

بررسی تأثیر آموزش هوش معنوی بر بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن در دانش‌آموزان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی «ره» شهرستان اردبیل احمد شجاعی^۱ و اسماعیل سلیمانی^۲

چکیده

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش هوش معنوی بر بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن در دانش‌آموزان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی «ره» شهرستان اردبیل است. برای وصول به این هدف، از بین جامعه‌ی آماری که شامل کلیه‌ی دانش‌آموزان پسر مقطع دبیرستان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی «ره» شهرستان اردبیل در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ است، ۴۰ دانش‌آموز (دارای میانگین پایین‌تر از نقطه برش در مقیاس بهزیستی روان‌شناختی) از میان جامعه‌ی آماری به صورت نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته و پرسشنامه‌ی بهزیستی روان‌شناختی بود. ضمن آنکه روش تحقیق پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی آزمایشی با کار آزمایشی بالینی است که با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد. داده‌های گردآوری شده با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین دو گروه دانش‌آموزان تحت پوشش و گروه کنترل در خودمختاری، تسلط محیطی، رشد شخصی، ارتباط مثبت، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود تفاوت معناداری وجود دارد ($P \leq 0/001$). بدین معنا که در گروه آزمایش بعد از آموزش هوش معنوی، خودمختاری، تسلط محیطی، رشد شخصی، ارتباط مثبت، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود افزایش یافته است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که از آموزش هوش معنوی می‌توان برای ارتقاء کیفیت زندگی دانش‌آموزان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی «ره» استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: هوش معنوی، بهزیستی روان‌شناختی، دانش‌آموزان

۱. نویسنده‌ی رابط: استادیار گروه معارف اسلامی، دانشگاه محقق اردبیلی (shojaei.ahmad50@gmail.com)

۲. استادیار روان‌شناسی، گروه علوم تربیتی، دانشگاه ارومیه

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۲/۱۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۳/۱۲/۳

مقدمه

دوران نوجوانی مقطع بسیار حساسی از زندگی فرد است که در آن نوجوانان با تغییر گسترده‌ی شناختی و ساختاری رو به رو است (حسینی، موسوی و رضازاده، ۲۰۰۳). فقدان توجه به سلامت روان نوجوانان، به ویژه نوجوان بی سرپرست یا بد سرپرست (مثل دانش‌آموزان تحت پوشش کمیته امداد امام «ره» یا بهزیستی و غیره)، منجر به ایجاد اختلالات روانی با پیامدهایی طولانی در دوران زندگی می‌شود و ظرفیت مولد و ایمن بودن جوامع را کاهش می‌دهد. بنابراین، شناخت توانایی‌ها و همچنین اختلالات روانی نوجوانان زمینه‌شناسایی مسائل و برنامه‌ریزی برای سیاست‌های مناسب، سلامت آنان را در آینده فراهم می‌کند.

با توجه به ساختار جمعیتی ایران و جوان بودن جمعیت، توجه به بهبود کیفیت زندگی در نوجوانان ایرانی اهمیت ویژه‌ای دارد و مشکلات سلامت روان به عنوان عامل خطری برای گسترش بعدی اختلالات روان‌شناختی نظیر رفتارهای ضد اجتماعی، سوء مصرف مواد، افسردگی یا اختلالات روانی است (امامی، قاضی نور، رضایی و ریچتر، ۲۰۰۷). سلامت روان نوجوان از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی: ظرفیت حفظ و دستیابی به کارکرد مطلوب روان‌شناختی و رفاهی است که به طور مستقیم مرتبط با میزان دستیابی فرد به سطحی از شایستگی در وظایف اجتماعی و روان‌شناختی است (سازمان بهداشت جهانی^۱، ۲۰۰۵). به طور کلی بررسی مطالعات اپیدمیولوژیک پیرامون وضعیت سلامت روان نوجوانان نشان می‌دهد که افسردگی، سوء مصرف مواد و خودکشی، سه علت عمده و شایع مرگ و میر در بین نوجوانان است (بروکمن و سود^۲، ۲۰۰۶؛ بریج، گلدستین و برنت^۳، ۲۰۰۶).

بیشتر دانش‌آموزان بی سرپرست یا بد سرپرست تحت حمایت سازمان‌های حقوقی قرار دارند و

-
1. World Health Organization
 2. Brookman & Sood
 3. Bridge, Goldstein & Brent

این سازمان‌ها بیشتر حمایت‌ها و نیازهای اولیه و اساسی (فیزیولوژیک) این گروه را تأمین می‌کنند و سایر نیازهای عاطفی کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد. از آنجایی که نوجوانان بی‌سرپرست از منابع هدایت و حمایت مهم یعنی والدین محروم هستند، احتمال می‌رود که در معرض خطر بیشتری از جمله مشکلات اجتماعی، فرهنگی، اعتقادی، تحصیلی و غیره قرار داشته باشند. نتایج یک مطالعه بر روی بی‌سرپرستان ۱۳-۱۰ ساله‌ی جنگ اریتره نشان داد بی‌سرپرستانی که تحت حمایت خانواده‌های معمولی و خانه‌های گروهی کوچک قرار می‌گیرند، در مقایسه با بی‌سرپرستانی که تحت نهادها و سازمان‌های حمایتی قرار می‌گیرند، مهارت‌های سازشی بهتر و ناراحتی‌های عاطفی کمتری دارند (ولف و فسیا، ۲۰۰۵). در مطالعه دیگری احمد، قاهر، صادق، مجید، راشید و جابر^۲ (۲۰۰۵) نشان دادند که افراد بی‌سرپرست میزان بالاتری از مشکلات رفتاری و عاطفی و عملکرد ضعیف تحصیلی را نسبت به سایر افراد تجربه می‌کنند.

