

# ارتباط بین هوش معنوی و سلامت عمومی دانشجویان پرستاری شهر تهران ۱۳۹۱

مجیده هروی کریمی\*، ناهید رژه، سید حمید شریفنیا

## چکیده

**مقدمه:** دانشجویان پرستاری با گستره وسیعی از مشکلات وابسته به سلامت مواجهه هستند. از طرفی نقش هوش معنوی به عنوان یک رویکرد نوین در بهداشت روانی، سلامت جسمانی و کارکرد اجتماعی کارآمد، بسیار مهم شمرده می‌شود. هدف این مطالعه تعیین رابطه بین هوش معنوی و سلامت عمومی دانشجویان پرستاری دانشگاه‌های شهر تهران در سال ۱۳۹۱ بود.

**روش‌ها:** پژوهش از نوع توصیفی همبستگی است. بر اساس فرمول تعیین حجم نمونه تصادفی با فرمول مورگان تعداد ۳۲۰ نفر از دانشجویان دوره کارشناسی پرستاری دانشگاه‌های شهر تهران به طور تصادفی ساده انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات، از پرسشنامه جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه هوش معنوی عبدالله‌زاده و نسخه فارسی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-۲۸) استفاده شد. تجزیه و تحلیل با استفاده از آزمون‌های تی مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه، ضرایب همبستگی و آزمون رگرسیون خطی انجام گردید.

**نتایج:** بین هوش معنوی و سلامت عمومی رابطه معنادار و مثبتی وجود داشت ( $p < 0.005$ ). از بین مشخصات جمعیت‌شناختی (سن، جنسیت، وضعیت تأهل، محل سکونت، سال تحصیلی)، تنها معدل با هوش معنوی ( $p < 0.016$ )، و سلامت عمومی ( $p < 0.025$ )، رابطه معناداری داشت.

**نتیجه‌گیری:** هوش معنوی بالاتر با سلامت عمومی بهتر دانشجویان همراه بود. به نظر می‌رسد ارتقای هوش معنوی باعث افزایش سلامت جسمانی و روانی دانشجویان پرستاری و در نتیجه بهبود کیفیت مراقبت از بیمارانشان می‌شود.

**واژه‌های کلیدی:** هوش معنوی، سلامت عمومی، دانشجویان پرستاری

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / فروردین ۱۳۹۳؛ ۱۴(۱): ۱ تا ۱۴

## مقدمه

شامل پردازش اطلاعات می‌شود؛ در حالی که رویکرد ترکیبی شرق نسبت به هوش، مؤلفه‌های گوناگون عملکرد و تجربه انسان، از جمله شناخت، شهود و هیجان را در یک ارتباط کامل و یکپارچه دربرمی‌گیرد (۳). در واپسین سال‌های قرن بیستم، شواهد عصب‌شناسی، انسان‌شناسی، روان‌شناسی و علوم شناختی نشان داد که علاوه بر بهره‌های هوشی و هوش هیجانی (Emotional intelligences)، هوش سومی وجود دارد که آن را هوش معنوی (Spiritual intelligences) نامیدند. صاحب‌نظران معتقدند بهره‌های هوش معنوی فقط برای انسان مطرح است (۴). آمرام (Amram) معتقد است هوش معنوی جزو عرصه‌هایی است که تحقیقات چندان منسجم و نظام‌مندی در جهت

هوش مفهومی است که از دیرباز آدمی به پژوهش و تفحص در مورد ابعاد، تظاهرات، ویژگی‌ها و انواع آن علاقه‌مند بوده است (۱). هوش مجموعه‌ای از توانایی‌هایی است که برای حل مسأله و ایجاد محصولات جدیدی که در یک فرهنگ ارزشمند تلقی می‌شوند، به کار می‌رود (۲). مفهوم تحلیلی غرب از هوش، بیش‌تر شناختی است و

\* نویسنده مسؤول: دکتر مجیده هروی کریمی (دانشیار)، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. heravi@shahed.ac.ir  
دکتر ناهید رژه (دانشیار)، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. reje@shahed.ac.ir  
سید حمید شریفنیا، کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی آمل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران. pegadis@yahoo.com  
تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۵/۶، تاریخ اصلاحیه: ۹۲/۶/۱۱، تاریخ پذیرش: ۹۲/۷/۱۶

شناخت و تبیین ویژگی‌های آن صورت پذیرفته است (۵). 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؟ و یا آیا من در شادی و آرامش روانی مردم سهمیم هستم؟ را در ذهن ایجاد می‌کند (۶).

به نظر می‌رسد که ماهیت مؤلفه‌ها و نحوه ابراز هوش معنوی تحت تأثیر عوامل فرهنگی باشد. از طرفی تفاوت‌های افراد در ویژگی‌های شخصیتی سبب تفاوت در میزان علایق معنوی، زمینه‌ها و اعمال مذهبی-معنوی، مهارت‌ها و ظرفیت‌های وابسته به هوش معنوی می‌گردد. بنابراین علی‌رغم آن که ممکن است هوش معنوی به عنوان یک ویژگی آشکار جهانی دیده شود که به طور بالقوه در گروه‌های مختلف جمعیتی نمایان می‌شود؛ این احتمال وجود دارد که معنا و نحوه ابراز آن در بین این گروه‌ها متفاوت باشد (۷). سهرابی معتقد است از آنجا که سازه‌ی هوش معنوی به نسبت زیادی متأثر از عوامل فرهنگ و نظام ارزش‌ها می‌باشد، شایسته است محققان پرتلاش ایرانی با عنایت به بستر مناسب تحقیقاتی، فرهنگی و هنجارهای ویژه و بومی کشور، در این مسیر گام‌های علمی بلندتری بردارند (۸).

با پیشرفت صنعت و فن‌آوری جدید و مشکلات مربوط به آن، مشکلات جسمانی و اختلالات و بیماری‌های روانی افزایش چشم‌گیری یافته است (۹). بخش زیادی از زندگی افراد در محل کار یا محیط تحصیلی و در شرایط کاملاً متفاوت از منزل می‌گذرد، بسیاری از وقایع و فعالیت‌های زندگی اثر عمیقی بر سلامت جسمی و روانی آن‌ها دارد. تأثیر مشکلات و عوامل استرس‌زای زمان تحصیل بر سلامت روانی و بدنی از اهمیت زیادی برخوردار است (۱۰ و ۱۱). تحقیقات انجام شده در سال‌های اخیر بیانگر وجود مشکلات روانی در سطوح مختلف دانشجویان است (۸). افزایش مراجعه دانشجویان به بخش‌های مشاوره دانشجویی نشان‌دهنده وجود مشکلات

روانی، اجتماعی و تحصیلی روزافزون در این قشر است (۹). یافته‌های مطالعه ادهم و همکاران مؤید آن است که دانشجویان علوم پزشکی اردبیل از مشکلات جسمی (۱/۷ درصد)، اضطراب و بی‌خوابی (۲/۳ درصد)، اختلال در عملکرد اجتماعی (۴/۳ درصد) و افسردگی شدید (۲ درصد) رنج می‌برند (۱۰).

نتایج تحقیقات رفعتی و همکاران، دادخواه و همکاران و لطفی و همکاران به ترتیب نشان داد که ۶۷/۷ درصد دانشجویان پرستاری جیرفت (۱۱)، ۲۸/۱ درصد از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل (۱۲)، ۴۷٪ از دانشجویان پرستاری و مامایی یزد (۱۳) نمره پایین‌تر از نقطه برش کسب نمودند که نشان می‌دهد سلامت روان آنان در سطح پایینی قرار دارد.

