مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۲۵، شماره ۳، پاییز ۹۴، صفحات ۲۱۳ تا ۲۲۲

Original Article

بررسی رابطه بین اختلالات جسمانی‌سازی با هوش معنوی و راهبردهای مقابله‌ای دانشجویان دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور

معصومه همتی[۱]، سید جمال الدین نبوی[۲]، آسیه خرمی[۳]، مرضیه همتی[۴]

[۱] دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات تهران ، تهران ، ایران
[۲] مربی، دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم پزشکی تهران ، تهران ، ایران
[۳] کارشناس ارشد مشاوره، مدرس دانشگاه پیام نور، واحد فیروزه
[۴] دانشجوی کارشناسی ارشد روانسنجی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز

چکیده

سابقه و هدف: *این پژوهش با هدف بررسی رابطه بین اختلالات جسمانی سازی با هوش معنوی و راهبردهای مقابله ای دانشجویان دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور انجام شد.*

روش بررسی: *در این مطالعه توصیفی-همبستگی، ۲۹۱ نفر از دانشجویان شاغل به تحصیل در دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای نسبتی انتخاب شدند و با استفاده از پرسشنامه‌های SCL90، هوش معنوی عبدالله زاده و راهبردهای مقابله‌ای لازاروس مورد ارزیابی قرار گرفتند. تحلیل آماری داده‌های پژوهش با استفاده از روش‌های آمار توصیفی، روش گشتاوری پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه صورت گرفت.*

یافته‌ها: *بین اختلالات جسمانی‌سازی با هوش معنوی و راهبردهای مقابله‌ای دانشجویان، رابطه منفی و معنی‌داری وجود داشت ($P<۰/۰۵$).*

نتیجه‌گیری: *نتایج این مطالعه، حاکی از رابطه منفی و معنی‌دار بین اختلا ل جسمانی‌سازی با راهبردهای مقابله‌ای و هوش معنوی است.*

واژگان کلیدی: *اختلالات جسمانی‌سازی، هوش معنوی، راهبردهای مقابله‌ای، دانشجویان.*

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی، سلامتی را نه تنها نبود بیماری، بلکه تلفیق و هماهنگی بهزیستی بین عوامل فیزیکی، عاطفی، اجتماعی و معنوی تعریف می‌کند (۱). بر پایه برآورد سازمان بهداشت جهانی، حدود ۵۰۰ میلیون نفر در جهان دچار یکی از اختلال‌های روانی‌اند که نیمی از آن‌ها را اختلال‌های خفیف روانی همچون افسردگی و اضطراب تشکیل می‌دهد (۲) و وقوع دوره‌های متوالی از حالت‌های بحرانی و پرآسیب با عکس‌العمل‌های فشارآوری همراه است که می‌تواند منجر به بیماری‌های جسمی و روان‌شناختی شود (۵-۳). عمده این بیماری‌ها افزایش مرگ و میر به خاطر سلامت عمومی و استرس‌های روانی هستند (۶). اختلال جسمانی‌سازی یا somatoform از کلمه یونانی گرفته شده است. این اختلال گروه وسیعی از بیماری‌ها را در بر می‌گیرد که نشانه‌ها و علایم جسمی مولفه اصلی آنها را تشکیل می‌دهند. این اختلال در بر گیرنده تعاملات میان ذهن و بدن است و در آنها مغز از راه‌هایی که هنوز شناخته شده نیست پیام‌هایی ارسال می‌کند که بر آگاهی فرد اثر می‌گذارد و از وجود یک مشکل جدی در بدن خبر می‌دهد.

پنج اختلال شبه جسمی خاص شناخته شده به شرح زیر است:

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم پزشکی تهران. سید جمال الدین نبوی
(**email**: jamalnabavi@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۹۴/۱/۱۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۴/۳/۲۴

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-27]

۱- اختلال جسمانی‌کردن که وجه مشخصه آن شکایات جسمانی متعددی است که با دستگاه‌های عضوی مختلفی مرتبط است.

۲-اختلال تبدیلی که با یک یا دو شکایت عصبی مشخص می‌شود.

۳-خود بیمار انگاری که بیشتر با باور بیماران به داشتن بیماری خاص مشخص می‌شود.

