

الدور الوسيط للصحة المعنوية في العلاقة بين الذكاء العاطفي والإدمان بالهواتف الذكية

تقي اكبري^١، شيرين احمدي^{٢*}، مرتضى جاويدبور^١، حسين تقوي^١

١- قسم العلوم التربوية، كلية علم النفس والعلوم التربوية، جامعة الخقق الاردبيلي، اردبيل، ايران.

٢- قسم علم النفس، كلية علم النفس والعلوم التربوية، جامعة الخقق الاردبيلي، اردبيل، ايران.

* المراسلات الموجهة إلى السيدة شيرين احمدي؛ البريد الإلكتروني: ahmadishirin@uma.ac.ir

معلومات المادة

الوصول: ١٨ ربيع الثاني ١٤٤٢

وصول النص النهائي: ٢٨ جمادى الاولى ١٤٤٢

القبول: ٣ رجب ١٤٤٢

النشر الإلكتروني: ١٨ شعبان ١٤٤٣

الكلمات الرئيسية:

الإدمان بالهاتف الخليوي

الذكاء العاطفي

الصحة المعنوية

الملخص

خلفية البحث وأهدافه: ان الاستخدام المفرط للهواتف الذكية، قد غير العادات الفكرية للإنسان بشكل كبير كما انه قد اثر على التوافق السلوكي والنفسي-الاجتماعي. يقوم هذا البحث بدراسة الدور الوسيط للصحة الروحية في العلاقة بين الذكاء العاطفي والإدمان بالهواتف الذكية.

منهجية البحث: اجريت الدراسة الحالية بطريقة وصفية وترابطية. اشتمل المجتمع الاحصائي للدراسة، جميع التلاميذ الذكور في المرحلة المتوسطة في المدارس الحكومية بمدينة اردبيل عام ٢٠١٩ حيث تم اختيار ٢٥٠ عينة منهم بطريقة اخذ العينة العشوائية العنقودية ذات المراحل المتعددة وطُلب منهم الاجابة على استبيانات الادمان بالهواتف الذكية والذكاء العاطفي والصحة المعنوية. تم تحليل البيانات من خلال معايير الاحصاء الوصفي، ومعامل ارتباط بيرسون ونموذج العلاقات الهيكلية. تمت مراعاة جميع الموارد الاخلاقية في هذا البحث وازافة الى هذا، فإن مؤلفي البحث لم يشيروا الى اي تضارب في المصالح.

المعطيات: اظهرت نتائج معامل الارتباط ان هناك علاقة سلبية بين الادمان بالهواتف الذكية وبين الدرجة الكلية للذكاء العاطفي ومكوناته وبين الصحة المعنوية. كما أن هناك علاقة ايجابية بين الصحة المعنوية وبين الدرجة الكلية للذكاء العاطفي ومكونات الوعي والتحفيز الذاتي ($P < 0.001$). اضافة الى هذا، اكدت مؤشرات توفيق النماذج ايضا على تأثير الذكاء العاطفي على الادمان بالهواتف المحمولة مع وجود الصحة المعنوية كعامل وسيط.

الاستنتاج: تعزز نتائج البحث، الفرضية القائلة بأن الصحة المعنوية يمكن ان تكون عاملا وقائيا للمراهقين وتساعدهم على تقليل الاعراض السلبية لاستخدام الانترنت والهواتف الذكية. تعتبر اثار هذه النتائج مفيدة للوقاية من عدم التوافق النفسي المرتبط بالانترنت والاستخدام المفرط للهواتف الذكية عند المراهقين.

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Akbari T, Ahmadi Sh, Javidpour M, Taqavi H. The Mediating Role of Spiritual Health in the Relationship between Emotional Intelligence and Mobile Phone Addiction. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2022;8(1):8-21. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v8i1.33109>

نقش واسطه‌ای سلامت معنوی در ارتباط بین هوش هیجانی و اعتیاد به تلفن همراه

تقی اکبری^۱، شیرین احمدی^{۲*}، مرتضی جاویدپور^۱، حسین تقوی^۱

۱- گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۲- گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

*مکاتبات خطاب به خانم شیرین احمدی؛ رایانامه: ahmadishirin@uma.ac.ir

اطلاعات مقاله

دریافت: ۱۴ آذر ۱۳۹۹

دریافت متن نهایی: ۲۳ دی ۱۳۹۹

پذیرش: ۲۷ بهمن ۱۳۹۹

نشر الکترونیکی: ۱ فروردین ۱۴۰۱

واژگان کلیدی:

اعتیاد به تلفن همراه

سلامت معنوی

هوش هیجانی

چکیده

سابقه و هدف: استفاده اعتیادی از تلفن همراه عادت‌های تفکر انسان را عمیقاً تغییر داده و بر سازگاری رفتاری و روانی-اجتماعی افراد نیز تأثیر گذاشته است. پژوهش حاضر با هدف نقش واسطه‌ای سلامت معنوی در ارتباط بین هوش هیجانی و اعتیاد به تلفن همراه انجام گرفته است.

روش کار: روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش تمامی دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه مدارس دولتی شهرستان اردبیل در سال تحصیلی ۱۳۹۸ بود که از میان آنان نمونه‌ای به حجم ۲۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شد و به پرسش‌نامه‌های اعتیاد به تلفن همراه، هوش هیجانی و سلامت معنوی پاسخ دادند. داده‌ها نیز با شاخص‌های آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون و الگوی روابط ساختاری تحلیل شد. در این پژوهش همه موارد اخلاقی رعایت شده است و مؤلفان تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

یافته‌ها: نتایج ضریب همبستگی نشان داد که اعتیاد به تلفن همراه با نمره کل هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن و با سلامت معنوی ارتباط منفی داشت. همچنین سلامت معنوی با نمره کل هوش هیجانی و مؤلفه‌های آگاهی و خودانگیزی ارتباط مثبت داشت ($P < 0/001$). علاوه بر این، شاخص‌های برازش الگو نیز تأثیر هوش هیجانی را بر اعتیاد به تلفن همراه با میانجیگری سلامت معنوی تأیید کرد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش این فرض را تقویت می‌کند که سلامت معنوی می‌تواند عاملی محافظتی در نوجوانان باشد و به آنان کمک کند تا علائم منفی مرتبط با استفاده از اینترنت و تلفن‌های هوشمند را کاهش دهند. پیامدهای این یافته‌ها برای پیشگیری از ناسازگاری روان‌شناختی مرتبط با اینترنت و استفاده مشکل‌ساز از تلفن‌های هوشمند در نوجوانان کاربرد دارد.