شایان ذکر است اکثر دانشجویان پرستاری سال‌های تحصیل در دانشکده را بسیار تنش‌زا گزارش می‌کنند. این تنش منتج از مسائل مربوط به آموزش نظری و بالینی است. بخش زیادی از زندگی این دسته از دانشجویان در محل تحصیل یا محیط کارآموزی می‌گذرد. بنابراین تأثیر مشکلات و عوامل استرس‌زای ناشی از تحصیل در این رشته بر سلامت روان از اهمیت زیادی برخوردار است (۱۴). نتایج پژوهش رضایی و همکاران نشان داد که دانشجویان سال آخر رشته پرستاری نسبت به سال اول از سلامت روان کم‌تری برخوردار بودند که احتمالاً به علت ماهیت این رشته تحصیلی می‌باشد (۱۵).

بنابراین برنامه‌ریزی به منظور شناسایی دقیق عوامل مؤثر بر سلامت روان و کمک به ارتقای آن ضرورت دارد (۱۱). یافته‌های مطالعه کینگ نیز نشان داد هوش معنوی با افسردگی، پرخاشگری، خصومت، اضطراب، رابطه منفی و با صفات خلقی، حساسیت اجتماعی، رضایت از زندگی و فعالیت رابطه مثبت دارد (۱۶). مطالعه معلمی و همکاران بر روی ۴۰۰ تن از دانشجویان ساکن خوابگاه‌های دانشجویی مؤید همبستگی معنادار بین هوش معنوی (بر اساس پرسشنامه ۲۸ عبارتی کینگ) و سلامت

سال ۱۳۹۱ انجام شد.

### روش‌ها

این پژوهش از نوع توصیفی همبستگی است که به صورت مقطعی انجام شد و جامعه آماری آن شامل دانشجویان مشغول به تحصیل دوره کارشناسی پرستاری در دانشگاه‌های ارتش، بقیه‌الله، تهران، شاهد و شهید بهشتی بود. حجم نمونه بر اساس فرمول تعیین حجم نمونه تصادفی به روش کرجسی و مورگان (21) (Krejcie & Morgan) جهت جامعه ۱۵۶۴ نفری دانشجویان کارشناسی پرستاری دانشگاه‌های سطح شهر تهران با سطح اطمینان ۰/۹۵، ۳۱۶ مشارکت‌کننده در نظر گرفته شد که برای اطمینان ۳۲۰ مشارکت‌کننده به روش تصادفی ساده بر اساس مشخصات نمونه‌های پژوهش انتخاب گردید. دانشجویان براساس شماره دانشجویی، شماره‌گذاری شده و سپس از طریق جدول اعداد تصادفی نمونه‌ای از دانشجویان به نسبت جمعیت دانشجوی پرستاری هر دانشگاه، به عنوان نمونه انتخاب شدند. دانشجویان با اختیار و علاقه خود به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند؛ به علاوه به آنان اطمینان داده شد که پاسخ‌های آنان کاملاً محرمانه باقی می‌ماند. معیارهای ورود به مطالعه برای دانشجویان عبارت بود از: تحصیل در دوره کارشناسی پرستاری در یکی از دانشگاه‌ها ارتش، بقیه‌الله، تهران، شاهد و شهید بهشتی؛ و همچنین تمایل به شرکت در پژوهش.

برای جمع‌آوری اطلاعات، از پرسشنامه سه قسمتی استفاده شد شامل:

قسمت اول: ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان در پژوهش (شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سال تحصیلی، پیشرفت تحصیلی، وضعیت محل سکونت).

قسمت دوم: پرسشنامه هوش معنوی بود که در ایران توسط عبدالله‌زاده و همکاران با ۲۹ عبارت طراحی گردید. این ابزار در ایران با توجه به ویژگی‌های فرهنگی این

روان (بر اساس پرسشنامه ۲۸ عبارتی گلدبرگ) در بین دانشجویان است (۹). همچنین مطالعه حمیدی و همکاران بر ۱۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه نشان‌دهنده همبستگی معنادار بین هوش معنوی (بر اساس پرسشنامه ۲۹ عبارتی عبدالله‌زاده) و سلامت روان (بر اساس پرسشنامه ۲۸ عبارتی گلدبرگ) بود (۱۷). با توجه به تعاریف و کاربردهایی که برای هوش معنوی ذکر شده است، این احتمال نیز وجود دارد که هوش معنوی در سلامت روانی و جسمی همه افراد تأثیر داشته باشد. هوش معنوی شامل داشتن حس معنا و مأموریت نسبت به زندگی و ارزش‌ها، حس تقدس در زندگی، درک متعادل‌تر از ارزش مادیات و اعتقاد به بهتر شدن دنیا است که کاربست آن ممکن است موجب افزایش سلامت روان افراد شود (۱۸).

امروزه تربیت نیروی انسانی مهم‌ترین رکن آموزش عالی بوده و از برجسته‌ترین عوامل توسعه ملی است (۱۹). جامعه دانشجویی یکی از عظیم‌ترین گروه‌های جامعه است. دانشجویان هر جامعه دست رنج معنوی و انسانی آن جامعه بوده و از سرنوشت‌سازان فردای کشور خویش هستند و سلامت این قشر اهمیت فراوانی دارد و لازم است که مسایل وابسته به سلامت این قشر جدی تلقی شده و مورد تحقیق و بررسی قرار گیرد (۹ و ۲۰).

لذا با عنایت به اهمیت سلامت روان دانشجویان به خصوص دانشجویان پرستاری که اغلب با مددجویانی سر و کار دارند که نیازمند حمایت قوی هستند و باید به گونه‌ای از نظر روحی و روانی آماده شوند که این نقش را با کفایت و اعتماد بپذیرند (۱۹) و همچنین با عنایت به این که تحقیقات زیادی در زمینه هوش معنوی به عنوان زیربنای باورهای فرد و عامل ارتقا و تأمین سلامت روانی صورت نگرفته است و جهت رشد و تحول آن به تحقیقات کمی و کیفی بیشتری نیاز است (۱)؛ بر این اساس پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه بین هوش معنوی و سلامت عمومی دانشجویان پرستاری دانشگاه‌های شهر تهران در

مطلوب و بالاتر از ۲۳ به عنوان سلامت در حد نامطلوب در نظر گرفته شد. پایایی و روایی نسخه اصلی (۲۷ تا ۲۴) و همچنین نسخه فارسی پرسشنامه مذکور مورد تأیید قرار گرفته است (۲۳ و ۲۸). شایان ذکر است به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، موافقت معاونت پژوهشی دانشگاه شاهد و دانشگاه‌های ارتش، بقیه‌الله، تهران، شاهد و شهید بهشتی جلب شد. همچنین قبل از شروع پژوهش، شرکت کنندگان از اهداف و اهمیت تحقیق آگاه شدند و با رضایت آگاهانه در تحقیق شرکت نمودند. به مشارکت کنندگان اطمینان داده شد که مشخصات آنان به صورت محرمانه حفظ خواهد شد.

داده‌ها با استفاده از برنامه آماری SPSS-20 تجزیه و تحلیل شد. از آمار توصیفی جهت توصیف مشخصات دموگرافیک، توزیع فراوانی و میانگین تمام ابعاد هوش معنوی و سلامت عمومی استفاده گردید. جهت بررسی سطح برابری واریانس‌ها از آزمون لون و برای تعیین سطح نرمالیت داده‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده گردید. به منظور بررسی تفاوت نمرات هوش معنوی و سلامت عمومی با توجه به متغیرهای جنسیت و وضعیت تأهل از آزمون تی مستقل، سنوات تحصیلی از آنالیز واریانس یک طرفه و سن و پیشرفت تحصیلی از ضریب همبستگی پیرسون و همچنین بررسی رابطه بین اجزای سلامت عمومی و هوش معنوی از ضرایب همبستگی استفاده شد. آزمون رگرسیون خطی برای بررسی میزان تأثیر متغیرهای دموگرافیک بر میزان هوش معنوی استفاده گردید. سطح معناداری کمتر از پنج صدم در نظر گرفته شد.