از جمله متغیرهایی که تحت تأثیر وضعیت بی‌سرپرستی قرار می‌گیرد، بهزیستی روان‌شناختی است. هر فرهنگی براساس معیارهای خاص خود تلاش می‌کند برای افراد جامعه، خود اعم از کودکان و نوجوانان و بزرگسالان، سلامت روانی فراهم کند. در واقع هدف هر جامعه این است که شرایطی را که سلامت اعضای جامعه را تضمین می‌کند آماده کند (میلانی‌فر، ۲۰۰۲). در سال‌های اخیر گروهی از پژوهشگران حوزه‌ی سلامت روانی ملهم از روان‌شناسی مثبت‌نگر، رویکرد نظری و پژوهشی متفاوتی برای تبیین و مطالعه این مفهوم برگزیده‌اند. آنان سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روان‌شناختی، تلقی و آن را در قالب اصطلاح «بهزیستی روان‌شناختی» مفهوم‌سازی کرده‌اند (نریمانی، یوسفی و کاظمی، ۱۳۹۳). این گروه نداشتن بیماری را برای احساس سلامت کافی نمی‌دانند، بلکه معتقدند که داشتن احساس رضایت از زندگی، پیشرفت بسنده، تعامل کارآمد و مؤثر با جهان و پیشرفت مثبت، از مشخصه‌های فرد سالم است (رایان

1. Wolff & Fesseha
2. Ahmad, Qahar, Siddiq, Majeed, Rasheed & Jabar

دکی^۱، ۲۰۰۱؛ کارادماس^۲، ۲۰۰۷). اغلب اوقات بهزیستی روان‌شناختی، به بهزیستی ذهنی اشاره دارد، اما ممکن است با آن متفاوت باشد. بهزیستی بر حسب کیفیت و کمیت مؤلفه‌هایی تعریف می‌شود که براساس آن افراد زندگی خود را لذت‌بخش می‌بینند. به عبارت دیگر، اینکه افراد چگونه زندگی خود را ارزیابی می‌کنند، به بهزیستی مربوط می‌شود (دینر^۳، ۲۰۰۰). بهزیستی ذهنی به این حقیقت اشاره دارد که افراد قادر هستند تعیین کنند که آیا به زندگی خوشایند که وابسته به معیارهای موفقیت است رسیده‌اند یا نه. یکی از مهمترین مدل‌هایی که بهزیستی روان‌شناختی را مفهوم‌سازی و عملیاتی کرده، مدل چندبعدی ریف، سینگر، لاو و اسکس^۴ (۱۹۹۸) است. ریف (۱۹۹۸) بهزیستی روان‌شناختی را تلاش فرد برای تحقق توانایی‌های بالقوه خود می‌داند. این مدل از طریق ادغام نظریه‌های مختلف رشد فردی (مانند نظریه خود شکوفایی مزلو و شخص کامل راجرز) و عملکرد سازگارانه (مانند نظریه سلامت روانی مثبت جاهودا) شکل گرفته و گسترش یافته است (کامپتون^۵، ۲۰۰۱؛ اشکانی و حیدری، ۱۳۹۳). ویسینگ و وان ادن^۶ (۱۹۹۷) یک عامل بهزیستی روان‌شناختی کلی را شناسایی کرده‌اند و آن را به صورت ترکیبی از کیفیت‌های ویژه، از قبیل احساس انسجام، رضایت از زندگی، تعادل عاطفه و نگرش کلی نسبت به خوش‌بینی یا جهت‌گیری مثبت نسبت به زندگی توصیف کرده‌اند. براساس الگوی ریف، بهزیستی روان‌شناختی از شش عامل پذیرش خود (داشتن نگرش مثبت نسبت خود)، رابطه مثبت با دیگران (برقراری روابط گرم و صمیمی با دیگران و توانایی همدلی)، خود مختاری (احساس استقلال و توانایی ایستادگی در مقابل فشارهای اجتماعی)، زندگی هدفمند (داشتن هدف در زندگی و معنا دادن به آن)، رشد شخصی (احساس رشد مستمر) و تسلط بر محیط (توانایی فرد در مدیریت محیط)

1. Ryan & Deci
2. Karademas
3. Diener
4. Ryff, Singer, Love & Essex
5. Compton
6. Wissing & Van Eeden

تشکیل می‌شود (ریف، ۱۹۸۹؛ ریف و سینکر، ۲۰۰۸ و ریف و کیز^۱، ۱۹۹۵). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سطح بهزیستی روان‌شناختی در دانش‌آموزان مدارس شبانه روزی پایین‌تر از دانش‌آموزان مدارس عادی است. برای مثال شکیا و ضیایی (۲۰۱۲) در پژوهشی نشان دادند که افسردگی، اضطراب و افکار پارانویا در دانش‌آموزان دختر مدارس شبانه روزی بیشتر از دانش‌آموزان سایر مدارس بود. نتایج این پژوهش نشان داد که این دانش‌آموزان بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روان پایین‌تری نسبت به دانش‌آموزان مدارس عادی دارند. طبق نتایج پژوهش (چونر کوچکی و لیس^۲، ۲۰۱۰) بیش از یک پنجم بچه‌ها و نوجوانان از حداقل یک مشکل سلامت روانی رنج می‌برند. همچنین ایزنبرگ، کومبرلن، اسپینارد و همکاران^۳ (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که افسردگی، اضطراب و انزوای اجتماعی و اختلالات بیرون‌ریز (مانند بزهکاری، و رفتارهای پرخاشگرانه) در دانش‌آموزان مدارس شبانه روزی نسبت به دانش‌آموزان مدارس عادی بیشتر است. در مطالعه‌ای علم، یزدی فیض آبادی و نعمت‌الله‌زاده ماهانی (۲۰۱۴) با عنوان بررسی اختلالات روان‌شناختی دانش‌آموزان تیزهوش، عادی و بی‌سرپرست مقطع متوسطه‌ی شهر کرمان، نشان دادند بیشترین درصد اختلال روان‌شناختی (سطح خفیف و متوسط) مربوط به مدارس بی‌سرپرست با ۵۱/۹ درصد و کمترین آن مربوط به دانش‌آموزان مدارس تیزهوش با ۳۰/۴ درصد بود. براساس نتایج این مطالعه اکثریت دانش‌آموزان بی‌سرپرست دارای علایم و نشانه‌های خفیف و متوسط اختلالات روان‌شناختی بودند و این میزان بالاتر از سایر گروه‌های مورد مطالعه بود. موسی‌سی، کین یاندا، ناکاسوجا و ناکی نشان دادند که دانش‌آموزان بی‌سرپرست اختلال عاطفی و رفتاری بیشتری نسبت به گروه دارای سرپرست دارند و این گروه در مقایسه با سایر گروه‌ها سلامت جسمی، روانی و عاطفی کمتری دارند. این