۴-اختلال بدریختی بدن که باور غلط یا مبالغه‌آمیزی مبنی بر ناقص بودن بخشی از بدن است.

۵-اختلال درد که عبارت از نشان‌هایی از درد است که به طور کامل با عوامل روانی مرتبط است (۶).

معنویت با توجه به این‌که تشابهات زیادی با مذهب دارد، دارای مفهوم گسترده‌تری نسبت به مذهب است (۱۱). هوش معنوی یکی از انواع هوش چندگانه است که به‌طور مستقل می‌تواند رشد و توسعه یابد (۱۲) و زمینه را برای رسیدن به کمال و ترقی در زندگی فراهم می‌سازد (۱۳). انواع پیامدهای سلامتی، از قبیل کیفیت زندگی و عملکردهای زیستی-روانی اجتماعی، عمدتاً تحت تأثیر هوش معنوی و مذهب قرار می‌گیرد (۱۴)، شور و شوق انسان را برای عدالت‌خواهی و انصاف افزایش می‌دهد و هم‌نوایی و پیوستگی خود و جهان آفرینش را پدید می‌آورد (۱۵). در سال‌های اخیر، معنویت به عنوان جنبه مهمی از کنش انسان‌گرایانه که رابطه پایایی با سلامت و بهبود دارد، در خور توجه قرار گرفته است (۱۶). هوش معنوی بیان‌گر مجموعه‌ای از توانایی‌ها و ظرافت‌ها و منابع مادی است که کاربست آن‌ها موجب افزایش انطباق‌پذیری و در نتیجه سلامت روانی افراد می‌شود (۱۷، ۱۸). رشد هوش معنوی اجازه می‌دهد که بینش جدیدی درباره خودمان و بالا بردن اعتمادبه‌نفس، داشتن خود با ثبات و مهارت کاهش نگرانی، اضطراب‌ها و ارتباط عمیق‌تر با سایرین کسب کنیم (۱۷). انسان برای کسب قدرت تشخیص در تصمیم‌گیری‌هایی که به رشد سلامت نفس و روان کمک می‌کند، نیازمند هوش معنوی است (۱۹). پژوهشگران نشان دادند افرادی‌که گرایش‌های معنوی دارند، هنگام رویارویی با آسیب، پاسخ‌های بهتری به وضعیتی که درون آن هستند، نشان می‌دهند، موقعیت تولیدکننده فشار را بهتر اداره می‌کنند و از سلامتی بهتری برخوردارند (۲۰، ۱۱،۲۱). المر، مک‌دونالد و فریدمن (۲۲) در پژوهش خود نشان دادند که معنویت در ارتباط با میزان پایین‌تر بیماری و زندگی طولانی است. پژوهش جورج و همکارانش (۲۳) نشان داد که میان معنویت، هدف زندگی، رضایت از زندگی و سلامت همبستگی وجود دارد. پارگامنت و ساندرز (۲۴) در مطالعات خود رابطه مثبتی بین باورهای دینی و معنویت با سلامت افراد را نشان دادند. به نظر می‌رسد افرادی که گرایش‌های معنوی دارند، هنگام رویارویی با آسیب، پاسخ‌های بهتری به وضعیت می‌دهند و موقعیت و تولیدکننده فشار را بهتر اداره می‌کنند (۲۱) و میزان افسردگی آن‌ها کمتر است (۱۶). همچنین بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی همگی از جمله روش‌هایی هستند که افراد مذهبی با دارا بودن آن‌ها می‌توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی، آسیب کمتری را متحمل شوند (۲۵). کسانی‌که از نظر مذهبی در سطح بالاتری قرار دارند، مسایلشان را با شیوه حل مسأله و همراه با حمایت اجتماعی مرتفع می‌کنند (۲۶).

