

The relationship of Dentistry students' spiritual intelligence to general health

Semyari¹ H (Ph.D) - *Heravi karimooi² M (Ph.D) - Nasiri³ M (Ph.D) - Arabi⁴ F (Ph.D)

Abstract

Introduction: Dental Students are encountered with a wide range of health-related problems because of studying in stressful clinical environment. Spiritual intelligence and their relationship with other factors like general health are of interesting subjects for behavioural sciences experts. The purpose of this study was to investigate the relationship between general health and spiritual intelligence in dental students of Tehran.

Methods: In this cross-sectional study, 481 dental students who studied in different universities of Tehran were enrolled. Data were collected using Spiritual intelligence, General health (GHQ-28) and characteristics demographic questionnaires. Data were also entered into SPSS-v16 and analyzed with correlation test, T-test and ANOVA test. The significant level was <0.05 .

Results: Dental students have intermediate level of spiritual intelligence and there was no any difference between male and female. There was significant relationship between Spiritual intelligence and General health generally and in all parts ($P<0.005$). Grade point average, marital status, educational year and economical state showed significantly correlated with General health. Age, grade point average, educational year and economical state showed significantly correlated with spiritual intelligence.

Conclusion: Improvement of spiritual intelligence could help increase the general health of dental students.

Key words: Spiritual intelligence, General health, Dental students.

Received: 2 January 2015

Accepted: 1 April 2015

1- Associate Professor, Faculty of Dentistry, Shahed University, Tehran, Iran.

2- Associate Professor, Elderly Care Research Center- Shahed University, College of Nursing & Midwifery, Tehran, Iran. (**Correspondence Author**)

E-mail: heravi@shahed.ac.ir

3- PhD in Biostatistics, Department of Biostatistics, Faculty of Paramedical Sciences, shahid Beheshti University of Medical Sciences, Iran.

4- Dentist, Shahed University, Tehran, Iran.

بررسی ارتباط بین هوش معنوی و سلامت عمومی دانشجویان

حسن سمیاری^۱، *مجیده هروی کریموی^۲، ملیحه نصیری^۳، فاطمه عربی^۴

چکیده

زمینه و هدف: دانشجویان دندانپزشکی به واسطه ارتباط مستقیم با بیماران نیازمند ارتقا سلامت عمومی و روان هستند. هوش معنوی امروزه از مهمترین مباحثی است که در کلیه ابعاد سلامت انسان از جمله سلامت روحی و روانی مطرح شده و نقش پر رنگی دارد. هدف این مطالعه بررسی رابطه هوش معنوی و سلامت عمومی در دانشجویان دندانپزشکی دانشگاه های شهر تهران می باشد.

روش: این مطالعه از نوع مقطعی- تحلیلی می باشد. بر اساس فرمول حجم نمونه تصادفی تعداد ۴۸۱ نفر از دانشجویان دندانپزشکی دانشگاه های شهر تهران به طور تصادفی انتخاب شدند. برای جمع آوری اطلاعات، از پرسشنامه ای مشتمل بر اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه هوش معنوی و نسخه فارسی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) استفاده شد. برای تعیین تفاوت نمرات هوش معنوی و سلامت عمومی با توجه به متغیر های دموگرافیک از آزمون تی مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه و همچنین جهت بررسی رابطه ی بین اجزاء سلامت عمومی و هوش معنوی از ضرایب همبستگی پیرسون استفاده شد.

نتایج: هوش معنوی دانشجویان دندانپزشکی در سطح متوسطی قرار دارد و تفاوتی بین زن و مرد دیده نشد. بین هوش معنوی و سلامت عمومی به صورت کلی و در همه ی ابعاد رابطه معنادار و مثبتی وجود داشت ($P < 0.05$). معدل، وضعیت تأهل و وضعیت اقتصادی با سلامت عمومی رابطه معنادار و مثبت داشتند ($P < 0.05$). سن، ترم تحصیلی، معدل و وضعیت اقتصادی نیز دارای رابطه معناداری با هوش معنوی بودند ($P < 0.05$).

نتیجه گیری: هوش معنوی و سلامت عمومی رابطه نزدیکی با هم داشته و انتظار می رود ارتقاء هوش معنوی باعث ارتقاء سلامت عمومی دانشجویان دندانپزشکی شود.

کلمات کلیدی: هوش معنوی، سلامت عمومی، دانشجویان، دندانپزشکی.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۱/۱۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۰/۱۲

۱- دانشیار، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه شاهد تهران، تهران، ایران.

۲- دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت های سالمندی دانشگاه شاهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد تهران، تهران، ایران (نویسنده مسؤول).

پست الکترونیکی: heravi@shahed.ac.ir

۳- دکتری آمار زیستی، گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۴- دکتری دندانپزشکی عمومی، دانشگاه شاهد تهران، تهران، ایران.

مقدمه

در اوایل قرن بیستم هوش به عنوان یک توانایی شناختی، توسط آلفرد بینه مطرح شد. وی همچنین برای اندازه گیری میزان بهره هوش افراد، آزمونی ابداع کرد. بعدها لوئیس ترمن و دیوید وکسلر آزمون های جدیدتری ساختند (۱). گاردنر هوش را شامل مجموعه توانمندی هایی می داند که به منظور حل مسئله و ایجاد محصولات جدیدی به کار می رود که در یک فرهنگ ارزشمند تلقی می شوند. از نظر وی، انواع ۸ گانه هوش عبارتند از زبانی، موسیقایی، منطقی، ریاضی، فضایی، جنبشی-بدنی، بین فردی و درون فردی (۲). در دو دهه اخیر، مفهوم حوزه های دیگری مانند هوش هیجانی، هوش طبیعی، هوش وجودی و هوش معنوی گسترش یافته است. علاوه براین، دیگر هوش به عنوان یک توانایی کلی محسوب نمی گردد، بلکه به عنوان مجموعه ای از ظرفیت های گوناگون در نظر گرفته می شود (۱).

در مجموع، هوش عموماً باعث سازگاری فرد با محیط می شود و روشهای مقابله با مسائل و مشکلات را در اختیار او قرار می دهد. همچنین توانایی شناخت مسئله، ارائه راه حل پیشنهادی برای مسائل مختلف زندگی و کشف روشهای کارآمد حل مسائل از ویژگیهای افراد باهوش است (۳).

