

بررسی رابطه هوش هیجانی و هوش معنوی با سلامت روانی در دانش آموزان

رضا پورآیین^۱، نسترن کشاورز محمدی^۲، حسین حاتمی^۳

^۱ دانشجوی ام پی اچ دانشکده بهداشت شهید بهشتی تهران، رئیس گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی دزفول

^۲ دانشیار ارتقای سلامت دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران- نویسنده مسئول

^۳ استاد متخصص بیماری های عفونی و بهداشت عمومی (MPH)، گروه آموزشی بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت و مرکز تحقیقات عوامل زیان آور محیط و کار، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

زمینه: شناسایی عوامل موثر یا مرتبط با سلامت روانی نقش مهمی در تامین بهتر سلامت روانی به خصوص در نوجوانان دارد. هدف این مطالعه بررسی ارتباط هوش هیجانی و هوش معنوی با سلامت روانی، و نیز تعیین مولفه های هوش هیجانی و معنوی بعنوان پیش بینی کننده سلامت روانی در دانش آموزان تیز هوش دبیرستانی پسرانه شهرستان دزفول بود. روش: پژوهش انجام شده از نوع توصیفی همبستگی بود که در سال ۹۵-۹۶ بر روی ۲۰۴ دانش آموز پسر مشغول به تحصیل در دبیرستانه پسرانه شهرستان دزفول انجام شد و حجم نمونه برابر حجم جامعه مورد مطالعه بود و از مقیاس هوش بار-ان (۱۹۹۷)، مقیاس هوش معنوی بدیع و همکاران (۱۳۸۹) و پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (۱۹۷۲) برای اندازه گیری متغیرها استفاده شد. نتایج توسط نرم افزار SPSS تجزیه تحلیل شد. نتایج: هوش هیجانی و هوش معنوی با همه مولفه های خود تاثیر مستقیم و معناداری بر میزان سلامت روانی دانش آموزان دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که مولفه های هوش هیجانی در مقایسه با مولفه های هوش معنوی تغییرات سلامت روانی را به میزان بیشتری تبیین می کنند. همچنین بعضی از متغیرهای جمعیت شناختی در رابطه با آنها (ساعات مطالعه، ساعات تفریح، نوع مسکن در رابطه با هوش هیجانی و تعداد فرزندان، ساعات مطالعه، ساعات تفریح و تحصیلات مادر در رابطه با هوش معنوی) از عوامل موثر و تاثیر گذار در سلامت روانی دانش آموزان تیزهوش پسر دبیرستانی می باشد. نتیجه گیری: توجه به رابطه محکم بین مولفه های هوش هیجانی و معنوی و نیز برخی متغیرهای دموگرافیک با سلامت روان در برنامه های ارتقای سلامت روان بسیار مهم است.

واژه های کلیدی: هوش هیجانی، هوش معنوی، سلامت روانی، تیز هوش

مقدمه:

سلامت روانی قابلیت فرد در برقراری ارتباط موزن و هماهنگ با دیگران، توانایی در تغییر و اصلاح محیط اجتماعی خویش، و حل مناسب و منطقی تمارض های هیجانی و تمایلات شخصی خود است (۱). سلامت روان سبب بهبود، رشد و کمال شخصیت انسان می گردد و به فرد کمک می کند که با خود و دیگران سازگاری داشته باشد تا زندگی کاملتر، شادتر و هماهنگ تر داشته باشد، و در سطح اجتماعی، به عنوان منبع مثبتی شناخته می شود، همچنین منجر به افزایش دارایی های مادی و معنوی فرد، جامعه و اقتصاد می شود (۲).

دستاوردهای سلامت روانی با انطباق بیشتر فرد در خانواده، مدرسه و محیط جامعه، کیفیت زندگی بهتر و کاهش نشانه های ناهنجاری های روان شناختی مشخص می شوند (۳). سلامت روانی ضعیف با نشانه هایی مثل افسردگی و عزت نفس پایین می تواند به انتخاب های غلط در زندگی و ناهنجاری های فکری در بزرگسالی منجر شود (۴) در سطح بین المللی، سلامت روانی دانشجویان و دانش آموزان به عنوان یک چالش بهداشتی مهم تلقی می شود. (۵) عوامل مختلفی می تواند بر سلامت روان تاثیر داشته باشد، از جمله این موارد هوش هیجانی و هوش معنوی می باشد. (۶) هوش هیجانی مفهومی است که پتانسیل های انسانی را توصیف می کند و به افراد اجازه می دهد احساسات را شناسایی کنند. احساسات را در فرآیندهای استدلال ادغام می کنند تا موقعیت های عاطفی پیچیده را درک کند و پاسخ های احساسی را تنظیم کند (۷)

اصطلاح هوش هیجانی اولین بار توسط دو روانشناس مطرح شد (جان مایر و پیترو سالوی ۱۹۹۰) (۸) آن ها اظهار داشتند که افراد دارای هوش هیجانی می توانند کنترل خود را انجام دهند (۹). هوش هیجانی علاوه بر تاثیر مستقیم در مورد سلامت به عنوان واسطه ای بین شخصیت و سلامت عمل می کند (۱۰) گلو و همکاران در مورد هوش هیجانی و معنوی به این نتیجه رسیده اند که هر دو برای رسیدن به زندگی ایده آل لازم هستند (۱۱). ضعف در هوش هیجانی می تواند باعث شود که فرد احساسات منفی را تجربه کند و در معرض خطر انواع مختلفی از اختلالات روانی قرار بگیرد (۱۲).