مقابله، پدیده‌ای پویاست که از یک سو وضعیت کنش‌های شناختی و عاطفی فرد را در مواجهه باعناصر تنیدگی‌زا یا پیامدهای ناشی از آن‌ها و از سوی دیگر مهار نیازهای درونی و انتظارات بیرونی خاصی را نشان می‌دهد (۲۷). فریدنبرگ (۲۵) هر دو سبک‌های مقابله‌ای مسأله‌محور و هیجان‌محور را سبک‌های سازش‌یافته‌ای برای مقابله با موقعیت‌های تنیدگی‌زا می‌داند. منظور از شیوه مسأله‌مدار، همان روش‌های فعال حل مسأله است که برای حل رابطه استرس‌زای بین فرد و محیط استفاده می‌شود و راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار که شامل کوشش‌هایی جهت تنظیم پیامدهای هیجانی واقعه تنش‌زاست و تعادل عاطفی و هیجانی را از طریق کنترل هیجانات حاصله از موقعیت تنش‌زا حفظ می‌کنند (۲۸). افزون بر آن، سبک مقابله‌ای سازش‌نایافته مبین شکست فرد در مقابله با تنیدگی‌هاست (۲۵). هنگامی‌که فرد برای مقابله با فشار زندگی نیاز به کمک مشاور دارد، حوزه معنوی می‌تواند به فرد کمک کند تا در موقعیت‌های استرس‌زا معنا و مفهومی بیابد و این مقابله را می‌توان به عنوان تلاشی در جهت پیدا کردن معنا در موقعیت‌های استرس‌زا توصیف کرد (۲۹). لزوم آموزش سبک‌های مقابله سازگارانه به دلیل تأثیرات مهم آن بر بهداشت روانی افراد در دوره جوانی به عنوان دوره مهم در فرایند رشد و تکامل شخصیت فرد بیش از پیش احساس می‌شود (۳۰). پژوهشگران دیگری در تحقیقات خود نشان داده‌اند که کاربرد روش‌های مقابله با استرس مانند مدیریت استرس، باعث کاهش آشفتگی و بهبود سلامت عمومی در بیماران قلبی می‌شود. از این‌رو با آموزش روش‌های مقابله با استرس به این بیماران، می‌توان از طریق کاهش رفتارهای مستعدکننده بیماری، به بهبود سلامت عمومی آن‌ها کمک نمود (۳۳-۳۱).

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-27]

کیم و همکارانش (۳۴) در بررسی عوامل مربوط به بزهکاری جوانان نشان دادند که جوانان بزهکار شواهد بیشتری از علایم روان‌تنی، سطوح بالاتری از سوءاستفاده جنسی و فیزیکی و استراتژی های مواجهه با کارایی کمتر را در مقایسه با جوانان دانشجو نشان دادند. پندلتون و همکارانش (۳۵) نقش مذهبی بودن در مقابله (یا مواجهه) در کودکان مبتلا به فیبروز کیستی را بررسی کردند. آن‌ها نتیجه گرفتند که کودکان مبتلا به فیبروز کیستی یک‌سری از استراتژی های مواجهه معنوی را گزارش کردند که آن‌ها را با پیامدهای سلامتی سازگاری مرتبط می‌دانند. شوچوان و همکارانش (۳۶) استرس مرتبط با انجام همودیالیز و رابطه بین این استرس‌ها و استراتژی‌های مواجهه استفاده شده توسط بیماران را بررسی کردند. نتایج نشان دادند که بیماران دیالیزی به‌ندرت از استراتژی مسأله‌محور برای کاهش استرس خود استفاده می‌کنند. کیفه و همکارانش (۳۷) اثرات سن بر توالی استفاده اثربخش ادراک شده استراتژی‌های مقابله در بیماران مبتلا به درد مزمن را بررسی کردند. نتایج حاکی از آن است که بیمارانی که توانایی خود در کاهش درد را نسبتاً بالا ارزیابی می‌کردند، سطوح کمتری از افسردگی و درد را به نمایش می‌گذاشتند. نتایج تحقیق ویرتا و همکارانش نشان داد که بین درد و فاجعه‌سازی و بین ناتوانی و فاجعه‌سازی همبستگی مثبت وجود دارد. همچنین بین فاجعه‌سازی و احساس رابطه وجود دارد که نشان می‌دهد هر چقدر احساس رفاه پایین‌تر باشد، استفاده از استراتژی‌های فاجعه‌سازی بیشتر است (۳۸). چوی و همکارانش (۲۰۰۲) رابطه بین اضطراب و به‌کارگیری سبک‌های مقابله‌ای هیجانی در بیماری که سکته قلبی داشتند را نشان دادن که در مقاله باقریان و همکارانش به آن اشاره شده است (۳۹). ون و همکارانش (۴۰) در پژوهشی اشاره کردند به‌طور کلی احتمال بروز بیماری در افرادی‌که در مواجهه با فشار روانی، منابع مقابله ضعیف و ناکارآمدی دارند، بیشتر است. افرادی که دارای هوش معنوی بالایی هستند دارای مشخصاتی از جمله انعطاف پذیری، توانایی رویایی با مشکلات و دردها (۴۱) و تحمل، مقاومت و پایداری (۴۲) هستند. می توان گفت مقابله مذهبی به افراد کمک می‌کند که به نتایج خوبی در زمان تنیدگی دست یابند. این موارد عبارتند از: حسی از معنا و هدف در زندگی، آرامش هیجانی، مهار شخصی و صمیمیت با دیگران، سلامت جسمی و معنویت (۴۳). آن‌چه در پژوهش حاضر به دنبال آن هستیم، تعیین و چگونگی ارتباط میان هوش معنوی و راهبردهای مقابله‌ای با اختلال‌های روان‌تنی دانشجویان دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور است و این‌که ببینیم آیا اختلال‌های روان‌تنی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده خوبی برای هوش معنوی و راهبردهای مقابله‌ای دانشجویان، باشد یا خیر.

