در ناحیه قلب یا قفسه سینه 2- اعتقاد به اینکه در ذهن و روان شما مشکل یا کمبودی وجود دارد.

روش اجرا و تحلیل

در این پژوهش، برای جمع‌آوری داده‌ها از سیاهه هوش معنوی و ابعاد شکایت جسمانی، روان‌پریشی و نمره کلی چک لیست نشانگان رفتاری استفاده شده است. پس از آماده‌سازی پرسشنامه‌ها و آموزش دستیاران پژوهشی با قرار قبلی به دانشکده‌ها رفتند و با کمک منشی گروه با اساتید مربوطه مدتی از وقت کلاس را برای پاسخدهی به سؤالات پرسشنامه‌ها اختصاص دادند. بر طبق مطالعات اولیه پژوهشگران نیاز داشتند که در حدود 20-25 دقیقه را برای پاسخگران اختصاص دهند هر چند که جواب‌دهی به سؤالات محدود به زمان نبود ولی به اساتید گفته می‌شد که نیاز است حدود 25 دقیقه از آخر و یا اول کلاس را در اختیار دستیاران پژوهشی بگذارند که پرسشنامه‌ها را پر کنند. در کل 131 پرسشنامه جمع‌آوری شده برای تحلیل نهایی مورد استفاده قرار گرفت.

برای تحلیل داده‌ها علاوه بر داده‌های توصیفی از همبستگی و تحلیل رگرسیون چندگانه با استفاده از نرم افزار SPSS 26 استفاده شد تا متغیرهای پیش‌بینی‌کننده سلامت روانی، شکایت جسمانی و روان‌پریشی در دانشجویان مورد شناسایی قرار گیرد.

یافته‌ها

میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی متقابل متغیرهای پژوهش در جدول زیر منعکس شده‌اند.

جدول 1. میانگین، انحراف معیار و ماتریس همبستگی نشانگان رفتاری با ابعاد هوش معنوی در دانشجویان

متغیرها	M	SD	1	2	3	4	5	6	7
چک	66/77	50/29							
نمره									
لیست									
کلی-									
GSI									
نشانگان									
شکایت	7/58	7/93	0/70**	-					
رفتاری									
جسمانی									
روان	6/13	6/34	0/85**	0/57**	-				
پریشی									
تفکر	18/47	4/78	-0/09	-0/08	0/02	-			
وجودی									
انتقادی									
هوش									
تولید	12/87	3/53	-0/22*	-0/21*	-0/14*	0/63**	-		
معنوی									
معنای									
فردی									
هشیاری	18/38	4/46	-0/09	0/03	-0/06	0/61**	0/61**	-	
فرارونده									
بسط	11/40	3/61	0/03	-0/02	0/04	0/61**	0/60**	0/59**	-
تجربه									
آگاهانه									
نمره	61/03	13/79	-0/11	-0/10	-0/05	0/86**	0/83**	0/85**	0/82**
کلی									
هوش									
معنوی									

*($P < 0/01$), **($P < 0/05$)

نتایج جدول 1 نشان می‌دهد که بعد تولید معنای فردی در هوش معنوی با نمره کلی نشانگان رفتاری (GSI) و ابعاد شکایت جسمانی و روانپریشی همبستگی معناداری دارد. یعنی هر چه هوش معنوی دانشجویان (بعد تولید معنای فردی) بیشتر باشد، دانشجویان از سلامت روانی بالاتر و شکایت جسمانی و روانپریشی کمتری برخوردار می‌باشند.