1. Keys
2. Cuner- Kucukkaya & Isik
3. Eisenberg, Cumberlan, Spinrad & et al

مطالعات نشان می‌دهد که دانش‌آموزان بی‌سرپرست یا بدسرپرست میزان بهزیستی روان‌شناختی پایینی دارا بوده و نیازمند توجه بیشتری هستند.

از جمله مداخله‌های که می‌تواند بر بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان تحت پوشش کمیته امداد یا بی‌سرپرست و بدسرپرست تأثیر داشته باشد، آموزش هوش معنوی است. هوش معنوی یکی از سازه‌های جدیدی است که به معنای مجموعه‌ای از قابلیت‌های فرد در ارتباط با منابع معنوی است که در بردارنده‌ی نوع مؤثری از سازگاری و رفتار حل مساله است و بالاترین سطح رشد را در حیطه‌های مختلف شناختی، اخلاقی، هیجانی بین فردی و... شامل می‌شود و فرد را در جهت هماهنگی با پدیده‌های اطرافش و دستیابی به یکپارچگی درونی و بیرونی یاری می‌کند (صبحی قراملکی و پرزور، ۲۰۱۴).

از آنجایی که معنویت یکی از نیازهای درونی انسان بوده و برخی صاحب نظران، آن را متضمن بالاترین سطوح زمینه‌های رشد شناختی- اخلاقی و تلاش همواره آدمی برای معنا بخشیدن به زندگی و پاسخ به چراهای زندگی می‌دانند و هوش معنوی، به عنوان زیربنای باورهای فرد نقش اساسی را در زمینه‌های گوناگون به ویژه ارتقا و تامین سلامت روانی که بهزیستی روان‌شناختی یکی از نشانه‌های بهداشت روانی محسوب می‌گردد و همچنین از طرف دیگر به دلیل اینکه در کشور ما پژوهش در زمینه‌ی هوش معنوی در ابتدای راه قرار دارد و نیاز به بررسی بیشتر این مقوله در جامعه‌های پژوهشی متفاوت کاملاً مشهود است و با توجه به اهمیت هوش معنوی در عرصه‌های مختلف زندگی (اعم از مشاوره، تعلیم و تربیت و...) و نیز یافته‌های متنوع تأثیر آن بر سلامت روانی، بهزیستی روان‌شناختی، مطالعه حاضر با هدف پاسخ‌گویی به این سؤال صورت گرفته است که آیا آموزش هوش معنوی می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی «ره» را افزایش دهد؟

روش

روش پژوهش مطالعه‌ی حاضر، آزمایشی با کارآزمایی بالینی بود که با طرح پیش‌آزمون و

پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانش‌آموزان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی «ره» ساکن در مجتمع شبانه روزی الغدیر شهرستان اردبیل در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ تشکیل داده بودند (حجم جامعه مورد مطالعه: $N=108$). نمونه این پژوهش شامل ۳۲ دانش‌آموز تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی «ره» ساکن در مجتمع شبانه روزی الغدیر شهرستان اردبیل بود که از میان جامعه‌ی آماری به صورت تصادفی انتخاب شدند (۱۶ دانش در گروه آزمایش و ۱۶ نفر در گروه کنترل). یکی از دانش‌آموزان گروه کنترل بعد از چهار جلسه شرکت در پژوهش بنا به دلایل خانوادگی مجتمع را ترک و از گروه نمونه مورد پژوهش خارج شد. بنابراین نمونه نهایی پژوهش حاضر به ۳۱ دانش‌آموز تقلیل یافت. در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شده است:

پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته: این پرسش‌نامه شامل برخی اطلاعات دموگرافیک نظیر سن، پایه‌ی تحصیلی، معدل سال / ترم قبل، مدت زمان حضور در خوابگاه شبانه روزی و غیره بود.