مواد و روشها

این پژوهش به شیوه همبستگی انجام شد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانشجویان مشغول به تحصیل در دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ که تعداد ۱۲۰۰ نفر بودند، تشکیل می‌دادند. با استفاده از فرمول حجم نمونه Morgan و Krejcie به صورت تصادفی ساده طبقه‌ای نسبتی، ۲۹۱ نفر انتخاب شدند و سپس پرسش‌نامه‌ها در بین آن‌ها توزیع شد. تعداد نمونه‌های پژوهش برحسب رشته تحصیلی در جدول ۱ آمده است. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS Inc., Chicago, IL به کمک آماره‌های توصیفی و تحلیلی گشتاوری پیرسون و تحلیل رگرسیون چندمتغیره تحلیل شدند.

جدول ۱. تعداد نمونه‌های پژوهش برحسب رشته تحصیلی

رشته های تحصیلی	تعداد دختر	تعداد پسر	جمع
حسابداری	۲۰	۴۱	۶۱
مدیریت بازرگانی	۲۴	۱۲	۳۶
مدیریت مالی	۱۹	۱۰	۲۹
مدیریت دولتی	۴۳	۱۰	۵۳
الهیات	۳۹	۱۲	۵۲
ادبیات	۴۹	۱۱	۶۰
جمع	۱۹۵	۹۶	۲۹۱

یکی از ابزار اندازه‌گیری، پرسش‌نامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن است. این یک پرسش‌نامه ۶۶ ماده‌ای است که توسط لازاروس و فولکمن و بر اساس یک نظریه شناختی-پدیدارشناختی درباره تنیدگی، برآورد و مقابله ساخته شده است، و به سنجش افکار و اعمالی که افراد برای مقابله با برخوردهای تنیدگی زای زندگی روزمره به کار می‌روند، می‌پردازد و در یک مقیاس چهار درجه‌ای (اصلاً، گاهی اوقات، معمولاً و زیاد) نمره گذاری می‌شود. قدمگاهی و دژکام ضریب همسانی درونی را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۶۱ درصد تا ۷۹ درصد و اعتبار بازآزمایی آن را به فاصله چهار هفته ۵۹ درصد تا ۸۳ درصد گزارش کردند. الگوهای هشت گانه که توسط این پرسش‌نامه بررسی می‌شود، به دو دسته روش‌های

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-27]

مسأله مدار (جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، حل مدبرانه مسأله و ارزیابی مجدد مثبت) و هیجان مدار (مقابله رویاروگر، دوری جویی، گریز- اجتناب و خویشتن داری) تقسیم می‌شود (۴۴).