هوش معنوی به عنوان یکی از مفاهیم جدید هوش، دربردارنده نوعی سازگاری و رفتار حل مسئله است که بالاترین سطوح رشد را در حیطه های مختلف شناختی، اخلاقی، هیجانی و بین فردی در افراد نشان میدهد و فرد را برای هماهنگی با پدیده های اطراف و دستیابی به یکپارچگی درونی و بیرونی یاری میکند. این هوش به فرد دیدی کلی و معنادار درباره اهداف زندگی، تجارب و رویدادها میدهد و او را قادر میسازد به چارچوب بندی و تفسیر مجدد تجارب خود بپردازد و شناخت و معرفت خویش را عمق بخشد (۱۳) تحقیقات نشان می دهد که بین هوش معنوی و هوش هیجانی صلاحیت های شخصی و سلامت ذهن و روان همبستگی بالایی وجود دارد. تحقیقات نشان می دهد که هوش معنوی به رشد، غنا و تقویت هوش هیجانی کمک می کند. همچنین هوش هیجانی کمک کننده هوش معنوی می باشد و برای داشتن یک زندگی بدون استرس و همراه با داشتن سلامت جسمی و روانی هوش معنوی و هوش هیجانی لازم و ملزوم یکدیگر هستند (۱۴/۱۵)

با توجه به این که سلامت روانی بر سلامت کلی و همچنین بهبود پیشرفت تحصیلی دانش آموزان موثر است ضرورت دارد محققان بیش از گذشته نسبت به شناسایی و تقویت علل موثر در تقویت سلامت روان به خصوص در نوجوانان اقدام نماید. یکی از گروه هایی که به توجه نیاز دارد، گروه دانش آموزان تیز هوش است. در همه کشورهای خواستار توسعه، مسئولیت ها و مشاغل حساس معمولاً به افراد با هوش سپرده می شود و لذا سلامت روان این گروه و عوامل موثر بر آن بسیار مهم است. لذا این مطالعه با هدف بررسی ارتباط هوش هیجانی و هوش معنوی با سلامت روانی در دانش آموزان تیز هوش دبیرستانی پسرانه شهرستان دزفول طراحی گردید.

روش:

مطالعه انجام شده توصیفی تحلیلی از نوع همبستگی بوده که بر روی ۲۲۵ نفر از دانش آموزان پسر مرکز شیخ مرتضی انصاری شهرستان دزفول (وابسته به سازمان استعداد های درخشان) در بازه ی زمانی سال ۱۳۹۶ _ ۱۳۹۵ که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند انجام شد.

از آن جا که در شهرستان دزفول با جمعیت ۴۹۲۰۰۰ نفر تعداد کل دانش آموزان دبیرستانی که ۱۳۱۷۲ نفر می باشد فقط یک دبیرستان پسرانه وابسته به سازمان استعدادهای درخشان وجود دارد. لذا حجم نمونه برابر با حجم جامعه مورد مطالعه انتخاب شد. معیارهای ورود به مطالعه برای دانش آموزان پسر شامل تحصیل در یکی از پایه های تحصیلی دهم، یازدهم و دوازدهم در مرکز آموزشی شیخ مرتضی انصاری بود. چنانچه دانش آموزی تمایل به پاسخگویی نداشت و یا به دلیل تعداد زیاد سوالات خسته شد و ادامه ی همکاری برایش مقدور نبود از مطالعه خارج گردید. همچنین ملاحظات اخلاقی جهت شرکت دانش آموزان در مطالعه شامل کسب رضایت شفاهی از شرکت کنندگان و مدیر مدرسه ، عدم ثبت نام و نام خانوادگی شرکت کنندگان بر روی پرسش نامه و محرمانه نگه داشتن اطلاعات مطالعه رعایت گردید.

برای جمع آوری اطلاعات از سه پرسش نامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی گلدبرگ، (۱۹۷۲)، هوش هیجانی بار - اون، (۱۹۹۹) و هوش معنوی بدیع و همکاران (۱۳۸۹) استفاده شد (۱۶/۱۷/۸) که پرسشنامه ها توسط محقق به دانش آموزان پس از ارائه توضیحات لازم داده شد و پس از تکمیل جمع آوری شد. پرسش نامه های مخدوش یا ناقص از مطالعه حذف شد.

پرسش نامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی به عنوان یک ابزار غربالگری برای کشف موارد روانپزشکی یا برآورد شیوع اختلالات روانپزشکی در گروه های مختلف مورد استفاده قرار می گیرد (۱۹)

این پرسش نامه از ۴ حیطه نشانه های جسمانی یا علائم اضطراب و کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی تشکیل شده است. نمره گذاری به روش لکیرت از ۰ تا ۳ است که حداکثر نمره ۸۴ می باشد. برای تعیین دانشجویان دارای و بدون مشکل از نقطه ی برش ۲۳ استفاده شده است. نمرات بالاتر از ۲۳ در کل آزمون نشانه دهنده ی سلامت روانی است. برای تعیین پایایی پرسش نامه حاضر از ضریب آلفای کربناخ استفاده شد که ضریب پایایی آن برابر با ۰/۸۰۹ بود. از پرسش نامه هوش هیجانی بار - اون برای تحلیل هوش هیجانی دانش آموزان در این مطالعه استفاده شد. این پرسش نامه دارای ۱۳۳ پرسش بوده که از ۵ عامل ترکیبی و ۱۵ خرد مقیاس خود آگاهی هیجانی، جرات مندی، حرمت نفس، خود شکوفایی، استقلال، روابط میان فردی، همدلی، مسئولیت پذیری اجتماعی، حل مسئله و اهمیت کارفرمایی، انعطاف پذیری، تحمل فشار، کنترل تکانه، شاد کامی و خوش بینی تشکیل شده است (۲۰) این پرسش نامه توسط دهشیری و همکاران در ایران مورد بررسی و هنجاریابی قرار گرفته است (۲۱) پایایی این پرسش نامه در این مطالعه بنا بر ضریب آلفای کربناخ ۰/۸۰۹ می باشد.

پرسش نامه هوش مصنوعی بدیع و همکاران دارای ۴ خرده مولفه به نام های تفکر کلی و بعد اعتقادی (۱۲ سوال) توانایی مقابله و تعامل با مشکلات (۱۴ سوال) سجایای اخلاقی (۹ سوال) و خودآگاهی و عشق و علاقه (۷ سوال) است که با کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم مشخص شده و به ترتیب از ۱ تا ۵ نمره گذاری می شوند (۷ خود متن مقاله فارسی) برای تعیین پایایی پرسش نامه از ضریب آلفا کربناخ استفاده شد که ضریب پایایی آن برابر با ۰/۸۴۳ است.

قبل از این که دانش آموزان به پرسش نامه ها پاسخ دهند، لازم بود قسمت اول پرسش نامه را که مربوط به ویژگی های دموگرافیک شرکت کنندگان شامل سال تحصیلی، سن، تعداد فرزند خانواده، سرپرست، چندمین فرزند خانواده، رشته تحصیلی، وضعیت اقتصادی، ساعات مطالعه درسی روزانه، ساعت تفریح و استراحت، تحصیلات والدین، شغل والدین و نوع مسکن پاسخ دهند.

