



تبیین و شناسایی رابطه بین افکار ناکارآمد، سلامت روان و مؤلفه توانایی

مقابله و تعامل با مشکلات هوش معنوی

هیفا بریحه بریعی (ACECR)

عضو پژوهشی جهاد دانشگاهی خوزستان

bereyhi.heyfa.1@gmail.com

ایمان ممینی (ACECR)

عضو هیئت علمی جهاد دانشگاهی خوزستان

emanrasekh@yahoo.com

محمد مهدی آقا کوچک (ACECR)

معاون پژوهش و فناوری سازمان جهاد دانشگاهی خوزستان

aghakuchak@acecr.ac.ir

چکیده

پژوهش حاضر به بررسی رابطه افکار ناکارآمد، سلامت روان و مؤلفه توانایی مقابله و تعامل با مشکلات هوش معنوی در دانشجویان دانشگاه آزاد واحد اهواز در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ پرداخته است. نمونه‌ی تحقیق شامل ۴۰۲ دانشجو (۲۱۷ پسر و ۱۸۵ دختر) بود. ابزار مورد استفاده، پرسشنامه‌ی ۲۸ ماده‌ای سلامت عمومی گلدبرگ، پرسشنامه‌ی ۴۰ ماده‌ای افکار ناکارآمد و ۱۵ سؤال مربوط به توانایی مقابله و تعامل با مشکلات پرسشنامه‌ی خود گزارشی ۴۲ ماده‌ای هوش معنوی بوده است. برای تحلیل نتایج از روش همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی به روش ورود و مرحله‌ای استفاده شد. بین مؤلفه توانایی مقابله و تعامل با مشکلات هوش معنوی و سلامت روان همبستگی مثبت معنی‌دار ($P < 0/01$) و بین سلامت روان و افکار ناکارآمد همبستگی منفی معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/01$). تحلیل رگرسیون نشان داد که مؤلفه توانایی مقابله و تعامل با مشکلات هوش معنوی و نیز افکار ناکارآمد، قادر به پیش‌بینی قسمتی از واریانس سلامت روان می‌باشند. مؤلفه توانایی مقابله و تعامل با مشکلات هوش معنوی و افکار ناکارآمد دانشجویان، بر سلامت روان ایشان مؤثر می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: افکار ناکارآمد، سلامت روان، مؤلفه توانایی مقابله و تعامل با مشکلات هوش معنوی



اولین کنفرانس بین‌المللی توسعه پایدار روانی و سلامت

پایامدهای دانش سلامت روانی محسوب می‌شود (بوترابی، منتخب یگانه و میاحیون، ۱۳۹۰).

۱- مقدمه

دانشجویان هر جامعه دسترنج معنوی و انسانی آن جامعه بوده و از سرنوشت سازان و سازماندهان فردای کشور خویش‌اند. با پیشرفت صنعت و فناوری جدید و مشکلات مربوط به آن، اختلالات و بیماری‌های روانی همانند مشکلات جسمانی، افزایش چشمگیری یافته و از آنجا که سلامت روان قشر دانشجو اهمیت فراوانی دارد، لازم است تا مسائل عاطفی و روانی این قشر عظیم، جدی تلقی شده و مورد رسیدگی قرار گیرد (معلمی، بخشانی و رقیبی، ۱۳۸۹). سلامت روانی به‌طور کلی برای اطلاق به کسی به کار می‌رود که در سطح بالایی از سازگاری و انطباق رفتاری و هیجانی قرار دارد، نه صرفاً کسی که بیمار روانی نیست (آرتور^۳، ۱۳۹۰ به نقل از خدابخشی، رحیمی کیا و جعفری، ۱۳۹۳). فرهنگ بزرگ «لاروس» نیز بهداشت روانی را استعداد روان، برای کار کردن مؤثر، هماهنگی و خوشایند، انعطاف‌پذیری در موقعیت‌های دشوار و توانایی حفظ تعادل خود تعریف می‌کند (نجات، ۱۳۷۸، به نقل از خدابخشی و همکاران، ۱۳۹۳). در یک طبقه‌بندی کلی می‌توان بیان داشت که سه مدل مختلف درباره سلامت و بیماری روانی ارائه شده است: «مدل زیستی» (طبی)، «مدل زیستی-روانی-اجتماعی» (مدل سیستمی) و «مدل ارتقا» در سلامت روانی (گنجی، ۱۳۸۰). «مدل زیستی»، معتقد به شناسایی و یا امکان شناسایی علل فیزیکی اختلالات روانی است (همان). از دیدگاه «مدل زیستی-روانی-اجتماعی»، انسان و رفتارهای او در مجموع یک «سیستم» در نظر گرفته می‌شود که در آن عوامل مختلف تأثیر متقابل بر هم دارند. با این دید سیستمیک، ملاحظه می‌شود که چگونه عوامل متنوع زیستی و عوامل روانی و اجتماعی انسان بر هم دیگر اثر می‌گذارند (کرت^۴، ۲۰۰۰ به نقل از خدابخشی و همکاران، ۱۳۹۳). «مدل ارتقا»، به طور گسترده‌ای به جنبه‌های زیست‌محیطی، اقتصادی و اجتماعی در تحلیل سلامت روانی توجه دارد و به سلامت