ابزار دیگر، پرسش‌نامه هوش معنوی است. این پرسش‌نامه شامل ۲۹ سؤال است که توسط عبدالله زاده و همکارانش ساخته و هنجاریابی شده است. پایایی پرسش‌نامه توسط عبدالهزاده و همکارانش به دست آمد. به وسیله آلفای کرونباخ ۸۹ درصد برای بررسی روایی، علاوه بر روایی محتوایی صوری که سؤال‌ها از نظر متخصصان تأیید شد، از تحلیل عاملی نیز استفاده شد که بار عاملی هر سوال بالای ۰/۳ بود. در چرخش به روش واریماکس برای کاهش متغیرها ۲ عامل اصلی به دست آمد که عامل اول با ۱۲ سؤال «درک و ارتباط با سرچشمه هستی» و عامل دوم با ۱۷ سؤال «زندگی معنوی با هسته درونی» نامیده شد. نمره گذاری این مقیاس به صورت طیف لیکرتی ۵ درجه‌ای است (۴۵).

از مقیاس SCL.90.R نیز در این مطالعه استفاده شد. برای اولین‌بار در سال ۱۹۷۳ به وسیله دراگوتیس و همکارانش براساس تجربیات بالینی و تحلیل‌های روان‌سنجی قبلی به صورت و شکل فعلی ارایه و معرفی شد. از آن زمان به بعد این آزمون در مطالعات زیادی مورد استفاده قرار گرفته است. آزمون SCL.90.R، یک فهرست علایم روانی خودگزارش‌دهی ۹۰ سؤالی است که به‌وسیله تحقیقات روان‌سنجی بالینی به‌وجود آمده است. این آزمون شامل ۹۰ ماده در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (۰= هیچ، ۱= کمی، ۲= تا حدی، ۳= زیاد، ۴= به شدت) است که ۹ بُعد علایم روان پزشکی، شامل شکایات جسمانی، وسواس فکری و عملی، حساسیت میان فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی، را مورد بررسی قرار می‌دهد. در این مقیاس، ۷ ماده اضافی نیز وجود دارد که در هیچ یک از ابعاد یاد شده طبقه‌بندی نشده است و با عنوان سایر از آن‌ها یاد می‌شود. این آزمون، حالت‌های فرد را از یک هفته پیش مورد ارزیابی قرار می‌دهد. علاوه بر ابعاد ۹ گانه فوق، ۳ معیار کلی نیز در این آزمون معیار ضریب (GSI) گنجانده شده که شامل علایم مرضی می باشد و PST و جمع علایم مرضی (PSDI) ناراحتی نمره گذاری و تفسیر آزمون براساس ۳ شاخص کلی صورت می‌گیرد. برای تعیین شیوع علایم روان پزشکی در هر بُعد، از نقطه برش ۲/۵ استفاده می‌شود و میانگین نمره‌های ۲/۵ و بالاتر از ۲/۵ در هر بُعد به عنوان حالت مرضی به شمار می‌رود. در بسیاری از پژوهش‌های انجام شده در ایران نیز همین نقطه برش به کار رفته است. مطالعات زیادی، روایی و پایایی مطلوب این آزمون را تأیید می‌کند (۴۶). بیانی شایع‌ترین علایم روانپزشکی معلمان را به ترتیب شامل شکایات جسمانی (جسمانی سازی) (۷/۳ درصد)، افکار پارانوئیدی (۵/۸ درصد)، افسردگی (۴/۹ درصد) و وسواس فکری-عملی (۴/۱ درصد) برشمرد (۴۷). خرده مقیاسی که در این پژوهش بیش از سایر ابعاد مورد توجه قرار گرفته است، شکایات جسمانی می‌باشد.

یافته‌ها

تعداد ۲۹۱ دانشجوی مشغول به تحصیل در دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ بررسی شدند.