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (آزمون تی مستقل، آنالیز واریانس) ضریب همبستگی پیرسون و معادلات رگرسیونی چند متغیره به روش قدم به قدم در نرم افزار SPSS ۲۰ استفاده شد. سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. ($p < 0/05$)

نتایج:

در ابتدا، مطالعه بر روی ۲۲۵ دانش آموز انجام شد که در نهایت به علت عدم تکمیل پرسش نامه توسط دانش آموزان در نهایت ۲۰۴ دانش آموز در این مطالعه شرکت کردند. جدول (۱) اطلاعات دموگرافیک مربوط به دانش آموزان را نشان می

دهد. همانطور که در جدول نشان داده شده است نیمی دارای خانواده دو فرزندی بودند، اکثریت در رشته تجربی درس می خواندند، و نیز اکثریت سطح اقتصادی خوب و متوسط داشتند.

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک دانش آموزان

متغیر	رده متغیر	تعداد (درصد)
سن	۱۵	۲۹ (۱۴,۲٪)
	۱۶	۶۹ (۳۳,۸٪)
	۱۷	۷۹ (۳۸,۷٪)
	۱۸	۲۷ (۱۳,۳٪)
سال تحصیلی	۱۰	۷۲ (۳۵,۵٪)
	۱۱	۹۰ (۴۴,۱٪)
	۱۲	۴۲ (۲۰,۶٪)
تعداد فرزندان	۱	۹ (۴,۴٪)
	۲	۱۰۲ (۵۰,۰٪)
	۳	۴۲ (۲۰,۶٪)
	≥ 4	۵۱ (۲۵,۰٪)
سرپرست	پدر و مادر	۱۹۹ (۹۷,۵٪)
	تک سرپرست	۵ (۲,۵٪)
چندمین فرزند خانواده	تک فرزند	۱۶ (۷,۸٪)
	اولین فرزند	۱۰۰ (۴۹,۰٪)
	دومین فرزند	۵۷ (۲۷,۹٪)
	سومین فرزند	۲۲ (۱۰,۸٪)
	چهارمین فرزند	۶ (۲,۹٪)
	پنجمین یا بیشتر	۳ (۱,۶٪)
رشته تحصیلی	ریاضی	۵۵ (۲۷,۰٪)
	تجربی	۱۴۹ (۷۳,۰٪)
سطح اقتصادی	خوب	۸۰ (۳۹,۲٪)
	متوسط	۱۱۶ (۵۶,۹٪)
	ضعیف	۸ (۳,۹٪)
تعداد نوبت امتحان در ماه	۱-۲	۱۷ (۸,۳٪)
	۲-۳	۲۸ (۱۳,۷٪)
	۳-۴	۲۳ (۱۱,۳٪)
	>4	۱۳۶ (۶۶,۷٪)
ساعت مطالعه روزانه	۱-۲	۴۲ (۲۰,۶٪)
	۱-۳	۶۴ (۳۱,۴٪)
	۳-۴	۴۹ (۲۴,۰٪)
	۴-۵	۲۵ (۱۲,۲٪)

	>۵	۲۴ (٪۱۱,۸)
ساعت تفریح	۱-۲	۵۳ (٪۲۶)
	۲-۳	۵۷ (٪۲۷,۹)
	۳-۴	۵۷ (٪۲۷,۹)
	۴-۵	۲۰ (٪۹,۸)
	>۵	۱۷ (٪۸,۴)
تحصیلات پدر	ابتدایی	۵ (٪۲,۵)
	سیکل	۱۶ (٪۷,۸)
	دیپلم	۴۷ (٪۲۳)
	دانشگاه	۱۳۶ (٪۶۶,۷)
شغل پدر	آزاد	۵۱ (٪۲۵)
	دولتی	۱۲۸ (٪۶۲,۷)
	خصوصی	۲۲ (٪۱۰,۸)
	بیکار	۳ (٪۱,۵)
تحصیلات مادر	ابتدایی	۷ (٪۳,۴)
	سیکل	۱۳ (٪۶,۴)
	دیپلم	۶۷ (٪۳۲,۸)
	دانشگاه	۱۱۷ (٪۵۷,۵)
شغل مادر	آزاد	۱۲ (٪۵,۹)
	دولتی	۷۹ (٪۳۸,۷)
	خصوصی	۸ (٪۳,۹)
	بیکار	۱۰۵ (٪۵۱,۵)
مسکن	اجاره ای	۱۸۳ (٪۸۹,۷)
	ملکی	۲۱ (٪۱۰,۳)

وضعیت سلامت روانی، هوش هیجانی و هوش معنوی

نتیجه اندازه گیری سلامت روانی در میان دانش آموزان در جدول ۲ آورده شده است. میزان نمره سلامت روانی بین ۱۰ تا ۶۱ (از نمره کل قابل اکتساب ۸۴) متغیر بود در حالیکه میانگین نمره ۳۹,۶۱ با انحراف معیار ۱۰,۵ و میانه ۴۰ بود، ۵۷,۳ درصد سلامت روانی خوب داشتند. (در این پژوهش برای اندازه گیری سلامت روانی نمره مقیاس کلی مورد نظر بود که در مقیاس کلی برش نمره از ۴۱ ببالا سلامت روانی آزمودنی نیازمند بررسی بود). آزمون لامبدای ویلکز نشان داد بین میانگین سلامت روانی دانش آموزان از نظر گروه های سنی، سال تحصیلی، تعداد فرزندان خانواده، نوع سرپرستی، رتبه فرزند، رشته تحصیلی، وضعیت اقتصادی، تعداد امتحانات ماهانه، شغل و تحصیلات پدر، شغل مادر، نوع مسکن، تفاوت آماری معنی دار نشان نمی دهد.

جدول (۲) : شاخص های مرکزی و پراکندگی نمره سلامت روانی در دانش آموزان

شاخص						سلامت روانی
بیشترین	کمترین	انحراف	میانگین	میانه	تعداد	
نمره	نمره	معیار				
۶۱	۱۰	۱۰,۵۰	۳۹,۶۱	۴۰	۲۰۴	

نتایج اندازه گیری هوش هیجانی و ۲۰ مولفه آن در میان دانش آموزان در جدول ۳ آورده شده است. میزان نمره هوش هیجانی از ۱۹۳ تا ۴۲۰ متغیر بود اما میانه هوش هیجانی ۳۱۶ و میانگین ۳۱۳,۴۱ بود. از میان ۲۰ مولفه هوش هیجانی بالاترین درصد نمره کسب شده مربوط به مولفه های درون فردی بود (۵۹,۳۳٪).