مسائل و مشکلات سلامت روان دانشجویان در حال افزایش است (هالترمن^۲، ۲۰۱۵). دانشجویان هر جامعه، نیروی انسانی و آینده‌سازان فردای آن جامعه هستند. از این رو، تأمین و حفظ سلامت جسم و روان آنان اهمیت زیادی برای جامعه دارد. وجود مشکلات عمومی و اختلالات روان‌پزشکی در امر آموزش دانشجویان تأثیرگذار است؛ به طوری که سبب افت تحصیلی و گاهی ترک تحصیل می‌گردد. این مسئله باعث هدر رفتن بودجه‌ی دانشگاه و نیروی کار حرفه‌ای، اتلاف وقت دانشجویان و احساس ناامیدی و یأس در آنان می‌شود، از طرف دیگر افزایش مراجعه‌ی دانشجویان به مراکز مشاوره دانشجویی در سال‌های اخیر، نشان‌دهنده‌ی مشکلات روانی، اجتماعی و تحصیلی روزافزون آنان بوده و نیاز به مداخله و ارائه خدمات مشاوره‌ای بیشتر را می‌طلبد (سلم آبادی، فرح‌بخش، ذوالفقاری و صادقی، ۱۳۹۴).

سلامت روانی با عواطف، تفکر و رفتار آدمی ارتباط دارد. فردی که از سلامت روانی خوبی برخوردار است معمولاً می‌تواند با حوادث روزافزون و مشکلات روزمره مقابله کند، اهداف خود را در زندگی دنبال کند و عملکرد مؤثری در زندگی داشته باشد. سلامت روان در واقع زمینه رشد مهارت‌های فکری و ارتباطی را فراهم می‌کند و باعث رشد عاطفی، انعطاف‌پذیری و عزت نفس آدمی می‌شود. عملکرد موفقیت‌آمیز کارکردهای ذهنی در نتیجه‌ی انجام فعالیت سازنده، داشتن روابط مناسب با دیگران، توانایی سازگاری با تغییرات و رویارویی مؤثر با حوادث ناگوار زندگی هم از

³ Arthur

⁴ Curtis

² Holterman



روانی به عنوان یک بحث اساسی و محوری در زندگی بشری می‌اندیشد. سلامت روانی یکی از مباحث مهمی است که در رشد و بالندگی خانواده و جامعه موثر می‌باشد. سازمان بهداشت جهانی^۲ (۲۰۰۴) سلامت روانی را به عنوان حالتی از بهزیستی که در آن فرد توانمندی خود را شناخته، از آن‌ها به نحو موثر و مولد استفاده کرده و برای اجتماع خویش مفید است تعریف می‌کند. به طور کلی بهداشت روانی ایجاد سلامت روان به وسیله پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های روانی، کنترل عوامل موثر بروز آن، تشخیص زودرس، پیشگیری از عوامل ناشی از برگشت بیماری‌های روانی و ایجاد محیط سالم در برقراری روابط صحیح انسانی است (میلانی فر، ۱۳۷۶ به نقل از خدابخشی و همکاران، ۱۳۹۳).

توریانو و شاون و وایتمن و همپسون^۵ (۲۰۱۲) در پژوهش خود بیان کردند که باورهای مذهبی سلامت روان، بهبود کیفیت زندگی و افزایش عزت نفس افراد را به همراه دارد و از جمله عواملی که ممکن است در پیشگیری از اختلالات روانی و مشکلات ناشی از آن از جمله خودکشی، افسردگی، اعتیاد به مواد مخدر، اضطراب نقش مؤثری داشته باشد، داشتن باورها و اعتقادات مذهبی است.

از دیگر معیارهای سلامت روان افراد، درجه بالای افکار زندگی (احساس شادی، رضایت، لذت بردن از زندگی، باارزش بودن زندگی و تمایل به ادامه زندگی) است که می‌تواند از شرایط مختلف محیطی و همچنین عوامل درونی تأثیر بگیرند و از طرف دیگر افکاری مثل افکار منفی در مورد زندگی، افکار مرگ، خودکشی، غمگینی، احساس عدم رضایت از زندگی، بی‌ارزشی زندگی و خویشتن، یأس و در نهایت افسردگی ناشی از این افکار از عوامل مختل‌کننده سلامت روان است (سلاجقه، ۱۳۸۸ به نقل از مظاهری و مهاجر بادکوبه، ۱۳۹۱). فرض اساسی نظریه‌های شناختی این است که افکار ناکارآمد در نحوه تفسیر و ارزیابی فرد از واقعیت دخیل

رابطه تاب‌آوری روانی با سلامت روانی

هستند و همچنین در مدل بک بیان می‌شود که باورهای هسته‌ای (که به تفکر و نگرش فرد از جهان تأثیر می‌گذارد) در مواجهه با برانگیخته‌های معینی مثل حالات هیجانی منفی، حالات فیزیکی یا مسائل بیرونی فعال می‌شوند. فعال شدن این باورها، موجب برانگیخته شدن افکار خودآیند می‌شود (حجت و همکاران ۱۳۹۲). فشارها و تنش‌ها ممکن است به خودی خود باعث اضطراب نشوند بلکه تعامل بین فشارهای مختلف و نحوه ادراک فرد از محیط و واکنش وی به آن‌ها است که می‌تواند سلامت روانی فرد را به خطر بیندازد. بنابراین آسیب‌پذیری در مقابل تنش و مشکلات مختلف باعث ابتلا به انواع مشکلات روان‌شناختی و درهم ریختن سلامت روان می‌گردد (ولسی زاده، ۲۰۰۶). یک موضوع مهم پیرامون آسیب‌پذیری در مقابل تنش، آسیب‌پذیری شناختی است (چارلتون؛ ۱۹۹۵ به نقل از معلمی، ۱۳۸۹). آسیب‌پذیری شناختی به عنوان یک تمایل شبه صفت نسبت به تفسیر اطلاعات به سبک منفی و تحریف‌شده در مقابل درک ذهنی از مشکلات تلقی می‌شود که ممکن است در خلال تجارب منفی اولیه به وجود آمده باشد. نگرش‌های ناکارآمد به عنوان یک عامل زمینه‌ساز در شروع اختلالات روانی و یا به عنوان یک عامل آسیب‌پذیری تحت شرایط تنش‌زای محیطی در نظر گرفته شده است (ابراهیمی و همکاران، ۲۰۰۳). پندو و همکاران (۲۰۰۱) و تاجیما و همکاران (۲۰۰۷) در مطالعات خود ارتباط بین افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد را مورد تأیید قرار داده‌اند. هم چنین بین نگرش‌های ناکارآمد و دیگر اختلالات روانی از جمله اضطراب نیز ارتباط مشاهده شده است (یوندرن؛ ۲۰۰۷ و شی ۲۰۰۳). شواهدی در مورد وجود نگرش‌های ناکارآمد در اختلال بی‌اشتهایی عصبی و اسکیزوفرنی نیز مشاهده شده است (چارلتون، ۱۹۹۵ به نقل از معلمی، ۱۳۸۹). از آنجا که تعداد مطالعات در این زمینه در