استناد مقاله به این صورت است:

Akbari T, Ahmadi Sh, Javidpour M, Taqavi H. The Mediating Role of Spiritual Health in the Relationship between Emotional Intelligence and Mobile Phone Addiction. *Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat*. 2022;8(1):8-21. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v8i1.33109>

مقدمه

شواهد بسیاری نشان می‌دهد که اعتیاد به تلفن همراه^۱ در میان نوجوانان و جوانان به دلیل میزان بالای وقوع آن، نگرانی‌هایی را به وجود آورده است (۱) و تأثیرات نامطلوب جدی بر سلامتی (۲)، کیفیت خواب (۳)، بهزیستی ذهنی، موفقیت‌های تحصیلی و روابط بین فردی آنان دارد (۴). اعتیاد به تلفن همراه به افراط در فعالیت‌های مربوط به تلفن همراه همراه با ولع و وابستگی قوی و مداوم به تلفن همراه اشاره دارد که به ازدست‌دادن خودکنترلی و به‌خطر افتادن عملکرد روانی و اجتماعی در بین افراد منجر می‌شود (۵). با توسعه سریع فناوری اطلاعات، تلفن‌های همراه به دلیل عملکردهای بسیار غنی در زندگی روزمره مردم ادغام شده است. نوجوانانی که توانایی خودکنترلی در آنان در حال رشد است، به احتمال زیاد، جذب تلفن‌های همراه می‌شوند (۶). علاوه بر این، نوجوانان هنگام ورود به دانشگاه در مرحله حساس رشد علمی قرار دارند که پایه و اساس کارهای آینده آنان را بنیان می‌گذارد. اعتیاد به تلفن همراه می‌تواند به‌طور چشمگیری توجه نوجوانان را منحرف کند و پیشرفت تحصیلی آنان را کاهش دهد (۷) که ممکن است تأثیر حیاتی در پیشرفت شغلی آنان داشته باشد. جامعه دیجیتال فرصت‌های بی‌شماری را فراهم می‌کند اما با وجود مزایای ضمنی به‌ویژه برای افراد نوجوان خطراتی را به همراه دارد (۸). مجموعه‌ای از تحقیقات بیان می‌کند تلفن‌های هوشمند می‌تواند به اینترنت متصل شود و همچنین انواع مختلفی از برنامه‌ها را اجرا کند (برای نمونه بازی، قمار، استفاده از شبکه‌های اجتماعی و غیره)؛ در نتیجه موجب اختلال روانی می‌شود (۹). نوجوانان بین ۱۶ تا ۱۸ سال کمتر از افراد مسن به تأثیر منفی اینترنت بر سلامتی اعتقاد دارند (۱۰). شیوع اعتیاد به اینترنت در نوجوانان ۴/۹-۱/۲ درصد (۱۱) و در دانشجویان تا ۳۰ درصد است (۱۲).

یکی از متغیرهایی که می‌تواند در اعتیاد به تلفن همراه نقش داشته باشد هوش هیجانی^۲ است. هوش هیجانی توانایی استدلال درباره هیجانات و استفاده از اطلاعات پرتأثیر برای هدایت تفکر و همچنین اقدامات شخص است (۱۳). بر اساس الگوی توانایی چهارشاخه‌ای از هوش هیجانی، هوش هیجانی شامل توانایی‌های درک هیجانات، استفاده از هیجانات برای تسهیل افکار، درک احساسات و مدیریت هیجانات است (۱۴).

هوش هیجانی مهارت مهم اجتماعی است و طبق الگوی مهارت اجتماعی، کمبود مهارت‌های اجتماعی افراد را مستعد ترجیح برای تعامل اجتماعی برخط می‌کند که خطر اعتیاد به تلفن‌های هوشمند را افزایش می‌دهد (۱۵). مطابق با این دیدگاه، مهارت‌های ذهنی هیجانی عوامل محافظت‌کننده برای اعتیاد به اینترنت شناخته شده است. برعکس، نبود مهارت‌های ذهنی هیجانی عاملی خطرزا برای ایجاد انواع اعتیاد است (۱۶). گرایش‌های اعتیادی به تلفن همراه تأثیرات مثبت معناداری بر رفتارهای مشکل‌ساز و تأثیرات منفی قابل‌توجهی بر هوش هیجانی دارد (۱۷). علاوه بر این، بین هوش هیجانی و سبک کنارآمدن با سوء رفتار دوره کودکی و اعتیاد به تلفن‌های هوشمند ارتباط وجود دارد (۱۸). آریویلاگا^۳ و همکاران در مطالعات خود گزارش داده‌اند که بین هوش هیجانی و اعتیاد به تلفن همراه و خودکشی ارتباط منفی و معناداری وجود دارد (۱۹).

سلامت معنوی یکی از سازه‌هایی است که به نظر می‌رسد ارتباط بین هوش هیجانی و اعتیاد به تلفن همراه را میانجیگری می‌کند. سلامت معنوی یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان است که رابطه یکپارچه و هماهنگی بین نیروهای بیرونی و داخلی فراهم می‌کند و با ویژگی‌هایی مانند ثبات در زندگی، هماهنگی و همچنین احساس رابطه نزدیک با خود، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود (۲۰). همچنین سلامت معنوی احساس ارتباط و هماهنگی با خود، دیگران، طبیعت و وجود متعالی توصیف شده است که به شناخت هدف نهایی و معنای زندگی از طریق روند رشد قابل دستیابی، پویا و منسجم منجر می‌شود (۲۱). این بُعد سلامت دو بخش سلامت مذهبی و سلامت وجودی را دربرمی‌گیرد که سلامت مذهبی به معنای میزان ارتباط رضایت‌بخش با خدا و سلامت وجودی به معنای احساس رضایت از زندگی و داشتن معنویت و هدف در زندگی است (۲۲). خجسته در مطالعات خود نشان داده است که بین اعتیاد به اینترنت و سلامت معنوی ارتباط معناداری وجود دارد (۲۳). شکرافشان، عسکری‌زاده و همکاران نیز گزارش داده‌اند که بین سلامت معنوی، هراس اجتماعی و رضایت زندگی با اعتیاد به اینترنت ارتباط وجود دارد (۲۴). شیم^۴ در پژوهش خود که درباره نوجوانان انجام داده به این نتیجه رسیده است که اعتیاد به تلفن‌های همراه با بهزیستی معنوی ارتباط منفی دارد (۲۵). یافته‌های مونتروسو^۵ و همکاران نشان

