مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره ۱۸،شماره ۳، ویژه نامه همایش رفتارهای پرخطر
صفحه: ۲۴۲-۲۳۵

Journal of Shaheed Sadoughi University of Medical Sciences
High Risk Behavior Conference,Vol.18,No. 3, Suppl.1, 2010
Pages: 234-242

مقایسه هوش معنوی و سلامت روان در افراد معتاد و غیر معتاد

صدیقه معلمی*[1]، مهوش رقیبی[2]، زهره سالاری درگی[3]

۳،۱- دانشجوی کارشناسی ارشد رشته روانشناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان
۲- استادیار دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه سیستان بلوچستان

چکیده

مقدمه: سوء مصرف مواد پدیده‌ای مزمن است که آسیب‌های فراوان جسمی، روانی، اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی را به دنبال دارد، به طوری که شخص مبتلا را دچار افت جدی در کنش‌های فردی و اجتماعی می‌کند. هدف از این مقایسه هوش معنوی و سلامت روانی در افراد معتاد و غیر معتاد و بررسی رابطه‌ی این دو متغیر در دوگروه است.

روش بررسی: نمونه‌ها شامل ۸۰ نفر معتاد به مواد مخدر و ۸۰ نفر افراد غیر معتاد بودند که افراد معتاد به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از مراکز درمان و بازتوانی دولتی و غیر دولتی شهر زاهدان انتخاب شدند. افراد غیرمعتاد نیز به صورت نمونه‌گیری در دسترس از لحاظ سن و جنس با افراد معتاد یکسان انتخاب شدند. آنگاه آزمودنی‌ها پرسشنامه‌ی خود گزارشی هوش معنوی و فرم ۲۸ سئوالی پرسشنامه‌ی سلامت عمومی گلدبرگ (۱۹۷۹)را تکمیل کردند، سپس و داده‌ها با آزمون آماری همبستگی پیرسون و t مستقل تحلیل شد.

نتایج: یافته‌ها نشان داد بین نمره‌های هوش معنوی و سلامت روان معتادان و غیر معتادان تفاوت معناداری وجود دارد به طوری که معتادان به مواد مخدر از هوش معنوی و سلامت روانی پایین‌تری نسبت به گروه عادی برخوردار بودند. همچنین در هر دو گروه بین هوش معنوی و سلامت روان همبستگی معنادار مشاهده شد.

نتیجه گیری: سوء مصرف مواد سلامت جسمانی و روانی افراد را به خطر می‌اندازد، افراد با هوش معنوی پایین به احتمال بیشتری دچار سوء مصرف می‌شوند . این احتمال وجود دارد که بتوانیم با پرورش هوش معنوی افراد، از مبتلا شدن آنها به این معضل جلوگیری کنیم.

واژه‌های کلیدی: هوش معنوی- سلامت روان- اعتیاد

* (نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۷۱۱-۸۲۴۸۵۳۷ ، پست الکترونیک:s.moallemy@yahoo.com

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

مقدمه

یکی از موضوعات اساسی در ارتباط با سلامت جوانان مصرف مواد است(۱). میزان مصرف مواد در جوانان و نوجوانان روز به روز افزایش می‌یابد و برای کنترل این امر لازم است در برنامه‌های پیشگیری و درمان از رویکردهای جدید بهره گرفته شود.