⁷ Vulnerability

⁸ Cognitive Vulnerability

⁹ Charlton

¹ Pendo

¹ Tajima

¹ Yondern

¹ Shyh

0

1

2

3

⁵ Turiano, Shaven, Whiteman & Hampson

⁶ Negative Thought



ایران انگشت‌شمار است لذا تأثیر این عامل در جامعه‌ی ایرانی باید مورد بررسی قرار گیرد. براین اساس هدف تحقیق حاضر بررسی رابطه‌ی افکار ناکارآمد، سلامت روان و مؤلفه‌های روانی مقابله و تعامل با مشکلات هوش معنوی می‌باشد.

و توسعه اجتماعی هستند که در آینده همه چرخه‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را به عهده خواهند داشت. بنابراین ضروری است که علاوه بر آموزش‌های علمی و تخصصی، سلامتی آن‌ها از نظر زیستی، روانی و اجتماعی مورد توجه قرار گیرد (خواجه محمدلو و صالح و ش، ۱۳۹۴)

گزارش بیش از ۵۰۰ طرح تحقیقاتی در چهار همایش سلامت روانی در کشور گویای اهمیت این موضوع می‌باشد.

نیلمن و پرساد (۱۹۹۵) بیان می‌کنند که ۲۰-۶۰ درصد تغییرپذیری سلامت روانی افراد بالغ، توسط باورهای مذهبی تبیین می‌شود. بر این اساس، مدت هاست که تصور می‌شود بین مذهب و سلامت روانی ارتباط مثبتی وجود دارد. پور شریفی و همکاران (۲۰۰۴) در تحقیقی، همبستگی بین سلامت روانی و اعتقادات مذهبی را مثبت گزارش نمودند؛ بنابراین بیشتر تحقیقات یک رابطه مثبت بین دین و سلامتی جسمانی و روانی را گزارش می‌کنند (به نقل از سلم آبادی و همکاران، ۱۳۹۴).

بر اساس تأکیدات نظری و تجربی بر مفاهیمی مانند سلامت روان، مؤلفه تفکر کلی و بعد اعتقادی هوش معنوی و افکار ناکارآمد، پژوهش و بررسی درباره‌ی آن‌ها ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است، چراکه امروزه دانشجویان با سلامت روح و جسم و پرانگیزه و موفق، سرمایه‌های واقعی اجتماع‌اند و ضامن توسعه‌ی پایدار جامعه خواهند بود و پژوهش در مورد این متغیرها و ارتباطات احتمالی بین آن‌ها، خواهد توانست راهبردها و تدبیرهای عملی کارآمد و اثربخشی را معرفی کند. امید است با انجام پژوهش‌هایی در این زمینه، گامی در جهت افزایش بهداشت روانی و پیشگیری از بیماری‌های روانی افراد جامعه برداشته شود.

به‌طور کلی ابعاد اهمیت پژوهش حاضر را می‌توان این‌گونه بیان داشت:

تحقیقات انجام‌شده در سال‌های اخیر بیانگر وجود اختلالات روانی در سطوح مختلف دانشجویان می‌باشد. افزایش مراجعه‌ی دانشجویان به بخش‌های مشاوره‌ی دانشجویی مؤید وجود مشکلات روانی، اجتماعی و تحصیلی روزافزون در آن‌ها می‌باشد (معلمی، بخشانی و رقیبی، ۱۳۸۹). در تحقیق عکاشه مشخص گردید ۲۸/۴ درصد کل دانشجویان دچار یکی از اختلالات روانی هستند. شیوع افسردگی اساسی ۸/۷ درصد، اختلال تطابقی ۶/۷ درصد، کج خلقی ۵/۹۴ درصد و اختلالات اضطرابی ۴/۷ درصد بود (عکاشه، ۱۹۹۵). در تحقیق دیباج نیا و بختیاری در دانشگاه شهید بهشتی ۳۱/۶ درصد دانشجویان مشکوک به ابتلا به اختلال روانی بودند (دیباچ نیا و بختیاری، ۲۰۰۱). در مطالعه‌ی ادهم نشان داده شد که ۱/۷ درصد دانشجویان از مشکل جسمی و ۲/۳ درصد از مشکل اضطراب و بی‌خوابی رنج می‌برند، ۴/۳ درصد اختلال در عملکرد اجتماعی و ۲ درصد افسردگی شدید داشتند.