در آخرین سال های قرن بیستم، شواهد علم نورولوژی، انسان شناسی، روان شناسی و علوم شناختی نشان داد که علاوه بر بهره هوشی (IQ) و هوش هیجانی، هوش سومی نیز وجود دارد که آن را هوش معنوی نامیدند. بهره هوشی در وسایل کامپیوتری نیز دیده می شود از طرفی هوش هیجانی نیز در بعضی پستانداران دیده می شود و مختص انسان نیست در حالی که هوش معنوی کاملاً مختص انسان است (۴). هوش معنوی جنبه های بیرونی هوش را با جنبه های درونی معنویت تلفیق می کند و ظرفیت خارق العاده ای در فرد ایجاد می کند، به گونه ای که می تواند معنویت را به شکلی کاربردی مورد استفاده قرار دهد (۵). بر اساس تعریف هوش، معنویت ممکن است امری شناختی - انگیزشی باشد که مجموعه ای از مهارت های سازگاری و منابعی را که حل مسئله و دستیابی به هدف را

تسهیل می کنند، معرفی نماید. هوش معنوی انجام سازگاران و کاربردی موارد یاد شده در موقعیت های خاص و زندگی روزمره است (۳). در جمع بندی مطالب ذکر شده می توان گفت به طور کلی هوش معنوی زمینه تمام آن چیزهایی است که ما به آنها اعتقاد و باور داریم. سوال های جدی در مورد اینکه از کجا آمده ایم، به کجا می رویم و هدف اصلی زندگی چیست، از نمودهای هوش معنوی است. افراد با هوش معنوی کسانی هستند که می دانند «چرا» انجام می دهند و «چه چیزی» را انجام می دهند. همیشه بر اساس یک رسالت مشابه عمل می کنند.

همانطور که قبلاً اشاره شد هوش معنوی شامل کلیه توانمندی های فردی در تعامل فرد با جهان هستی و موضوعات فراشناختی است که باعث پرورش بعد روحی و روانی انسان می شود. سلامت عمومی هم به کلیه جنبه های سلامت جسمی و روانی فرد اطلاق می شود و یک مفهوم کلی از بهزیستی جسمانی، اجتماعی و روانی دارد. با پیشرفت صنعت و فن آوری جدید و مشکلات مربوط به آن، مشکلات جسمانی، اختلالات و بیماری های روانی افزایش چشمگیری یافته است (۶). بخش زیادی از زندگی افراد در محل کار یا محیط تحصیلی و در شرایط کاملاً متفاوت از منزل می گذرد، بسیاری از وقایع و فعالیت های زندگی اثر عمیقی بر سلامت جسمی و روانی آن ها دارد. تاثیر مشکلات و عوامل استرس زای زمان تحصیل بر سلامت روانی و بدنی از اهمیت زیادی برخوردار است (۸،۷) تحقیقات انجام شده در سال های اخیر بیانگر وجود مشکلات روانی در سطوح مختلف دانشجویان می باش (۹). شواهد بیانگر آن است که اکثر دانشجویان رشته های بالینی سال های تحصیل در دانشکده را بسیار تنش زا گزارش می کنند. این تنش منتج از مسائل مربوط به آموزش نظری و بالینی است (۱۰).

نظر به اینکه امروزه تربیت نیروی انسانی مهم ترین رکن آموزش عالی بوده و از برجسته ترین عوامل توسعه ملی می باشد (۱۱) جامعه دانشجویی یکی از عظیم ترین گروه های جامعه است. دانشجویان هر جامعه دست رنج معنوی و انسانی آن جامعه بوده و از سرنوشت سازان فردای کشور خویش هستند

پرسشنامه؛ محرمانه نگه داشتن اطلاعات؛ و حفظ کناره گیری از مطالعه رعایت گردید.

برای جمع آوری اطلاعات، پرسشنامه ها توسط محقق به دانشجویان دندانپزشکی که فرم ورود آگاهانه به مطالعه را امضاء کرده بودند، پس از ارائه توضیحات لازم، داده شد و پس از تکمیل، جمع آوری شد. پرسشنامه های مخدوش یا ناقص از مطالعه حذف شد.

پرسشنامه ها شامل قسمت های ذیل بودند:

قسمت اول: پرسشنامه ویژگی های دموگرافیک شرکت کنندگان در پژوهش شامل سن؛ جنسیت، وضعیت تاهل، ترم تحصیلی، وضعیت اقتصادی، محل سکونت قبل از پذیرش دانشگاه و وضعیت محل سکونت فعلی.

قسمت دوم: پرسشنامه هوش معنوی در ایران که توسط عبدالله زاده و همکاران (۱۳۸۷) با ۲۹ عبارت طراحی گردید. این ابزار در ایران با توجه به ویژگی های فرهنگی جامعه تدوین و سپس اعتبار سنجی شده است. گویه های ابزار مذکور دارای گزینه های کاملاً مخالفم، مخالفم، تا حدودی، موافقم و کاملاً موافقم است. این پرسشنامه دارای ۲ بعد است. بعد اول با ۱۲ سوال «درک و ارتباط با سرچشمه هستی» و بعد دوم با ۱۷ سوال «زندگی معنوی» را مورد بررسی قرار می دهد. برای نمره گذاری آزمون به گزینه کاملاً مخالفم نمره یک، مخالفم دو، تا حدودی سه، موافقم چهار و کاملاً موافقم نمره پنج داده می شود. دامنه تغییرات ۲۹ تا ۱۴۵ می باشد. تفسیر امتیاز کسب شده دختران و پسران متفاوت است. جدول تفسیر نمرات دختران به شرح ذیل است: کسب نمره ۱۳۷ به بالا: به منزله امتیاز خیلی بالا؛ کسب نمره ۱۲۹ تا ۱۳۶: امتیاز بالا؛ کسب نمره ۱۱۱ تا ۱۲۸: امتیاز متوسط؛ کسب نمره ۹۴ تا ۱۱۰: نمره پایین؛ کسب نمره کمتر از ۹۳: خیلی پایین. جدول تفسیر نمرات پسران به شرح ذیل است: کسب نمره ۱۳۵ به بالا: به منزله امتیاز خیلی بالا؛ کسب نمره ۱۲۴ تا ۱۳۴: امتیاز بالا؛ کسب نمره ۱۰۶ تا ۱۲۳: امتیاز متوسط؛ کسب نمره ۸۵ تا ۱۰۵: نمره پایین؛ کسب نمره کمتر از ۸۴: خیلی پایین، پایایی و روایی پرسشنامه مذکور مورد تایید قرار گرفته است (۱۴). قسمت سوم: نسخه

و سلامت این قشر اهمیت فراوانی دارد و لازم است که مسائل وابسته به سلامت این قشر عظیم جدی تلقی شده و مورد تحقیق و بررسی قرار گیرد (۱۲).