جدول (۳) : شاخص های مرکزی و پراکندگی نمره هوش هیجانی در دانش آموزان

شاخص					هوش هیجانی	
بیشترین نمره	کمترین نمره	انحراف معیار	میانگین	تعداد		
۴۲۰	۱۹۳	۳۸,۱۹	۳۱۳,۴۱	۲۰۴		
۳۰	۵	۳,۹۰	۲۰,۶۸	۲۰۴	خودآگاهی هیجانی	مؤلفه های هوش هیجانی
۳۰	۸	۳,۸۷	۱۹,۶۰	۲۰۴	خود ابرازی	
۳۰	۸	۴,۱۵	۲۱,۸۴	۲۰۴	عزت نفس	
۳۰	۱۰	۳,۷۵	۲۱,۹۴	۲۰۴	خود شکوفایی	
۳۰	۱۰	۳,۷۶	۲۱,۱۷	۲۰۴	استقلال	
۱۲۵	۶۱	۱۵,۷۸	۱۰۵,۲۸	۲۰۴	مؤلفه درون فردی	
۳۰	۱۴	۳,۶۷	۲۳,۲۸	۲۰۴	همدلی	
۳۰	۱۴	۳,۶۹	۲۳,۲۹	۲۰۴	مسئولیت پذیری	
۳۰	۱۲	۴,۰۶	۲۲,۳۳	۲۰۴	روابط بین فردی	
۷۵	۴۴	۹,۲۸	۶۸,۹۱	۲۰۴	مؤلفه بین فردی	
۳۰	۱۳	۳,۳۱	۲۱,۳۹	۲۰۴	حل مسئله	
۲۸	۶	۳,۷۱	۱۸,۱۱	۲۰۴	واقع گرایی	
۲۸	۹	۳,۴۲	۱۸,۷۷	۲۰۴	انعطاف پذیری	
۷۵	۳۸	۷,۶۱	۵۸,۲۲	۲۰۴	مؤلفه سازگاری	
۲۹	۶	۴,۲۵	۱۸,۶۸	۲۰۴	تحمل فشار روانی	
۲۹	۵	۵,۴۰	۱۷,۹۳	۲۰۴	کنترل تکانش	
۵۰	۱۶	۷,۸۲	۳۶,۶۲	۲۰۴	مؤلفه مدیریت استرس	
۳۰	۱۰	۳,۸۴	۲۲,۰۵	۲۰۴	خوشبینی	

خوشبختی	۲۰۴	۲۲,۹۴	۴,۵۶	۹	۳۰
مؤلفه خلق عمومی	۲۰۴	۴۴,۸۰	۷,۸۱	۲۰	۵۰

البته آزمون لامبدای ویلکز مقداری برابر $0/942$ و آزمون $F=1/33$ تفاوت معناداری را میان نمرات هوش هیجانی دانش آموزان تیزهوش دبیرستانی پسرانه شهرستان دزفول از نظر گروه های سنی در سطح معناداری $0/05$ نشان نمی دهد. آزمون لامبدای ویلکز نشان داد بین میانگین هوش هیجانی دانش آموزان از نظر گروه های سنی، سال تحصیلی، تعداد فرزندان خانواده، نوع سرپرستی، رتبه فرزند، رشته تحصیلی، وضعیت اقتصادی، تعداد امتحانات ماهانه، شغل و تحصیلات پدر، شغل مادر، نوع مسکن، تفاوت آماری معنی دار نشان نمی دهد. میانگین نمرات هوش هیجانی دانش آموزان تیزهوش با ساعات تفریح بیش از یک ساعت روزانه به طور معنی داری با افزایش هوش هیجانی و نیز هوش معنوی ارتباط داشت. نتایج اندازه گیری هوش معنوی و ۵ مولفه آن در میان دانش آموزان در جدول ۴ آورده شده است. میزان نمره هوش معنوی از ۷۵ تا ۱۹۸ متغیر بود اما میانه هوش معنوی ۱۴۱ و میانگین ۱۴۱,۵۴ بود. از میان مولفه های هوش معنوی بالاترین درصد نمره کسب شده مربوط به مولفه توانایی مقابله و تعامل با مشکلات بود (۸۹,۳۱٪).

جدول (۴) : شاخص های مرکزی و پراکندگی نمره هوش معنوی در دانش آموزان

شاخص						هوش معنوی	مؤلفه های هوش معنوی
تعداد	میانه	میانگین	انحراف معیار	کمترین نمره	بیشترین نمره		
۲۰۴	۱۴۱	۱۴۱,۵۴	۱۷,۵۲	۷۵	۱۹۸		
۲۰۴	۴۵	۴۴,۲۸	۸,۱۵	۶	۵۸	تفکر کلی و بعد اعتقادی	
۲۰۴	۴۵	۴۵,۱۴	۹,۵۸	۱۹	۷۱	توانایی مقابله و تعامل با مشکلات	
۲۰۴	۲۸	۲۸,۶۶	۴,۸۷	۱۳	۴۰	پرداختن به سجایای اخلاقی	
۲۰۴	۲۴	۲۳,۵۲	۵,۸۲	۷	۳۵	خودآگاهی و عشق و علاقه	

آزمون لامبدای ویلکز با مقداری برابر $0/942$ و آزمون $F=1/33$ تفاوت معناداری را میان نمرات هوش معنوی دانش آموزان تیزهوش دبیرستانی پسرانه شهرستان دزفول از نظر گروه های سنی در سطح معناداری $0/05$ نشان نمی دهد. آزمون لامبدای ویلکز نشان داد بین میانگین هوش معنوی دانش آموزان از نظر گروه های سنی، سال تحصیلی، تعداد فرزندان خانواده، نوع سرپرستی، رتبه فرزند، رشته تحصیلی، وضعیت اقتصادی، تعداد امتحانات ماهانه، شغل و تحصیلات پدر، شغل مادر، نوع مسکن، تفاوت آماری معنی دار نشان نمی دهد. طبق آزمون لامبدای ویلکز نمرات هوش معنوی دانش آموزان تیزهوش با ساعات مطالعه درسی بیشتر از ۲ ساعت بطور معنی داری بالاتر بود همچنین نمرات هوش معنوی دانش آموزان تیزهوش با مادران دارای تحصیلات دانشگاهی با سایر گروه های تحصیلی در سطح $0/05$ معنادار می باشد. این تفاوت به نفع میانگین نمرات دانش آموزان تیزهوش با تحصیلات مادر ابتدایی، دیپلم و سیکل در بالا بودن میزان هوش معنوی آنان است. به این معنی

که پایین بودن تحصیلات مادر باعث افزایش هوش معنوی می شود. (مادرانی که تحصیلات سیکل داشتند از سایر مادران هوش معنوی بالاتری داشتند).