توجه به بهداشت روانی در هزاره سوم بیش از هر دوره‌ای اهمیت یافته و پژوهش‌های گسترده‌ای را موجب شده است. تأمین بهداشت روانی در میان قشر جوان و فرهیخته‌ی کشور و تسری سلامت در فضای دانشگاه از این نظر اهمیت دارد که از یک سو نسل جوان دانشجو، سرمایه‌ای است که سعادت آینده جامعه در گرو سلامت و استواری امور این نسل است و از سوی دیگر بدون فراهم آوردن بستری امن و عاری از تنش‌های مخرب، امکان تحقق اهداف آموزش عالی فراهم نیست. انطباق و سازگاری با دگرگونی‌های اخیر اجتماعی (شیوه زندگی، ارتباطات اجتماعی، روابط و مناسبات فرهنگی و موضوعات بهداشتی و پزشکی) سلامت و بهداشت روانی انسان‌ها را تحت تأثیر قرار داده است. دانشجویان به عنوان اصلی‌ترین منابع ملی

¹ Dysthymia



✓ از بعد نظری، اجرای چنین پژوهشی می‌تواند تصویری مناسب از روابط متغیرهای پیش‌بین سلامت: مؤلفه تفکر کلی و بعد اعتقادی هوش معنوی و افکار ناکارآمد و اثرگذاری آنها بر سلامت روان را فراهم آورد. در واقع، الگوی ارائه‌شده، می‌تواند به‌عنوان ابزاری سودمند برای پژوهش‌های آتی مورد استفاده قرار گیرد.

✓ از بعد کاربردی، یافته‌های این پژوهش می‌تواند با ارائه نتایجی در خصوص معرفی برخی متغیرهایی که رابطه‌ی بیشتری با سلامت روان دارند، نقش موثری در افزایش آن در دانشجویان داشته باشند و همچنین باعث روشن تر شدن وضعیت افکار ناکارآمد و مؤلفه تفکر کلی و بعد اعتقادی هوش معنوی در دانشگاه می‌شود و علاوه بر دانشجویان، دست اندرکاران و مدیران دانشگاه‌ها و مراکز مشاوره نیز می‌توانند از نتایج آن بهره‌مند گردند. آگاهی از متغیرهای پیش‌بین سلامت روان در دانشگاه‌ها به روانشناسان، مشاوران و مدیران امکان اجرای اقدامات آموزشی، فرهنگی، درمانی و برخورد مناسب و سایر اقدامات مقتضی را می‌دهد.

بر این اساس هدف تحقیق حاضر بررسی رابطه‌ی افکار ناکارآمد، سلامت روان و مؤلفه توانایی مقابله و تعامل با مشکلات هوش معنوی می‌باشد.

۲- مواد و روش‌ها

طرح پژوهش در این مطالعه، توصیفی از نوع طرح همبستگی است که در آن به دنبال بررسی همبستگی ساده و چندگانه متغیرهای پیش‌بین مورد مطالعه با متغیر ملاک هستیم. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه‌ی دانشجویان دانشگاه آزاد واحد اهواز بود که در سال

تحصیلی ۹۵-۹۶ (زمان نمونه‌گیری) حدود ۳۶ هزار نفر بودند که از میان این افراد ۴۵۰ نفر به روش تصادفی انتخاب شدند و در نهایت ۴۰۲ پرسشنامه (۹۰٪ برگشت داده شدند). همچنین قبل از دادن پرسشنامه به آنها، اطمینان حاصل شد که فرد قبلاً پرسش‌نامه را پر نکرده باشد. اطمینان بخشی به آزمودنی‌ها در خصوص محرمانه بودن اطلاعات به دست آمده و دادن آزادی برای شرکت در پژوهش از نکات رعایت شده اخلاق پژوهشی بود. همچنین برای جلب اعتماد بیشتر از نوشتن اطلاعات شخصی مانند نام و نام خانوادگی خودداری گردید. از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا قبل از پاسخگویی به پرسش‌نامه‌ها اطلاعات جمعیت‌شناختی خود را به‌طور کامل جواب دهند (سن و جنس و وضعیت تأهل).

ابزارهای مورد استفاده در تحقیق

الف- پرسشنامه‌ی سلامت عمومی گلدبرگ: گلدبرگ (۱۹۷۲) پرسشنامه سلامت عمومی را برای سرنده کردن اختلالات روانی غیر سایکوتیک در مراکز درمانی و جامعه طراحی و تدوین نموده است. در پژوهش حاضر از فرم ۲۸ سئوالی پرسشنامه سلامت عمومی ساخته شده توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹)، استفاده گردید. فرم ۲۸ ماده‌ای این پرسشنامه دارای این مزیت است که برای تمام افراد جامعه طراحی شده است (فتیحی آشتیانی و داستانی، ۱۳۸۸). پرسشنامه مذکور دارای ۴ مقیاس فرعی است که هر مقیاس ۷ سؤال دارد. مقیاسهای مذکور عبارتند از: مقیاس علائم جسمانی، مقیاس علائم اضطرابی و اختلال خواب، مقیاس کارکرد اجتماعی و مقیاس علائم افسردگی. نمره کلی هر فرد از حاصل جمع نمره‌های چهار مقیاس فرعی به دست می‌آید (دادستان، ۱۳۷۷). در پژوهش حاضر ضرایب پایایی برای مؤلفه‌های پرسشنامه سلامت روان با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تصحیف برای علائم جسمانی به ترتیب ۰/۴۷ و ۰/۲۹، برای علائم اضطرابی و اختلال خواب به

¹ General Health Questionnaire ⁵



ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۸۰، برای کارکرد اجتماعی به ترتیب ۰/۵۵ و ۰/۵۴ و برای علائم افسردگی ۰/۶۳ و ۰/۸۸ به دست آمد. همچنین ضریب پایایی کل برای پرسشنامه سلامت روان با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب برابر ۰/۸۱ و ۰/۵۹ به دست آمد که نشان دهنده ی پایایی قابل قبول پرسشنامه ی فوق می باشد.