لذا با توجه به اهمیت سلامت روان دانشجویان به خصوص دانشجویان دندانپزشکی که اغلب با بیماریهای سروکار دارند که نیازمند حمایت قوی می باشند و باید به گونه ای از نظر روحی و روانی آماده گردند که این نقش را با کفایت و اعتماد بپذیرند و همچنین با عنایت به این که تحقیقات زیادی در زمینه هوش معنوی به عنوان زیربنای باورهای فرد و عامل ارتقا و تأمین سلامت روانی صورت نگرفته است، جهت رشد و تحول آن تحقیقات کمی و کیفی نیاز می باشد، در قالب این پژوهش بر آن شدیم که تحقیقی را با هدف تعیین رابطه بین هوش معنوی و سلامت عمومی دانشجویان دندانپزشکی دانشگاه های شهر تهران انجام دهیم.

روش مطالعه

روش این مطالعه از نوع توصیفی - مقطعی می باشد. زمان آن سال ۹۳-۹۴ بوده و مکان آن دانشکده های دندانپزشکی شهر تهران می باشد. نمونه ها به روش تصادفی انتخاب شدند. بر اساس تعیین حجم نمونه تصادفی به روش های موجود (به عنوان مثال کرجسی و مورگان ۱۹۷۰ (۱۳) جهت جامعه ۲۶۰۰ نفری دانشجویان دوره دکتری حرفه ای دانشگاه های سطح شهر تهران با سطح اطمینان ۹۵٪، ۳۳۵ نفر تعیین شد. ولی برای جلوگیری از اشکالات بجزو آمده ناشی از حذف احتمالی برخی از نمونه ها، ۴۸۱ نمونه جمع آوری شد. معیارهای ورود به مطالعه برای دانشجویان عبارت بود از: تحصیل در دوره دکتری حرفه ای دندانپزشکی در یکی از دانشگاه های آزاد، تهران، شاهد و شهید بهشتی؛ پردیس آزاد کیش و تمایل به شرکت در این تحقیق.

همچنین ملاحظات اخلاقی جهت مشارکت دانشجویان در مطالعه شامل کسب رضایت شفاهی از شرکت کنندگان؛ عدم ثبت نام واقعی شرکت کنندگان، بر روی پرسش نامه ها؛ هماهنگی با شرکت کنندگان از نظر زمان و مکان تکمیل

مفید بودن در زندگی و لذت بردن از فعالیت های روزمره مورد بررسی قرار می گیرد. در نهایت، در خرده آزمون افسردگی علائم ویژه افسردگی از جمله احساس نا امید، احساس بی ارزش بودن زندگی، داشتن افکار خودکشی و آرزوی مردن، احساس بی ارزشی و ناتوانی در انجام کارها مورد ارزیابی قرار می گیرد. پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی دارای سولات چهار گزینه ای خیر، کمی، زیاد و خیلی زیاد می باشد. دو شیوه نمره گذاری برای پرسشنامه های سلامت عمومی وجود دارد. یکی روش سنتی است که گزینه ها به صورت ۱-۰-۱-۱-۱ نمره داده می شوند و حداکثر نمره آزمودنی در پرسشنامه برابر ۲۸ خواهد بود. روش دیگر نمره گذاری- بر اساس مدل لیکرت- بدین پژوهش حاضر نحوه نمره گذاری- بر اساس مدل لیکرت- بدین شرح می باشد:

برای گزینه الف نمره ۴، گزینه ب نمره ۳، گزینه ج نمره ۲، گزینه د نمره ۱ منظور خواهد شد. با توجه به اینکه این آزمون شامل ۲۸ عبارت است، نمره هر آزمودنی حداقل ۲۸ و حداکثر ۱۱۲ می باشد. در همه گزینه ها درجات بالا نشان دهنده سلامتی و درجات پایین حاکی از عدم سلامتی و اختلال در فرد است. پایایی و روایی نسخه اصلی (۱۸) و همچنین نسخه فارسی پرسشنامه مذکور مورد تایید قرار گرفته است (۱۵).

کلیه اطلاعات پرسشنامه ها وارد نرم افزار SPSS v.16 شد. از آمار توصیفی جهت توزیع فراوانی، میانگین تمام ابعاد هوش معنوی و سلامت عمومی استفاده شد. همچنین جهت توصیف مشخصات دموگرافیک از آمار توصیفی استفاده شد. جهت تعیین سطح نرمالیتیه داده ها از آزمون های مربوطه (مثلاً کولموگروف اسمیرنوف) با فرض نرمال بودن توزیع داده ها استفاده شد. به منظور بررسی سطح برابری واریانس ها نیز از آزمون های مربوطه (برای مثال لون) استفاده شد. در ضمن، به منظور بررسی تفاوت نمرات هوش معنوی و سلامت عمومی با توجه به متغیرهای جنسیت و وضعیت تاهل، سنوات تحصیلی، سن و پیشرفت تحصیلی و همچنین بررسی رابطه بین اجزای سلامت عمومی و هوش معنوی از معیارها، آزمون ها و ضرایب مربوطه (به طور مثال و به ترتیب آزمون تی مستقل، آنالیز