پرسش‌نامه‌ی بهزیستی روان‌شناختی ریف: این مقیاس را ریف (۱۹۸۹) ساخته و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفته است (هوسر، اسپرینگر و پودرووسکا، ۲۰۰۵). بهزیستی روان‌شناختی یک مفهوم چند مؤلفه‌ای و دربرگیرنده‌ی: ۱- پذیرش خود؛ یعنی نگرش مثبت به خود و پذیرش جنبه‌های مختلف خود مانند ویژگی‌های خوب و بد و احساس مثبت درباره زندگی گذشته؛ ۲- روابط مثبت با دیگران؛ ۳- احساس رضایت و صمیمیت از روابط با دیگران و درک اهمیت این وابستگی‌ها؛ ۳- خود مختاری؛ ۴- احساس استقلال و اثر گذاری در رویدادهای زندگی و

1. Hauser, Springer & Pudrovska
2. self acceptance
3. positive relation with others
4. autonomy

نقش فعال در رفتارها؛ ۴- تسلط بر محیط^۱: حس تسلط بر محیط، کنترل فعالیت‌های بیرونی و بهره‌گیری مؤثر از فرصت‌های پیرامون؛ ۵- زندگی هدفمند: داشتن هدف در زندگی و باور به اینکه زندگی حال و گذشته او معنادار بوده است؛ ۶- رشد شخصی: احساس رشد با دوام و دستیابی به تجربه‌های نو به‌عنوان یک موجود دارای استعدادها بالقوه. مجموع نمرات این شش عامل به‌صورت نمره کلی بهزیستی روان‌شناختی محاسبه می‌شود. روایی و پایایی مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی در پژوهش‌های متعددی مناسب گزارش گردیده است. دایرندوک^۲ (۲۰۰۵) همسانی درونی خرده مقیاس‌ها را مناسب و آلفای کرونباخ آنها را بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ یافته است. ریف (۱۹۹۵) همسانی درونی مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی را بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۰ گزارش کرده است. روایی نسخه فارسی پرسش‌نامه در مطالعه بیانی، محمدکوچکی و بیانی (۲۰۰۹) مطلوب گزارش شده بود. همچنین در تحقیق حاضر ضریب الفای کرونباخ در تحقیق حاضر ۰/۸۵ به‌دست آمد.

روش اجرا: بعد از هماهنگی و کسب مجوز، با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش، با آگاه‌سازی دانش‌آموزان و مسئولین مربوطه و کسب اجازه از آنها، رضایت دانش‌آموزان و مسئولین مربوطه برای شرکت در این پژوهش جلب شد. سپس نمونه‌ی پژوهشی تعیین و ابتدا پیش‌آزمون بهزیستی روان‌شناختی اجرا شد. در مرحله بعد به مدت ۸ جلسه با استفاده از برنامه‌ی هوش معنوی روی نمونه مورد پژوهشی آموزش داده شد و در مرحله بعد دوباره از دو گروه آزمایشی و کنترل پس‌آزمون اجرا شد. سپس اطلاعات حاصل با نرم افزار SPSS17 و با روش تحلیل کوواریانس چند متغیره تجزیه و تحلیل شد. ضمناً سطح معناداری ۰/۰۵ برای این پژوهش انتخاب شد. همچنین به دلیل مؤثر بودن مداخله مورد مطالعه بر روی گروه کنترل نیز بعد از اتمام جلسات آموزشی، مداخله مورد نظر اعمال شد تا اخلاق پژوهشی رعایت گردد.

1. environmental mastery
2. Dırendonck

شیوه‌ی مداخله: آموزش هوش معنوی

آموزش هوش معنوی (متغیر مستقل) که در مطالعه حاضر مورد استفاده قرار گرفت، در ۸ جلسه‌ی یک و نیم ساعته در خوابگاه الغدیر (تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی «ره») آموزش داده شد. در ضمن جلسات به صورت فشرده، هفته‌ای ۳ بار تشکیل شد.

اجرای پیش‌آزمون، آشنایی اعضا با همدیگر، آشنایی اعضا با ساختار کلی جلسات، تعریف و تبیین هوش معنوی و مؤلفه‌های آن، آگاه شدن از استرس‌ها و پاسخ‌های استرس، آموزش تن آرامی عضلانی و تنفس آرامی.	جلسه اول
فواید هوش معنوی و مؤلفه‌های آن در بهتر کردن تعاملات روزمره، تمرین تن‌آرامیدگی و تنفس آرامی بر روی دانش‌آموزان.	جلسه دوم
تشریح ارتباط افکار و بهزیستی روان‌شناختی، آموزش تمرین تصویرسازی ذهنی به شرکت‌کنندگان، آموزش به و تمرین ورود دانش‌آموزان به حالت‌های معنوی در هوشیاری، تمرین تن آرامی عضلانی و تنفس آرامی.	جلسه سوم
آموزش انواع سبک‌های مقابله کارآمد، آموزش توانایی آراستن فعالیت‌های روزانه با احساسی از تقدس، تمرین آرامیدگی عضلانی.	جلسه چهارم
آموزش پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر، آموزش و تمرین تصویرسازی ذهنی و خود‌تقایی، آموزش توانایی استفاده از منابع معنوی برای حل مسائل زندگی روزمره، تمرین آرامیدگی عضلانی و تنفس آرامی.	جلسه پنجم
آموزش روش‌های مدیریت خشم و استرس، آموزش شرکت‌کنندگان به توانایی استفاده از رفتارهای فضیلت‌مآبانه (بخشش، سپاسگذاری و فزونی)، تمرین آرامیدگی عضلانی و تنفس آرامی.	جلسه ششم
آموزش جرأت‌ورزی، روابط میان فردی مثبت، خودمختاری، آموزش و تمرین استفاده از رفتارهای فضیلت‌مآبانه در زندگی روزمره، تمرین آرامیدگی عضلانی و تنفس آرامی.	جلسه هفتم
آموزش و تمرین دادن به شرکت‌کنندگان در برنامه یک برنامه مدیریت شخصی و تسلط بر محیط، جمع‌بندی از جلسات آموزشی قبل و جلسه آخر، گرفتن پس‌آزمون و سپاسگزاری از شرکت‌کنندگان در جلسات آموزشی، گرفتن پس‌آزمون از شرکت‌کننده‌ها.	جلسه هشتم