### نتایج

در مطالعه حاضر، ۳۲۰ نفر از دانشجویان مشغول به تحصیل دوره کارشناسی پرستاری در دانشگاه‌های ارتش، بقیه‌الله، تهران، شاهد و شهید بهشتی شرکت نمودند. میانگین سنی و انحراف معیار دانشجویان شرکت‌کننده در این مطالعه (۲۱/۵ ± ۲/۶۵) سال و همچنین میانگین و

جامعه تدوین و سپس روایی و پایایی ابزار مذکور مورد تأیید قرار گرفته است، پایایی این پرسشنامه که بر روی ۲۸۰ نفر گروه نمونه اجرا شد ۰/۸۹ به دست آمد. در چرخش واریماکس، ۲ عامل اصلی "درک و ارتباط با سرچشمه هستی" با ۱۲ سؤال و "زندگی معنوی یا اتکاء به هسته درونی" با ۱۷ سؤال به دست آمد. گویه‌های ابزار مذکور دارای گزینه‌های کاملاً مخالفم، مخالفم، تا حدودی، موافقم و کاملاً موافقم (نمره یک تا پنج) و دامنه نمرات از ۲۹ تا ۱۴۵ است. شایان ذکر است جدول تفسیر نمرات دختران و پسران به طور جداگانه در طیف ۵ درجه‌ای از خیلی بالا (دختران: ۱۳۷ به بالا، پسران: ۱۳۵ به بالا) تا خیلی پایین (دختران: ۹۳ به پایین، پسران: ۸۵ به پایین) در راهنمای استفاده از پرسشنامه ذکر شده است (۲۲).

قسمت سوم: نسخه فارسی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-۲۸) که به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماه اخیر می‌پردازد. پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی از ۴ خرده آزمون تشکیل شده که هر کدام از آنها دارای ۷ سؤال است. این پرسشنامه دارای سؤالات چهارگزینه‌ای خیر، کمی، زیاد و خیلی زیاد است. دو شیوه نمره‌گذاری برای پرسشنامه‌های سلامت عمومی وجود دارد. یکی روش سنتی است که گزینه‌ها به صورت ۰-۱-۱-۱-۱ نمره داده می‌شوند و حداکثر نمره آزمودنی در پرسشنامه برابر ۲۸ خواهد بود. روش دیگر نمره‌گذاری روش نمره‌گذاری لیکرت است. در پژوهش حاضر نحوه نمره‌گذاری بر اساس مدل لیکرت بدین شرح است: برای گزینه الف نمره صفر، گزینه ب نمره یک، گزینه ج نمره ۲ و گزینه د نمره ۳ منظور شده است نمره هر آزمودنی حداقل صفر و حداکثر ۸۴ است. شایان ذکر است در همه گزینه‌ها درجات پایین نشان‌دهنده سلامتی و درجات بالا حاکی از عدم سلامتی و اختلال در فرد است. در پژوهش نوربالا و همکاران، نقطه برش نمره سلامت عمومی براساس نمره‌گذاری لیکرت ۲۳ محاسبه شده است. بنابراین کسب نمره ۲۳ و پایین‌تر به عنوان سلامت در حد

انحراف معیار معدل شرکت‌کنندگان ( $\pm 1/32$ )  $15/68$  بود.  $181$  نفر ( $56/6\%$ ) از دانشجویان جنس مؤنث،  $265$  نفر ( $82/8\%$ ) مجرد و  $176$  نفر ( $55\%$ ) ساکن خوابگاه بودند. بین سن با

نمره کل سلامت عمومی ( $p=0/92$ ) و همچنین نمره کل هوش معنوی ( $p=0/31$ ) همبستگی معناداری مشاهده نشد.

جدول ۱: مقایسه میانگین نمرات سلامت عمومی و هوش معنوی بر حسب برخی از مشخصات فردی

| متغیرها     | تعداد (درصد) | میانگین و انحراف معیار سلامت عمومی | نتیجه آزمون | میانگین و انحراف معیار هوش معنوی | نتیجه آزمون |
|-------------|--------------|------------------------------------|-------------|----------------------------------|-------------|
| جنسیت       |              |                                    | †۰/۱۸       | †۰/۱۸                            |             |
| مؤنث        | ۱۸۱ (۵۶/۶)   | ۲۶/۳۸ ± ۱۰/۶۷                      |             | ۱۲۵/۵۱ ± ۱۱/۰۸                   |             |
| مذکر        | ۱۳۹ (۴۳/۴)   | ۲۴/۸۱ ± ۹/۹۳                       |             | ۱۲۳/۸۷ ± ۱۰/۸۲                   |             |
| وضعیت تأهل  |              |                                    | ‡۰/۴۹       | ‡۰/۴۹                            |             |
| مجرد        | ۲۶۵ (۸۲/۸)   | ۲۵/۵۷ ± ۱۰/۳۰                      |             | ۱۲۴/۵۰ ± ۱۰/۸۰                   |             |
| متأهل       | ۵۲ (۱۶/۳)    | ۲۵/۹۶ ± ۱۰/۷۸                      |             | ۱۲۶/۰۱ ± ۱۱/۸۳                   |             |
| مطلقه       | ۳ (۰/۹)      | ۳۲/۶۶ ± ۹/۸۱                       |             | ۱۲۹/۶۶ ± ۴/۶۱                    |             |
| سال تحصیلی  |              |                                    | ‡۰/۱۵       | ‡۰/۲۷                            |             |
| اول         | ۷۴ (۲۳/۱)    | ۲۶/۴۰ ± ۹/۷۱                       |             | ۱۲۵/۷۴ ± ۱۱/۶۰                   |             |
| دوم         | ۸۱ (۲۵/۳)    | ۲۷/۰۷ ± ۱۱/۳۵                      |             | ۱۲۶/۰۷ ± ۱۰/۳۵                   |             |
| سوم         | ۸۴ (۲۶/۳)    | ۲۵/۳۶ ± ۹/۸۸                       |             | ۱۲۲/۴۶ ± ۱۱/۴۸                   |             |
| چهارم       | ۸۱ (۲۵/۳)    | ۲۴/۰۳ ± ۱۰/۳۵                      |             | ۱۲۵/۱۱ ± ۱۰/۲۵                   |             |
| وضعیت سکونت |              |                                    | †۰/۳۲       | †۰/۳۲                            |             |
| خوابگاه     | ۷۶ (۵۵)      | ۲۶/۲۳ ± ۹/۸۷                       |             | ۱۲۵/۰۵ ± ۱۰/۶۷                   |             |
| خانواده     | ۱۴۴ (۴۵)     | ۲۵/۰۵ ± ۱۰/۹۳                      |             | ۱۲۴/۰۵ ± ۱۱/۳۷                   |             |
| معدل        |              |                                    | ‡۰/۰۱۶      | ‡۰/۰۲۵                           |             |
| بالای ۱۷    | ۷۱ (۲۲/۲)    | ۲۲/۸۱ ± ۱۱/۳۵                      |             | ۱۲۶/۸۱ ± ۹/۹۵                    |             |
| ۱۷-۱۴       | ۲۲۸ (۷۱/۳)   | ۲۶/۴۲ ± ۱۰/۳۳                      |             | ۱۲۴/۷۱ ± ۱۱/۰۳                   |             |
| زیر ۱۴      | ۲۱ (۶/۶)     | ۲۷/۴۶ ± ۹/۳۷                       |             | ۱۱۹/۰۴ ± ۱۲/۰۸                   |             |

† آزمون تی مستقل، ‡ تحلیل واریانس یک سویه

علی‌رغم تفاوت در میانگین نمرات تفاوت معناداری مشاهده نشد (جدول ۱).