علائم تفکر کلی و بعد اعتقادی به ترتیب ۰/۴۱ و ۰/۳۳، برای توانایی مقابله و تعامل با مشکلات به ترتیب ۰/۴۴ و ۰/۵۶، برای پرداختن به سجایای اخلاقی به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۳۳ و برای خودآگاهی و عشق و علاقه ۰/۵۲ و ۰/۶۶ به دست آمد. همچنین ضریب پایایی کل برای پرسشنامه هوش معنوی با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب برابر ۰/۶۱ و ۰/۶۱ به دست آمد که نشان دهنده ی پایایی قابل قبول پرسشنامه ی فوق می باشد.

ب- مقیاس نگرش های ناکارآمد (DAS): این مقیاس توسط وایزمن و بک (۱۹۹۷) به نقل از رضایی و همکاران، (۱۳۹۰) بر مبنای نظریه بک در مورد محتوای ساختار شناختی در افسردگی، ساخته شد که دارای ۴۰ ماده است و برای شناسایی نگرش ها و باورهایی که فرد را مستعد افسردگی می سازد، طراحی شده است (ویچ، چرچیک و لوویس، ۲۰۰۴). روش نمره گذاری به این شکل است که نمره ۶-ی هر پاسخ از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۷ (کاملاً موافق) است. در پژوهش حاضر ضریب پایایی برای پرسشنامه افکار ناکارآمد با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۷۶ به دست آمد که نشان دهنده ی پایایی قابل قبول پرسشنامه ی فوق می باشند.

در این پژوهش برای تحلیل داده ها از روش همبستگی پیرسون استفاده شد و معنی داری در سطح $P < 0/05$ تعریف گردید.

۳- نتایج و بحث

میانگین سنی شرکت کنندگان ۲۶/۸۰ سال بود. همچنین همان گونه که در جدول شماره ۱ بیان شده است از بین ۴۰۲ دانشجویی که پرسشنامه را تکمیل کرده بودند، ۲۱۷ نفر پسر و ۱۸۵ نفر پسر بودند. از بین این ۴۰۲ نفر، ۸۷ نفر دانشجوی دوره های کاردانی، ۱۷۵ نفر دانشجوی دوره های کارشناسی، ۹۱ نفر دانشجوی دوره های کارشناسی ارشد و ۴۹ نفر دانشجوی دوره های دکتری بودند. همچنین ۲۰۹ نفر متأهل و ۱۹۳ نفر نیز مجرد بودند.

ج- پرسشنامه هوش معنوی: در پژوهش حاضر جهت سنجش هوش معنوی از پرسشنامه هوش معنوی بدیع و همکاران (۱۳۸۹) استفاده شد که فقط از ۱۲ سوال مربوط به مؤلفه تفکر کلی و بعد اعتقادی هوش معنوی استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۴۲ سؤال در ۴ خرده مقیاس پنج درجه ای می باشد. ۱۲ سؤال مربوط به تفکر کلی و بعد اعتقادی، ۱۵ سؤال مربوط به توانایی مقابله و تعامل با مشکلات، ۸ سؤال مربوط به پرداختن به سجایای اخلاقی و ۷ سؤال در زمینه خودآگاهی و عشق و علاقه است که که پاسخ های آن بر اساس لیکرت پنج درجه ای از ۱ (برای کاملاً مخالفم) تا ۵ (برای کاملاً موافقم) نمره گذاری می شود. در پژوهش حاضر ضرایب پایایی برای مؤلفه های پرسشنامه هوش معنوی با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف برای

جدول ۱. ویژگی های جمعیت شناختی دانشجویان به تفکیک جنسیت، مقطع تحصیلی و وضعیت تأهل

متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت	پسر	۲۱۷
	دختر	۱۸۵
مقطع تحصیلی	کاردانی	۸۷
	کارشناسی	۱۷۵
	کارشناسی ارشد	۹۱
	دکتری	۴۹
	متأهل	۲۰۹
	مجرد	۱۹۳

¹ Dysfunctional Attitudes Scale ⁶



دکتری

وضعیت متأهل

تأهل

مجرد

۴۹
۲۰۹
۵۲
۹۲/۲
۴۸
۱۹۳

به این که نمرات بالا در پرسش نامه ی سلامت عمومی نشان دهنده ی سلامت روانی پایین تری است، ارتباط منفی بین این دو متغیر نشان می دهد با افزایش نمرات مؤلفه تفکر کلی و بعد اعتقادی هوش معنوی نمرات پرسش نامه ی سلامت عمومی کاهش یافته و این مسیله نشان دهنده ی سلامت روان بهتر در افراد دارای سطح مؤلفه تفکر کلی و بعد اعتقادی هوش معنوی بالاتر می باشد.

جدول ۳. ضرایب همبستگی رابطه ی بین سلامت روان، افکار ناکارآمد و مؤلفه تفکر کلی و بعد اعتقادی هوش معنوی

سلامت روان	r	p
مؤلفه توانایی مقابله و تعامل با مشکلات هوش معنوی	-۰/۱۴۶	۰/۰۰۳
افکار ناکارآمد	۰/۱۲۹	۰/۰۰۹

همچنین نشان داده شده است که ضریب همبستگی بین سلامت روان و افکار ناکارآمد ۰/۱۲ می باشد که نشان دهنده ی ارتباط مثبت بین این دو متغیر می باشد و این رابطه نشان می دهد که سلامت روان بهتر در افراد دارای سطح افکار ناکارآمد پایین تر مشاهده می شود.