^۳ Arrivillaga

^۴ Shim

^۵ Monterosso

مجله پژوهش در دین و سلامت

^۱ Mobile phone addiction

^۲ Emotional intelligence

دانش و مهارت؛ تحریف‌نکردن اطلاعات؛ تعارض منافع؛ رازداری حرفه‌ای؛ محرمانه‌بودن پرسش‌نامه‌ها؛ رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از آن رعایت شده است. علاوه‌براین، تمام آزمودنی‌ها برای شرکت در پژوهش آزادی کامل داشتند و پیش از تکمیل پرسش‌نامه اهداف پژوهش توضیح و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات جمع‌آوری‌شده به‌صورت گروهی تحلیل خواهد شد. پرسش‌نامه‌ها نیز به‌صورت بی‌نام و با کد در اختیار آزمودنی‌ها قرار داده شد.

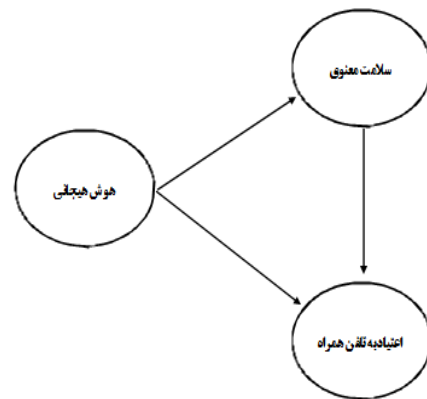
روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش تمامی دانش‌آموزان مدارس دولتی شهرستان اردبیل در سال تحصیلی ۱۳۹۸ بود. از آنجایی‌که به‌زعم بسیاری از پژوهشگران حداقل حجم نمونه لازم در الگوهای ساختاری ۲۰۰ نفر است؛ حجم نمونه در پژوهش حاضر نیز با در نظر گرفتن احتمال افت نمونه‌ها، ۲۶۰ نفر در نظر گرفته شد که بعد از حذف داده‌های مخدوش ۲۵۰ پرسش‌نامه وارد تحلیل آماری شد. روش نمونه‌گیری نیز تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای بود.

روش جمع‌آوری اطلاعات به این صورت بود که بعد از دریافت مجوز از دانشگاه به اداره آموزش و پرورش شهرستان اردبیل مراجعه شد و پس از موافقت اداره و ارائه مجوز لازم برای همکاری، ابتدا فهرست تمامی مدارس دولتی پسرانه دوره دوم متوسطه شهرستان اردبیل در نیمسال اول سال تحصیلی ۱۳۹۸ که ۹ مدرسه را شامل می‌شد، تهیه و دو مدرسه از بین آنها با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شد و سپس از بین دو مدرسه منتخب، پنج کلاس به‌طور تصادفی انتخاب شد. با انتخاب تصادفی شرکت‌کنندگان در سطح مدارس، از دانش‌آموزان به‌منظور همکاری دعوت شد و پژوهشگر با حضور در مدارس و ضمن هماهنگی با مدیر و دبیران مدارس مربوطه و بعد از مراجعه به دانش‌آموزان در محل کلاس از آنان درخواست کرد به‌صورت گروهی به پرسش‌نامه‌های اعتیاد به تلفن همراه، سلامت معنوی و هوش هیجانی پاسخ دهند.

معیارهای ورود به مطالعه داشتن تلفن همراه و تمایل به شرکت در پژوهش و دانش‌آموز بودن و معیار خروج نیز تمایل‌نداشتن به شرکت در پژوهش بود. به‌منظور گردآوری داده‌ها از سه پرسش‌نامه به شرح زیر استفاده شد:

می‌دهد دانش‌آموزانی که بهزیستی معنوی بالایی دارند در مقایسه با دانش‌آموزانی که از لحاظ بهزیستی معنوی در سطح پایین‌تر هستند، سطح بالاتری از اعتیاد به تلفن‌های همراه را نشان می‌دهند (۲۶). اکبری و همکاران در مطالعات خود گزارش داده‌اند که بین سلامت معنوی و هوش هیجانی ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۲۷). بوایس^۱ و همکاران نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیده‌اند که مدیریت هوش هیجانی با بهزیستی معنوی و مؤلفه‌های آن ارتباط دارد (۲۸).

با توجه به سوابق پژوهشی یادشده می‌توان گفت در تحقیقات زیادی به اعتیاد به تلفن همراه توجه شده است. از سوی دیگر، با توجه به اینکه مطالعات پیشین عمدتاً بر دانشجویان دانشگاه متمرکز بوده و تلاش‌های زیادی برای درک بهتر اعتیاد به تلفن همراه در نوجوانان انجام نشده است؛ همچنین، تحقیقات پیشین بیشتر با تأکید بر دیگر عوامل اعتیاد به تلفن همراه انجام شده و کمتر درباره تأثیر نقش میانجی عوامل معنویت و سازوکارهای اساسی آن پژوهشی صورت گرفته است. بر مبنای همین تبیین نظری، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش واسطه‌ای سلامت معنوی در ارتباط بین هوش هیجانی و اعتیاد به تلفن همراه در قالب الگوی مفهومی زیر انجام گرفته است.



شکل (۱) الگوی مفهومی پژوهش

روش کار

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط از جمله مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای، علمی و آموزشی؛ احترام به حقوق و کرامت افراد؛ عمل به استانداردهای ممکن و مستدل در تحقیق؛ استفاده بجا از

^۱ Beauvais

کل هوش معنوی به دست آمده است.