دلایل بیرونی و درونی مختلفی برای گرایش به مواد ذکر کرده‌اند، از عوامل بیرونی تمایل برخی به پذیرفته شدن در جامعه و بعضی دیگر بدین وسیله سعی می‌کنند خود را رشد یافته‌تر نشان دهند(۲). جامعه و اطرافیان متقابلا در افزایش مصرف مواد نقش دارند، در برخی از گروه‌های اجتماعی مصرف مواد شرط پذیرفته‌شدن از سوی دیگران است. این نکته براساس پژوهشهایی که نشان داده‌اند پیشنهاد مصرف از سوی دوستان باعث افزایش مصرف مواد می‌شود، تایید شده است(۳). عادتهای سوء مصرف مواد به متغیرهای روانشناختی- درونی از جمله ویژگیهای شخصیتی، شیوه زندگی، نگرش، باورها و سطح هوشی فرد نیز بستگی دارد. مروری بر پژوهش‌های انجام شده در زمینه هوش افراد وابسته به مواد نشان داده است که عملکرد شناختی و سطح هوش اغلب این افراد پایین‌تر از میانگین است(۴). همچنین با توجه به نقش مذهب و احاطه آن بر همه شئون زندگی انسان مذهب در بازداری فرد از گرایش به مواد مخدر نقش تعیین کننده‌ای دارد(۵). در این راستا پژوهش‌ها نشان داده‌اند که داشتن نگرش‌ها و باورهای مذهبی و اعمال معنوی با کاهش استرس‌های روانشناختی و پیشگیری از رفتارهای پرخطری همچون سیگارکشیدن، مصرف الکل و مواد همراه است. همچنین مطالعات نشان داده‌اندکه دینداری و معنویت از تأثیر فشارهای زندگی بر گرایش به مصرف مواد می‌کاهد و در طول زمان نیز میزان افزایش مصرف مواد را مهار می‌کند(۶). نه تنها در حوزه درمان اعتیاد، بلکه در درمان بسیاری از مشکلات روانشناختی و جسمی، همه روزه به شمار افرادی که باور دارند معنویت راه درمان روان رنجوری‌ها و درماندگی-های روحی آنها می‌باشد، همچنین متخصصینی که برای درمان بیماری‌های روانی و بهداشت روان بر باورها و رفتارهای معنوی متمرکز می‌شوند افزوده می‌شود(۷). همین امر باعث شده که سازمان بهداشت جهانی اخیرا انسان را موجودی زیستی روانی اجتماعی و معنوی تعریف کند(۸). در راستای این جهت گیری معنوی و به موازات بررسی رابطه دین و معنویت و دیگر مولفه‌های روانشناختی مثل سلامت روان، گروهی در صدد تعریف مفاهیمی جدید در ارتباط با دین و معنویت شده‌اند. برای مثال مفاهیم سلامت معنوی، بهزیستی معنوی در آستانه هزاره سوم به ادبیات آکادمیک روانشناسی اضافه شده است. با پیشرفت صنعت و تکنولوژی‌های جدید و مشکلات مربوط به آن، اختلالات و بیماری‌های روانی همانند مشکلات جسمانی افزایش چشمگیری یافته است.

هوش معنوی یکی از مفاهیمی است که، در پرتو توجه و علاقه جهانی روان شناسان به حوزه دین و معنویت، مطرح شده و توسعه پیدا کرده است. هوش معنوی سازه‌های معنویت و هوش را درون یک سازه جدید ترکیب می‌کند(۹).

این درست است که ارتباطات زیادی بین معنویت و بهزیستی روانشناختی و سازگاری وجود دارد ولی به اعتقاد King راهبردهای مقابله‌ای و تکنیک‌های حل مشکل با استفاده از معنویت درواقع کاربردهای سازگارانه هوش معنوی می‌باشند. او پیشنهاد می‌کند که این ارتباط غیرمستقیم است و هوش معنوی به عنوان یک میانجی در این ارتباطات نقش دارد. به احتمال بیشتر همبستگی معنادارتری میان سطوح هوش معنوی و سازگاری وجود دارد. از دیدگاه King هوش معنوی دارای چهار مولفه تفکر وجودی، تولید معنای شخصی، بسط هشیاری و آگاهی متعالی می‌باشد(۱۰).

با توجه به نتایج تحقیقات، هم هوش و هم مذهب و معنویت در گرایش به اعتیاد نقش دارند و همان طور که گفته شد به عقیده King هوش معنوی میانجی تاثیرات معنویت و ترکیبی از معنویت و هوش است. پس به طور منطقی هوش معنوی نیز باید در اعتیاد نقش تعیین کننده‌ای داشته باشد؛ چون هر دو سازه هوش و معنویت، را در خود جای دارد.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

به طور مثال هوش معنوی به ما اجازه می‌دهد که تا آنجایی که ممکن است موقعیت را تغییر ویا بهتر کرد ودر واقع به ما اجازه می‌دهد که ما موقعیت را اداره کنیم(۱۱). همچنین از دیدگاهMarshal & Zohar یکی از مولفه‌های هوش معنوی وابسته به آرای جمع نبودن است(۱۲). از این رو هنگامی که شخص از جانب همسالان برای مصرف مواد تحت فشار قرار می‌گیردT مدیریت موقعیت و وابسته به نظر جمع نبودن به میزان زیادی از تسلیم شدن شخص در مقابل فشار جمع جلوگیری می‌کند.