رابطه هوش هیجانی، هوش معنوی و سلامت روانی

همانطور که جدول شماره ۵ رابطه بین هوش هیجانی و سلامت روانی نشان می دهد بر اساس آزمون همبستگی پیرسون بین هوش هیجانی و همه مولفه ها با سلامت روانی در دانش آموزان تیز هوش دبیرستانی پسرانه شهرستان دزفول معنادار می باشد. یعنی هرچه نمره هوش هیجانی و نمره ۲۰ مولفه ان بالاتر باشد نمره اختلالات روانی فرد در پرسشنامه سنجش سلامت روان پایین بود و در نتیجه آزمودنی از سلامت روانی بالاتری برخوردار بود

جدول (۵): همبستگی پیرسون بین هوش هیجانی با سلامت روانی در دانش آموزان (N=۲۰۴)

Ci ۹۵%	سلامت روانی		متغیر وابسته متغیر مستقل	
	سطح معناداری (P)	ضریب همبستگی پیرسون (r)		
	۰/۰۰۱	-۰/۴۳۴**	هوش هیجانی	
	۰/۰۰۱	-۰/۳۹۱**	درون فردی	مؤلفه های هوش هیجانی
	۰/۰۰۱	-۰/۲۴۲**	خودآگاهی هیجانی	
	۰/۰۰۱	-۰/۲۵۴**	خودآبرازی	
	۰/۰۰۱	-۰/۳۸۹**	عزت نفس	
	۰/۰۰۱	-۰/۳۶۷**	خودشکوفایی	
	۰/۰۰۱	-۰/۲۴۰**	استقلال	
	۰/۰۰۱	-۰/۳۰۲**	بین فردی	
	۰/۰۰۱	-۰/۲۴۴**	همدلی	
	۰/۰۰۱	-۰/۲۹۷**	مسئولیت پذیری	
	۰/۰۰۴	-۰/۱۹۸**	روابط بین فردی	
	۰/۰۰۱	-۰/۳۰۸**	سازگاری	
	۰/۰۰۱	-۰/۳۵۵**	حل مسئله	
	۰/۰۰۲	-۰/۲۱۹**	واقع گرایی	
	۰/۰۴۶	-۰/۱۴۰*	انعطاف پذیری	
	۰/۰۰۱	-۰/۲۶۵**	مدیریت استرس	
	۰/۰۰۱	-۰/۲۷۹**	تحمل فشار روانی	
	۰/۰۱۹	-۰/۱۶۴*	کنترل تکانش	
	۰/۰۰۱	-۰/۳۵۲**	خلق عمومی	
	۰/۰۰۱	-۰/۳۵۶**	خوش بینی	
	۰/۰۰۱	-۰/۳۴۱**	خوشبختی	

** معناداری در سطح ۰/۰۱ * معناداری در سطح ۰/۰۵

جدول (۶): همبستگی پیرسون بین هوش معنوی با سلامت روانی در دانش (N=۲۰۴)

Ci ۹۵٪	سلامت روانی		متغیر وابسته متغیر مستقل	
	سطح معناداری (P)	ضریب همبستگی پیرسون (r)		
	۰/۰۰۱	۰/۲۶۱**	هوش معنوی	
	۰/۰۰۱	۰/۳۵۹**	تفکر کلی و بعد اعتقادی	هوش هیجانی
	۰/۰۲۲	۰/۱۶۰*	توانایی مقابله و تعامل با مشکلات	
	۰/۰۰۱	۰/۲۳۲**	پرداختن به سجایای اخلاقی	
	۰/۰۰۱	۰/۳۸۱**	خودآگاهی و عشق و علاقه	

** معناداری در سطح ۰/۰۱ * معناداری در سطح ۰/۰۵

همانطور که جدول فوق نشان می دهد بر اساس آزمون همبستگی پیرسون بین هوش معنوی و مؤلفه های آن با سلامت روانی در دانش آموزان تیزهوش دبیرستانی پسرانه شهرستان دزفول در سطح خطای ۰/۰۵ معنادار می باشد. یعنی هرچه هوش معنوی و مؤلفه های آن نمره بالاتری داشته باشند نمره اختلالات روانی فرد در پرسشنامه سنجش سلامت روان پایین بود و در نتیجه آزمودنی از سلامت روانی بالاتری برخوردار بود.

طبق نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون ضریب همبستگی چند متغیری برای ترکیب خطی هوش هیجانی و هوش معنوی با سلامت روانی در دانش آموزان تیزهوش دبیرستانی پسرانه شهرستان دزفول برابر با $MR = ۰/۴۶۲$ و $RS = ۰/۲۱۳$ می باشد که در سطح ۰/۰۵ معنادار می باشد. لذا بین هوش هیجانی و هوش معنوی با سلامت روانی در دانش آموزان رابطه چندگانه وجود دارد بدین معنی که ۲۱ درصد واریانس سلامت روانی در دانش آموزان توسط متغیرهای پیش بین (هوش هیجانی و هوش معنوی) قابل تبیین بود. از میان هوش هیجانی و هوش معنوی به عنوان متغیرهای پیش بین، متغیر هوش هیجانی با ضریب بتای $-۰/۴۰۰$ و مقدار $t = -۶,۱۶$ و سطح معناداری $p = ۰/۰۰۱$ و متغیر هوش معنوی با ضریب بتای $-۰/۱۴۹$ و مقدار $t = -۲,۲۹$ و سطح معناداری $p = ۰/۰۲۳$ بطور منفی و معنی داری در سطح ۰/۰۵ معنی دار بود. پس در پیش بینی کنندگی برای سلامت روانی در دانش آموزان نقشی خوبی داشت.