جدول ۲، میانگین و انحراف معیار متغیر پیش بین اختلال جسمانی سازی و متغیرهای ملاک هوش معنوی و راهبردهای مقابله‌ای در افراد مورد بررسی را نشان می‌دهد. میانگین نمره اختلال جسمانی سازی در دانشجویان ۱۴/۸۳ بود که از حداقل ۱۲ تا حداکثر ۲۱ در بین دانشجویان متغیر بود. میانگین هوش معنوی (درک و ارتباط با سرچشمه هستی) ۴۷/۱۷ بود که از حداقل ۲۲ تا حداکثر ۵۹ در بین دانشجویان متغیر بود. میانگین هوش معنوی (زندگی معنوی یا اتکاء به هسته درونی) ۴۸/۵۹ بود که از حداقل ۲۲ تا حداکثر ۶۳ در بین دانشجویان متغیر بود. میانگین راهبردهای مقابله‌ای (مقابله رویاروی‌گری) ۱۲ بود که از حداقل صفر تا حداکثر ۱۸ در بین دانشجویان متغیر بود. میانگین راهبردهای مقابله‌ای (دوری جویی) ۱۱/۴۹ بود که از حداقل ۱ تا حداکثر در بین دانشجویان متغیر بود. میانگین راهبردهای مقابله‌ای (خویشتن داری) ۱۱/۹۲ بود که از حداقل صفر تا حداکثر ۱۸ در بین دانشجویان متغیر بود. میانگین راهبردهای مقابله‌ای (جستجوی حمایت اجتماعی) ۱۱/۹۱ بود که از حداقل صفر تا حداکثر ۱۸ در بین دانشجویان متغیر بود. میانگین راهبردهای مقابله‌ای (مسئولیت پذیری) ۱۰/۵۰ بود که از حداقل صفر تا حداکثر ۱۸ در بین دانشجویان متغیر بود. میانگین راهبردهای مقابله‌ای (گریز و اجتناب) ۱۱/۸۹ بود که از حداقل صفر تا حداکثر ۱۸ در بین دانشجویان متغیر بود. میانگین راهبردهای مقابله‌ای (حل مدیرانه مساله) ۱۱/۹۰ بود که از حداقل صفر تا حداکثر ۱۸ در بین دانشجویان متغیر بود. میانگین راهبردهای مقابله‌ای (باز برآورد مثبت) ۱۱/۹۰ بود که از حداقل صفر تا حداکثر ۱۸ در بین دانشجویان متغیر بود.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-27]

جـدول ۲. میـانگین و انحـراف معیـار متغیـر پـیش بـین اخـتلال جسمانی سـازی و متغیرهـای مـلاک هـوش معنـوی و راهبردهـای مقابله‌ای در افراد مورد بررسی

متغیرها	میانگین ± انحراف معیار (محدوده نمرات)
اختلال جسمانی سازی	۱۴/۸۳±۲/۴۱۳ (۱۲-۲۱)
هوش معنوی (درک ارتباط با سرچشمه هستی)	۴۷/۱۷±۸/۹۷ (۲۲-۵۹)
زندگی معنوی یا اتکاء به هسته درونی	۴۸/۵۹±۹/۰۸۷ (۲۲-۶۳)
مقابله رویارویگری	۱۲±۴/۶۰۴ (۰-۱۸)
دوری جویی	۱۱/۴۹±۳/۸۶۲ (۱-۱۸)
خویشتن داری	۱۱/۹۲±۴/۴۳۰ (۰-۱۸)
جستجوی حمایت اجتماعی	۱۱/۹۱±۴/۴۹۹ (۰-۱۸)
مسئولیت پذیری	۱۰/۵۰±۳/۵۶۵ (۰-۱۸)
گریز و اجتناب	۱۱/۸۹±۴/۴۳۹ (۰-۱۸)
حل مدیرانه مساله	۱۱/۹۰±۴/۴۷۸ (۰-۱۸)
باز برآورد مثبت	۱۱/۹۹±۴/۵۲۱ (۰-۱۸)

فرضیه اصلی این مطالعه، بررسی ارتباط بین اختلال جسـمانی سازی با هوش معنوی و راهبردهای مقابله‌ای دانشـجویان بـود. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد کل همبسـتگی‌هـای متقابـل در سطح ۰/۹۹ درصـد معنـی‌دار اسـت و بـین اخـتلال جسـمانی سازی با خرده مقیـاس‌هـای هـوش معنـوی (درک ارتبـاط بـا سرچشمه هستی، زندگی معنوی یا اتکاء بـه هسـته درونـی) و خرده مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای (مقابله رویـاروی‌گـری، دوری‌جـویی، خویشـتن‌داری، جسـتجوی حمایـت اجتمـاعی، مسئولیت پذیری، گریز و اجتنـاب، حـل مدیرانـه مسـاله، بـاز برآورد مثبت) رابطـه منفـی معنـی‌داری وجـود دارد؛ بنـابراین فرضیه اول تأیید می شود.