در بین معتادین اختلالات شخصیت ضد اجتماعی، افسردگی و اضطراب شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی است(۱۳). افسردگی بیشتر از اختلالات روانی دیگر در بین معتادین رواج دارد(۱۴).

در بین معتادین اختلالات خلقی و اضطراب، افسردگی اساسی و اختلال اضطراب منتشر شایع می‌باشد(۱۵). شخصیت مرزی، خودشیفته و ضد اجتماعی و وضعیتهای روانی مثل سطح تحمل پائین، ناامیدی، رفتارهای ضد اجتماعی، احساس حقارت، وابستگی و اضطرابهای شدید در بین معتادین رواج دارد(۱۶) و گرایش به اعتیاد مشکلات اجتماعی و روانشناختی فرد را افزایش می‌دهد(۱۷). استفاده از الکل و حشیش، حافظه و توانایی عملکرد افرادی را که دارای اختلالات خلقی یا روانپریشی هستند، پائین می‌آورد(۱۸).همچنین افرادی که سوء مصرف تریاک و هروئین دارند سطح هیجان طلبی بالاتری نسبت به افراد عادی دارند(۱۹).

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 تاثیر داشته باشد. هوش معنوی شامل داشتن حس معنا و ماموریت نسبت به زندگی و ارزش‌ها، حس تقدس در زندگی، درک متعادل‌تر از ارزش مادیات و اعتقاد به بهتر شدن دنیا است. هوش معنوی، بیانگر مجموعه‌ای از توانایی‌ها و ظرفیت‌ها و منابع معنوی است که کاربست آنها موجب افزایش انطباق‌پذیری و در نتیجه سلامت روان افراد می‌شود(۱۲،۱۰). وقتی می‌گوییم .هوش معنوی، یعنی هوشی که مشکلات معنایی و ارزشی ما را حل کند، هوشی که اعمال و زندگیمان را در یک سطح وسیع‌تر و قدرتمندتر معنا دهد و هوشی که بتوان به وسیله آن معنای زندگی و مسیر زندگی فرد را بسنجید(۲۰). هوش معنوی لزوماً بنیان عملکرد کاراتر هوش عقلانی و هوش هیجانی است(۱۲).

از این رو اهداف این تحقیق مبتنی بر ۳ قسمت است:

۱. مقایسه‌ی هوش معنوی افراد معتاد وغیر معتاد

۲. مقایسه‌ی سلامت روان افراد معتاد وغیر معتاد

۳. بررسی رابطه هوش معنوی و سلامت روان در افراد معتاد و غیر معتاد

روش بررسی:

این پژوهش از نوع مقطعی- همبستگی و نمونه آماری این تحقیق شامل دو گروه می‌باشد، گروه اول، افراد سوء مصرف کنندگان مواد تشکیل می‌دادند که برای درمان به مراکز ترک اعتیاد زاهدان مراجعه کرده بودند که به صورت در دسترس به ۸۰ نفر از افراد که مایل به همکاری بودند پرسشنامه داده شد.گروه دوم، شامل افراد غیر معتاد که این افراد نیز به صورت در دسترس به تعداد ۸۰ نفر نمونه‌گیری شدند. گروه افراد غیر معتاد از نظر جنس و سن با گروه معتاد همتا شدند.

ابزار مورد استفاده در تحقیق:

۱- پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ

در پژوهش حاضر از فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی که توسط Goldberg و Hiller برای سرند کردن اختلالات روانی غیر سایکوتیک ساخته شده، استفاده گردیده است. پرسشنامه مذکور دارای چهار مقیاس فرعی (نشانگان جسمانی، نشانگان اضطرابی و بی‌خوابی، نشانگان اختلال در کارکرد اجتماعی و نشانگان افسردگی) است که هر مقیاس ۷ سؤال دارد. نمره کلی هر فرد از حاصل جمع نمره‌های چهار مقیاس فرعی به دست می‌آید. ضریب آلفای کرونباخ این ابزار را از ۷۸/ تا ۹۳/ گزارش کرده‌اند و پایایی آنرا به روش تنصیف از ۰/۸۳تا ۹۰/ ذکر کرده‌اند(۲۱).