همچنین ضریب همبستگی چند متغیری برای ترکیب خطی مؤلفه های هوش هیجانی (درون فردی، بین فردی، سازگاری، مدیریت استرس، خلق عمومی) با سلامت روانی برابر با $MR = ۰/۴۱۴$ و $RS = ۰/۱۷۱$ می باشد که در سطح ۰/۰۵ معنادار می باشد. و ضریب همبستگی چند متغیری برای ترکیب خطی مؤلفه های هوش معنوی (تفکر کلی و بعد اعتقادی، توانایی مقابله و تعامل با مشکلات، پرداختن به سجایای اخلاقی، خودآگاهی و عشق و علاقه) با سلامت روانی در دانش آموزان تیزهوش دبیرستانی پسرانه شهرستان دزفول برابر با $MR = ۰/۴۲۷$ و $RS = ۰/۱۸۲$ می باشد که در سطح ۰/۰۵ معنادار می باشد. بدین معنی که ۱۷ درصد واریانس سلامت روانی توسط متغیرهای پیش بین (مؤلفه های هوش هیجانی (درون فردی، بین فردی، سازگاری، مدیریت استرس، خلق عمومی)) قابل تبیین بود.

از میان مؤلفه های هوش هیجانی (درون فردی، بین فردی، سازگاری، مدیریت استرس، خلق عمومی) به عنوان متغیرهای پیش بین، متغیر درون فردی با ضریب بتای $-۰/۲۴۶$ و مقدار $t = -۲,۲۸$ و سطح معناداری $p = ۰/۰۲۴$ بطور منفی و معنی داری در سطح ۰/۰۵ معنی دار بود. پس در پیش بینی کنندگی برای سلامت روانی در دانش آموزان تیزهوش دبیرستانی پسرانه شهرستان دزفول نقشی خوبی داشت.

بحث:

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ۵۷/۳٪ افراد مورد مطالعه از سلامت روان خوب برخوردار بودند که بین سلامت روان و مشخصات دموگرافی ارتباط معنی داری وجود نداشت. در مطالعه ی سمیاری و همکاران که بر روی دانشجویان دانشکده های دندانپزشکی انجام شد به این نتیجه رسیدند که بین سلامت روان با جنسیت، محل سکونت و محل اقامت قبل از پذیرفته شدن ارتباط آماری معنی داری وجود ندارد اما بین معدل و وضعیت اقتصادی میانگین میزان سلامت عمومی افزایش می یابد (۲۲)

یافته های پژوهش نشان داد که هوش هیجانی با سلامت روان و برخی از عوامل دموگرافی از جمله ساعات مطالعه، ساعات تفریح و نوع مسکن ارتباط آماری معنی داری وجود دارد به طوری که هر چه ساعات مطالعه بالاتر و مسکن اجاره ای باشد هوش هیجانی بالاتر که در نتیجه سلامت روان بالاتر می باشد و هر چه ساعات تفریح بیشتر باشد هوش هیجانی کمتر و در نتیجه سلامت روان پایین تر می باشد.

در مطالعه ی maik slaski و همکاران که بر روی ۲۲۴ مدیر از یک سازمان انجام شد به این نتیجه رسیدند که هر چه هوش هیجانی بالاتر باشد افراد از سلامت روان بالاتری برخوردار و در نتیجه باعث افزایش عملکرد مدیریتی می شود که با مطالعه ما هم سو می باشد (۲۳)

Nicola. Schutte و همکاران نشان داد که هر چه هوش هیجانی بالاتر باشد سبب افزایش سلامت روان می شود. (۲۴) یافته های مطالعه حاضر نشان داد که سلامت روانی با مولفه ی درون فردی نسبت به سایر مولفه های هوش هیجانی ارتباط بیشتری دارد.

در مطالعه نیسون و همکاران که بر روی ۱۰۰ نفر از دانشجویان زن پرستاری مقطع کارشناسی انجام شد به این نتیجه رسیدند که حداکثر میانگین نمره هوش هیجانی در زیر مولفه ها بین خودی بود که با مطالعه حاضر همسو می باشد (۲۵) یافته های مطالعه حاضر نشان داد که هوش معنوی با سلامت روان و برخی از عوامل دموگرافیک از جمله تعداد فرزندان، ساعات مطالعه ارتباط مستقیم و معنی دار و با ساعات تفریح و تحصیلات مادر ارتباط معکوس معنی داری داشت به طوری که هر چه ساعات مطالعه و تعداد فرزندان بالاتر، هوش معنوی بالاتر و هر چه سطح تحصیلات مادر و ساعات تفریح مادر بالاتر بود هوش معنوی کمتر می شود.

در مطالعه ی شیدا جمال نیا همکاران که بر روی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد دریافتند که بین جنسیت، وضعیت تاهل شغل و سطح تحصیلات و هوش معنوی بیماران اختلاف آماری معنی داری وجود ندارد (۲۶)

در مطالعه Emmons و همکاران که در سال ۲۰۰۰ بر روی ۱۵۰ بزرگسال مرد و زن انجام شد به این نتیجه رسیدند که هر چه هوش معنوی بالاتر باشد افراد مورد مطالعه از سلامت روان بالاتری برخوردار هستند که با مطالعه ی ما همسو بود. (۲۷) در مطالعه ی علیرضا مولازاده و همکاران که بر روی دانشجویان علوم پزشکی فسا انجام شد به این نتیجه رسیدند که بین محل سکونت، وضعیت اقتصادی و تحصیلات والدین با هوش معنوی ارتباطی وجود ندارد که از نقص ارتباط تحصیلات والدین با هوش معنوی با مطالعه ی حاضر هم سو نبود (۲۸)

در مقاله ی مرتضی چرخ آبی و همکاران که بر روی ۶۰ نفر از دانش آموزان شهرستان تهران که آن ها را به دو گروه تقسیم و به یک گروه آموزش های مربوط به بالا بودن هوش معنوی داده شد دریافتند که به گروهی که آموزش های لازم داده شده از سلامت روانی بیشتری برخوردار شدند (۲۹)

مطالعه ما نشان داد که اگر چه بین هوش معنوی و هوش هیجانی با سلامت روان ارتباط آماری معنی دار دارد و افزایش هر دو نوع هوش باعث بالا رفتن سطح سلامت روان در دانش آموزان تیزهوش می شود اما هوش هیجانی اهمیت بیشتری نسبت به هوش معنوی در بالاتر رفتن سلامت روان در دانش آموزان داشت که مولفه ی درون فردی بیشترین ارتباط را با سلامت روان دانش آموزان داشت.