همچنین با توجه به نتایج، میانگین نمرات سلامت عمومی دانشجویان در رده‌های مختلف برحسب نمره معدل از لحاظ آماری معنادار است ( $p < 0/025$ ). آزمون تعقیبی شفه نشان داد این اختلاف بین دانشجویان با معدل بالای ۱۷ و دانشجویان با معدل بین ۱۴-۱۷ است؛ به عبارت دیگر دانشجویانی که از معدل بالای ۱۷ برخوردارند از نمرات هوش معنوی بالاتری بهره‌مند هستند. در سایر متغیرها

نتایج نشان داد میانگین نمرات هوش معنوی دانشجویان در رده‌های مختلف برحسب نمره معدل از لحاظ آماری معنادار است ( $p < 0/016$ ). آزمون تعقیبی شفه نشان داد این اختلاف بین دانشجویان با معدل بالای ۱۷ و دانشجویان با معدل بین ۱۴-۱۷ است؛ به عبارت دیگر دانشجویانی که از معدل بالای ۱۷ برخوردارند از نمرات هوش معنوی بالاتری بهره‌مند هستند. در سایر متغیرها

۲۳ را کسب نمودند (جدول ۲).

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف سلامت عمومی و هوش معنوی

| متغیر                        | میانگین و انحراف معیار<br>(n=۳۲۰) |
|------------------------------|-----------------------------------|
| نمره کل سلامت عمومی          | ۲۵/۷۰±۱۰/۳۷                       |
| نشانه‌های جسمانی             | ۶/۰۷±۳/۳۷                         |
| اضطراب و بی خوابی            | ۶/۹۷±۴/۰۰                         |
| اختلال در کارکرد اجتماعی     | ۸/۵۳±۳/۵۱                         |
| افسردگی                      | ۴/۱۱±۴/۳۷                         |
| نمره کل هوش معنوی            | ۱۲۴/۸۰±۱۰/۹۷                      |
| درک و ارتباط با سر چشمه هستی | ۵۳/۰۳±۵/۲۷                        |
| زندگی معنوی                  | ۷۱/۷۷±۶/۶۶                        |

نتایج ماتریس همبستگی متغیرهای هوش معنوی و سلامت عمومی نشان داد، فقط بعد اختلال در کارکرد اجتماعی همبستگی معناداری با دیگر ابعاد سلامت عمومی و هوش معنوی نداشت (جدول ۳).

دیگر دانشجویانی که از معدل بالای ۱۷ برخوردارند از نمرات سلامت عمومی پایین‌تری بهره‌مند هستند (همانطور که در روش ذکر شد نمره پایین نشان‌دهنده سلامتی مطلوب است). در سایر متغیرها علی‌رغم تفاوت در میانگین نمرات، تفاوت معناداری مشاهده نگردید (جدول ۱).

نتایج نشان داد میانگین نمره کل هوش معنوی ۱۲۴/۸۰ با انحراف معیار ۱۰/۹۷ است که بر اساس راهنمای پرسشنامه (جدول تفسیر نمرات دختران و پسران به طور جداگانه)، این نمره در دختران نشان‌دهنده هوش معنوی متوسط و در پسران نشان‌دهنده هوش معنوی بالا است. همچنین میانگین نمره کل سلامت عمومی ۲۵/۰۳ با انحراف معیار ۱۰/۳۷ است که بر اساس نمره برش ۲۳ نشان‌دهنده اختلال در سلامت عمومی (خط مرزی سلامتی از عدم سلامتی) است. در میان ابعاد سلامت عمومی بالاترین میانگین به بعد اختلال در کارکرد اجتماعی و کم‌ترین میانگین به بعد افسردگی مربوط است. شایان ذکر است ۱۷۷ نفر از مشارکت‌کنندگان یعنی ۵۵/۳ درصد نمره بالای

جدول ۳: ماتریس همبستگی متغیرهای هوش معنوی و سلامت عمومی

| متغیر                       | درک و ارتباط با سرچشمه هستی | زندگی معنوی | نمره کل هوش معنوی | نشانه‌های جسمانی | اضطراب و بی‌خوابی | اختلال در کارکرد اجتماعی | افسردگی | نمره کل سلامت عمومی |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------|-------------------|------------------|-------------------|--------------------------|---------|---------------------|
| درک و ارتباط با سرچشمه هستی | ۱                           |             |                   |                  |                   |                          |         |                     |
| زندگی معنوی                 | ۰/۷۰۴*                      | ۱           |                   |                  |                   |                          |         |                     |
| نمره کل هوش معنوی           | ۰/۹۰۳*                      | ۰/۹۴۱*      | ۱                 |                  |                   |                          |         |                     |
| نشانه‌های جسمانی            | ۰/۲۲۱*                      | ۰/۲۸۳*      | ۰/۲۷۷*            | ۱                |                   |                          |         |                     |
| اضطراب و بی‌خوابی           | ۰/۲۱۷*                      | ۰/۲۵۰*      | ۰/۲۵۴*            | ۰/۶۵۴*           | ۱                 |                          |         |                     |
| اختلال در کارکرد اجتماعی    | ۰/۰۱۳                       | ۰/۰۸۵       | ۰/۰۴۵             | ۰/۰۴۰            | ۰/۰۱۱             | ۱                        |         |                     |
| افسردگی                     | ۰/۲۳۸*                      | ۰/۱۷۴*      | ۰/۲۱۸*            | ۰/۴۶۹*           | ۰/۵۲۷*            | ۰/۰۸۰                    | ۱       |                     |
| نمره کل سلامت عمومی         | ۰/۲۶۰*                      | ۰/۲۳۳*      | ۰/۲۶۵*            | ۰/۷۸۸*           | ۰/۸۲۴*            | ۰/۳۲۳*                   | ۰/۷۵۰*  | ۱                   |

\* متغیرهای دارای همبستگی معنادار هستند

نتایج آزمون رگرسیون خطی چندگانه نشان داد با افزایش ترم تحصیلی هوش معنوی ۳/۹۸ زیاد می‌شود. از طرفی به ازای افزایش معدل دانشجویان هوش معنوی ۱/۶۸ زیاد می‌شود. به ازای افزایش نمره سلامت عمومی

۰/۲۸ نمره هوش معنوی کم می‌شود. از طرفی نتایج رگرسیون خطی چندگانه نشان داد به ازای افزایش معدل تحصیلی میزان نمره سلامت عمومی ۱/۲۳ نمره کم‌تر می‌شود (جدول ۴).