همان طوری که در جدول ۴ نشان داده شده است، رگرسیون پیش بینی اختلال در سلامت روان دانشجویان از

براساس داده های به دست آمده میانگین مقیاس سلامت عمومی در دانشجویان دختر ۳۷/۴ و در دانشجویان پسر ۳۶/۷۹ و در کل دانشجویان ۳۷/۷ به دست آمد. میانگین مقیاس خودگزارشی مؤلفه تفکر کلی و بعد اعتقادی هوش معنوی در دانشجویان دختر ۹۷/۲۸ و در دانشجویان پسر ۹۷/۲۸ و در کل دانشجویان نیز ۹۷/۲۸ بدست آمد و میانگین مقیاس افکار ناکارآمد در دانشجویان دختر ۸۵/۳ و در دانشجویان پسر ۸۵/۸۹ و در کل دانشجویان ۸۵/۶۲ محاسبه شد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار افکار ناکارآمد، سلامت روان و مؤلفه توانایی مقابله و تعامل با مشکلات هوش معنوی در کل دانشجویان

متغیر	میانگین	انحراف معیار
سلامت روان	۳۷/۷	۶/۴۲
مؤلفه توانایی مقابله و تعامل با مشکلات هوش معنوی	۹۷/۲۸	۱۲/۸۱
افکار ناکارآمد	۸۵/۶۲	۲۰/۳۲

همان طور که در جدول ۳ نشان داده شده است ضریب همبستگی بین سلامت روان و مؤلفه توانایی مقابله و تعامل با مشکلات هوش معنوی ۰/۱۴- به دست آمد ($p < ۰/۰۱$) که نشان دهنده ی ارتباط منفی بین این دو متغیر است. با توجه



روی متغیرهای مؤلفه توانایی مقابله و تعامل با مشکلات هوش معنوی و افکار ناکارآمد معنی دار می باشد ($F=8/92$ و $p<0/001$). متغیر مؤلفه توانایی مقابله و

بعد اعتقادی هوش معنوی دانشجویان افزایش می یابد، اختلال در سلامت روانی آنان کاهش پیدا می کند. این یافته با یافته های پژوهش های معلمی و همکاران (۱۳۸۹)، سمیاری، هروی کریموی، نصیری و عربی (۱۳۹۴)، رستمی و همکاران (۱۳۹۴) و خدابخشی، رحیمی کیا و جعفری (۱۳۹۳) همسو می باشد.

تعامل با مشکلات هوش معنوی با ضریب بتای $0/163-$ و متغیر افکار ناکارآمد با ضریب بتای $0/148$ به ترتیب می توانند به طور منفی و مثبت و معنی داری اختلال در سلامت روان دانشجویان را پیش بینی کنند. همچنین، مقدار R^2 نشان می دهد 4% از واریانس اختلال در سلامت روانی دانشجویان توسط متغیرهای یاد شده تبیین می شود. نتایج تحلیل رگرسیون مرحله ای نیز نشان داده است که متغیرهای مؤلفه توانایی مقابله و تعامل با مشکلات هوش معنوی و افکار ناکارآمد به ترتیب پیش بینی کننده اختلال در سلامت روان دانشجویان می باشند.

هوش معنوی بیانگر مجموعه ای از توانایی ها و ظرفیت ها و منابع معنوی است که کاربست آن ها موجب افزایش انطباق پذیری و در نتیجه ارتقای سلامت روان افراد می شود (معلمی، ۱۳۸۹) و داده های تحقیق حاضر همبستگی منفی بین هوش معنوی و سلامت روان را نشان داد، یعنی با افزایش نمره ی پرسش نامه ی هوش معنوی، نمره ی پرسش نامه ی سلامت عمومی کاهش می یابد. با توجه به این که نمره ی بالا در پرسش نامه ی سلامت عمومی نمایانگر مشکلات روانی است پس در واقع با افزایش هوش معنوی سلامت عمومی هم بالا می رود. منظور از هوش معنوی، هوشی است که مشکلات معنایی و ارزشی را حل کرده و اعمال و زندگی ما را در یک سطح وسیع تر و قدرتمندتر معنا می دهد. هوش معنوی باعث می شود تا از اطلاعات

جدول ۴. ضرایب همبستگی چندگانه متغیرهای پیش بین (مؤلفه تفکر کلی و بعد اعتقادی هوش معنوی و افکار ناکارآمد) با سلامت روان دانشجویان با روش ورود همزمان و مرحله ای

متغیرهای پیش بین	R	R ²	F
مؤلفه توانایی مقابله و تعامل با مشکلات هوش معنوی	0/207	0/043	8/92
افکار ناکارآمد	0/146	0/021	8/709
۱- مؤلفه توانایی مقابله و تعامل با مشکلات هوش معنوی	0/207	0/043	8/926
۲- افکار ناکارآمد			

۴- نتیجه گیری

نتایج تحقیق نشان داد که بین مؤلفه توانایی مقابله و تعامل با مشکلات هوش معنوی و اختلال در سلامت روانی دانشجویان رابطه منفی معنی داری وجود دارد ($p=0/003$) و $r = -0/146$ به عبارت دیگر، هر چه مؤلفه تفکر کلی و