فارسی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ28) از شناخته شده ترین آزمون های غربالگری است. این پرسش نامه توسط کلدبرگ (۱۹۷۹) برای تفکیک افراد مبتلا به اختلالات روانی از جمعیت مراجعه کننده به مراکز پزشکی عمومی طراحی گردید (۱۵). امروزه این پرسشنامه به منظور استفاده به ۳۸ زبان ترجمه شده است. بسیاری از محققین تصریح کرده اند که این پرسشنامه هم استفاده بالینی داشته و هم در جامعه کاربرد دارد (۱۶). فرم کوتاه ۲۸ عبارتی پرسشنامه سلامت عمومی توسط گلدبرگ و هیلر از طریق اجرای روش تحلیل عاملی بر روی فرم بلند (۶۰ گویه ای) آن طراحی شده است. نسخه مذکور علاوه بر هدف متمایز سازی افراد سالم از افراد غیر سالم و در بر داشتن مقیاس علائم بدنی، تنها فرمی است که برای اهداف تحقیقاتی مناسب تشخیص داده شده و لذا در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت (۱۷). سوال های این پرسش نامه به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماه اخیر می پردازد. متن پرسشنامه درباره وضع سلامت عمومی افراد با تاکید بر مسائل روانشناختی در زمان حال است. در تمامی عبارات، آزمودنی باید گزینه هایی را که با اوضاع و احوال وی بیشتر مطابقت دارد مشخص نماید. پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی از ۴ خرده آزمون تشکیل شده که هر کدام از آن ها دارای ۷ سوال است. سوال های هر خرده آزمون به ترتیب پشت سر هم آمده است، به نحوی که از سوال ۱ تا ۷ مربوط به خرده آزمون نشانه های جسمانی؛ از سوال ۸ تا ۱۴ مربوط به خرده آزمون اضطراب و بی خوابی؛ سوال ۱۵ تا ۲۱ مربوط به خرده آزمون اختلال در کارکرد اجتماعی و از سوال ۲۲ تا ۲۸ مربوط به خرده آزمون افسردگی است. در خرده آزمون نشانه های جسمانی، وضعیت سلامت عمومی و علائم جسمانی که فرد در یک ماه گذشته تجربه کرده است مورد بررسی قرار می گیرد. در خرده آزمون اضطراب و بی خوابی از علائم و نشانه های بالینی اضطراب شدید، تحت فشار بودن، عصبانیت و دلشوره، بی خوابی و داشتن وحشت و هراس ارزیابی به عمل می آید. در خرده آزمون اختلال در کارکرد اجتماعی، توانایی فرد در انجام کارهای روزمره، داشتن قدرت تصمیم گیری، احساس رضایت در انجام وظایف، احساس

در این مطالعه ۴۸۱ دانشجوی دندانپزشکی مشغول به تحصیل در دانشگاه های سطح شهر تهران وارد مطالعه شدند. از این تعداد، ۲۸۴ نفر (۵۹٪) مرد و ۱۹۷ نفر (۴۱٪) زن بودند. سایر اطلاعات دموگرافیک در جدول شماره ۱ قابل مشاهده می باشد.

واریانس یک طرفه، ضریب همبستگی پیرسون و ضرایب همبستگی) استفاده شد. سطح معناداری مساوی یا کمتر از پنج صدم درصد در نظر گرفته شد.

یافته ها

جدول ۱- اطلاعات دموگرافیک

متغیر	تعداد (نفر)	درصد (%)
جنسیت	مذکر	۲۸۴
	مؤنث	۱۹۷
سن (سال)	۱۸-۲۲	۴۷/۸٪
	۲۳-۲۷	۴۰/۷٪
	۲۸-۳۲	۹/۴٪
	بالتر از ۳۲	۲/۱٪
ترم تحصیلی	۴-۱	۴۴/۷٪
	۵-۸	۳۶/۲٪
	۹-۱۲	۱۵/۶٪
	بیشتر از ۱۲	۳/۵٪
معدل	زیر ۱۴	۱۵/۶٪
	۱۷-۱۴	۵۱/۸٪
وضعیت سکونت فعلی	۱۷ به بالا	۳۳/۶٪
	خوابگاه	۵۷/۶٪
	خانه	۴۲/۴٪
	تهران	۴۲/۸٪
وضعیت سکونت قبل از دانشگاه	شهرستان	۵۴/۹٪
	خارج از ایران	۱/۷٪
	عالی	۱۶٪
وضعیت اقتصادی	خوب	۴۲/۴٪
	متوسط	۳۳/۹٪
	ضعیف	۷/۷٪
وضعیت تأهل	مجرد	۴۱٪
	متاهل	۵۴/۱٪
	مطلقه	۳/۳٪
	متارکه	۱/۷٪

آزمون تی مستقل استفاده شد. هیچ کدام از متغیرها ارتباط معناداری با هوش معنوی نداشتند. برای تعیین رابطه هوش معنوی با سن، ترم تحصیلی، معدل و وضعیت اقتصادی از آزمون آنالیز واریانس استفاده شد. ارتباط بین تمام متغیرهای بالا و هوش معنوی معنادار شد به طوری که با افزایش سن، ترم تحصیلی، معدل و بهتر شدن وضعیت اقتصادی میانگین نمره هوش معنوی افزایش می یابد. (جدول شماره ۲)

میانگین نمره هوش معنوی دانشجویان در این مطالعه $111/61 \pm 16/83$ بود که در دانشجویان دختر $110/89 \pm 17/51$ و پسر $109/84 \pm 18/44$ می باشد. برای مشخص نمودن اختلاف نمره دانشجویان دختر و پسر از تست **Independed Sample T-test** استفاده کردیم که تفاوت معناداری نشان نداد. $P=0/275$.

برای تعیین رابطه بین هوش معنوی با جنس، محل سکونت، محل اقامت قبل از پذیرفته شدن، وضعیت تأهل از