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

۲. مقیاس خود گزارشی هوش معنوی

این پرسشنامه که توسط King ساخته شده است، دارای ۲۴ آیتم می‌باشد. این پرسشنامه براساس مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت پر می‌شود. نمرات بالا نشان دهنده هوش معنوی بالا ویا وجود چنین ظرفیتی است. با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی(Exploratory Factor Analysis) در یک نمونه ۶۱۹ نفری از دانشجویان دانشگاه ترنت کانادا در سال ۲۰۰۷ آلفای کرونباخ ۹۵٪ و پایایی از طریق تنصیف ۸۴٪ به دست آمد. در یک مطالعه دیگر با استفاده از روش تحلیل عاملی تاییدی(Confirmatory Factor Analysis) آلفای کرونباخ ۹۲/ وآلفای استاندارد شده نیز ۹۲/ به دست آمد(۱۰)

همچنین در مطالعه Raghibi و همکاران ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۸۹٪.، همچنین ضریب اعتبار پرسشنامه‌ی هوش معنوی از طریق بازآزمایی در یک نمونه ۷۰ نفری به فاصله زمانی متوسط ۲ هفته ۶۷٪. محاسبه شد(۲۲).

نتایج

دو گروه از نظر جنسیت و سن همتا شده بودند. تعداد زنان ۶ نفر در هرگروه و تعداد مردان ۷۲ نفر بود. میانگین سنی شرکت کنندگان ۲۵/۷۳ و حداقل سن ۱۶ و حداکثر سن ۵۶ سال بود.

میانگین مدت مصرف ۶/۸۴ سال دیده شد. ۸۶/۲ درصد به گزینه نحوه مصرف روزانه، ۴ درصد به گزینه هفتگی و ۹/۸ درصد نیز جواب نداده بودند.

همان طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود؛ میانگین نمره کل سلامت روان و کلیه خرده مقیاس‌ها در گروه افراد سالم از افراد سوء مصرف کننده‌ی مواد به طور معناداری کمتر است. یعنی افراد سوء مصرف کننده در کلیه‌ی مقیاس‌ها در وضعیت بدتری قرار داشتند.

در گروه سوء مصرف کننده، بیشترین میانگین خرده مقیاس‌ها مربوط به اضطراب و سپس افسردگی، مشکلات جسمانی و مشکلات اجتماعی بود. در گروه سالم، نیز بیشترین میانگین مربوط به مشکلات اجتماعی، اضطراب، مشکلات جسمانی و افسردگی بود.

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود نمره‌ی هوش معنوی افراد سالم به طور معناداری بیشتر از افراد سوء مصرف کننده است، یعنی افراد سالم هوش معنوی بالاتری نسبت به افراد سوء مصرف کننده دارند.

در جدول ۳ مشاهده می‌شود بین نمره سلامت روان و کلیه خرده مقیاس‌های آن با هوش معنوی در افراد سالم رابطه منفی وجود دارد. با توجه به نمره‌گذاری معکوس پرسشنامه سلامت عمومی، افراد برخوردار از هوش معنوی بالا از سلامت بهتری برخوردار هستند. بیشترین همبستگی را هوش معنوی با افسردگی، سپس با مشکلات اجتماعی، اضطراب و مشکلات جسمانی داشت.

همچنین در جدول۳ مشاهده می‌شود که بین هوش معنوی با سلامت روان و کلیه‌ی خرده مقیاس‌های سلامت روان در افراد سوء مصرف کننده مواد نیز همبستگی منفی وجود دارد. بیشترین همبستگی منفی مربوط به افسردگی، سپس مشکلات اجتماعی، مشکلات جسمانی و اضطراب بود.