نتایج

نتایج نشان داد ۲۸/۹۸ درصد دانش‌آموزان (۹ نفر) ۱۴ ساله، ۱۹/۳۲ درصد دانش‌آموزان (۶ نفر) ۱۵ ساله، ۲۵/۷۶ درصد (۸ نفر) ۱۶ ساله و ۲۵/۷۶ درصد (۸ نفر) ۱۷ سال و بالاتر هستند. همچنین ۲۸/۹۸ درصد (۹ نفر) دانش‌آموزان سابقه یک سال سکونت در مجتمع الغدیر، ۲۸/۹۸ درصد (۹ نفر)

نفر) دانش‌آموزان سابقه دو سال سکونت، ۲۲/۵۴ درصد (۷ نفر) دانش‌آموزان سابقه سه سال سکونت در مجتمع الغدير و ۱۹/۳۲ درصد (۶ نفر) دانش‌آموزان سابقه چهار سال و بالاتر در مجتمع الغدير داشته اند.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های مورد مطالعه

گروه کنترل		گروه آموزش هوش معنوی		مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی
SD	M	SD	M	
۲/۸۲	۱۵/۱۳	۲/۳۳	۱۵/۰۰	پیش‌آزمون خودمختاری
۳/۲۰	۱۵/۸۶	۳/۱۱	۳۶/۴۳	پس‌آزمون خودمختاری
۳/۴۷	۱۵/۶۶	۲/۶۱	۱۴/۸۱	پیش‌آزمون تسلط محیطی
۴/۹۳	۱۵/۶۰	۲/۴۴	۳۶/۵۶	پس‌آزمون تسلط محیطی
۳/۸۸	۱۴/۵۳	۲/۵۲	۱۵/۳۱	پیش‌آزمون رشد شخصی
۳/۲۰	۱۵/۸۶	۳/۰۹	۳۶/۶۵	پس‌آزمون رشد شخصی
۳/۷۴	۱۶/۵۵	۲/۶۲	۱۴/۶۲	پیش‌آزمون ارتباط مثبت
۴/۳۹	۱۶/۵۰	۲/۴۲	۳۶/۴۳	پس‌آزمون ارتباط مثبت
۳/۸۸	۱۴/۵۳	۲/۲۲	۱۶/۰۰	پیش‌آزمون هدفمندی در زندگی
۳/۱۰	۱۵/۶۸	۲/۱۱	۳۴/۴۳	پس‌آزمون هدفمندی در زندگی
۳/۲۰	۱۵/۱۳	۲/۱۶	۱۴/۱۸	پیش‌آزمون پذیرش خود
۳/۶۳	۱۵/۰۶	۲/۶۴	۲۹/۲۵	پس‌آزمون پذیرش خود

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف معیار) پس‌آزمون دانش‌آموزان گروه آموزشی هوش معنوی در خودمختاری ۳۶/۴۳ (۳/۱۱)، تسلط محیطی ۳۶/۵۶ (۲/۴۴)، رشد شخصی ۳۶/۶۵ (۳/۰۹)، ارتباط مثبت ۳۶/۴۳ (۲/۴۲)، هدفمندی در زندگی ۳۴/۴۳ (۲/۱۱) و پذیرش خود ۲۹/۶۵ (۲/۶۴) می‌باشد.

جدول ۲. نتایج آزمون لوین جهت همسانی واریانس‌ها بین مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی

اندازه‌ها	F	df1	df2	P
خودمختاری	۰/۲۳۹	۱	۲۹	۰/۶۲۹
تسلط محیطی	۳/۰۶	۱	۲۹	۰/۰۹۰
رشد شخصی	۰/۳۶۶	۱	۲۹	۰/۵۵۰
ارتباط مثبت	۳/۲۴	۱	۲۹	۰/۰۸۲
هدفمندی در زندگی	۰/۲۳۹	۱	۲۹	۰/۶۲۹
پذیرش خود	۳/۶۰	۱	۲۹	۰/۰۹۲

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌گردد سطح آماره (F) برای اندازه‌های خودمختاری، تسلط محیطی، رشد شخصی، ارتباط مثبت، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود معنادار نیست ($P \geq 0/005$) و این نشان دهنده آن است که واریانس خطای این متغیرها در بین آزمودنی‌ها (گروه آزمایش و گروه کنترل) متفاوت نیست و واریانس‌ها با هم برابرند. همچنین برای بررسی فرض همگنی کواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار باکس معنادار نیست ($P=0/782$ و $F=0/901$ و $BOX=3/560$) و در نتیجه پیش‌فرض تفاوت بین کواریانس‌ها برقرار است.

جدول ۳. نتایج شاخص‌های اعتباری آزمون معناداری تحلیل کواریانس چند متغیری بر روی مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی

منبع	نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	P	Eta
گروه	اثر پیلاپی	۰/۹۵۵	۷۶/۰۵	۵/۰۰	۱۸/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۵۵
	لامبدا ویلکز	۰/۰۴۵	۷۶/۰۵	۵/۰۰	۱۸/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۵۵
	اثر هتلینگ	۲۱/۱۲	۷۶/۰۵	۵/۰۰	۱۸/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۵۵
	بزرگترین ریشه خطا	۲۱/۱۲	۷۶/۰۵	۵/۰۰	۱۸/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۵۵

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که سطوح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیری را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهد که در بین دو گروه آموزش