جدول ۴: متغیرهای پیشگوی هوش معنوی و سلامت عمومی در مدل رگرسیون خطی چندگانه

| متغیر       | B     | Beta  | CI/۹۵       | P      |
|-------------|-------|-------|-------------|--------|
| هوش معنوی   | ۳/۹۸  | ۰/۷۹  | ۰/۷۶ - ۷/۲۰ | ۰/۰۱۵  |
| ترم تحصیلی  | ۱/۶۸  | ۰/۲۰  | ۱/۰۸ - ۱/۳۱ | <۰/۰۰۱ |
| معدل        | -۰/۲۸ | -۰/۲۶ | ۰/۳۹ - ۰/۱۶ | <۰/۰۰۱ |
| سلامت عمومی | -۱/۲۳ | -۰/۱۵ | ۲/۱۲ - ۰/۳۵ | ۰/۰۰۶  |

## بحث

یافته‌های این پژوهش نشان داد میانگین نمره هوش معنوی دانشجویان کارشناسی پرستاری دانشگاه‌های سطح شهر تهران در دختران در سطح متوسط و در پسران در سطح بالا است. نتایج تحقیق محبی و همکاران جهت بررسی میزان هوش معنوی بر روی ۲۲۰ نفر از دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی زنجان، ویافته‌های غنا و همکاران بر روی ۲۸۲ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گلستان با هدف تعیین همبستگی هوش معنوی با برخی از عوامل جمعیت‌شناسی و آموزشی نشان داد که نمره هوش معنوی دانشجویان پرستاری در سطح بالا است (۲۹ و ۳۰). شایان ذکر است ارائه نتایج متفاوت در مطالعات مختلف می‌تواند به علت استفاده از ابزارهای متنوع گردآوری اطلاعات با در نظر گرفتن تعاریف و ابعاد مختلف در خصوص هوش معنوی در مطالعات مختلف باشد.

نتایج مطالعه حاضر بیان‌گر آن است که هوش معنوی دانشجویان شرکت‌کننده در پژوهش به تفکیک جنسیت تفاوت معناداری نداشت. دانشجویان پسر نمره هوش معنوی بالاتری نسبت به دختران داشتند، اما این اختلاف از لحاظ آماری معنادار نبود. یافته مذکور با نتیجه تحقیق حمیدی و صداقت، غنا و همکاران، خورشیدی و عبادی بر

روی میزان هوش معنوی ۲۳۱ نفر از کارکنان دانشگاه تهران، ابراهیمی و همکاران بر روی ۱۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه هرمزگان، حسین چاری و همکاران بر روی ۳۰۴ نفر از دانشجویان رشته‌های مختلف دانشگاهی، طلبه‌های حوزه علمیه دینی و هنرجویان آموزشگاه‌های هنری شهر شیراز و رقیب و همکاران هم سو است (۱۷ و ۳۴). همچنین یافته‌های به دست آمده از تحقیق مشابهی که یانگ (Yang) در خصوص رابطه بین هوش معنوی و مشخصات دموگرافیک بر روی ۲۹۹ پرستار تایوانی (۳۵) و یانگ و مائو (Mao & Yang) بر روی ۱۳۰ پرستار چینی با استفاده از پرسشنامه ماتریکس روانی ولمن انجام دادند (۳۶)، هم‌سو بود. یافته های فوق با پژوهش جرج و همکاران (George) که با هدف تبیین نقش هوش معنوی در مدیریت محل کار انجام گرفت، هم‌سو نبود (۳۷). رقیب و همکاران معتقدند عدم هم خوانی یافته‌های فوق، می‌تواند نشانگر فرصت‌های رشد برابر در بین مردان و زنان جامعه باشد که آنان را قادر ساخته به سطح بالایی از هوش معنوی دست یابند (۳۴). به عبارت دیگر نگرش دینی و مذهبی رایج در جامعه، به همه افراد این فرصت را می‌دهد که در مقابل واقعیت‌های مادی و معنوی حساس باشند و معنویت را یکی از ارکان محوری در زندگی خود قرار دهند.

یافته‌های پژوهش حاضر، بین سن، وضعیت تأهل، سال تحصیلی و وضعیت سکونت با نمره هوش معنوی ارتباط معناداری را نشان نداد. این یافته‌ها با نتایج مطالعه غنا و همکاران هم‌سو است (۳۰). پژوهش باقری و همکاران در بوشهر، نشان داد که میانگین هوش معنوی پرستاران به تفکیک جنس، سن، سوابق شغلی، میزان تحصیلات و موقعیت آنها، معنادار نبود (۳۸).

شایان ذکر است یافته‌ها در خصوص سن علاوه بر مطالعات فوق با مطالعه رقیب و همکاران همخوانی دارد (۳۴) و ارتباط معنی داری را بین هوش معنوی و سن نشان نداد؛ در حالی که یافته‌های مطالعه رستمی بر روی ۲۴۲ معلم تربیت بدنی و رقیب و سیادت بر همه مدیران گروه‌های آموزشی دانشگاه اصفهان با استفاده از مقیاس سنجش هوش معنوی کینگ (SISRI-24) ارتباط معنادار بین سن و هوش معنوی را نشان داد (۳۹ و ۴۰). در مطالعه حاضر میانگین سنی دانشجویان ۲۱/۵ سال بود که بیان گر رده سنی جوان است. دافی (Duffy) معتقد است در این دوره افراد تحت تأثیر نگرش همسالان بوده و از هوش معنوی بلوغ یافته‌ای برخوردار نیستند (۴۱).

در خصوص وضعیت تأهل یافته‌های مطالعه حق شناس و همکاران بر ۱۱۵ دانشجوی دختر دانشگاه پیام نور شهرستان اسفراین، و غنا و همکاران با یافته‌های پژوهش حاضر هم‌سو است (۳۰ و ۴۲)؛ لیکن مطالعه رقیب و همکاران و باب‌الحوائجی و همکاران بر ۱۳۲ کتابدار شاغل در دانشگاه تهران با استفاده از پرسشنامه هوش معنوی ناصری نشان داد هوش معنوی مشارکت‌کنندگان متأهل به طور معناداری بالاتر از مجردین است (۳۴ و ۴۳).

یافته‌های این مطالعه نشان‌دهنده عدم وجود ارتباط سال تحصیلی با نمره هوش معنوی بود که با مطالعه حمیدی و صداقت همخوانی داشت. در مطالعه مذکور تفاوت میانگین‌ها در پایه‌های مختلف تحصیلی علی‌رغم رشد صعودی نمرات در پایه‌های بالاتر تحصیلی، معنادار نبود (۱۷).

در پژوهش حاضر مشخص شد نمره کل هوش معنوی و نمرات ابعاد زندگی معنوی و درک ارتباط با سر چشمه هستی دانشجویان با رده‌های مختلف معدل از لحاظ آماری تفاوت معناداری دارند که با یافته‌های مطالعه محبی و همکاران هم‌سو بود (۲۹) اما با نتایج پژوهش غنا و همکاران همخوانی ندارد (۳۰).

نتایج متفاوت مطالعات می‌تواند به علت ناهمگن بودن گروه‌ها و استفاده از ابزارهای متنوع گردآوری اطلاعات در خصوص هوش معنوی در مطالعات مختلف باشد.

یافته‌های این پژوهش نشان داد میانگین نمره سلامت عمومی دانشجویان کارشناسی پرستاری دانشگاه‌های سطح شهر تهران بیش از نمره برش ۲۳ (خط مرزی سلامتی از عدم سلامتی) است که نشان‌دهنده اختلال در سلامت عمومی است. به عبارت دیگر اکثریت دانشجویان از اختلال در سلامت عمومی رنج می‌بردند که با نتایج مطالعات قبلی همخوانی دارد (۴۴ و ۴۵).