در مطالعه ی شعبانی و همکاران که بر روی ۲۴۷ دانش آموز دبیرستانی انجام شد به این نتیجه رسیدند که نمرات هوش هیجانی و معنوی از نظر آماری در سلامت روان تاثیر معنی دار و مستقیمی دارد که در این راستا هوش هیجانی بیشتر از هوش معنوی در افزایش سلامت روان موثر می باشد که با نتایج مطالعه حاضر هم سو بود (۳۰)

نتیجه گیری:

دانش آموزان تیز هوش دارای مورد مطالعه دارای وضعیت مشابهی از نظر هوش هیجانی، هوش معنوی و نیز سلامت روانی بودند. بر طبق یافته ها حدود ۶۰ درصد دانش آموزان مورد مطالعه دارای سلامت روان خوبی بودند. این مطالعه نشان داد که در دانش آموزان تیزهوش سلامت روان با هوش هیجانی و هوش معنوی مرتبط بود ولی با هیچکدام از عوامل دموگرافیک مرتبط نبود. این مطالعه همچنین نشان داد که بین هوش هیجانی و هوش معنوی با سلامت روانی رابطه چند گانه وجود دارد.

با توجه به یافته های پژوهش می توان نتیجه گرفت که هوش هیجانی و هوش معنوی با همه مولفه های خود که تاثیر پذیر از برخی متغیرهای جمعیت شناختی بود (ساعات مطالعه، ساعات تفریح، نوع مسکن در رابطه با هوش هیجانی و تعداد فرزندان، ساعات مطالعه، ساعات کم تفریح و تحصیلات پایین مادر) از عوامل موثر و تاثیر گذار در سلامت روانی دانش آموزان تیزهوش پسر دبیرستانی می باشد. لذا دانش آموزان با هوش هیجانی و معنوی پایین تر دارای سلامت روانی کمتر هستند و نیاز به توجه بیشتری برای افزایش هوش هیجانی و معنوی خود دارند. از طرفی، دانش آموزان تیزهوش با ساعات مطالعه کمتر و تفریح بیشتر، و مسکن شخصی دارای هوش هیجانی کمتر و دانش آموزان تیز هوش تک فرزند، با ساعات مطالعه کمتر، تفریح بیشتر و نیز افراد دارای مادران با تحصیلات دانشگاهی دارای هوش معنوی کمتری بودند.

محدودیت های پژوهش:

پژوهش حاضر همچون سایر پژوهش های علوم انسانی با محدودیت های ی رو به رو بوده است که به برخی از آنها پرداخته می شود:

- جامعه آماری پژوهش و نوع پژوهش که از نوع همبستگی است، محدودیت هایی را در زمینه تعمیم دهی یافته ها، تفسیر و اسنادهای علت شناسی متغیرهای بررسی شده مطرح می کند که باید در نظر گرفته شود.
- از آنجا که این پژوهش روی دانش آموزان تیز هوش پسرانه دبیرستان دولتی انجام شده، لذا نتایج قابل تعمیم به سایر دانش آموزان تیز هوش مدارس دیگر (غیرانتفاعی و غیره) نمی باشد.
- پژوهش بر روی دانش آموزان تیز هوش دبیرستان پسر شهرستان دزفول انجام شده و به همین علت نتایج بدست آمده برای همین جامعه کاربرد دارد و تعمیم دهی آن به جوامع، جنسیت و مقاطع سنی دیگر مشکل بوده و بایستی با احتیاط صورت پذیرد.
- بدلیل فشردگی دروس و برنامه های متعدد درسی از سوی دبیرستان محل تحصیل که برای جامعه هدف پیش بینی شده بود، مدت زمان پاسخ به پرسش ها مناسب نبود.

منابع:

۱. Shabani, J. Aishah Hassan, S. Ahmad, A. Baba, M. Age as Moderated Influence on the Link of Spiritual and Emotional Intelligence with Mental Health in High School Students, Journal of American Science, ۲۰۱۰; ۶(۱۱).
۲. World Health Organization. Promoting mental health: Concepts, emerging, practice Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse use. ۲۰۰۴.

۳. Hoagwood K., Jensen P S, Petti T, & Burns B J. Outcomes of mental healthcare for children and adolescents: A comprehensive conceptual model. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. ۱۹۹۶; ۳۵ (۸): ۱۰۵۵-۱۰۶۳
۴. Trzesniewski K H., Donnellan M B., Moffitt T E., Robins R W., Poulton R., & Caspi A. Low self-esteem during adolescence predicts poor health, criminal behavior, and limited economic prospects during adulthood. *Developmental Psychology* ۲۰۰۶; ۴۲(۲): ۳۸۱-۳۹۰
۵. [Stallman HM](#)^۱. Prevalence of psychological distress in university students--implications for service delivery [Aust Fam Physician](#). ۲۰۰۸ Aug;۳۷(۸):۶۷۳-۷.
۶. Mohammad Hasan Hosseinpoor (M.H.)^{۱*}, Ali Younesian (Ph.D.)^۲, Ahmad Khosravi (M.Sc.)^۳, Yegane Sabbagh (B.Sc.)^۴, Sakine Kolahdozan (M.D.)^۵.
Relationship between General Health with Emotional Intelligence and Spiritual Intelligence in Students *Journal of Knowledge & Health* ۲۰۱۵; Vol ۱۰, No ۲, page ۱۱_۱۷
۷. Ebrahimi Koohbanani S, Dastjerdi R, Vahidi T, GhaniFar MH. The Relationship Between Spiritual Intelligence and Emotional Intelligence with Life Satisfaction Among Birjand Gifted Female High School Students. *Procedia - Soc Behav Sci*. ۲۰۱۳;۸۴:۳۱۴-۲۰. doi: ۱۰.۱۰۱۶/j.sbspro.۲۰۱۳.۰۶.۵۵۸.
۸. Cisheng W, Shah MS, Jamala B, Aqeel M, Ahmed A, Gul M. The moderating role of Spiritual Intelligence on the relationship between Emotional Intelligence and Identity Development in Adolescents. *Found Univ J Psychol*. ۲۰۱۷;۱(۱):۷۸-۱۰۳
۹. Coetzee M, Harry N. Emotional intelligence as a predictor of employees' career adaptability. *J Vocat Behav*. ۲۰۱۴;۸۴(۱):۹۰-۷. doi: ۱۰.۱۰۱۶/j.jvb.۲۰۱۳.۰۹.۰۰۱.
۱۰. Di Fabio A, Saklofske DH. Comparing ability and self-report trait emotional intelligence, fluid intelligence, and personality traits in career decision. *Pers Indiv Differ*. ۲۰۱۴;۶۴:۱۷۴-۸. doi: ۱۰.۱۰۱۶/j.paid.۲۰۱۴.۰۲.۰۲۴.
۱۱. Geula K, editor. Emotional intelligence and spiritual development. *Forum for Integrated Education and Educational Reform*. Santa Cruz, CA. ۲۰۰۴. p. ۲۸-۳۰.
۱۲. Chew BH, Zain AM, Hassan F. Emotional intelligence and academic performance in first and final year medical students: a cross-sectional study. *BMC Med Educ*. ۲۰۱۳;۱۳:۴۴. doi: ۱۰.۱۱۸۶/۱۴۷۲-۶۹۲۰-۱۳-۴۴. [PubMed: ۲۳۵۳۷۱۲۹]. [PubMed Central: PMC۳۶۱۷۰۳۶]
۱۳. Moghaddam, L Nouri, L, Slyany; M, Salimi, B Ghobaribonab] ۱۵[*Theology Islamic in Quarterly Research. intelligence Spiritual*. S. ۱۴۷-۱۲۵):۱۰(۳; ۲۰۰۸. *Studies Religious and) Kalam*(
۱۴. Van Leeuwen R, Cusveller B. Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Advanced Nursing* ۲۰۰۴;۴۸:۲۳۴-۴۶.
۱۵. Elkins M, Cavendish R. Developing a plan for pediatric spiritual care. *Holistic Nursing Practice* ۲۰۰۴;۱۸:۱۷۹-۸۴
۱۶. Noorbala A, Bagheri Yazdi SA, Mohammad K. Validation of the General Health Questionnaire ۲۸-item screening instrument for psychiatric disorders in Tehran, Iran, ۲۰۰۱. *Hakim Research Journal*. ۲۰۰۹; ۱۱ (۴): ۴۷-۵۳
۱۷. Bar-On R. Emotional and social intelligence: Insight from the emotional quotient inventory (EQ-I). In: Bar-On R, Parker J, editors. *Handbook of Emotional Intelligence* Sanferancisco: Jossy-Bass; ۲۰۰۰.
۱۸. Badie A, Savari E, Bagheri Dashtbozorg N, Latifizadegan V. Development and reliability and validity of the spiritual intelligence scale. *National Psychology Conference Payamnour University, Tabriz; Iran; ۲۰۱۰ (Persian)*