هوش معنوی و گروه کنترل حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد. برای تشخیص اینکه کدام یک از مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی نسبت به گروه کنترل متفاوت است از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شده است که در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) بر روی مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	P	Eta
	خودمختاری	۲۶۹۸/۹۴	۱	۲۶۹۸/۹۴	۲۲۳/۱۹	۰/۰۰۰	۰/۹۱۰
	تسلط محیطی	۲۷۸۵/۷۷	۱	۲۷۸۵/۷۷	۱۵۶/۱۰	۰/۰۰۰	۰/۸۷۶
گروه	رشد شخصی	۲۶۱۸/۷۷	۱	۲۶۱۸/۷۷	۲۲۶/۰۳	۰/۰۰۰	۰/۹۱۱
	ارتباط مثبت	۲۷۱۶/۵۰	۱	۲۷۱۶/۵۰	۱۵۵/۲۷	۰/۰۰۰	۰/۸۶۷
	هدفمندی در زندگی	۲۶۹۷/۹۴	۱	۲۶۹۷/۹۴	۲۲۳/۱۹	۰/۰۰۰	۰/۹۰۹
	پذیرش خود	۲۷۸۵/۷۷	۱	۲۷۸۵/۷۷	۱۶۵/۱۱	۰/۰۰۰	۰/۸۷۶

در جدول ۴ ملاحظه می‌گردد که بین دانش‌آموزان گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در خودمختاری، تسلط محیطی، رشد شخصی، ارتباط مثبت، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود تفاوت معناداری در سطح ($P \leq 0/001$) وجود دارد. به عبارت دیگر میانگین خودمختاری، تسلط محیطی، رشد شخصی، ارتباط مثبت، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود گروه‌های آزمایش بعد از آموزش هوش معنوی متفاوت از گروه کنترل است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش هوش معنوی بر بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) بود. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که بین دو گروه دانش‌آموزان تحت پوشش و گروه کنترل در خودمختاری، تسلط محیطی، رشد شخصی، ارتباط مثبت، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود تفاوت معنی داری

وجود دارد. بدین معنا که در گروه آزمایش بعد از آموزش هوش معنوی، خودمختاری، تسلط محیطی، رشد شخصی، ارتباط مثبت، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود افزایش یافته است. نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر با نتایج الیسون (۱۹۹۱؛^۱)، لوین و آندره پول (۱۹۹۱)، بال، آرمیستد و اوستین^۱ (۲۰۰۳)، لويس، مالتبی و دای^۲ (۲۰۰۵)، موکرجی و برون^۳ (۲۰۰۵)، مازلکو و کوبلانسکی^۴ (۲۰۰۶) و احمد و همکاران (۲۰۰۵) همسو است. به طوری که نتایج مطالعه الیسون (۱۹۹۱؛^۱) به نقل از سونجا و همکاران^۵، (۲۰۰۵) نشان داد افراد دارای گرایش مذهبی بالا، خشنودی بیشتری از زندگی دارند، شادمانی بیشتری دارند و در مواجهه با رویدادهای رنج‌زای زندگی پی‌آمدهای روانی-اجتماعی منفی کمتری را نشان می‌دهد. بال، آرمیستد و اوستین (۲۰۰۳) در پژوهش خود با عنوان رابطه بین سازگاری روان‌شناختی با مذهب نشان دادند که سطوح بالای مذهبی بودن با عزت نفس بالا و عملکرد روان‌شناختی بهتر مرتبط است. لوین و آندره پول (۱۹۹۱؛^۱) به نقل از سونجا و همکاران، (۲۰۰۵) به بیش از ۳۰۰ مقاله در زمینه پیوستگی بین مذهب و سلامتی اشاره کردند و نشان دادند که توسعه مذهبی همبستگی بالایی با سلامت روان، معاشرت، رفاقت، تعهد و الزام و عبادت داشته است. در مطالعه مازلکو و کوبلانسکی (۲۰۰۵) نشان داده شد که فعالیت‌های مذهبی هفته‌ای با سلامت و بهزیستی بهتر در افراد مرتبط است و این رابطه برای مردان قوی‌تر از زنان است و از وابستگی‌های فرقه‌ای تأثیرپذیر است. در میان مردان فعالیت‌های مذهبی پیش‌بینی‌کننده سلامت و بهزیستی آنان بوده است. همچنین در میان زنان هم فعالیت مذهبی عمومی و هم تجربیات معنوی، سلامت و بهزیستی آنان را پیش‌بینی می‌کند. در پژوهش موکرجی و برون (۲۰۰۵) نشان داده شد که هم مذهب و هم جنسیت نقش مهمی در درجه شادکامی دارد.

1. Ball, Armistead & Austin
2. Lewis, Maltby & Day
3. Mookerjee & Beron
4. Maselko & Kubzansky
5. Sonja & et al

همچنین نشان داده شد که سطوح پایین رفتارهای مذهبی شادکامی را کاهش می‌دهد. همچنین مذهبی بودن زنان سطوح شادکامی آنان را افزایش می‌دهد. لويس، مالتبی و دای (۲۰۰۵) نیز نشان دادند که نمرات بالای جهت‌گیری مذهبی درونی بالا و مقابله مثبت مذهبی با نمرات بالای پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد رابطه معنادار وجود دارد. بدین معنا است که زمانی که مذهبی بودن با شادکامی رابطه دارد، با بهزیستی روان‌شناختی نیز رابطه دارد.

در تبیین نتایج مطالعه حاضر می‌توان گفت روان‌شناسی دینی شاخه‌ای از روان‌شناسی است که رسالت آن بررسی نقش مذهب در هستی و سلامت روان انسان است. پیچیدگی عصر حاضر باعث شده انسان به‌طور مداوم در برابر ناملایمات از خود سازگاری نشان دهد و اضطراب یکی از شایعترین اختلالاتی است که در مقابل ناسازگاری‌ها بروز می‌کند و یکی از شیوه‌های مؤثر برای افزایش استعداد و ظرفیت انسان برای برخورد با این ناملایمات عنصر دین است. در این طریق همواره ایمان و اعتقاد مذهبی دارای اهمیت بوده و درمان مبتنی بر ایمان به خداوند به‌عنوان نیروی مافوق طبیعت، سابقه‌ای دیرینه در بین پیروان مذاهب گوناگون داشته است که از آن می‌توان به مقابله مذهبی یاد کرد. بسیاری از فرهنگ‌ها افزون بر درمان پزشکی کلاسیک، روش‌های سازمان یافته‌ای برای مقابله با بیماری‌های بدنی و روانی انسان دارند (لارسون و همکاران، ۱۹۸۸؛ به نقل از شاکری نیا، ۲۰۰۰).