معنوی در حل مشکلات روزانه استفاده شود و در نتیجه باعث سازگاری فرد می شود. از دیدگاه واگان هوش معنوی یکپارچه کننده ی زندگی درونی و معنوی با زندگی بیرونی و محیط است و داده های تحقیق حاضر نیز تأیید کننده ی رابطه ی هوش معنوی و کاهش مشکلات و مسائل بیرونی و اجتماعی است و می توان گفت که هوش معنوی مکانیسمی است که توسط آن کیفیت زندگی افراد بهبود می یابد. از دیدگاه او هوش معنوی برای شناسایی انتخاب هایی که در بهزیستی روانشناختی و رشد سلامتی کل بشر نقش دارند، امری لازم است (معلمی، ۱۳۸۹). این نتیجه با نتایج تحقیقات قبلی همخوانی دارد. در این مطالعات هوش معنوی با افسردگی، پرخاشگری،

¹ Vaughan



خصوصیت، اضطراب و خود فریبی رابطه‌ی منفی نشان داد. همچنین هوش معنوی با صفات خلقی، حساسیت اجتماعی، رضایت از زندگی، انرژی و فعالیت رابطه‌ی مثبت داشت (کینگ، ۲۰۰۷).

همان طوری که بیان داده شد، رگرسیون پیش بینی اختلال در سلامت روان دانشجویان از روی متغیرهای مؤلفه تفکر کلی و بعد اعتقادی هوش معنوی و افکار ناکارآمد معنی دار می باشد ($p < 0.001$ و $F = 8.92$). متغیر مؤلفه تفکر کلی و بعد اعتقادی هوش معنوی با ضریب بتای 0.163 و متغیر افکار ناکارآمد با ضریب بتای 0.148 می تواند به ترتیب به طور منفی و مثبت و معنی داری اختلال در سلامت روان دانشجویان را پیش بینی کنند. همچنین، مقدار R^2 نشان می دهد 4% از واریانس اختلال در سلامت روان دانشجویان توسط متغیرهای یاد شده تبیین می شود. نتایج تحلیل رگرسیون مرحله ای نیز نشان داده است که متغیرهای مؤلفه تفکر کلی و بعد اعتقادی هوش معنوی و افکار ناکارآمد به ترتیب پیش بینی کننده اختلال در سلامت روان دانشجویان می باشند.

۸- چکیده انگلیسی

The main aim of this research was to investigate the relationship between dysfunctional attitude, General Thought Component and Belief Dimension of Spiritual Intelligence and their effect on mental health in students of Azad University of Ahwaz in 2015-2016. Our sample was included of 402 students (217 males and 185 females) which were assessed with the Spiritual Intelligence Self-Report Inventory, Dysfunctional Attitudes Scale and General Health Questionnaire (GHQ). The data have been analyzed by Pearson correlation coefficient and regression analysis. There are significant positive correlations between General Thought Component and Belief Dimension of Spiritual Intelligence scores and GHQ scores ($P < 0.01$) and significant negative correlations between Dysfunctional Attitudes scores and GHQ scores ($P < 0.01$). Based on the regression analysis, both General Thought Component and Belief Dimension of Spiritual Intelligence and dysfunctional attitudes scores could predict students' mental health. Students' spiritual intelligence and dysfunctional attitudes correlate with their mental health.

Keywords: Mental health, Dysfunctional attitudes, Spiritual intelligence, General thinking, Belief dimension.

منابع

ابراهیمی کوه بنانی، شهین (۱۳۹۰). رابطه هوش هیجانی و هوش معنوی با رضایت از زندگی در دانش‌آموزان تیزهوش دختر دبیرستانی شهر بیرجند.

همان طوری که در جدول ۳ ارائه شده است بین افکار ناکارآمد و اختلال در سلامت روانی دانشجویان رابطه مثبت معنی داری مشاهده می شود ($p = 0.009$ و $r = 0.129$)، به عبارت دیگر، با افزایش افکار ناکارآمد دانشجویان، اختلال در سلامت روانی آنان نیز افزایش می یابد. این یافته با یافته های پژوهش های خداوردیلو، قیاسی و پرهیز میمندی (۱۳۹۳)، معلمی و همکاران (۱۳۸۹) و ابراهیمی و همکاران (۲۰۰۳) همسو می باشد. بر اساس نظریه ی بک نگرش های ناکارآمد به عنوان یک عامل زمینه ساز در شروع اختلالات روانی و یا به عنوان یک عامل آسیب پذیری تحت شرایط تنش زای محیطی در نظر گرفته شده است. در مطالعات مختلف همچنین، ارتباط بین افسردگی و نگرش های ناکارآمد تأیید شده است. همچنین بین نگرش های ناکارآمد و دیگر اختلالات روانی از جمله اضطراب نیز ارتباط مشاهده شده است (خداوردیلو و همکاران، ۱۳۹۳). نگرش های ناکارآمد فکر را مستعد افسردگی و بطور کلی آشفستگی های روانشناختی می نماید، چرا که عقیده بر این است که این باورها و اعتقادات، فرد را آماده می سازد تا موقعیت های خاصی را پیش از حد منفی و ناکارآمد تفسیر کند، و بدین ترتیب افرادی که بطور چسبنده ای بر این باورها پافشاری می نمایند، ممکن است زمانیکه با عوامل تیدگی زای مزمن روبرو می شوند، خطر بیشتری را برای بروز آشفستگی های روانشناختی در پی داشته باشد، بنابراین می توان گفت مجموعه رفتارهای فرد در پاسخ به عوامل تیدگی زا، به مقدار زیادی تحت نفوذ باورها و فرض های هسته ای فرد قرار دارد (جهانگیری سی سخت، ۱۳۸۹).