جدول ۲- رابطه هوش معنوی با متغیرهای دموگرافیک

نتیجه آزمون	میانگین و انحراف معیار	درصد (%)	تعداد (نفر)	متغیر
۰/۳۷۵	۱۱۱/۶۱ ± ۱۶/۸۳	۵۹	۲۸۴	مذکر
	۱۰۹/۸۴ ± ۸۲/۴۴	۴۱	۱۹۷	مؤنث
۰/۰۰۹	۱۰۸/۱۷ ± ۱۸/۵۸	۴۷/۸	۲۳۰	۱۸-۲۲
	۱۱۳/۴۷ ± ۱۵/۸۰	۴۰/۷	۱۹۶	۲۳-۲۷
	۱۱۴/۱۱ ± ۱۶/۱۰	۹/۴	۴۵	۲۸-۳۲
	۱۰۸/۰۰ ± ۲۲/۳۰	۲/۱	۱۰	بالتر از ۳۲
۰/۰۲۴	۱۰۸/۷۷ ± ۱۹/۰۹	۴۴/۷	۲۱۵	۴-۱
	۱۱۱/۱۱ ± ۱۶/۶۰	۳۶/۲	۱۷۴	۵-۸
	۱۱۵/۱۶ ± ۱۴/۴۵	۱۵/۶	۷۵	۹-۱۲
	۱۱۶/۵۳ ± ۱۴/۰۴	۳/۵	۱۷	بیشتر از ۱۲
< ۰/۰۰۱	۸۸/۹۲ ± ۱۶/۱۴	۱۵/۶	۷۵	زیر ۱۴
	۱۱۰/۳۷ ± ۴۱/۲۷	۵۱/۸	۲۴۹	۱۷-۱۴
	۱۲۲/۲۰ ± ۱۱/۶۱	۳۲/۶	۱۵۷	۱۷ به بالا
۰/۴۸۷	۱۱۰/۰۱ ± ۱۷/۵۲	۵۷/۶	۲۷۷	خوابگاه
	۱۱۲/۰۷ ± ۱۷/۴۶	۴۲/۴	۲۰۴	خانه
۰/۲۰۴	۱۱۰/۱۷۹ ± ۱۷/۸۲	۴۲/۸	۲۰۶	تهران
	۱۱۱/۳۰ ± ۱۷/۳۱	۵۴/۹	۲۶۴	شهرستان
< ۰/۰۰۱	۱۱۷/۱۶ ± ۱۶/۴۱	۱۶	۷۷	عالی
	۱۱۳/۲۲ ± ۱۵/۳۰	۴۲/۴	۲۰۴	خوب
	۱۰۸/۷۷ ± ۱۷/۹۵	۳۳/۹	۱۶۳	متوسط
	۹۴/۳۲ ± ۱۸/۲۲	۷/۷	۳۷	ضعیف
۰/۳۷۵	۱۰۸/۰۵ ± ۱۸/۲۳	۴۱	۱۹۷	مجرد
	۱۱۷/۱۲ ± ۱۲/۹۶	۵۴/۱	۲۶۰	متاهل

وضعیت اقتصادی میانگین میزان سلامت عمومی افزایش می-
یابد. اطلاعات بیشتر در جدول ۵ قابل دسترسی است.

میانگین نمره سلامت عمومی دانشجویان در این مطالعه
۸۸/۱۵ ± ۱۲/۹۴ بود که در دانشجویان دختر ۸۷/۹۰ ± ۱۳/۷۰ و
پسر ۸۸/۵۱ ± ۱۲/۷۸ می باشد. برای مشخص نمودن اختلاف
نمره دانشجویان دختر و پسر از تست **Independed**
Sample T-test استفاده کردیم که تفاوت معناداری نشان
نداد $P=۰/۶۱۳$

برای تعیین رابطه سلامت عمومی با متغیرهای دموگرافیک
جنسیت، محل سکونت، محل اقامت قبل از پذیرفته شدن،
وضعیت تاهل، از آزمون تی مستقل استفاده شد. از بین متغیرها
تنها ارتباط بین تاهل و سلامت عمومی معنادار شد. نتایج نشان
داد میانگین نمره سلامت عمومی در افراد متاهل بیشتر است.

برای تعیین رابطه بین سلامت عمومی با سن، ترم
تحصیلی، معدل و وضعیت اقتصادی از آزمون آنالیز واریانس
استفاده شد. ارتباط بین معدل و وضعیت اقتصادی و سلامت
عمومی معنادار شد به طوری که با افزایش معدل و بهتر شدن

جدول ۳- رابطه میزان سلامت عمومی و متغیر های جمعیت شناختی

متغیر	تعداد (نفر)	درصد (%)	میانگین و انحراف معیار	نتیجه آزمون
جنسیت	مذکر	۵۹	۶۰/۹۰ ± ۱۳/۰۶	۰/۶۱۳
	مؤنث	۴۱	۶۱/۵۱ ± ۱۲/۷۸	
سن (سال)	۱۸-۲۲	۴۷/۸	۵۹/۹۴ ± ۱۲/۷۰	۰/۲۷۳
	۲۳-۲۷	۴۰/۷	۶۲/۲۵ ± ۱۳/۳۹	
	۲۸-۳۲	۹/۴	۶۲/۲۲ ± ۱۱/۰۲	
	بالتر از ۳۲	۲/۱	۶۲/۸۰ ± ۱۶/۷۲	
ترم تحصیلی	۴-۱	۴۴/۷	۶۰/۱۸ ± ۱۲/۹۶	۰/۴۲۳
	۵-۸	۳۶/۲	۶۱/۸۷ ± ۱۳/۶۳	
	۹-۱۲	۱۵/۶	۶۱/۵۹ ± ۱۱/۷۸	
	بیشتر از ۱۲	۳/۵	۶۱/۱۵ ± ۹/۸۴	
معدل	زیر ۱۴	۱۵/۶	۴۵/۸۵ ± ۱۲/۷۵	< ۰/۰۰۱
	۱۷-۱۴	۵۱/۸	۶۱/۱۴ ± ۱۱/۲۰	
	۱۷ به بالا	۳۲/۶	۶۸/۴۸ ± ۸/۵۱	
وضعیت سکونت فعلی	خوابگاه	۵۷/۶	۶۰/۱۹ ± ۱۲/۸۵	۰/۰۵۸
	خانه	۴۲/۴	۶۲/۴۶ ± ۱۲/۹۹	
وضعیت سکونت قبل از دانشگاه	تهران	۴۲/۸	۶۱/۴۹ ± ۱۲/۶۱	۰/۷۱۶
	شهرستان	۵۴/۹	۶۱/۰۵ ± ۱۳/۱۸	
وضعیت اقتصادی	عالی	۱۶	۶۶/۰۰ ± ۱۲/۵۳	< ۰/۰۰۱
	خوب	۴۲/۴	۶۲/۴۵ ± ۱۱/۴۰	
	متوسط	۳۳/۹	۵۹/۳۳ ± ۱۳/۰۱	
	ضعیف	۷/۷	۵۲/۴۰ ± ۱۵/۹۰	
وضعیت تأهل	مجرد	۴۱	۵۸/۱۰ ± ۱۳/۹۱	< ۰/۰۰۱
	متاهل	۵۴/۱	۶۷/۱۹ ± ۷/۳۰	

میانگین نمره هوش معنوی $۱۱۰/۸۹ \pm ۱۷/۵۱$ است که این نمره در دختران و پسران بیانگر هوش معنوی متوسط می باشد. اطلاعات جزئی تر پیرامون هر کدام از حیطه های هوش معنوی و سلامت عمومی در جدول ۴ قابل دسترسی می باشد.