مذهب می‌تواند موجب ایجاد معنا شود. بنابراین، مذهب به زیستن و مردن انسان معنا می‌بخشد. مذهب یا معنویت موجب امیدواری می‌شود و خوشبینی افراد را افزایش می‌دهد. معنویت به افراد مذهبی نوعی احساس کنترل و کارآمدی می‌بخشد که ریشه خدایی دارد و می‌تواند کاهش یافتگی کنترل شخصی را جبران کند. مذهب نوعی سبک زندگی سالم‌تری برای افراد تجویز می‌کند که بر سلامت جسمی و بهداشت روانی تأثیر مثبت دارد. مذهب مجموعه‌ای از هنجارهای اجتماعی مثبت است که اطاعت از آن موجب تایید، پشتیبانی و پذیرش از سوی دیگران می‌شود. مذهب نوعی احساس فراطبیعی به شخص می‌دهد که بدون تردید تأثیر روان‌شناختی دارد. برگین

(۱۹۹۱؛ به نقل از شاکری نیا، ۲۰۰۰) معتقد است که تفکر مذهبی به‌علل زیر دارای تأثیرات مثبت و پی‌آمدهای مناسب بر وضعیت روان‌شناختی افراد است: ۱. مذهب معنایی برای زندگی فراهم می‌سازد (چیزی که بتوان برای آن زیست و برای آن مرد)؛ ۲. امید و خوشبینی را فراهم می‌آورد. ۳. به افراد مذهبی احساس کنترل از جانب خداوند را می‌دهد که جبران احساس عدم کنترل شخص را نماید. ۴. راه و روش زندگی بهتر را برای فرد فراهم می‌آورد. ۵. هنجارهای مثبت اجتماعی را ایجاد می‌کند که خود، حمایت‌های اجتماعی را بر می‌انگیزد (شاکری نیا، ۲۰۰۰). به طور کلی در پژوهش‌های مختلف بین مذهب و سلامت روانی افراد همبستگی معنی‌داری به‌دست آورده‌اند و نشان داده شده است که مذهب می‌تواند موجبات شادی، بهزیستی و سلامت روانی بهتر افراد را فراهم کند.

در مجموع این مطالعه نشان داد که آموزش هوش معنوی بر خودمختاری، تسلط محیطی، رشد شخصی، ارتباط مثبت، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود دانش‌آموزان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی «ره» به طور معناداری مؤثر بوده و سبب افزایش و بهبود این مؤلفه‌ها شده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که از آموزش هوش معنوی می‌توان برای ارتقاء بهداشت روانی استفاده کرد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی از جمله عدم دسترسی به نمونه بیشتر در گروه نمونه به علت محدود بودن مراکز مورد مطالعه روبرو بود. همچنین این پژوهش فقط بر روی دانش‌آموزان پسر انجام شده است که در تعمیم نتایج آن به دختران می‌بایست احتیاط کرد. از محدودیت‌های پژوهش مختص بودن نمونه به شهر اردبیل است که تعمیم یافته‌ها را به سایر شهرها با محدودیت مواجه می‌سازد و عدم توجه به متغیرهایی نظیر وضعیت تحصیلی والدین و وضعیت اقتصادی دانش‌آموزان از محدودیت‌های دیگر این پژوهش است. پیشنهاد می‌شود در این راستا پژوهش‌های دیگری در شهرهای مختلف انجام گیرد؛ پژوهشی با نمونه دانش‌آموزان دختر انجام گیرد و در نهایت براساس نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود دست‌اندرکاران، معلمان و متخصصان تعلیم و

تربیت از راه آموزش هوش معنوی به دانش‌آموزان بی‌سرپرست یا بدسرپرست خود کمک کنند تا یادگیرندگان موفق‌تری باشند و از بهزیستی روان‌شناختی مناسبی برخوردار باشند.

References

- Ahmad, A., Qahar, J., Siddiq, A., Majeed, A., Rasheed, J. & Jabar, F. (2005). A 2-year follow-up of orphans' competence, socioemotional problems and posttraumatic stress symptoms in traditional foster care and orphanages in Iraqi Kurdistan. *Child Care Health Dev*, 31(2), 203-15.
- Alm, M., Yazdi Faizabad, V. & Nematalahzade-mahani, K. (2014). Psychological disorders among gifted students, orphans ordinary high school in 1389. *Kerman University of Medical Sciences*, 12 (7), 582-571. (Persian).
- Ashkani, F. & Heydari, H. (2014). Effects of emotional adjustment on psychological welfare and attributional styles of students with learning disabilities in primary school. *Journal of Learning Disabilities*, 4 (1), 6-22. (Persian).
- Ball, J., Armistead, L. & Austin, B. (2003). The relationship between religiosity and adjustment among African-American, female, urban adolescents. *Journal of Adolescence*, 26(4), 431-446.
- Bayni, A. A., Mohammad Kocheki, A. & Bayni, A. (2009). Psychological well-being scale reliability and validity. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 14 (2), 61-49. (Persian).
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R. & Brent, D. A. (2006). Adolescents' suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatr*, 47, 372-94.
- Brookman, R. R. & Sood, A. A. (2006). Disorders of mood and anxiety in adolescents. *Adolesc Med Clin*, 17, 79-95.
- Compton, W. C. (2001). Toward a tripartite factor structure of mental health: Subjective well-being, personal growth, and religiosity. *Journal of Psychology*, 135, 486-500.
- Cuner-Kucukkaya, P. & Isik, I. (2010). Predictors of psychiatric symptom scores in a sample of Turkish high school students. *Nurs Health Sci*, 12(4), 429-36.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American psychologist*, 55, 34-43.
- Direndonck, D. (2005). The construct validity of Ryff scales of psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36, 629-643.
- Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Reiser, M., Murphy, B. C., Losoya, S. H. & Guthrie, I. K. (2009). The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child Development*, 72(2), 11-34.
- Emami, H., Ghazinour, M., Rezaeishiraz, H. & Richter, J. (2007). Mental Health of Adolescents in Tehran, Iran. *J Adolescent Health*, 41, 571-6. (Persian).