¹ Self deception



اسکناس کنفرانس السلامت روانی و سعیدارو روان‌شناسی و روان‌شناسی

مظاهری، م. و مهاجری بلدکویه، م. (۱۳۹۱). ویژگی روان‌شناختی پرسشنامه مقیاس چندبعدی رضایت از زندگی دانش‌آموزان MSLSS. مطالعات روان‌شناختی تربیتی، شماره ۱۹، ص ۸۱-۹۸.

معلمی، ص؛ بخشانی، نورمحمد و رقیبی، مهوش. (۱۳۸۹). بررسی رابطه‌ی سلامت روان، هوش معنوی و افکار ناکارآمد در دانشجویان دانشگاه سیستان و بلوچستان. مجله‌ی اصول بهداشت روانی، سال ۱۲ (۴)، زمستان ۱۳۸۹.

پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی قاینات.

ابوترابی، ه.؛ منتخب یگانه، م.؛ میاحیون، ح. (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین عدالت سازمانی، سلامت روان و کیفیت زندگی کاری با میل به ترک شغل در بین کارکنان یک شرکت صنعتی در اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی رشته روان‌شناسی صنعتی و سازمانی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز: ۱۱۰.

میرکمالی، س. م.؛ خباره، ک.؛ مزاری، الف.؛ و فرهادی امجد، ف. (۱۳۹۴). نقش سلامت روان بر عملکرد تحصیلی دانشجویان، با میانجیگری انگیزش پیشرفت تحصیلی. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، سال شانزدهم، ۲: ۱۰۱-۱۰۹.

جهانگیری سی سخت، آذر (۱۳۸۹). بررسی رابطه افکار ناکارآمد و سبک تفکر با رضایتمندی زناشویی زوجین شهرستان دنا. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.

منابع انگلیسی

Akashe G. [Investigation of mental health in students]. Journal of psychiatry and clinical psychology 1995; 4: 4-11. (Persian)

Dibajniya P, Bakhtiyari M. [Status of mental health in students of Shahid University]. Journal of Ardabil University 2001; 1(4): 27-31. (Persian)

Ganji H. Mental Health. Tehran. Aras Baran; 1380. (In Persian)

King, D.B. (2007). The Spiritual Intelligence Project. Trent University, Canada. www. Dbking. / spiritualintelligence.

Penedo FJ, Neil M, Schneiderman IA, Gail HM, Robert M, Cruess SL, et al. Dysfunctional attitudes, coping, and depression among HIV-seropositive men who have sex with men. Cogn TherRes 2001; 25(5): 591-606.

Shyh SW. The relations of cognitive triad, dysfunctional attitudes, automatic thoughts and irrational beliefs with test anxiety. Curr Psychol 2008; 27: 177-91.

Tajima M, Akiyama T, Numa H, Kawamura Y, Okada Y, Sakai Y, et al. Reliability and validity of the Japanese version of the 24-item dysfunctional attitude scale. J Acta Neuropsychiatrica 2007; 19:362-7.

Valizade Z. [Compare of mental health and performance in university]. M.Sc. Dissertation. Tehran: Tehran University, College of psychology, 2006: 23-50. (Persian).

حجت، س.ک.؛ وحیدی، م.؛ اکابری، س.ا.؛ کاظمی، س.؛ نوروزی خلیلی، م.؛ شکاری، س. و محمدی، ف. (۱۳۹۲). مقایسه خصوصیات شخصیتی و باورهای غیرمنطقی در زنان مصرف کننده مواد مخدر سنتی و زنان مصرف کننده مواد مخدر صنعتی. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۵ (۲): ۳۲۹-۳۳۳.

خدابخشی، ش.؛ رحیمی کیا، الف.؛ و جعفری، ح. (۱۳۹۳). شناسایی رابطه بین هوش معنی و سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان. فصلنامه علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان.

خواجه محمدلو، مجید و صالح وش، هادی. (۱۳۹۴). مقاله بهداشت روانی و عوامل مؤثر بر آن. اداره کل زندانهای استان آذربایجان غربی.

رضایی، الف.؛ خدادادی، ز و میرمحمدی، الف. (۱۳۹۰). رابطه بین افکار ناکارآمد و تمایل به افکار خودکشی در همسران آزار دیده. مجله جامعه شناسی زنان (زن و جامعه). دوره ۲، شماره ۳. ص ۱۲۳-۱۳۷.

سلم آبادی، م.؛ فرح‌بخش، ک.؛ ذوالفقاری، ش و صادقی، م. (۱۳۹۴). بررسی ارتباط سبک زندگی اسلامی با سلامت روان دانشجویان دانشگاه بیرجند. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران. دوره بیست و چهارم، شماره ۱۱۱، فروردین ۱۳۹۳.

سمیاری، ح.؛ هروی کریموی، م.؛ نصیری، م.؛ عربی، ف. (۱۳۹۴). بررسی ارتباط بین هوش معنوی و سلامت عمومی دانشجویان. روان پرستاری، دوره ۳، شماره ۱، بهار ۱۳۹۴، ۵۸-۴۷.

فتحی آشتیانی، ع.؛ داستانی، م. (۱۳۸۸). آزمون های روانشناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت روان. تهران: موسسه انتشارات بعثت.

مظلومی محمودآباد سید سعید، اردیان ناهید. مقایسه سلامت روان دانشجویان دختر ورزشکار و غیر ورزشکار دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. طلوع بهداشت. ۱۳۹۴؛ ۱۴ (۴): ۵۴-۴۵