میانگین نمره کل سلامت عمومی $۸۸/۱۵ \pm ۱۲/۹۴$ است. در میان ابعاد سلامت عمومی بالاترین میانگین به بعد نشانه های جسمانی و کمترین میانگین به بعد افسردگی مربوط می شود.

جدول ۴- میانگین و انحراف از معیار نمره هوش معنوی و سلامت عمومی و حیطه های آنها

متغیر	میانگین و انحراف از معیار n=۴۸۱
نمره کل هوش معنوی	۱۱۰/۸۹ ± ۱۷/۵۱
• درک و ارتباط با سرچشمه هستی	۴۶/۰۹ ± ۸/۰۵
• زندگی معنوی	۶۴/۸۰ ± ۱۰/۹۸
نمره کل سلامت عمومی	۸۸/۱۵ ± ۱۲/۹۴
• نشانه های جسمانی	۲۳/۱۰ ± ۳/۶۶
• اضطراب و بی خوابی	۲۲/۷۹ ± ۳/۸۹
• اختلال در کارکرد اجتماعی	۲۱/۵۲ ± ۴/۵۵
• افسردگی	۲۰/۷۴ ± ۳/۶۸

با هم همبستگی مثبت دارند به این صورت که هرچه سلامتی هوش معنوی بالاتر باشد سلامتی نیز بالاتر است. (جدول ۵)

برای تعیین همبستگی هوش معنوی و سلامت عمومی و ابعاد هر دو آنها، از آزمون همبستگی پیرسون استفاده کردیم و نتایج نشان داد هوش معنوی و سلامت عمومی در همه ی ابعاد **جدول ۵- ماتریس همبستگی متغیرهای هوش معنوی و سلامت عمومی**

متغیر	نمره هوش	درک و ارتباط با سرچشمه هستی	زندگی معنوی	نشانه های جسمانی	اضطراب و بی خوابی	اختلال کارکرد اجتماعی	افسردگی عمومی	نمره سلامت
نمره هوش	۱							
درک و ارتباط با سرچشمه هستی	**۰/۸۸۹	۱						
زندگی معنوی	**۰/۹۴۲	**۰/۶۸۴	۱					
نشانه های جسمانی	**۰/۵۱۳	**۰/۴۵۳	**۰/۴۸۶	۱				
اضطراب و بی خوابی	**۰/۵۴۱	**۰/۴۵۴	**۰/۵۲۹	**۰/۷۱۷	۱			
اختلال در کارکرد اجتماعی	**۰/۴۳۱	**۰/۳۲۰	**۰/۴۵۳	**۰/۵۱۸	**۰/۶۹۶	۱		
افسردگی عمومی	**۰/۵۰۱	**۰/۵۳۷	**۰/۴۰۴	**۰/۴۴۷	**۰/۵۶۴	**۰/۴۱۷	۱	
نمره سلامت عمومی	**۰/۶۰۲	**۰/۵۳۰	**۰/۵۷۱	**۰/۸۰۸	**۰/۹۰۹	**۰/۸۲۷	**۰/۷۲۷	۱

**ضریب همبستگی پیرسون معنادار هستند

بحث

باشد (۲۰). نتایج تحقیق محبی و همکاران (۱۳۹۱) و غنا و همکاران (۱۳۹۱) نشان داده که نمره هوش معنوی دانشجویان پرستاری در سطح بالا قرار دارد (۲۲ و ۲۱). این تفاوت در مقادیر می تواند به علت استفاده از پرسشنامه های متفاوت هوش معنوی باشد. همچنین هر جمعیت جغرافیایی و انسانی دارای سطح متفاوتی از فرهنگ و معنویت می باشد که این مسئله هم ممکن است علت تفاوت در میزان هوش معنوی در مطالعات مختلف باشد.

در مطالعه حاضر تفاوت معناداری بین نمره هوش معنوی در پسران و دختران دیده نشد. اکثر مطالعات داخلی از جمله هروی و همکاران (۱۳۹۲)، رقیب و همکاران (۱۳۸۷)، خدابخشی و همکاران (۱۳۹۳) و حمید و همکاران (۱۳۹۳) نتیجه مشابهی را گزارش کردند (۲۳ و ۲۴). مطالعات خارجی نیز به نتیجه مشابه ما رسیدند. مطالعه یانگ (۲۰۰۶) بر روی پرستاران چینی و یانگ و مائو (۲۰۰۷) بر روی پرستاران تایوانی نیز به نتیجه مشابه ختم شد (۲۵ و ۲۶). به نظر می رسد هوش معنوی برخلاف سایر هوش ها تفاوتی در افراد مذکر و مونث ندارد. رقیب و همکاران (۱۳۸۷) معتقدند عدم همخوانی یافته های فوق، می تواند نشانگر فرصت های رشد برابر در بین زنان و مردان جامعه باشد که زمینه برای دستیابی زنان به سطح بالای هوش معنوی را فراهم نموده است (۲۷). هروی و همکاران (۱۳۹۲) نیز معتقدند نگرش دینی و مذهبی رایج در جامعه، به همه افراد این فرصت را می دهد که در مقابل واقعیت های مادی و معنوی

یکی از دوران های پرچالش و مهیج در زندگی امروزه جوانان، دوران دانشجویی می باشد. از آنجایی که دانشجویان این دوره با عوامل استرس زای زیادی مواجه می شوند لذا جهت سازگاری بیشتر می بایست از سلامت روانی، عمومی و خوداتکایی بیشتری برخوردار باشند تا بتوانند این دوران را با موفقیت طی نموده و بدون مشکلی به درجات عالی تحصیلی و علمی برسند. در بین رشته های دانشجویی، گروه های علوم بالینی از جمله پزشکی، دندانپزشکی و پرستاری رشته های پرسترس تری می باشند چرا که علاوه بر استرس های محیط آموزشی، استرس های محیط بالینی و بیماران نیز وجود دارند. میزان استرس یکی از عواملی است که باعث افت تحصیلی و بروز اختلالات جسمی و روحی در این دانشجویان می شود. شناخت عوامل مرتبط با سلامت جسم و روان دانشجویان می تواند در هدایت برنامه های آموزشی کمک نماید (۱۹). در سالهای اخیر، هوش معنوی به عنوان یکی از مفاهیم جدید هوش توجه بسیاری از متخصصان علوم رفتاری را به خود جلب کرده است. این حوزه جدید، تحقیقات گسترده ای را در زمینه های مختلف برانگیخته است. در پژوهش حاضر رابطه ساده و چندگانه هوش معنوی و سلامت عمومی در دانشجویان دندانپزشکی شهر تهران مورد بررسی قرار گرفت.