۳) پرسش‌نامه هوش هیجانی شیرینگ^۳: این پرسش‌نامه به منظور اندازه‌گیری میزان هوش عاطفی فرد ارائه شده است. پرسش‌نامه یادشده ۳۳ سؤال دارد که مؤلفه‌های هوش عاطفی را اندازه‌گیری می‌کند. هر آزمودنی شش نمره جداگانه دریافت می‌کند که پنج نمره آن مربوط به هر کدام از مؤلفه‌ها و یک نمره به صورت کلی است. سؤالات ۱، ۶، ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۲۴، ۲۷، ۳۲ و ۳۳ مؤلفه آگاهی؛ سؤالات ۲، ۱۱، ۱۶، ۱۸، ۲۳ و ۳۰ مؤلفه مدیریت خود؛ سؤالات ۳، ۴، ۱۷، ۲۲، ۲۵ و ۲۹ مؤلفه خودآگاهی اجتماعی؛ سؤالات ۷، ۸، ۱۳، ۱۹ و ۲۸ مؤلفه مهارت‌های اجتماعی و سؤالات ۱، ۹، ۱۵، ۲۰، ۲۱، ۲۶ و ۳۱ مؤلفه خودانگیزی را اندازه‌گیری می‌کند و پاسخ‌ها به صورت پنج‌درجه‌ای و ترتیبی است. در سؤالات این پرسش‌نامه چنانچه آزمودنی گزینه الف را انتخاب کند نمره ۱ و چنانچه گزینه ۵ را انتخاب کند نمره ۵ می‌گیرد و بالعکس. اگر آزمودنی در سؤالات ۱، ۱۲، ۹، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۲۲، ۲۸، ۳۱ و ۳۳ گزینه الف را انتخاب کند نمره ۵ می‌گیرد و چنانچه گزینه‌های ب، ج، د و ه را انتخاب کند به ترتیب نمره کمتری می‌گیرد. نمره‌گذاری سؤالات دیگر نیز بر عکس است. منسوری این مقیاس را در سال ۱۳۸۱ ترجمه کرده است و برای بررسی پایایی و روایی آن بر اساس روش همبستگی و آلفای کرونباخ برای ۳۳ سؤال ۰/۸۴ به دست آورده است (۳۲). ضریب پایایی آن در پژوهش حاضر به ترتیب ۰/۶۹ برای آگاهی، ۰/۶۲ برای مدیریت خود، ۰/۶۴ برای خودآگاهی اجتماعی، ۰/۶۳ برای مهارت‌های اجتماعی، ۰/۶۱ برای خودانگیزی و ۰/۷۹ برای نمره کل هوش هیجانی به دست آمده است.

یافته‌ها

تعداد ۲۵۰ دانش‌آموز پسر مقطع متوسطه در این پژوهش شرکت داشتند که رشته تحصیلی ۹۰ نفر (۳۶ درصد) از آنان علوم انسانی، ۷۳ نفر (۲۹/۲ درصد) علوم تجربی و ۶۵ نفر (۲۶ درصد) ریاضی بود و ۲۲ نفر (۸/۸ درصد) نیز نوع رشته تحصیلی خود را مشخص نکرده بودند.

جدول شماره ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابستگی به تلفن همراه، سلامت معنوی و هوش هیجانی و مؤلفه‌های آنها را نشان می‌دهد.

۱) پرسش‌نامه اعتیاد به تلفن همراه: کو^۱ این پرسش‌نامه را طراحی کرده است. قسمت اول شامل مشخصات جمعیت‌شناختی و نحوه استفاده از تلفن همراه و قسمت دوم شامل ۲۰ سؤال درباره وابستگی به تلفن همراه است که در سه حیطه شامل تحمل محرومیت (هفت سؤال)، اختلال عملکرد زندگی (شش سؤال) و اجبار-اصرار (هفت سؤال) طبقه‌بندی و نمره‌گذاری شده است. هر یک از سؤالات چهار گزینه‌ای خلی زیاد، زیاد، خیلی کم و کم دارد و امتیازات به صورت معتادان به تلفن، استفاده‌کنندگان شدید و متوسط مشخص شده است. نمره بزرگ‌تر یا مساوی ۷۰ اعتیاد، ۶۳-۷۰ استفاده شدید و کمتر از ۶۳ استفاده متوسط در نظر گرفته شده است. برای تعیین پایایی، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه شده است. روایی پرسش‌نامه به روش روایی ملاکی نشان می‌دهد که پرسش‌نامه وابستگی به تلفن همراه با پرسش‌نامه‌های خودکنترلی و تکانشگری ارتباط معنی‌داری دارد. همچنین روایی سازه این ابزار از روش تحلیل عامل تأیید برای ۵۷۷ دانش‌آموز تأیید شده است (۲۹). ضریب پایایی آن در پژوهش حاضر به ترتیب ۰/۷۱ برای تحمل محرومیت، ۰/۷۶ برای اختلال عملکرد زندگی، ۰/۷۴ برای اجبار-اصرار و ۰/۸۱ برای نمره کل اعتیاد به تلفن همراه به دست آمده است.