۱۹. Sudarsih, Erica Febianti Nur Puspitasari*, Sri Wahyu Lelly Hana Setyanti. *Emotional Intelligence, Spiritual Intelligence and Employee Performance: The Mediating Role of Work Motivation. European Journal of Business and Management*. Vol. ۱۰, No. ۹, ۲۰۱۸۱۳۸_۱۳۷.
۲۰. NIKOO YAMANI^۱ , MARYAM SHAHABI^{۲*}, FARIBA HAGHANI^۱ *The relationship between emotional intelligence and job stress in the faculty of medicine in Isfahan University of Medical Sciences. J Adv Med Educ Prof. January ۲۰۱۴; Vol ۲ No ۱.. ۲۰_۲۶*
۲۱. Sheida Jamalnia, ^۱ Sorur Javanmardifard, ^۲ Fariba Ghodsbin, ^۳ Kourosh Zarea, ^۴ and Ebrahim Ezzati^۵ *The Relationship Between Spiritual Intelligence and Emotional Intelligence in Patients with Type ۲ Diabetes Jundishapur J Chronic Dis Care. ۲۰۱۸ July; ۷(۳):e۷۹۱۸۲*
۲۲. Semyari^۱ H (Ph.D) - *Heravi karimooi^۲ M (Ph.D) - Nasiri^۳ M (Ph.D) - Arabi^۴ F(Ph.D). *The relationship of Dentistry students' spiritual intelligence to general health. spring ۲۰۱۴; ۳(۱). ۴۷-۵۸.*
۲۳. Mark Slaski Susan Cartwright. *Health, performance and emotional intelligence: an exploratory study of retail managers. stress&health. ۲۰۰۲, ۱۸(۲): ۶۳_۶۸*
۲۴. ۲۴. Nicola S. Schutte *, John M. Malouff ^۱, Einar B. Thorsteinsson ^۱, Navjot Bhullar ^۱, Sally E. Rooke. *A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. Personality and Individual Differences ۴۲ (۲۰۰۷) ۹۳۱-۹۳۳*
۲۵. Benson G, Ploeg J, Brown B. *A cross-sectional study of emotional intelligence in baccalaureate nursing student. Nurse Education Today. ۲۰۱۰; ۳۰(۱): ۳۹۶-۴۰۱*
۲۶. Sheida Jamalnia, ^۱ Sorur Javanmardifard, ^۲ Fariba Ghodsbin, ^۳ Kourosh Zarea, ^۴ and Ebrahim Ezzati^۵ *The Relationship Between Spiritual Intelligence and Emotional Intelligence in Patients with Type ۲ Diabetes Jundishapur J Chronic Dis Care. ۲۰۱۸ July; ۷(۳):e۷۹۱۸۲.*
۲۷. Manaswini Dash Puspita Patnaik *Relationship among Mental Health, Emotional Intelligence and Spiritual Intelligence in Male and Female Adults Journal of Culture, Society and Development. Vol. ۱۴, ۲۰۱۵*
۲۸. Alireza Molazade ^۱ , Ahmadreza Mortazavi ^۱ , Mohadese Motamed Jahromi ^۲ , Mohammad saeed Gholami ^۱ , Abdollah Darvishi ^۱ , Hamidreza Doulatkhah ^۳ , Akhtar Bordbar ^۴ , Roghaye Ghodsi. *Relationship between student's spiritual intelligence and general health in Fasa university of medical sciences - ۲۰۱۳. ۱۹(۲). ۲۰۱۵: ۱۶_۲۵*
۲۹. Morteza Charkhabi a *, Amin Mortazavi b , Samaneh Alimohammadi c & Davoud Hayati . *The Effect of Spiritual Intelligence Training on the Indicators of Mental Health in Iranian Students: An Experimental Study Procedia - Social and Behavioral Sciences ۱۵۹ (۲۰۱۴) ۳۵۵ - ۳۵۸*
- ۳۰ . Jafar Shabani* , Siti Aishah Hassan, Aminah Ahmad, Maznah Baba. *Age as Moderated Influence on the Link of Spiritual and Emotional Intelligence with Mental Health in High School Students. Journal of American Science ۲۰۱۰; ۶(۱۱). ۳۹۴_۴۰۰*