جدول 2. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه برای پیش بینی نشانگان رفتاری بر اساس ابعاد هوش معنوی در دانشجویان

P	t	Beta	SEB	B	P	F	R ²	R	متغیرها	
									پیش بین	ملاک
0/001	-3/47	-0/36	1/50	-5/19	0/003	6/07	0/09	0/29	تولید معنای	نمره کلی چک
0/021	2/34	0/25	1/47	3/42					فردی	لیست نشانگان
									بسط تجربه	رفتاری (GSI)
									آگاهانه	
0/003	-3/05	-0/41	0/31	-0/96	0/001	4/74	0/06	0/24	تولید معنای	شکایت جسمانی
0/024	2/29	0/31	0/08	0/19					فردی	
									هوش معنوی	
									کلی	
0/001	-3/67	-0/35	0/18	-/68	0/002	6/72	0/08	0/28	تولید معنای	روانپرسی
0/025	2/26	0/22	0/14	0/31					فردی	
									تفکر وجودی	
									انتقادی	

نتایج جدول 2 نشان می دهد که هوش معنوی قدرت تبیین کنندگی سلامت و یا بیماری روانی را دارا می باشد. و به ترتیب 9، 6 و 8 درصد واریانس تغییرات در نمره کلی نشانگان رفتاری، شکایت جسمانی و روانپرسی بر اساس هوش معنوی (ابعاد تولید معنای فردی، بسط تجربه آگاهانه، تفکر انتقادی و هوش معنوی کلی) قابل تبیین هستند. به بیان دیگر دانشجویانی که از هوش معنوی بیشتری برخوردار بودند، از میزان سلامت روانی بالاتر و شکایت جسمانی و روانپرسی کمتری برخوردار بودند. بنابراین هر دو فرضیه پژوهش تایید شده است.

بحث

پژوهش حاضر نشان داد که هوش معنوی (بعد تولید معنای فردی) با نمره کلی نشانگان رفتاری (GSI) و ابعاد شکایت جسمانی و روانپرسی همبستگی معناداری دارد. یعنی هرچه هوش معنوی دانشجویان (بعد تولید معنای فردی) بیشتر باشد، دانشجویان از سلامت روان بالاتر و شکایت جسمانی و روانپرسی کمتری برخوردار می باشند. افزون بر این تحلیل داده ها نشان داد که هوش معنوی، قدرت تبیین کنندگی و پیش بینی سلامت روانی را دارا می باشد. به عبارت دیگر شاخص کلی نشانگان رفتاری را می توان از روی تولید معنای فردی و بسط تجربه آگاهانه، میزان شکایت جسمانی را از روی تولید معنای فردی و هوش معنوی کلی، و میزان روان پرسی را از روی تولید معنای فردی و تفکر وجودی انتقادی دانشجویان پیش بینی کرد.

نتایج پژوهش با یافته های پژوهشگران قبلی که تاثیر معنویت و هوش معنوی را در سلامت روانی مورد مطالعه قرار داده اند هماهنگ است (Shabani et al., 2010, 2011; Ebrahimi et al., 2012; Moalemi et al., 2010; Azizah, 2025; Pinto et al., 2024; Irani., Shahidi, & Soleil Ziaee., 2023; Anwar and Rana, 2023; Hakim & Sari,

افراد با (Al-Shoubaki, 2024; Soleymani Nejad et al., 2024; Rajabi., Shojaei., Noruzi., & Nouri; 2025) تفکر معنوی ارزش‌های اصیل خود را بهتر شناخته و در مورد معنای زندگی خود تدبیر می‌نمایند تا به زندگی خود جهت دهند و با منابع اصیل معنوی خود معرفت حاصل کرده و از هوش معنوی خود در راستای شناخت خود و خدا و انطباق با تقاضای محیطی استفاده کنند از این روست که سلامت روانی آنان افزایش پیدا می‌کند (Zohar & Marshall, 2000). علاوه بر این هوش معنوی مثل هوش هیجانی در سازگاری انسان با محیط موثر است و سازگاری با محیط به سلامتی انسان از لحاظ تئوریک کمک می‌کند. انتظار می‌رود، افرادی که هوش معنوی بالایی دارند از میزان سازش یافتگی بالایی برخوردار باشند. افزون بر این پژوهش‌ها ارتباط سازه‌ها و متغیرهای معنوی و سلامت روان را مورد تاکید قرار داده‌اند (Contrada et al., 2004; Wang, Chan, Ng & Ho, 2008).