در این مطالعه شایع ترین مشکل مربوط به اختلال در کارکرد اجتماعی است که با مطالعات قبلی تقریباً هم خوانی دارد (۴۶ و ۴۷). انصاری و همکاران بیان می‌کنند دانشجویان تهرانی به علت وجود مشکلاتی نظیر بزرگی و شلوغی شهر و بالا بودن انتظارات دانشجویان از اختلالات وابسته به سلامت عمومی بیش از دانشجویان ساکن در شهرستان‌ها برخوردارند (۴۷) که این امر ضرورت فراهم آوردن امکانات بیشتر در جهت حل این مشکل را تأیید می‌نماید از آنجا که دانشجویان آینده سازان کشور هستند و از نظر اجتماعی باید بهترین عملکرد را داشته باشند، لذا با کمک متخصصین و اساتید باید به این مشکل پرداخته شود و دانشجویان به داشتن عملکرد خوب تشویق شوند و با بهره‌گیری از روش‌های مختلف، سلامت روان دانشجویان را افزایش داد.

در پژوهش حاضر نمره کل سلامت عمومی و ابعاد آن در دانشجویان زن نسبت به دانشجویان مرد بیشتر بود و مردان نسبت به زنان از سلامت عمومی بهتری برخوردار



ایجاد آرامش دانست (۱۱).

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که دانشجویان با سطح معدل پایان ترم بالاتر، نمره سلامت عمومی کمتری داشتند و بیانگر آن است که دانشجویان با سطح معدل بالاتر از سلامت عمومی بالاتری برخوردارند که نتایج حاصل از سایر مطالعات مشابه انجام شده این یافته را تأیید نمود (۵۱ و ۵۳).

به هر حال اگر چه پرسشنامه سلامت عمومی به طور قطعی مشکل روانی یا جسمی را اثبات نمی‌کند ولی دانشجویان در معرض خطر را می‌تواند شناسایی کند، بنابراین توصیه می‌شود هر چه سریع‌تر در جهت کاهش عوامل خطر قدم برداشته شود، لذا مسؤولین و خصوصاً اساتید راهنما این نکات را باید مد نظر داشته باشند.

داده‌های تحقیق حاضر همبستگی مثبت بین هوش معنوی و سلامت روان را نشان داد؛ یعنی با افزایش نمره پرسشنامه هوش معنوی، نمره پرسشنامه سلامت عمومی کاهش می‌یابد. باتوجه به این که نمره بالا در پرسشنامه سلامت عمومی نمایانگر مشکلات روانی است پس در واقع با افزایش هوش معنوی سلامت عمومی هم بالا می‌رود. همچنین تمام خرده مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی با هوش معنوی همبستگی منفی معنادار نشان دادند. این نتیجه با یافته تحقیقات قبلی همخوانی دارد (۹ و ۱۸ و ۵۴).

همچنین نتایج پژوهش بیانگر آن است که هوش معنوی با خرده مقیاس‌های سلامت روانی به جز کارکرد اجتماعی نیز رابطه معنادار و منفی دارد. به بیانی دیگر هر چه افراد از هوش معنوی بالاتری برخوردار باشند، افسردگی، انزوا و گرایش به خودکشی، بی‌خوابی، اضطراب و نشانه‌های جسمانی در آنان کاهش می‌یابد. این یافته‌ها با نتایج به دست آمده از پژوهش موسوی و طالبزاده بر روی دانشجویان دوره کارشناسی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی همخوانی دارد (۵۵).

بودند، لیکن این یافته فقط در خصوص بعد نشانه‌های جسمی تفاوت معنادار داشت. مارین و رامیرز (Marin & Ramirez) نیز در تحقیق مشابه بر روی پرستاران به نتایج مشابه دست یافتند و پرستاران زن در مقایسه با پرستاران مرد در مقیاس نشانه‌های جسمی از سلامت عمومی نامطلوب برخوردار بودند (۴۸). نتایج این پژوهش مطابق با یافته‌های تعداد دیگری از تحقیقات قبلی مشابه می‌باشد (۴۹ و ۵۰). رفعتی و همکاران معتقدند از دلایل آن می‌توان به محدودیت‌های بیشتری که بر زندگی دختران حاکم است، اشاره نمود. فشارهای وارده بر دختران در جهت انجام رفتارهای کلیشه‌ای، امکانات تفریحی و ورزشی کمتر نسبت به پسران از جمله این محدودیت‌ها است که می‌تواند بر سلامت عمومی تأثیر منفی بگذارد (۱۱).

در این پژوهش نمره سلامت عمومی در دانشجویان ساکن خوابگاه نسبت به دانشجویان مقیم خانواده بیشتر بود که بیانگر پایین‌تر بودن سطح سلامت عمومی در دانشجویان ساکن خوابگاه‌ها می‌باشد. شایان ذکر است که علی‌رغم اختلاف عددی فقط در بعد اختلال در کارکرد اجتماعی این اختلاف معنادار بود. در مطالعه رفعتی و همکاران (۱۱)، صمیمی و همکاران (۵۰) و زارع و همکاران (۴۹) نیز نتایج مشابهی گزارش شده است؛ این امر می‌تواند به دلیل دوری از خانواده و رویارویی با محیط زندگی جدید باشد. محمدبیگی و همکاران معتقدند دانشگاه مکان پر استرسی است و دانشجویان اغلب به دلیل دوری از خانواده و زندگی با سایر دانشجویان در خطر کاهش سطح سلامت عمومی هستند (۵۱).

نتایج این تحقیق نشان داد سلامت عمومی دانشجویان با وضعیت تأهل آنان رابطه معناداری نداشت که با نتایج مطالعه سپهرمنش همخوانی دارد (۵۲). لکن مطالعه رفعتی و همکاران نشان داد که افراد متأهل نسبت به مجرد از سلامت عمومی بالاتری برخوردارند. نویسندگان معتقدند می‌توان علت این مسأله را تأثیر حمایت روانی همسر در

عمومی در بین دانشجویان پرستاری رابطه معناداری دارد و ارتقای هوش معنوی می‌تواند به افزایش سلامت عمومی این دسته از دانشجویان کمک کند. اگر چه پرسشنامه سلامت عمومی به طور قطعی مشکل روانی یا جسمی را اثبات نمی‌کند ولی دانشجویان در معرض خطر را می‌تواند شناسایی نماید؛ بنابراین توصیه می‌شود در جهت کاهش عوامل خطر قدم برداشته شود و مسئولین و خصوصا اساتید راهنما این نکات را باید مد نظر داشته باشند. وجود محیط‌های کاری سالم و برخوردار از بهداشت روانی در کلیه سازمان‌ها از جمله بیمارستان‌ها که خود وظیفه سلامتی مردم را به عهده دارند بسیار ضروری است. در صورتی که دانشجویان پرستاری از هوش معنوی بالایی برخوردار باشند، ممکن است محیط کارآموزی باعث برآوردن نیازهای آنان شده و سلامتی روحی و روانی خود و بیمارانشان تأمین شود.

### قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی به شماره ۹۱۰۸ /۱۵۷۰۲۶/۱۲۰ است که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه شاهد تصویب و حمایت مالی شده است. پژوهشگران مراتب سپاس خود را از معاونت پژوهشی، مسئولین دانشکده‌های پرستاری شهر تهران، همچنین دانشجویان شرکت‌کننده در این مطالعه به خاطر صبر، حوصله و همچنین اعتمادشان به محققین و تمامی عزیزانی که ما را در اجرای هر چه بهتر این تحقیق مشارکت و همکاری داشتند، ابراز می‌دارند.