جدول ۱: نتایج حاصل از آزمون آماری t مستقل جهت مقایسه سلامت روان دو گروه

	مصرف کنندگان مواد		افراد سالم				
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	P	df	F
نمره کل سلامت روان	۴۲/۶۷	۱۴/۴۱	۲۶	۱۲/۴۴	۰/۰۰۰	۱۰۸	.۱۶
مشکلات جسمانی	۹/۸۹	۴/۰۷	۶	۳/۸۳	۰/۰۰۰	۱۱۳	۱/۱۱
مشکلات اضطرابی	۱۱/۶۲	۴/۲۳	۷/۰۵	۴/۲۳	۰/۰۰۰	۱۱۳	۰/۰۵
مشکلات اجتماعی	۹/۸۰	۳/۶۰	۸/۲۳	۳/۱۶	۰/۰۱	۱۱۳	۱/۶۱
افسردگی	۱۱/۳۵	۵/۹۴	۴/۷۱	۴/۸۱	۰/۰۰۰	۱۱۳	۴/۸۰

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

جدول ۲: نتایج آزمون آماریt گروه‌های مستقل جهت مقایسه‌ی هوش معنوی افراد سالم و سوء مصرف کننده

	سوء مصرف کنندگان مواد		افراد سالم				
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	P	df	F
هوش معنوی	۳۰/۸۳	۱۴/۱۹	۴۵/۴۷	۱۴/۶۵	۰/۰۰۰	۱۰۸	۰/۰۰۰

جدول ۳: ضرایب همبستگی بین هوش معنوی و سلامت روان در افراد سالم و در افراد سوءمصرف کننده مواد

هوش معنوی	افرادسالم	در افراد سوءمصرف کننده مواد
سلامت روان	-./۲۵*	-./۳۱*
مشکلات جسمانی	-./۱۱**	-./۱۴**
اضطراب	-./۱۱**	-./۱۳**
مشکلات اجتماعی	-./۱۸*	-./۱۵*
افسردگی	-./۲۱*	-./۲۸*

P<.01*

P<.05**

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به دست آمده فرضیه اول این تحقیق مبنی بر تفاوت هوش معنوی افراد معتاد و غیر معتاد تایید شد. در زمینه تحقیق در مورد هوش معنوی تحقیقات میدانی کمی صورت گرفته است. ولی بر اساس ادبیات تحقیق این نتیجه قابل توجیه است.

همان طور که بیان شد؛ به اعتقاد King راهبردهای مقابله‌ای و تکنیک‌های حل مشکل با استفاده از معنویت در واقع کاربردهای سازگارانه هوش معنوی می‌باشند. او پیشنهاد می‌کند که این ارتباط غیرمستقیم است و هوش معنوی به عنوان یک میانجی در این ارتباطات نقش دارد، به احتمال زیاد همبستگی معنادارتری میان سطوح هوش معنوی و سازگاری وجود دارد(۱۰)

با توجه به نتایج تحقیقات، هوش ، مذهب و معنویت در گرایش به اعتیاد نقش دارند و همان طور که بیان شد به عقیده‌ی King هوش معنوی میانجی تاثیرات معنویت و ترکیبی از معنویت و هوش است. پس به طور منطقی هوش معنوی نیز باید در اعتیاد نقش تعیین کننده‌ای داشته باشد؛ چون هر دو سازه‌ی هوش و معنویت، را در خود جای دارد.

به طور مثال هوش معنوی به ما اجازه می دهد که تا آنجایی که ممکن است موقعیت را تغییر و یا بهتر کرد و در واقع به ما اجازه می‌دهد که ما موقعیت را اداره کنیم(۱۱). همچنین ازدید Zohar & Marshal یکی از مولفه‌های هوش معنوی وابسته به آرای جمع نبودن است(۱۲). از این رو هنگامی که شخص از جانب همسالان برای مصرف مواد تحت فشار قرار می‌گیرد؛ مدیریت موقعیت و وابسته به نظر جمع نبودن به میزان زیادی از تسلیم شدن شخص در مقابل فشار جمع جلوگیری می‌کند.

فرض دوم مبتنی بر تفاوت سلامت دو گروه نیز تایید شد. افراد سوء مصرف کننده در کلیه خرده مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی در وضعیت بدتری نسبت به گروه سالم قرار داشتند.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

این نتیجه با نتایج مطالعات قبل همخوانی دارد. از جمله نشان داده شده است در بین معتادین اختلالات شخصیت ضد اجتماعی، افسردگی واضطراب شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی است(۱۳). همچنین در مطالعه‌ای مشخص شد افسردگی، بیشتر از اختلالات روانی دیگر در بین معتادین رواج دارد که با نتایج تحقیق حاضر همخوانی داشت(۱۴).