Wang, Chan, Ng & Ho (2008) نشان دادند که معنویت، کیفیت زندگی و سلامت روانی سالمندان را ارتقا می‌بخشد با توجه به اینکه یکی از مولفه‌های اصلی هوش معنوی، معنویت است. انتظار می‌رود که به تبع ارتباط معنویت با سلامت روانی، بین هوش معنوی و سلامت روانی نیز ارتباط وجود داشته باشد. (Levin & Chatters (1998) نیز نشان داده‌اند که معنویت و مذهب در سلامت روانی و رضایت از زندگی تاثیر مثبت داشته است. تاثیر معنویت نه تنها در کاهش اختلالات روانی خود را نشان داده است، بلکه تاثیر معنویت در افزایش شادکامی، رضایت از زندگی، داشتن عمر طولانی و کسب درآمد بالا نیز خود را نشان داده است (Ferriss, 2002., Ghobary Bonab, Haddadi (Kuhsar, Rashidi, Javadi, 2012). احساس نزدیکی خداوند، درک حضور خدا که در افرادی با هوش معنوی بالا بیشتر است در شادکامی آنان تاثیر می‌گذارد و اضطراب، افسردگی و روانپریشی را در آنان کاهش می‌دهد (Argyle, 1999., Haddadi Kuhsar & Ghobari Bonab, 2012).

این پژوهش‌ها هماهنگ با یافته‌های پژوهش فعلی است که نشان می‌دهد هوش معنوی با سلامت روانی می‌تواند ارتباط داشته باشد. دلیل ارتباط هوش معنوی با سلامت روانی را می‌توان در قدرت سازگاری افراد با هوش معنوی بالا دانست. افرادی با هوش معنوی بالا برای سازگاری خود با محیط از منابع معنوی خود از قبیل مقابله‌ها (مثل توکل و تفویض) بهتر و موثرتر استفاده می‌کنند تا بتوانند سازگاری خود را بالا ببرند. همچنین این گونه افراد برای حل بسیاری از مشکلات بین فردی و درون فردی از منابع موجود معنوی خود به نحو بهینه استفاده می‌کنند. مثلاً افراد با هوش معنوی بالا می‌دانند که برای رهایی از رنج‌های بین فردی مثل خصومت و تنفر لازم است که از بخشش استفاده کنند. علاوه بر این، چنین افرادی برای حل تعارضات بین فردی خود نیز از بخشش به عنوان یک روش حل مساله استفاده می‌کنند. استفاده از این روش‌ها سلامت روانی آنان را افزایش می‌دهد.

پژوهش حاضر بر روی دانشجویان اجرا شده است و محدودیت‌های مشخصی دارد که کاربرد داده‌های آن منحصر به جامعه و ابزار به کار گرفته شده می‌باشد. لذا برای تعمیم دادن یافته‌های این پژوهش به گروه‌های دیگر لازم است احتیاط شود. علاوه بر این داده‌های پژوهش حاضر با ابزار خودگزارشی هوش معنوی جمع‌آوری شده است. در صورتی که داده‌ها را از طریق مشاهده افراد در موقعیت‌های مختلف جمع‌آوری کنیم احتمال دارد که داده‌های بدست آمده متفاوت از داده‌های پژوهش فعلی باشند. با تمام محسناتی که استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی

برای جمع آوری داده ها دارد در بافت محدودیت های مشخص خود نیز تعبیر و تفسیر می شود. به پژوهشگران آتی پیشنهاد می شود که از روش های دیگری برای سنجش حل مساله معنوی در قالب یک داستان و یا مورد پژوهی با دانشجویان که از آنان درخواست می شود که بهترین راه حل معنوی را برای آن پیدا کنند و یا از بین راه حل های معنوی یکی را که از همه آنها بهتر است انتخاب کنند. در هر صورت شیوه اندازه گیری سازه و نحوه بدست آوردن داده ها و کشف ارتباط آنها با متغیرهای دیگر بسیار موثر است.

تعارض منافع:

بر اساس اذعان نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

سپاسگزاری:

از کلیه دانشجویان شرکت کننده در این پژوهش تشکر می کنیم.