معلمی و همکاران معتقدند هوش معنوی باعث می‌شود تا از اطلاعات معنوی در حل مشکلات روزانه استفاده شود که در نتیجه باعث سازگاری، یکپارچه‌سازی زندگی درونی و معنوی با زندگی بیرونی و محیط کار، بهزیستی روانشناختی و رشد سلامتی کل بشر و در نهایت سلامت عمومی می‌گردد (۱۸). به عبارت دیگر هوش معنوی پردازش اطلاعات را تحت تأثیر قرار داده و به نوعی آنها را درون طرح‌واره‌هایی قرار می‌دهد که با واقعیت سازگار است. هوش معنوی ادراک ما را از وقایعی مثل سلامتی یا بیماری سازمان داده و علاوه بر سلامتی در تجارب سخت زندگی مثل غم یا فقدان، مفید واقع شده و در بهزیستی افراد تأثیر دارد (۵۶).

شایان ذکر است جامعه پژوهش حاضر محدود به دانشجویان پرستاری بود که این امر تعمیم نتایج به سایر دانشجویان را با احتیاط همراه می‌کند و پیشنهاد می‌شود این پژوهش در گروه‌های مختلف انجام شود. یکی دیگر از محدودیت این پژوهش را می‌توان مقطعی بودن و استفاده از طرح همبستگی برای نشان دادن رابطه بین متغیرها دانست. از این رو جهت وضوح بیشتر رابطه نشان داده شده بین متغیرها، احتیاج به مطالعات طولی است.

### نتیجه‌گیری

رویکردهای معنوی به دانش و سلامت، در سال‌های اخیر مورد تأکید و توجه محققان و اساتید قرار گرفته است. نتایج این تحقیق نیز نشان داد هوش معنوی با سلامت

### منابع

1. Ghobari bonab B, Salimi M, Soleymani L, Nouri Moghadam S. [Spiritual intelligences]. *Andishe-e- novin-e-dini*. 2007; 3(10): 125-147. [Persian]
2. Amram J. Intelligence beyond IQ: the contribution of emotional and spiritual intelligences to effective business leadership. Institute of Transpersonal Psychology; 2005. [citd 2014 Jun 26]. available from: [http://yosiamram.net/docs/EI\\_and\\_SI\\_in\\_Leadership\\_Yosi\\_Amram.pdf](http://yosiamram.net/docs/EI_and_SI_in_Leadership_Yosi_Amram.pdf)
3. Nasel DD. Spiritual Orientation in Relation to Spiritual Intelligence: A consideration of traditional Christianity and New Age/individualistic spirituality [dissertation]. Australia: The University of South Australia; 2004.

4. Zohar D, Marshall I. SQ- Spiritual intelligence, the ultimate intelligence. 1<sup>st</sup> ed. London: Bloomsbury Publishing; 2000.
5. Amram JY. The contribution of emotional and spiritual intelligences to effective business leadership [dissertation]. California: Institute of Transpersonal Psychology; 2009.
6. Abdullahzadeh H, Bagherpour M, Buzhmhrany S, Lotfi M. [Spiritual Intelligence]. Tehran: Ravansanji; 2009. [Persian]
7. Yaghoobi A. [The study of relation between spiritual intelligence and rate of happiness in Boali University students]. Journal of Research in Educational Systems. 2010; 4(9): 85-96. [Persian]
8. Sohrabi F. [Fundamentation of Spritual Intellingence]. Quarterly Journal of Mental Health. 2008; 1(1): 14-18. [Persian]
9. Moallemi S, Bakhshani M, Raghibi M. [On the relationship between mental health, spiritual intelligence and dysfunctional attitudes in students of Systan and Baluchestan University, Southeast of Iran]. Fundamentals of Mental Health. 2011; 12(48): 702-9. [Persian]
10. Adham D, Amiri M, Dadkhah B, Mohammadi MA, Mozaffari N, Sattari Z, et al. [Investigation of Mental Health in students of Ardabil University of Medical Sciences]. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2007; 8(29): 229-34. [Persian]
11. Rafati F, Shamsi A, Pilevarzadeh M, Rafati S. [Mental health and risk facors those in nursing students in -Jiroft medical students]. Modern Care Journal. 2012; 9(2): 137-45. [Persian]
12. Dadkhah B, Mohammadi MA, Mozaffari N. [Mental health status of the students in Ardabil University of Medical Sciences]. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2005; 6(1): 31-36. [Persian]
13. Lotfi MH, Aminian AH, Nouri Shadkami M, Ghomizadeh A, Zare M. [Assessment of General Health among Students of yazd University of Medical Sciences in 2002-6]. Teb va Tazkiyeh. 2007; 16(3-4): 49-56. [Persian]
14. Pourdehghan M, Danesh A, Esmaili H. [Job Strain and Blood Pressure in Nurses during Work Shifts]. Iraninan Psychiatry and Clinical Psychology. 2005; 11(1): 81-8. [Persian]
15. Rezai R, behshti Z, haji hoseeni F, saydi andi S. [Study of relation between studying of universities and psychiatric health in first and last grade students of Nursing]. Iranian Journal of Nursing Research. 2007; 1(3): 67-86. [Persian]
16. King DB, De Cicco TL. A viable model and self-report measure of spiritual. International Journal of Transpersonal Studies. 2009; 28(1): 68-85.
17. Hamidi F, Sedaghat H. [Comparison of Spiritual Intelligence between High School Students According to their Genders and Grades]. Woman in Culture and Arts. 2013; 4(4): 75-88. [Persian]
18. Moallemi S, Raghibi M, Salari Dargi Z. [Comparison of Spiritual Intelligence and Mental Health in Addicts and Normal Individuals]. The Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. 2010, 18(3): 234-242. [Persian]
19. Ahmadi Z, Mohamad zadeh Sh, Sahbabi F, Mahmoudi M. [Surveying mental health status of nursing and non-nursing students of Shahroud Islamic Azad University]. Medical Sciences Journal of Islamic Azad University. 2007; 17(2): 107-11. [Persian]
20. Karimi Zarchi A, Tavalaei SA, Adibzadeh A, Hossainlou SH. [Prevalence of depression and their associated factors among medical students]. Kowsar Medical Journal. 2003; 8(3): 231-4. [Persian]
21. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement. 1970; 30:607-10.
22. Abdollahzadeh H, Kashmiri M, Arab Ameri F. [Construction and Standardization of spiritual intelligence questionnaires]. Tehran: Ravansanji; 2009. [Persian]
23. Noorbala AA, Bagheri yazdi SA, Mohammad K. [The Validation of General Health Questionnaire- 28 as a Psychiatric Screening Tool]. Hakim. 2009; 11(4): 47-53. [Persian]
24. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of general health questionnaire. Psychol Med. 1979; 9(1): 131- 145.
25. Sterling M. General Health Questionnaire – 28 (GHQ-28). Journal of physiotherapy. 2011; 57(4): 259.
26. Williams P, Goldberg DP, Mari J. The validity of the GHQ-28. Social Psychiatry. 1987; 21: 15-18.
27. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. Psychological Medicine. 1997; 27(1): 191-197.