در بین معتادین، اختلالات خلقی و اضطراب، افسردگی اساسی و اختلال اضطراب منتشر شایع می‌باشد(۱۵). شخصیت مرزی، خودشیفته و ضد اجتماعی و وضعیتهای روانی مثل سطح تحمل پائین، نا امیدی، رفتارهای ضد اجتماعی، احساس حقارت، وابستگی و اضطرابهای شدید در بین معتادین رواج دارد(۱۶)؛ گرایش به اعتیاد، مشکلات اجتماعی و روانشناختی فرد را افزایش می‌دهد(۱۷).

فرضیه سوم این تحقیق مبنی بر رابطه هوش معنوی و سلامت روان در دوگروه نیز تایید شد. همان طور که گفته شد با توجه به جدید بودن سازه هوش معنوی تحقیقات در این زمینه کم می‌باشد، با این حال تحقیقاتی در زمینه مولفه‌های هوش معنوی انجام شده است که با نتیجه تحقیق حاضر همخوانی دارد.

. هوش معنوی بیانگر مجموعه‌ای از توانایی‌ها و ظرفیت‌ها و منابع معنوی است که کاربست آنها موجب افزایش انطباق پذیری و در نتیجه سلامت روان افراد می‌شود(۱۰،۱۲). وقتی می‌گوییم هوش معنوی یعنی هوشی که مشکلات معنایی و ارزشی ما را حل کند؛ هوشی که اعمال و زندگیمان را در یک سطح وسیع‌تر و قدرتمندتر معنا می‌دهد ؛هوشی که بتوان به وسیله آن معنای زندگی و مسیر زندگی فرد را بسنجیم(۲۰). هوش معنوی لزوماً بنیان عملکرد کاراتر هوش عقلانی و هوش هیجانی است(۱۲).

از دیدگاه Vaughanهوش معنوی یکپارچه کننده زندگی درونی ومعنوی با زندگی بیرونی ومحیط کاراست. تجارب معنوی که ممکن است در رشد SQ تاثیر داشته باشد وابسته به بافت ومحیط زندگی فرد است. از دیدگاه او هوش معنوی برای شناسایی انتخاب‌هایی که در بهزیستی روانشناختی و رشد سلامتی کل بشر نقش دارند امری لازم است(۲۳).

رشد هوش معنوی اجازه می‌دهد که یک بینش جدید درباره خود و بالا بردن اعتماد به نفس به دست بیاوریم. هوش معنوی کمک می‌کند که خود با ثباتی داشته باشیم و نگرانی ها و اضطراب‌ها را بتوانیم کاهش دهیم و همچنین می‌توان به طور عمیق‌تر با دیگران ارتباط برقرار کرد(۱۰). در این جا تحقیقاتی را که در ارتباط با مولفه‌های هوش معنوی صورت گرفته است آورده می‌شود.

Booth پیشنهاد کرده است که حل بحران وجودی واقعاً منجر به بهبود خود به خودی بیمارن سرطانی می‌شود(۲۴).

تولید معنای شخصی، توانایی ایجاد معنا در زندگی مانند مورد قبل نقش اساسی در بحران‌های وجودی دارد. این بحران‌ها در واقع بحران معنایابی است. تحقیقات مختلفی ارتباط بین معنایابی و سازگاری افراد را تایید کرده‌اند. Mascaro و Rosen همبستگی مثبت معنادار بین مقیاس امیدواری و مقیاس آشکار و ناآشکار معنایابی در زندگی یافتند در مقابل ارتباط منفی بین معنایابی شخصی با افسردگی و روانرنجورخویی(Neuroticism) مشاهده شد. همچنین آنها به این نتیجه رسیدند که معنایابی معنوی وشخصی بین استرس‌های روزانه و افسردگی میانجی است، در زمانی که معنایابی معنوی کم بود رابطه بین استرس‌های زندگی و افسردگی بالا می رفت(۲۵). Breitbart به این نتیجه دست یافت که داشتن یک حس مداوم از معنا در بیماران سرطانی در بهبود کیفیت زندگی و کاهش آشفتگی‌های روانشناختی آنان نقش دارد. مطالعات مختلفی ارتباط معناداری بین معنای شخصی و سلامت جسمانی و روانشناختی را بیان کرده اند(۲۶،۲۷).