۲) پرسش‌نامه سلامت معنوی: ۱۰ سؤال پرسش‌نامه ۲۰ سؤالی سلامت معنوی پولوتزین و الیسون^۲ (سؤالات ۱، ۳، ۵، ۷، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۱۷ و ۱۹) سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر (سؤالات ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۸ و ۲۰) سلامت وجودی فرد را می‌سنجد. نمره سلامت معنوی در دامنه ۱۴۰-۲۰ در نظر گرفته شده است. هر چه نمره به دست آمده بالاتر باشد نشانه سلامت معنوی بالاتر است. پاسخ سؤالات به صورت لیکرت هفت‌گزینه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۷) دسته‌بندی شده است. نمره‌گذاری سؤالات ۱، ۲، ۵، ۶، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۶ و ۱۸ نیز به شکل معکوس انجام شده است. سلامت معنوی به سه سطح پایین ۲۰-۴۰، متوسط ۴۱-۱۹ و بالا ۱۲۰-۱۰۰ تقسیم‌بندی شده است (۳۰). در مطالعه سیدفاطمی و همکاران روایی پرسش‌نامه سلامت معنوی از طریق اعتبار محتوا ۰/۹۱ و پایایی آن از طریق ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۸۲ تعیین شده است (۳۱). ضریب پایایی آن در پژوهش حاضر به ترتیب ۰/۸۲ برای سلامت مذهبی، ۰/۷۹ برای سلامت وجودی و ۰/۸۴ برای نمره

^۱) Koo

^۲) Palutzian & Ellison

^۳) Shiring

مجله پژوهش در دین و سلامت

جدول ۱) میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابستگی به تلفن همراه، سلامت معنوی و هوش هیجانی

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	متغیرها	میانگین	انحراف معیار
سلامت معنوی	۷۱/۹۶	۸±/۳۸	هوش هیجانی	۱۱۷/۶۹	±۱۵/۴۲
سلامت وجودی	۳۵/۳۱	±۴/۵۳	آگاهی	۲۹/۱۱	±۵/۰۰
سلامت مذهبی	۳۶/۶۴	±۴/۸۹	خودآگاهی اجتماعی	۲۱/۴۵	±۳/۸۲
تحمل محرومیت	۱۲/۷۰	±۶/۱۷	مدیریت خود	۲۱/۶۴	±۳/۸۴
اختلال عملکرد زندگی	۱۰/۷۹	±۴/۳۲	مهارت‌های اجتماعی	۱۷/۳۳	±۳/۴۳
اجبار-اصرار	۱۱/۰۰	±۳/۵۴	خودانگیزی	۲۸/۱۵	±۴/۹۰
وابستگی به تلفن همراه	۳۴/۴۸	±۱۲/۲۹			

نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که وابستگی به تلفن همراه با نمره کل هوش هیجانی ($r = -0.59$ و $P < 0.001$) و مؤلفه‌های آگاهی ($r = -0.54$ و $P < 0.001$)، مدیریت خود ($r = -0.34$ و $P < 0.001$)، خودآگاهی اجتماعی ($r = -0.47$ و $P < 0.001$)، مهارت‌های اجتماعی ($r = -0.36$ و $P < 0.001$) و خودانگیزی ($r = -0.42$ و $P < 0.001$) و با نمره کل سلامت معنوی ($r = -0.35$ و $P < 0.001$) ارتباط منفی داشت. همچنین سلامت معنوی با نمره کل هوش هیجانی ($r = -0.43$ و $P < 0.001$) و مؤلفه‌های آگاهی ($r = -0.28$ و $P < 0.001$) و خودانگیزی ($r = -0.25$ و $P < 0.05$) ارتباط مثبت داشت. مقدار P در آزمون پژوهش حاضر 0.05 در نظر گرفته شد. پیش از تحلیل داده‌ها و برای اطمینان از اینکه داده‌های این

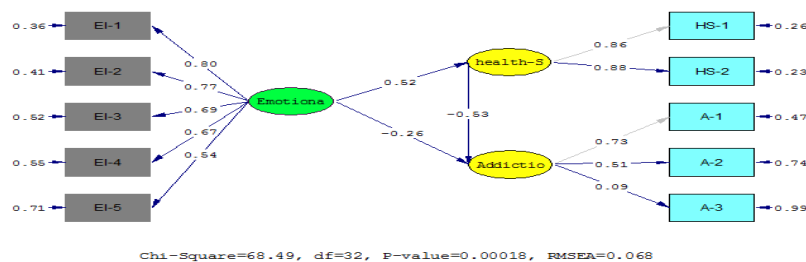
پژوهش مفروضه‌های زیربنایی الگویابی معادلات ساختاری را برآورد می‌کند، چند مفروضه اصلی معادلات ساختاری شامل داده‌های گمشده، طبیعی بودن و هم‌خطی چندگانه بررسی شد. در پژوهش حاضر جهت طبیعی بودن متغیرها از آزمون آماری کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که نتایج آن نشان داد داده‌ها توزیع طبیعی داشت ($P > 0.05$) و هم‌خطی چندگانه بین متغیرها با استفاده از آماره تحمل و عامل تورم واریانس بررسی شد. علاوه بر این، نتایج نشان داد که ارزش‌های تحمل به دست آمده برای متغیرها بالای 0.10 و همچنین مقدار عامل تورم واریانس به دست آمده برای متغیرها کوچک‌تر از 10 بود که نشان‌دهنده نبود هم‌خطی چندگانه بین متغیرها است.

جدول ۲) ضرایب همبستگی نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
هوش هیجانی	۱							
آگاهی	۰/۸۰**	۱						
مدیریت خود	۰/۶۶**	۰/۴۱**	۱					
خودآگاهی اجتماعی	۰/۷۴**	۰/۵۵**	۰/۳۷**	۱				
مهارت‌های اجتماعی	۰/۶۷**	۰/۴۲**	۰/۳۴**	۰/۳۸**	۱			
خودانگیزی	۰/۷۶**	۰/۴۵**	۰/۳۷**	۰/۴۴**	۰/۴۰**	۱		
سلامت معنوی	۰/۴۳**	۰/۲۸*	۰/۰۹	۰/۱۰	۰/۰۹۷	۰/۲۵*	۱	
وابستگی به تلفن همراه	۰/۵۹**	۰/۵۴**	۰/۳۴**	۰/۴۷**	۰/۳۶**	۰/۴۲**	۰/۳۵**	۱

وابستگی به تلفن همراه با میانجیگری سلامت معنوی معنی‌دار بود ($P < 0.05$).