28. Taghavi SMR. The Normalization of General Health Questionnaire for Shiraz University Students (GHQ-28). *Clinical Psychology & Personality*. 2008; 1(28): 1-13. [Persian]
29. Mohebbi P, Rastgari L, Jaefari A, Sepehrinia M. [Spiritual Intelligence in Zanjan Nursing and Midwifery Students and its Related Factors]. *Nursing & Midwifery Care Journal*. 2013; 2(2): 49-56. [Persian]
30. Ghana S, Jouybari LM, Sharif Nia SH, Hekmat Afshar M, Sanagoo A, Chehreh Gosha M. [Correlation of spiritual intelligence with some of demographic and educational factors among the students of Golestan University of Medical Sciences]. *Journal of Health Promotion*. 2013; 2(1): 17-23. [Persian]
31. Khorshidi A, GanehEbaadi M. Relationship between Spiritual Intelligence and Job Satisfaction. *Journal of Applied Environmental and Biological Sciences*. 2012; 2(3): 130-3.
32. Ebrahimi A, Keykhosrovani M, Deghani M, Javdan M. Investigating the relationship between resiliency, spiritual intelligence and mental health of a group of undergraduate students. *Life Sciences Journal*. 2012; 9(1): 67-70.
33. Hosseinchari M, Zakeri HR. [The effect of studying university majors, religious and art sciences on spiritual intelligence: a trial for validation and measuring reliability of spiritual intelligence scale]. *Training Measurement*. 2010; 1(1): 71-93. [Persian]
34. Raghieb MS, Ahmadi J, Siadat J. [Analysis of Amount of Spiritual Intelligence among Students at University of Isfahan and its Relation to Demographic Traits]. *Journal of Educational Psychology Studies*. 2008; 5(8): 39-56. [Persian]
35. Yang KP. The spiritual intelligence of nurses in Taiwan. *J Nurs Res*. 2006; 14(1): 24-35.
36. Yang KP, Mao XY. A study of nurses' spiritual intelligence: a cross-sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2007; 44(6): 999-1010.
37. George M. Practical application of spiritual intelligence in the workplace. *Human resource management international Digest*. 2006; 14(5): 3-5.
38. Bagheri F, Akbarizadeh F, Hatami HR. [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*. 2011; 14(4): 256-63. [Persian]
39. Rostami L. [Exploring the relationship between Spiritual intelligence and effectiveness of sports teachers]; 2012. [cited 2013 Jun 26]. available from: <http://www.kiau.ac.ir/persian/pdf/pdftitles376/titles1877.pdf>
40. Raqib MS, Siyadat SA. [An Analysis of Spiritual Intelligence of Department Heads at Isfahan University and Its Relation to Demographic Traits]. *Islamic Studies and Psychology*. 2012; 5(9): 131-144. [Persian]
41. Duffy RD. Spirituality, Religion, and Career Development: Current Status and Future Directions. *The Career Development Quarterly*. 2006; 55(1): 52-63.
42. Haghshenas M, Nourbala AA, Akaberi A, Nejati V, Salehi M, Taiebi Z. [The relationship between spiritual intelligence and students' attachment styles]. *Medical Ethics*. 2010; 4(14): 168-181. [Persian]
43. Babolhavaeji F, Rostami Nasab A, Tajodini O, Hashemi Nasab F. [Spiritual Intelligence and Happiness Correlation among University of Tehran Librarians]. *Journal of Academic Librarianship*. 2012; 45(58): 101-121. [Persian]
44. Taleghani N, Roghanchi M, Shokri M. [The relationship between religious orientations with mental health of College student]. *Student's mental health: Proceedings of the 3<sup>th</sup> Conference*. Department of Student Research, Ministry of Science and Technology; 2006: 258-254. [Persian]
45. Ghasemzadeh A, Youneci R, Khanlou H. [A Comparative Study of Mental Health and Self-Esteem of freshman and Junior Students]. *Journal of*
46. Tavakolizadeh J, Khodadadi Z. [Assessment of Mental Health among Freshmen Entering the First Semester in Gonabad University of Medical Sciences in 2009-2010]. *Ofogh-e-Danesh*. 2010; 16(3): 45-52. [Persian]
47. Ansari H, Bahrami L, Akbarzade L, Bakhasani NM. [Assessment of General Health and Some Related Factors among Students of Zahedan University of Medical Sciences in 2007]. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2008; 9(4): 295-304. [Persian]
48. Marin A, Ramirez G. Social Support and Emotional exhaustion among hospital nursing staff. *Eur. J. Psychiat*. 2005; 19(2): 96-106.
49. Zare N, Daneshpajoo F, Amini M, Razaghi M, Fallahzadeh MH. [The Relationship between Self-esteem, General Health and Academic Achievement in Students of Shiraz University of Medical

- Sciences]. Iranian Journal of Medical Education. 2007; 7(1): 59-67. [Persian]
50. Samimi R, Masrure Rodsary D, Hosseini F, Tamadonfar M. [Correlation between Lifestyle and General Health in University Students]. Iran Journal of Nursing. 2007; 19(48): 83-93. [Persian]
51. Mohammadbeygi A, Mohammad salehi N, Ghamari F, Salehi B. [Depression symptoms prevalence, general health status and its risk factors in dormitory students of Arak universities 2008]. Arak Medical University Journal. 2009; 12(3): 116-123. [Persian]
52. Moradian Sorkhkalaee M, Eftekhar H, Nejat S, Saeepour N, Esmaeel Shemirzadi N. [The State of Mental Health of Students of Tehran Medical Sciences University in the Academic Year 2010-2011]. Faraz. 2013; 14(2): 16-22. [Persian]
53. Akbarizadeh F, Bagheri F, Hatami HR, Hajivandi HR. [Relationship between nurses' spiritual intelligence with hardiness and general health]. Journal of Kermansha University of Medical Sciences. 2011; 15(6): 466-72. [Persian]
54. Sepehrmanesh Z. [Mental Health and Its Related Factors in Young Women in Kashan City]. Iranina Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility. 2009; 12(1): 31-41. [Persian]
55. Mousavi SH, Talebzadeh M. [The relationship between mental health and spiritual intelligence in students]. The first national conference on effective social factors on the health; 2010 Oct 13-14; Iran, Tehran. [cited 2014 Feb 8]. available from: [http://fa.ncognitivescience.com/wp-content/uploads/2013/07/SNCSDH01\\_207\\_1584641.pdf](http://fa.ncognitivescience.com/wp-content/uploads/2013/07/SNCSDH01_207_1584641.pdf). [Persian]
56. Vaughan F. What is spiritual intelligence?. Journal of Humanistic Psychology. 2002; 42(2): 16-33.

# The Relationship between Nursing Students' Spiritual Intelligence and their General Health in Tehran, 2012

Majideh Heravi-Karimooj<sup>1</sup>, Nahid Rejeh<sup>2</sup>, Seyyed Hamid Sharif Nia<sup>3</sup>

## Abstract

**Introduction:** Nursing students are encountered with a wide range of health-related problems. On the other hand, the role of spiritual intelligence as a new approach in mental health, physical health, and efficient social partnership is considered to be very important. The aim of this study was to investigate the relationship between spiritual intelligence and general health among nursing students within year 2012 in Tehran.

**Methods:** This descriptive correlation study included 320 B.S. nursing students studying in different universities of Tehran that were selected through Morgan Formula. Data was collected using questionnaire for demographic data, Abdollahzadeh's spiritual intelligence questionnaire, and General Health Questionnaire (GHQ-28). Data was analyzed using independent t-test, one-way ANOVA, correlation coefficient, and linear regression.

**Results:** There was a significant positive relationship between spiritual intelligence and general health ( $P < 0.005$ ). Among demographic characteristics (age, gender, marital status, habitats, and educational year) only average grade showed a significant relationship with spiritual intelligence ( $P < 0.016$ ) and general health ( $P < 0.025$ ).

**Conclusion:** Higher spiritual intelligence was associated with more general health of nursing students. It seems that promotion of spiritual intelligence increases mental health and physical health of nursing students and thus improves the quality of medical care to patients.

**Keywords:** Spiritual intelligence, general health, nursing students.

## Addresses:

<sup>1</sup> (✉) Associate Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran. E-mail: heravi@shahed.ac.ir

<sup>2</sup> Associate Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran. E-mail: reje@shahed.ac.ir

<sup>3</sup> Bsc, MSc, Candidate of PhD in Nursing, poet & literary critic, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran. Email: h.sharifnia@mazums.ac.ir