منابع

- Al-Shoubaki, N. H. (2024). Effectiveness of educational training courses aimed at developing spiritual intelligence and reducing anxiety and depressive disorders among students. *Perspectives of Science and Education*, 69 (3), 532–545. doi: 10.32744/pse.2024.3.32
- Amram, Y., & Dryer, C. (2008). *The Integrated Spiritual Intelligence Scale (ISIS): Development and preliminary validation*. Paper presented at the American Psychological Association Paper presented at the 116th Annual, Retrieved January 25, 2010, from <http://www.Yosiamram.Net/papers>.
- Anwar, S., & Rana, H. (2024). Spiritual intelligence and psychological wellbeing of Pakistani University students. *Current Psychology*, 43(6), 5388-5395.
- Argyle, M. (1999). *Causes and correlates of happiness*. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 353–373). New York: Russell Sage Foundation.
- Azizah Hakim, L & Sari, R (2025). Mental Well-being Based on Grit and Spiritual Intelligence. *Journal of Psychology and Instruction*. 9, 2, 136-143. doi.org/10.23887/jpai.v9i2.93725
- Batson, C. D., Schoenrade, P., & Ventis, W. L. (1993). *Religion and the individual: A social psychological perspective*. London: Oxford University Press.
- Contrada, R. J., Idler, E. L., Goyal, T. M., Cather, C., Rafelson, L., & Krause, T. J. (2004). Psychosocial factors in outcomes of heart surgery—the impact of religious involvement and depressive symptoms. *Journal of Health Psychology*, 23(3), 227–38.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, C. (1973). SCL90R: An outpatient psychiatric rating scale—preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-27.
- Derogatis LR, Rickels K, Roch AF. (1976). The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self - report scale. *Br J Psychiatry*. 129: 280-289.
- Ebrahimi, A., Keykhosrovan, M., Dehghani, M & Javdan, M (2012). Investigating the Relationship between Resiliency, Spiritual Intelligence and Mental Health of a group of undergraduate Students. *Life Science Journal*. 9(1), 67-70.
- Emmons, R. A. (2000). Is spirituality an intelligence? Motivation, cognition, and the psychology of ultimate concern. *International Journal for the Psychology of Religion*, 10(1), 3–26. https://doi.org/10.1207/S15327582IJPR1001_2
- Fabricatore, A. N., Handal, P. J., & Fenzel, L. M. (2000). Personal spirituality as a moderator of the relationship between stressors and subjective well-being. *Journal of Psychology & Theology*, 28, 221–228.