اگرچه هنوز شواهد زیادی در زمینه مولفه آگاهی متعالی در حال حاضر در دسترس نیست با این حال در مطالعه Nygren و دیگران، ارتباط معناداری بین تعالی خود با انعطاف‌پذیری، حس یکپارچگی(Sense of Coherence) و هدف در زندگی مشاهده شد. همچنین در مطالعه‌ای دیگر مشخص شد تعالی خود منجر به بهبود سریعتر بیماریها و ناتوانایی های سخت می شود.همچنین بین تعالی خود با افسردگی، کیفیت زندگی، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران و رضایت از زندگی

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

ارتباط مشاهده شده است(۳۰،۲۸،۲۹). Piedmont دریافت که تعالی معنوی نقش معناداری را در بازگشت به مواد بازی می کند(۳۱).

در مورد بسط حالات هشیاری به اعتقاد حالات متعالی می‌توانند حتی از بروز خودکشی، الکلیسم، مصرف مواد، خشونت جلوگیری کند. اگرچه تردیدهایی در این زمینه وجود دارد با این حال تحقیقاتی انجام شده است که نشان دهنده تأثیر مثبت این حالات است. در برخی مطالعات بهبود طولی در کارایی درمان فشارخون در افرادی که مدیتیشن متعالی انجام می دادند در مقایسه با گروه کنترل مشاهده شده و تعدادی مطالعات کنترل شده نیز تاثیر مثبت مدیتیشن متعالی را بر سلامتی قلبی- عروقی،کاهش فشار خون و کم خونی نشان دادند(۳۲).

محدودیت‌ها

در دسترس نبودن ابزار هنجاریابی شده جهت سنجش هوش معنوی و استفاده از ابزار خودگزارشی نیز از محدودیت‌های این پژوهش بود.

بزرگترین محدودیت این پژوهش را می‌توان به مقطعی بودن و استفاده از طرح همبستگی برای نشان دادن رابطه‌ی بین متغیرها دانست از این رو واضح شدن رابطه نشان داده شده بین متغیرها، احتیاج به مطالعات طولی دارد.

منابع

1- Grekin ER, Sher KJ. ***Alcohol dependence symptoms among college freshmen: prevalence, stability, and person–environment interactions experimental and clinical psychopharmacology***. Experimental and Clinical Psychopharmacology, 2006; 14(3): 329-38.

2- Jessor R. ***Adolescent development and behavioral health.*** In: Matarazzo JD, Weiss SM, Herd A, Miller NA, Weiss SM ,editors. Behavioral health: a handbook of health enhancement and disease prevention; New York: John Wiley ;1984.P.69-90.

3- Conrad KM, Flay BR, Hill D. ***Why children start smoking cigarettes: predictors of onset.*** British Journal of Addiction1992; 87(12): 1711-24.

4- Whalleya LJ, Foxa HC, Dearyb IJ, Starr JM. ***Childhood IQ, smoking, and cognitive change from age 11 to 64 years.*** Addictive Behaviors, 2005;30: 77-88.

5-- Siegle LJ, Senna JJ. ***Juvenile delinquency***: ***theory, practice and law***. 6th ed. Paol Alto: West Publishing Company; 1997.P.117-8.

6- Wills TA, Yaeger AM, Sandy JM. ***Buffering effect of religiosity for adolescent substance use.*** Psychology of Addictive Behaviors. 2003;17(1): 24-31.

7- Shojaeyan R, Zamanimonfared A. ***Relation between prayer with mantal health and vocation performance in technical personel of weaponry industries***. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2001;2(8).31-9.[Persian].

8- Sohrabi F. ***Fundamental of spiritual intelligence.*** Journal of Mental Health,2007; 1(1):30-3.[Persian]

9- Emmons RA. ***The psychology of ultimate concerns: motivation and spirituality in personality.*** New York: Guilford Press; 1999.P.51-73.

10-King DB. ***Rethinking claims of spiritual intelligence: a definition, model, and measure***.[thesis]. Ontario: Trent University; 2008

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

11- Tirri K. ***Conceptual definition and empirical validation of the spiritual sensitivity scale.*** Journal of Empirical Theology. 2006; 19(1): 37-62.