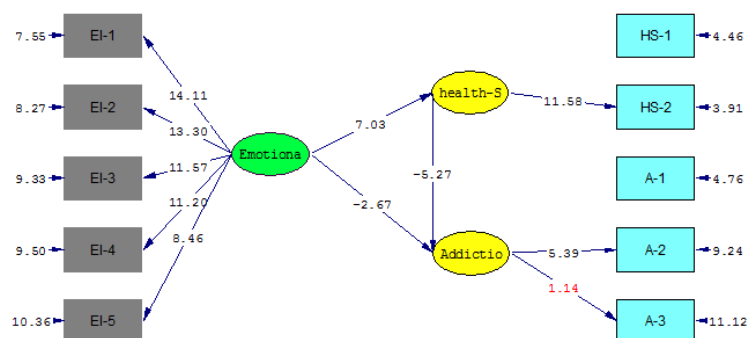
نمودار شماره ۲ بارهای استاندارد شده الگوی پژوهش را نشان می‌دهد. در این مطالعه تمام روابط هوش هیجانی با



نمودار ۲) بارهای استاندارد شده الگوی پیش‌بینی وابستگی به تلفن همراه بر اساس هوش هیجانی با میانجی سلامت معنوی

پژوهش یعنی تأثیر هوش هیجانی بر وابستگی به تلفن همراه با میانجی‌گری سلامت معنوی تأیید شده است.

با توجه به نمودار شماره ۳ و معناداری آماره T مربوط به هر یک از متغیرهای پژوهش در سطح خطای ۰/۰۵، فرضیه



Chi-Square=68.49, df=32, P-value=0.00018, RMSEA=0.068

نمودار ۳) نتایج تحلیل محاسبه مقدار T الگوی پیش‌بینی وابستگی به تلفن همراه بر اساس هوش هیجانی با میانجی سلامت معنوی

اطلاعات جدول شماره ۲ میزان تأثیر غیرمستقیم هوش هیجانی بر وابستگی به تلفن همراه با سلامت معنوی ۰/۱۳ بود.

با توجه به نمودار شماره ۲ و اطلاعات جدول شماره ۳، تأثیر مستقیم هوش هیجانی بر وابستگی به تلفن همراه ۰/۲۶، هوش هیجانی بر سلامت معنوی ۰/۵۲ و سلامت معنوی بر وابستگی به تلفن همراه ۰/۵۳ بود. همچنین با توجه به

جدول ۳) ضرایب مسیر برای بررسی فرضیات پژوهش

نتیجه	P-value	مقدار T	میزان اثر	تأثیرات مستقیم	تأثیرات غیرمستقیم
تأیید شده	۰/۰۲	-۲/۶۷	-۰/۲۶	وابستگی به تلفن همراه	هوش هیجانی
تأیید شده	۰/۰۰۱	۷/۰۳	۰/۵۲	سلامت معنوی	هوش هیجانی
تأیید شده	۰/۰۰۱	-۵/۲۷	-۰/۵۳	وابستگی به تلفن همراه	سلامت معنوی
نتیجه			میزان اثر	تأثیرات غیرمستقیم	تأثیرات مستقیم
تأیید شده	۴/۲۱	-۰/۲۶ × -۰/۵۳ = ۰/۱۳	وابستگی به تلفن همراه	سلامت معنوی	هوش هیجانی

تدوین شده را حمایت می‌کند. از آنجاکه ریشه دوم میانگین مربعات خطای برآورد برای الگوی حاضر ۰/۶۸ به دست آمده است، از طرفی بازه پذیرفتنی برای آن کمتر از ۰/۰۸ است؛ پس می‌توان گفت الگوی برازش شده الگوی مناسبی است.

جهت تعیین کفایت برازش الگوی پیشنهادی با داده‌ها از شاخص‌های کای اسکوتر^۱ بهنجار شده (CMIN/DF)، نیکویی برازش اصلاح شده (AGFI)، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)، شاخص برازش افزایش (GFI)، شاخص برازش مقتصد (PNFI) و ریشه دوم میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) استفاده شده است. مقادیر هر یک از این شاخص‌ها بین ۰ و ۱ قرار داشت و مقادیر نزدیک یا بیشتر از ۰/۹۰ نشانه مطلوب بودن الگو است. CFI برای این الگو ۰/۹۶، IFI ۰/۹۶ و GFI ۰/۹۴ بود که در بازه پذیرفتنی قرار می‌گیرد؛ و مقدار PNFI ۰/۶۷ و دامنه پذیرفتنی آن بزرگ‌تر از ۰/۵۰ بود. شاخص‌های کای اسکوتر بهنجار شده و شاخص برازش مقایسه‌ای نیز در دامنه پذیرفتنی قرار داشت و الگوی

^۱ Chi-Square

جدول (۴) شاخص‌های برازش کلی الگوی نهایی

شاخص	CMIN/DF	CFI	GFI	IFI	PNFI	RMSEA
مقدار محاسبه شده	۲/۱۴	۰/۹۷	۰/۹۵	۰/۹۷	۰/۶۷	۰/۰۶۸
سطح پذیرفتنی	۱-۳	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۵۰	<۰/۰۸

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف نقش واسطه‌ای سلامت معنوی در ارتباط بین هوش هیجانی و اعتیاد به تلفن همراه انجام گرفته است. نتایج نشان داد که هوش هیجانی با اعتیاد به تلفن همراه ارتباط مستقیم دارد. این نتایج با یافته‌های پژوهش چو^۱ و همکاران (۱۷)، سان^۲ و همکاران (۱۸) و آریویلاگا^۳ و همکاران (۱۹) مبنی بر اینکه بین هوش هیجانی و اعتیاد به تلفن همراه ارتباط وجود دارد، همخوان است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که هوش هیجانی توانایی تشخیص هیجانات خود و دیگران و همچنین تنظیم هیجانات در موقعیت‌های اجتماعی است که سعی در تبیین و تفسیر هیجانات انسانی دارد تا افراد نسبت به هیجانات خود، آگاهی داشته باشند؛ درمقابل هوش هیجانی پایین مانعی برای برقراری مناسب روابط اجتماعی است و ممکن است دلیل مهمی برای استفاده بیش‌ازحد فرد از تلفن همراه در دانش‌آموزان باشد؛ به این معنی که فرد برای پرکردن خلأ تنهایی خود به اینترنت و برنامه‌های مجازی گوشی‌های همراه روی می‌آورد.