- Ferriss, A. L. (2002). Religion and the quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 3, 199–215.
- Frankl, V. E. (1969). *The will to meaning*. New York: New American Library.
- Ghobary Bonab, B., Haddadi Kuhsar, A. A., Rashidi, A., Javadi, S. (2012). Relationship among Image of God and Attachment to God with Mental Health in Parents of Exceptional Children. *JOEC*; 12 (3) :5-14. URL: <http://joec.ir/article-1-162-fa.html>
- Haddadi Kohsar, A. A., & Ghobari Bonab, B. (2012). The relationship between “an individual’s perception of God” and “psychosis”. *Studies in Islam and Psychology*, 6 (11), 59-74. SID. <https://sid.ir/paper/472689/fa>
- Haddadi Kuhsar, A. A., Moradi, A., Ghobari Bonab, B. and Imani, F. (2018). Comparing the Effectiveness of Spiritual Therapy Based on Iranian Culture with Mindfulness Based on Reduction Stress (MBSR) in Reducing Depression, Anxiety and Stress in Patients with Chronic Pain. *Clinical Psychology Studies*, 9 (31), 1-30.
- Hamidi & Sedaghat (2012). A comparative study of spiritual intelligence of secondary school students based on gender and educational background. *Women in Culture and Art*, 4, 4, 87-75 .(In Persian).
- Hill, P. C., & Hood, R. W. (1999). *Measures of religious behavior*. Birmingham, AL: Religious Education Press.
- Hosseini, M, Elias, H Eric Krauss, S & Aishah, S.(2010). The Effect of SI-G Training on Increase SQ among Iranian Student in Malaysia. *International. Journal of Psychological Studies*. 2, (2) 90-104.
- Irani, M., Shahidi, M. & Soleil Ziaee, S. (2023): Spiritual intelligence and depression: The mediating role of the ambiguity tolerance, *Journal of Spirituality in Mental Health*, DOI: 10.1080/19349637.2023.2279783
- James, W. (2002). *The varieties of religious experience: A study in human nature*. New York: Random House. (Original work published 1902).
- Jung, C. G. (1964). *Man and his symbols*. New York: Laurel.
- Jung, C.G. (1973). *Synchronicity: A causal connecting principle*. Princeton, NJ: Princeton University Press. (Original work published 1960)
- Kendler, K. S., Liu, X., Gardner, C. O., McCullough, M. E., Larson, D., & Prescott, C. A. (2003). Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 160(3), 496–503.
- King, D. B. (2008). *Rethinking claims of spiritual intelligence: A definition, model, and measure*. Unpublished Master’s Thesis, Trent University, Peterborough, Ontario, Canada.
- Levin, J. S., & Chatters, L. M. (1998). *Research on religion and mental health: An overview of empirical findings and theoretical issues*. In H. G. Koenig (Ed.), *Handbook of religion and mental health* (pp. 70–84). San Diego, CA: Academic Press.
- Moalemi, Raqibi & Salari-Dargi, (2010). Comparison of spiritual intelligence and mental health in addicted and non-addicted individuals. *Scientific Research Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd* (Special Issue of the Conference on Risky Behaviors) 18, 3, 235-242. (In Persian).
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford Press.
- Pinto, C. T., Guedes, L., Pinto, S., & Nunes, R. (2024). Spiritual intelligence: a scoping review on the gateway to mental health. *Glob Health Action*. 2024 Dec 31;17(1):2362310. doi: 10.1080/16549716.2024.2362310.
- Rajabi, S., Shojaei, F., Noruzi, Z., & Nouri, M (2025). Studying the Relationship between Spiritual Intelligence and General Health in Undergraduate Students of Zanjan University of Medical Sciences. 20 (4) :73-83 URL: <http://ijnr.ir/article-1-2951-fa.html>
- Regnerus, M., Smith, C., & Fritsch, M. (2003). *Religion in the lives of American adolescents: A review of the literature*. Chapel Hill, NC: National Study of Youth and Religion.
- Schmitz N, Kruse J, Heckrath C, Alberti L, Tress W.(1999). Diagnosing mental health disorders in primary care: the General Health Questionnaire (GHQ) and the Symptom Check List (SCL-90-R) as screening instruments. *Soc Psychiatry Epidemiology*. 34: 360-366.
- Shabani, J; Aishah Hassan, S; Ahmad, A, & Baba, B. (2010). Age as Moderated Influence on the Link of Spiritual and Emotional Intelligence with Mental Health in High School Students. *Journal of*

- American Science*. 6(11) 394-400.
- Shabani, J; Aishah Hassan, S; Ahmad, A, & Baba, B. (2011). Moderating Influence of Gender on the Link of Spiritual and Emotional Intelligences with Mental Health among Adolescents. *Life Science Journal*. 1(1) 106-112.
- Soleymani Nejad, M., Abbasi, M., Estebsari, F., & Latifi, M. (2024). Predicting the Mental Health of Medical Sciences Students' Through Spiritual Intelligence. *Ankara Med J*, 24(3), 202-211. <https://doi.org/10.5505/amj.2024.40799>.
- Ventis, W. L. (1995). The relationships between religion and mental health. *Journal of Social Issues*, 51(2), 33-48.
- Wang, C. W., Chan, C. L. W., Ng, S.-M., & Ho, A. H. Y. (2008). The impact of spirituality on health-related quality of life among Chinese older adults with vision impairment. *Aging & Mental Health*, 12(2), 267-75.
- Yalom, I. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Zohar, D., & Marshall, I. (2000). *SQ: Spiritual intelligence: The ultimate intelligence*. London: Bloomsbury.
- Zohar, D., & Marshall, I. (2005). *Spiritual capital: Wealth we can live by*. London: Bloomsbury Publishing Plc.