- Hauser, R. M., Springer, K. W. & Pudrovska, T. (2005). Temporal structures of psychological well-being: continuity or change. Presented at the 2005 *Meetings of the Gerontological Society of America*, Orlando, Florida.
- Hosseini, S. H., Mousavi, S. E. & Rezazadeh, H. (2003). Assessment of mental health in students of junior high schools in Sari city of IRAN. *Quarterly JFundament Mental Health*, 6(19 & 20), 92-9. (Persian).
- Karademas, E. (2007). Positive and negative aspects of well-being: Common and specific predictors. *Personality and Individual Differences*, 43, 277-287.
- Lewis, C. A. Maltby, J. & Day, L. (2005). Religious orientation, religious coping and happiness among UK adults. *Personality and Individual Differences*, 38, 1193-1202.
- Maselko, J. & Kubzansky, L. (2006). Gender differences in religious practices, spiritual experiences and health: Results from the US General Social Survey. *Social Science & Medicine*, 62, 2848-2860.
- Milanifar, B. (2002). Mental health. Fifth Edition. Tehran: Ghomes. (Persian).
- Mookerjee R. & Beron, K. (2005). Gender, religion and happiness. *Journal of Socio-Economics* 34, 674-685.
- Musisi, S., Kinyanda, E., Nakasujja, N. & Nakigudde, J. (2007). A comparison of the behavioral and emotional disorders of primary school-going orphans and nonorphans in Uganda. *African Health Sci*, 7(4), 202-13.
- Narimani, M., Yosefi, F. & Kazemi, R. (2014). The role of attachment styles and quality of life in predicting psychological well-being in adolescents with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 3(4), 124-142. (Persian).
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). To be happy or to be self-fulfilled: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. In S. Fiske (Ed.). *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. D. & Keys, C. L. (1995). The structure of psychological Well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69, 719-727.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and Social psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 99-103.
- Ryff, C. D. & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudemonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39.
- Ryff, C. D., Singer, B., Love, G. D. & Essex, M. J. (1998). Resilience in adulthood and later life: Defining features and dynamic processes. In J. Lomranz (Ed.). *Handbook of aging and mental health: An integrative approach*, 69-96.
- Shakerinia, I. (2000). The influence of religious beliefs on mental health. *Pedagogical transplant monthly Journal*, 257, 381-374. (Persian).
- Shakiba, M. & Ziaee, M. (2012). Comparison of mental health and well-being of girls boarding school students sponsored by the Centers for girls high school students in Shiraz University. *Journal of Medical Sciences*, 14 (2), 60-56. (Persian).

- Sobhi-Gharamaleki, N. & Porzoor, P. (2014). A comparison of spiritual intelligence and emotional intelligence of college students and religious students. *Culture in The Islamic University*, 4 (2), 297-310.(Persian).
- Sonja, L., Sckade, D. & Kennonm, Sh. (2005). Pursuing happiness. The architecture of sustainable change. *General psychology*, 9(2), 111-131.
- Wissing, M. P. & Van Eeden, C. (1997). Psychological well-being: A fortigenic conceptualization and empirical clarification. Paper presented at the 3rd Annual Congress of the Psychological Society of South Africa, Durban, South Africa.
- Wolff, P. H. & Fesseha, G. (2005). The orphans of Eritrea: What are the choices? *Am J Orthopsychiatr*, 75, 475-484.
- World Health Organization. (2005). *Child and adolescent mental health policies and plans*. Mental health policy and service guidance package. Geneva, WHO.

The effectiveness of spiritual intelligence training on psychological well-being of students covered by the imam khomeini relief committee

A. Shojaee¹ & E. Soleymani²

Abstract

This study investigates the efficacy of spiritual intelligence training on psychological well-being of students covered by the Imam Khomeini Relief Committee in the city of Ardabil. To achieve this goal, the target population, which included all the high school student Imam Khomeini Relief Committee in the city of Ardebil in the academic year 2014-15, 40 students (with mean below the cut-off point on the scale of psychological well-being) were selected randomly from the population included in the sample. Tools used in this study consisted of made questionnaire and psychological well-being questionnaire. While study research is a clinical pilot study that was performed with a pre-test and post-test, collected data analyzed with using a multivariate analysis of covariance (MANCOVA). The results showed that there were significant differences between two groups of Imam Khomeini Relief Committee under students and control in autonomy, environmental mastery, personal growth, positive relationships, purpose in life and self-acceptance. This means that increased after Spiritual Intelligence Training autonomy, environmental mastery, personal growth, positive relationships, purpose in life and self-acceptance in groups of Imam Khomeini Relief Committee under students. Therefore it can be concluded that the teaching of spiritual intelligence can be used to improve the quality of life of students covered by Imam Khomeini Relief Committee.

Keywords: spiritual intelligence, psychological well-being, students

1. Corresponding Author: Assistant Professor of Islamic science, University of Mohaghegh Ardabili (shojaei.ahmad50@gmail.com)

2. Assistant Professor of Psychology, Urmia University.