یافته های این پژوهش نشان داد میانگین نمره هوش معنوی دانشجویان دندانپزشکی دانشگاه های سطح شهر تهران در سطح متوسط قرار دارد. این یافته ها مطابق مطالعه دکتر هروی و همکاران (۱۳۹۲) بر روی دانشجویان پرستاری می

حساس باشند و معنویت را یکی از ارکان محوری در زندگی خود قرار دهند (۲۰).

میانگین سلامت عمومی دانشجویان دندانپزشکی در سطح پایینی قرار دارد. تفاوتی بین دختر و پسر دیده نشد. هروی و همکاران (۱۳۹۲) میزان سلامت عمومی دانشجویان پرستاری را در سطح دارای اختلال گزارش می‌کند و تفاوتی بین پسر و دختر در این مطالعه وجود ندارد (۲۰). حمید و همکاران (۱۳۹۱) میزان سلامت عمومی دانشجویان پزشکی کرمانشاه را ۲۲/۹۴ گزارش کرده است که تفاوتی بین پسر و دختر دیده نشده است (۲۴). با توجه به مطالعات مشابه، میزان سلامت دانشجویان دندانپزشکی شهر تهران پایین تر از سایر شهرها می‌باشد. البته این نکته را نیز بایستی در نظر داشت زندگی و تحصیل در کلان شهرها مشکلات سلامتی بیشتری نسبت به شهرهای کوچکتر به دنبال دارد که ممکن است بخشی از علت تفاوت نتایج مطالعه ما با کرمانشاه و لرستان باشد اما مطالعه هروی و همکاران در دانشجویان پرستاری تهرانی انجام شد با این وجود می‌توان گفت سلامت دانشجویان دندانپزشکی پایین تر از حد مورد انتظار می‌باشد که لزوم مداخلات برای بهبود سلامت احساس می‌شود.

در نهایت جدول ماتریس همبستگی هوش معنوی و سلامت عمومی نشان داد چه به طور کلی و چه در حیطه های مختلف، بین هوش معنوی و سلامت عمومی همبستگی مثبت معناداری وجود دارد. جدول ماتریس همبستگی در مطالعه هروی و همکاران نیز مشابه مطالعه ما بود و نتایج یکسانی دارد (۲۰). جدول ماتریس همبستگی هوش معنوی و سلامت عمومی در مطالعه حمید و همکاران نیز نتایج یکسانی با مطالعه حاضر نشان داد (۲۸) دکتر حمید در مطالعه دیگری نیز اثبات کرد که دانشجویان پزشکی که هوش معنوی بالاتری دارند از سلامت عمومی بالاتر و کیفیت زندگی بهتری برخوردار هستند (۲۴) معلمی و همکاران (۱۳۸۹) معتقدند هوش معنوی باعث می‌شود تا از اطلاعات معنوی در حل مشکلات روزانه استفاده شود که در نتیجه باعث سازگاری، یکپارچه سازی زندگی درونی و معنوی با زندگی بیرونی و محیط کار، بهزیستی روانشناختی و

رشد سلامتی کل بشر و در نهایت سلامت عمومی گردد (۶). براینده نتایج مطالعه حاضر و سایر مطالعات همسو نشان می‌دهد ارتباط نزدیکی بین هوش معنوی و سلامت عمومی وجود دارد. البته برای اثبات قطعی این رابطه می‌بایست کلیه ابعاد سلامت با ابزارهای دقیق تر و پرسشنامه های اختصاصی تر سنجیده شود. پرسشنامه استفاده شده در مطالعه حاضر بیشتر بر جنبه های روانی سلامت عمومی تأکید دارد و بیشتر نقش غربالگری و شناسایی افراد در معرض معضلات سلامتی را دارد و در مورد تعیین سطح سلامت عمومی ارزشمند نیست. همچنین از دیگر محدودیت های این پژوهش میتوان به این اشاره کرد که در این مطالعه، هوش معنوی فارغ از تفاوت های فرهنگی و مذهبی موجود در نمونه ها گزارش شده است. از آنجایی که % ۵۴/۹ دانشجویان مطالعه ما از شهرستانهای دیگر بودند مسلماً پراکندگی فرهنگی و مذهبی زیادی در بین نمونه ها وجود دارد. ضمن آنکه در مطالعات پرسشنامه ای ملاک صداقت افراد در پاسخ به پرسشنامه ها می‌باشد و با هیچ ابزاری نمی‌توان صداقت را اندازه گیری کرد. البته در پژوهش حاضر ورود افراد در مطالعه کاملاً آگاهانه و اختیاری بوده و اطلاعات پرسشنامه ها کاملاً محرمانه می‌باشد و این مطلب قبل از ورود افراد به مطالعه، به شرکت کنندگان گفته شده است.

نتیجه گیری نهایی

با توجه به مطالعه ی حاضر میتوان نتیجه گرفت که میانگین نمره ی هوش معنوی دانشجویان دندانپزشکی شهر تهران در سطح متوسطی می‌باشد، از طرف دیگر میانگین نمره سلامت عمومی دانشجویان دندانپزشکی در این شهر، سطح مطلوبی ندارد. یافته های این مطالعه نشان داد هوش معنوی و سلامت عمومی همبستگی مثبتی با یکدیگر داشته و می‌توان انتظار داشت با افزایش هوش معنوی سطح سلامت عمومی ارتقاء یابد. این مطالعه نشان داد که سلامت عمومی در افراد متأهل نسبت به افراد مجرد بهتر است ولی با جنسیت ارتباط معناداری ندارد و با بهبود وضعیت اقتصادی سلامت عمومی نیز نمره ی بهتری دریافت میکند که خود میتواند نیاز به اصلاح امور اقتصادی افراد در جامعه را نشان دهد.