نتایج معادلات ساختاری نشان داد که هوش هیجانی با سلامت معنوی اثر مستقیم و با میانجی‌گری سلامت معنوی اثر غیرمستقیم بر اعتیاد به تلفن همراه دارد. این نتایج با یافته‌های پژوهش اکبری و همکاران (۲۷) و بوایس و همکاران (۲۸) همسو است. در همین جهت، در این تحقیق نشان داده شده است که هوش هیجانی تأثیر مستقیمی با سلامت معنوی دارد. در تبیین این یافته می‌توان اظهار داشت که سلامت معنوی دو بخش سلامت مذهبی و سلامت وجودی دارد که سلامت مذهبی به معنای میزان ارتباط رضایت‌بخش با خدا و سلامت وجودی به معنای احساس رضایت از زندگی و داشتن معنویت و هدف در زندگی است (۲۲). از سوی دیگر، افراد با توانایی‌های هیجانی بالا به‌طور مؤثرتری هیجانات خود را تنظیم می‌کنند و همچنین از سلامت معنوی و روابط اجتماعی

بهتری برخوردارند. بر این اساس، افراد با هوش هیجانی بالا و با میانجی‌گری سلامت معنوی در هنگام استفاده از تلفن‌های همراه از مدیریت بهتری برخوردارند. درواقع هوش هیجانی بالا به‌عنوان سازوکاری محافظتی برای جلوگیری از وابستگی اعتیادی به تلفن همراه عمل می‌کند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که سلامت معنوی با اعتیاد به تلفن همراه ارتباط مستقیم دارد. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های شکرافشان و همکاران (۲۴)، خجسته (۲۳)، شیم (۲۵) و مونتروسو و همکاران (۲۶) همسو است. این افراد در مطالعات خود نشان داده‌اند دانش‌آموزانی که بهزیستی معنوی بالایی دارند در مقایسه با دانش‌آموزانی که از لحاظ بهزیستی معنوی پایین‌تر هستند، سطح بالاتری از اعتیاد به تلفن همراه را نشان می‌دهند. در تبیین این فرض می‌توان گفت همان‌طور که چیانگ^۴ و همکاران مطرح کرده‌اند، سلامت معنوی یکی از ابعاد بنیادین سلامت و بهزیستی و نیروی هماهنگ‌کننده و تکمیل‌کننده دیگر ابعاد سلامت انسان یعنی ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و هیجانی است که در برگیرنده باور به چیزی بزرگ‌تر از خود و ایمان به هدفمندبودن زندگی است (۳۳). علاوه‌براین، می‌توان گفت هر چقدر فرد سلامت معنوی بالاتری داشته باشد مفهومی که به محیط اطرافش می‌دهد با احساس هدفمندی و ارزشمندی همراه است؛ درنتیجه چنین فردی هیچ‌گونه وابستگی اعتیادی به تلفن همراه خود ندارد و فقط در موارد ضروری از آن استفاده می‌کند.

به‌طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هوش هیجانی با میانجی‌گری سلامت معنوی نقش مهمی در اعتیاد به تلفن همراه دارد. بر اساس این یافته‌ها، می‌توان گفت که استفاده بیش‌ازحد از تلفن همراه به‌صورت واضح نشان‌دهنده عاملی خطرناک برای سلامتی در دانش‌آموزان است و صرف وقت بیش‌ازحد در شبکه‌های اجتماعی نصب‌شده بر روی تلفن‌های همراه برای جنبه‌های مختلف زندگی ازجمله اجتماعی، معنوی، جسمی و روانی پیامدهای منفی دارد. یافته‌های مطالعه حاضر این تصور را تقویت می‌کند که سلامت معنوی می‌تواند عاملی محافظتی در نوجوانان باشد و به آنان

^۱) Cho

^۲) Sun

^۳) Arrivillaga

^۴) Chiang

مشارکت مؤلفان

نظارت بر مقاله و تدوین آن: مؤلف اول، جمع‌آوری داده‌ها: مؤلف دوم و تجزیه و تحلیل داده‌ها: مؤلف سوم.

References

1. Jun S. The reciprocal longitudinal relationships between mobile phone addiction and depressive symptoms among Korean adolescents. *Computers in Human Behavior*. 2016;58:179-86.
2. Ng KC, Wu LH, Lam HY, Lam LK, Nip PY, Ng CM, et al. The relationships between mobile phone use and depressive symptoms, bodily pain, and daytime sleepiness in Hong Kong secondary school students. *Addictive behaviors*. 2020;101:105-975.
3. Liu Q-Q, Zhou Z-K, Yang X-J, Kong F-C, Niu G-F, Fan C-Y. Mobile phone addiction and sleep quality among Chinese adolescents: A moderated mediation model. *Computers in Human Behavior*. 2017;72:108-14.
4. Seo DG, Park Y, Kim MK, Park J. Mobile phone dependency and its impacts on adolescents' social and academic behaviors. *Computers in human behavior*. 2016;63:282-92.
5. Liu Q-Q, Zhang D-J, Yang X-J, Zhang C-Y, Fan C-Y, Zhou Z-K. Perceived stress and mobile phone addiction in Chinese adolescents: a moderated mediation model. *Computers in Human Behavior*. 2018;87:247-53.
6. Lee SJ, Moon HJ. Effects of self-control, parent-adolescent communication, and school life satisfaction on smart-phone addiction for middle school students. *Korean Journal of Human Ecology*. 2013;22(6):587-98.
7. Hawi NS, Samaha M. To excel or not to excel: Strong evidence on the adverse effect of smartphone addiction on academic performance. *Computers & Education*. 2016;98:81-9.
8. Machimbarrena Garagorri JM, Gonzalez Cabrera J, Ortega Baron J, Beranuy Fargues M, Alvarez Bardon A, Tejero B. Profiles of Problematic Internet Use and Its Impact on Adolescents' Health-Related Quality of Life. 2019;16(20): 1-17.
9. Lin C-Y, Imani V, Broström A, Nilsen P, Fung XC, Griffiths MD, et al. Smartphone application-based addiction among Iranian adolescents: A psychometric study. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2019;17(4):765-80.
10. Do HN, Onyango B, Prakash R, Tran BX, Nguyen QN, Nguyen LH, et al. Susceptibility and perceptions of excessive internet use impact on health among

کمک می‌کند تا علائم منفی مرتبط با استفاده از اینترنت و تلفن‌های هوشمند را کاهش دهند. پیامدهای این یافته‌ها برای پیشگیری از ناسازگاری روان‌شناختی مرتبط با اینترنت و استفاده مشکل‌ساز از تلفن‌های هوشمند در نوجوانان کاربرد دارد.