12- Zohar D, Marshall I. ***SQ, connecting with our spiritual intelligence***. New York: Bloomsbury Publishing; 2000.P. 324.

13- Nazer M, Khaleghi E, Sayadi Anari AR. ***Prevalence of psychiatry disorders in dependents of opiate substance.*** Iran Journal of Psychiatry and Clinical Psychology,2000; 7(3), 38-45. [Persian]

14- Theghatoleslam A, Rezayi O, Aghighi K. ***Effect of behavioral-cognitive therapy in decrease of depression in drug abusives.*** Journal of Ardebil University of Medical Science. 2003; 2(4), 33-8. [Persian]

15- Parvizifard AA, Birashk B, Btef Vahid MK, Shakeri H. ***Investigation of simultaneity of mood and anexiety disorders in addicts that pursuit treatment and normal individuals***. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2000; 7(2): 45-54. [Persian]

16- Navidian A, Davachi A, Bashardoost N. ***Concern of personalty traits in addictives inzahedan improved center***. Hakim Journal. 2002; 5(1), 17-22.[Persian]

17- Samouei R, Ebrahimi A, Moosavi GH, Hasanzade A, Rafiei S. ***Pattern of contrast with stress in selfintroduction addictive in Esfahan addict center***. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 1999; 6(2-3), 63-9.[Persian]

18- Liraud F, Ver Doux H. ***Effective of comorbid substance use on neuro psychological performance in subjects with psychotic or mood disorders.*** Encephale. 2002; 28(2): 160-8.

19- Rahmanian M, Hasani J. ***A Comparison of sensation seeking in substans abuser with normal people***. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology.2005;11(3):335-41.[Persian]

20- Emmons RA. ***Is spirituality and intelligence? motivation, cognition and the psychology of the ultimate concern.*** International Journal for the Psychology of Religion. 2000;10(1): 3-26.

21.Taghavi M H. ***Investigation of validity and reliability of general health questionnaire***, Journal of Psychology, 2002; 5(4): 382-98 .[Persian]

22- Raghibi M, Bakhshani N M, Moallemy S. ***Investigation of simple and multiple between menthal health. Spiritual intelligence and dysfunctional attitudes.*** MSc[Thesis]. Zahedan: University of Sistine and Baluchestan; 2010. [Persian]

23- Vaughan F. ***Whątis spiritual intelligence?*** Journal of Humanistic Psychology, 2002;42(2):16-33.

24- Booth G. ***Psychobiological aspects of "spontaneous" regressions of cancer.*** Journal of the American Academy of Psychoanalysis & Dynamic Psychiatry. 1973;1(3), 303-17.

25- Mascaro N, Rosen DH. ***Existential meaning's role in the enhancement of hope and prevention of depressive symptoms***. Journal of Personality. 2005; 73(4), 985-1014.

26- Fry PS. ***Religious involvement, spirituality and personal meaning for life: existential predictors of psychological wellbeing in community-residing and institutional care elders.*** Aging and Mental Health. 2000;4(4): 375-87.

27-Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Kaim M, Funesti- Esch j, Galietta M , et al . ***Depression, hopelessness,and desire for hastend death in terminally ill patient with cancer,*** Journal of American Medical Association. 2000; 284: 2907-11

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

28- Mellors MP. ***AIDS, self-transcendence, and quality of life.*** Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 1999; 60: 1533.

29- Stevens DD. ***Spirituality, self-transcendence and depression in young adults with AIDS.*** Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 2000; 61:78.

30-Nygren B, Ale'x E, Jonse'n Y, Gustafson A, Norberg A, Lundman B. ***Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old.*** Aging & Mental Health. 2005; 9: 354–62.

31- Piedmont RL. ***Spiritual transcendence as a predictor of psychosocial outcome from an outpatient substance abuse program.*** Psychology of Addictive Behaviors. 2004; 18(3): 213-22.

32 - Fields JZ, Walton KW, Schneider RS, Nidich SI, Pomerantz R, Suchdev P, et al. ***Effect of a multimodality natural medicine program on carotid atherosclerosis in older subjects: a pilot trial of Maharishi Vedi medicine.*** American Journal of Cardiology. 2002; 89(8):952-8.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]