این مطالعه حاصل پایان نامه ی دانشجویی تصویب شده در معاونت پژوهشی دانشگاه شاهد می باشد. از معاونت پژوهشی و مسوولین دانشکده های دندانپزشکی شهر تهران و دانشجویان شرکت کننده در این مطالعه به خاطر همکاری و اعتمادشان و کلیه عزیزانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، قدرانی و تشکر می نماییم.

همچنین از آنجاییکه هوش معنوی در محیط های بالینی باعث سازگاری بیشتر دانشجو با محیط پر استرس و شرایط پر استرس بیماران مانند درد کشیدن آنها میشود و باعث بهبود ارتباطات بین درمانگر و بیماران میگردد، در نتیجه دانشجویان دندانپزشکی نیازمند حمایت های معنوی جهت بهبود سطح هوش معنوی و به دنبال آن سلامت عمومی هستند.

تشکر و قدردانی

منابع

- 1- Asgari vaziri A, Zarei matin H. Spiritual intelligence and its role in the workplace, with an emphasis on religious teachings. *Islam va Pazhuheshhaye Modiriyati*. 2012;1(3): 63-90
- 2- Amram JY. Intelligence beyond IQ: the contribution of emotional and spiritual intelligences to effective business leadership, Institute of Transpersonal Psychology 2005.
- 3- Ghobari bonab B, Sali M, Soliani L, Noorimoghadam S. Spiritual intelligence. *Andishe Novine Dini*. 2007;3(10) 125-147
- 4- Samadi P. Spiritual intelligence. *Andishe haye novine tarbiati Journal*. 2007;3(3,4):99-114
- 5- Asharlus V, Dadashi Khas E. Spiritual Intelligence influence of managers on the performance of public organizations. *Ingenuity in the Humanities*, 2012; 2(3): 97-133
- 6- Moalemi T, Bakhshani NM, Raghobi M. The relationship between mental health and spiritual intelligence and nonfunctional thought in students of Sistan-Baluchestan University. *Journal of Mental Health*, 2009; 12 (4): 9-70
- 7- Pourdehghan M, Danesh A, Ismaili J. Job strain and blood pressure in nurses during shifts. *Journal of Thought and Behavior*. 2006; 11 (1):81-88
- 8- Ahmadi Z, Sahbaie F, Mohammad Zadeh SH, Mahmoudi M. Review of mental health in nursing students and non-nursing students of Islamic Azad University. *Medical Science Journal of Islamic Azad University*. 2008; 17 (2): 107-111
- 9- Sohrabi F. Foundations of Spiritual Intelligence. *Journal of Mental Health*. 2009; 1(1): 14-18
- 10- Hassanpour DA, Masoudi R, Salehi T, Forouzandeh N, et al. The effect of progressive muscle relaxation on anxiety in nursing students at the beginning of the internship. *Journal of Shahrekord Medical Science University*. 2010; 11 (1): 71-77
- 11- Ahmadi Z, Sahbaie F, Mohammad Zadeh SH, Mahmoudi M. Review of mental health nursing and non-nursing students of Islamic Azad University, Shahrekord. *Journal of Islamic Azad University of Medical Sciences*. 2008; 17 (2): 107-111.
- 12- Karimi Zarchi A, Toulae S, Adibzade A, Hoseinlou Sh. Prevalence of depression and its influencing factors in medical students. *Kowsar Medical Journal*. 2001; 8 (3): 231-234.
- 13- AS Krejcie, RV, and Morgan, DW Determining sample size for research activities, *Educational and Psychological Measurement* 1970, 30: 10-6

- 14- Abdollah Zadeh H, Kashmiri M, Arab-Ameri F. Construction and Standardization of spiritual intelligence questionnaires. Psychometric Press;2009
- 15- Noorbala A, Bagheri Yazdi SA, Mohammad K. Validation of the General Health Questionnaire 28-item screening instrument for psychiatric disorders in Tehran, Iran, 2001. Hakim Research Journal. 2009; 11 (4): 47-53
- 16- T. Sterling M, General Health Questionnaire, 28 (GHQ-28), J Physiotherapy and Rehabilitation 2011, 57: 259.
- 17- Ghavi SM. Standardization of the General Health Questionnaire (GHQ) on the Shiraz University student. Journal of Daneshvar. 2009; 15 (28): 1-13.
- 18- Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, et al. the validity of two versions of the GHQ in the study of mental illness in general health care, Psychological Medicine, 1997; pp 373-379
- 19- Akbarizadeh F, Hatami H. The relationship between spiritual intelligence, hardiness and public health in nurses. Journal of improve. 2011; 15 (6): 466-472
- 20- Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Sharifnia S-H. The relationship of nursing students' spiritual intelligence to general health in Tehran, 2012. (Approved research project), Tehran, Shahed University, 2013
- 21- Ghana S, et al. Correlation of spiritual intelligence with some of demographic and educational factors among the students of Golestan University of Medical Sciences. Health Promotion Management Journal. 2012; 2 (1) : 17-23
- 22- Mohebbi P, Rastgari L, Jafari A, Sepehrinia M. Spiritual intelligence in nursing college students and its correlation with demographic variables. Journal of Nursing Care. 2012; 2 (2): 29-56
- 23- Yaghoubi A. Investigate the relationship between spiritual intelligence and happiness in students of Bu-Ali Hamadan University. Research in educational systems. 2010; 4(9):55-65
- 24- Hamid N, Zemestani M. The relationship between spiritual intelligence, personality traits and quality of life in medical students. Hormozgan Medical Journal. 2013; 17 (4): 347-355
- 25- Yang KP, Wu XJ, intelligence Spiritual social Chinese nurses in two systems: a comparative cross-sectional study. J nursery Research 2009, 17 (3): 98-189.
- 26- Yang KP, Spiritual Intelligence of Nurses in Taiwan. J the nursery. 2006, 14(1):24-35
- 27- Raghieb MS, Ahmadi SJ, Siadat SA. Analysis of spiritual intelligence and its relationship with demographic characteristics in students of Isfahan University. Journal of Educational Psychology. 2009; 5 (8):39-56
- 28- Hamid N, Keykhosrovani M, Babamiri M, Dehghani M. The relationship between mental health, spiritual intelligence with resiliency in student of Kermanshah University of Medical Sciences. Jentashapir Journal. 2012; 3 (2): 338-331