محدودیت‌های پژوهش

استفاده از پرسش‌نامه که مقیاسی خودگزارش‌دهی است و استفاده از طرح مقطعی دو محدودیت عمده مطالعه حاضر بود.

پیشنهاد‌های پژوهش

پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی با استفاده از مصاحبه و طرح طولی انجام شود.

قدردانی

از همکاری‌های مشفقانه مدیر، مشاور و معلمان مدارس شهرستان اردبیل که در اجرا و انجام پژوهش حاضر یاریگر پژوهشگران بوده‌اند و تمامی دانش‌آموزان شرکت‌کننده در پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

بنا بر اظهار مؤلفان، این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی با عنوان «الگوی روابط ساختاری حس تعلق به مدرسه بر اساس انسجام خانواده با توجه به نقش میانجی هوش معنوی در دانش‌آموزان مقطع متوسطه دوم» است که کمیته تخصصی اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل با کد اخلاق IR.ARUMS.REC.1400.056 آن را تأیید کرده است.

حامی مالی

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، دانشگاه محقق اردبیلی حمایت مالی این پژوهش را بر عهده داشته است.

تضاد منافع

مؤلفان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی درباره این پژوهش گزارش نکرده‌اند.

Vietnamese youths. Addictive behaviors. 2020; 101: 105-898.

11. Mak K-K, Lai C-M, Watanabe H, Kim D-I, Bahar N, Ramos M, et al. Epidemiology of internet behaviors and addiction among adolescents in six Asian countries. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2014;17(11):720-28.

12. Zhang MW, Ho R. Smartphone applications for immersive virtual reality therapy for internet addiction and internet gaming disorder. *Technology and Health Care*. 2017;25(2):367-72.

13. Van der Linden D, Pekaar KA, Bakker AB, Schermer JA, Vernon PA, Dunkel CS, et al. Overlap between the general factor of personality and emotional intelligence: A meta-analysis. *Psychological bulletin*. 2017;143(1):36

14. Mayer JD, Caruso DR, Salovey P. The ability model of emotional intelligence: Principles and updates. *Emotion review*. 2016;8(4):290-300.

15. Jeong SH, Kim H, Yum JY, Hwang Y. What type of content are smartphone users addicted to?: SNS vs. Games. *Computers in Human Behaviors*. 2016; 1(54):10-7.

16. Casale S, Tella L, Fioravanti G. Preference for online social interactions among young people: Direct and indirect effects of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*. 2013;54(4): 524-29.

17. Cho K-S, Lee J-M. Influence of smartphone addiction proneness of young children on problematic behaviors and emotional intelligence: Mediating self-assessment effects of parents using smartphones. *Computers in Human Behavior*. 2017;66:303-11.

18. Sun J, Liu Q, Yu S. Child neglect, psychological abuse and smartphone addiction among Chinese adolescents: The roles of emotional intelligence and coping style. *Computers in Human Behavior*. 2019;90:74-83.

19. Arrivillaga C, Rey L, Extremera N. Adolescents' problematic internet and smartphone use is related to suicide ideation: Does emotional intelligence make a difference? *Computers in Human Behavior*. 2020:106-375.

20. Hungelmann J, Kenkel-Rossi E, Klassen L, Stollenwerk RM. Spiritual well-being in older adults: Harmonious interconnectedness. *Journal of religion and Health*. 1985;24(2):147-53.

21. Chand P, Koul H. Workplace spirituality, organizational emotional ownership and job satisfaction as moderators in coping with job stress. *Decision Making*. 2012;9(10):225-9.

22. Song M-K, Paul S, Ward SE, Gilet CA, Hladik GA. One-year linear trajectories of symptoms, physical functioning, cognitive functioning, emotional well-

being, and spiritual well-being among patients receiving dialysis. *American Journal of Kidney Diseases*. 2018;72(2):198-204.

23. Khojasteh S. The Relationship between Internet Addiction with Mental Health and Spiritual Health of High School Students. *medical journal of mashhad university of medical sciences*. 2019;61(1):58-68. (Full Text in Persian)

24. Shekarafshan N. The Relationship Between Social Anxiety, Spiritual Health and Life Satisfaction with Internet Addiction in students of Shahid Bahonar University of Kerman. Kerman: Shahid Bahonar University. 2014. (Full Text in Persian)

25. Shim JY. Christian spirituality and smartphone addiction in adolescents: A comparison of high-risk, potential-risk, and normal control groups. *Journal of religion and health*. 2019;58(4):1272-85.

26. Monterosso D, Kumar V, Zala K. Spiritual Practices in The Era of Smartphones & Social Networking: A Comparative Study. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 2019;22(2):45-57.

27. Akbari M, Hossaini S. The relationship of spiritual health with quality of life, mental health, and burnout: The mediating role of emotional regulation. *Iranian journal of psychiatry*. 2018;13(1):22-31. (Full Text in Persian)

28. Beauvais AM, Stewart JG, DeNisco S. Emotional intelligence and spiritual well-being: implications for spiritual care. *Journal of Christian Nursing*. 2014;31(3):166-71.

29. Koo HY. Development of a cell phone addiction scale for Korean adolescents. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2009;39(6):818-28.

30. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. 1982:224-37.

31. Seyedfatemi N, Rezaie M, Givari A, Hosseini F. Prayer and spiritual well-being in cancer patients . *Payesh*. 2006;5(4):295-304.

32. Mansoori B. Standardization of Sabriashring Emotional Intelligence Test for Master's Degree Students of Public Universities Based in Tehran. Tehran: Allameh Tabatabai University; 2002. (Full Text in Persian)

33. Chiang Y-C, Lee H-C, Chu T-L, Han C-Y, Hsiao Y-C. The impact of nurses' spiritual health on their attitudes toward spiritual care, professional commitment, and caring. *Nursing outlook*. 2016;64(3): 215-24.