در فرضیه دوم، رابطه بین اختلالات جسمانی‌سـازی بـا هـوش معنوی دانشجویان را بررسی شد. همان طور کـه در جـدول ۴ ملاحظه می‌شود، طبق نتـایج حاصـل از تحلیـل رگرسـیون بـا روش ورود، ضرایب همبستگی چندگانـه بـرای ترکیـب خطـی اختلال جسـمانی سـازی بـا هـوش معنـوی (درک ارتبـاط بـا سرچشمه هستی) برابر Mr=۰/۲۹۷، rS= ۰/۰۸۸ می‌باشد کـه در سطح P<۰/۰۵ معنی دار است. باتوجه به ضـریب تعیـینrS مشخص شده کـه ۸/۸ درصـد واریـانس هـوش معنـوی (درک ارتباط با سرچشمه هستی) آزمودنی‌ها توسط متغیرپیش بـین اختلال جسمانی سازی قابل تبیین است. ضـرایب همبسـتگی چندگانه برای ترکیب خطی اختلال جسمانی سازی بـا هـوش معنوی (زندگی معنوی یا اتکاء به هستی درونی) Mr=۰/۲۸۳، rS=/۰۸۰ بود که در سـطح P<۰/۰۵ معنـی‌دار بـود. بنـابراین فرضیه دوم تایید مـی‌گـردد. بـا توجـه بـه ضـریب تعیـین rS، مشخص شده که ۸ درصـد واریـانس هـوش معنـوی (زنـدگی معنوی یا اتکاء به هستی درونـی) آزمـودنی هـا توسـط متغیـر پیش بین اختلال جسمانی سازی قابل تبیین است.

جدول ۳- ضرایب همبستگی ساده بین اختلال جسمانی سـازی بـا هوش معنوی و راهبردهای مقابله ای (تعداد نمونه= ۲۹۱)

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	r*	P-value
هـوش معنـوی (در ک ارتبـاط بـا سرچشمه هستی)	اختلال جسمانی سازی	-۰/۲۹۷	۰/۰۰۱
زندگی معنوی یا اتکاء به هسته درونی		-۰/۲۸۳	۰/۰۰۱
مقابله رویارویگری		-۰/۲۲۴	۰/۰۰۱
دوری جویی		-۰/۲۵۰	۰/۰۰۱
خویشتن داری		-۰/۲۰۳	۰/۰۰۱
جستجوی حمایت اجتماعی		-۰/۲۲۷	۰/۰۰۱
مسئولیت پذیری		-۰/۱۵۰	۰/۰۰۱
گریز و اجتناب		-۰/۲۰۹	۰/۰۰۱
حل مدیرانه مساله		-۰/۲۰۷	۰/۰۰۱
باز برآورد مثبت		-۰/۲۰۸	۰/۰۰۱

* ضریب همبستگی

فرضیه سوم این مطالعه در مورد بررسی رابطه بـین اخـتلالات جسمانی‌سازی با راهبردهای مقابله‌ای دانشجویان بـود. همـان طور که در جدول ۵ ملاحظه می شود، طبق نتـایج حاصـل از تحلیل رگرسیون با روش ورود، ضـرایب همبسـتگی چندگانـه برای ترکیب خطی اختلال جسمانی سازی با راهبردهای مقابله ای (مقابله رویارویگری) Mr= ۰/۲۲۴ ،rS=۰/۰۵۰ می‌باشد که در سطح p<۰/۰۵ معنی‌دار است. باتوجه به ضریب تعیـین rS، مشـخص شـده کـه ۵ درصـد واریـانس راهبردهـای مقابلـه‌ای (مقابله رویاروی‌گـری) آزمـودنی‌هـا توسـط متغیـر پـیش‌بـین اختلال جسمانی‌سازی قابل تبیین اسـت. ضـرایب همبسـتگی چندگانه برای ترکیب خطی اختلال جسمانی‌سازی با

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-27]

جدول ۴- ضرایب همبستگی چندگانه اختلال جسمانی‌سازی با خرده مقیاس‌های هوش معنوی، با روش ورود (Enter)

متغیر پیش بین	متغیر ملاک	همبستگی چندگانه (Mr)	ضریب تعیی (rS)	F نسبت	ضرایب رگرسیون P	Beta	t
اختلال جسمانی‌سازی							
	درک ارتباط با سرچشمه هستی	۰/۲۹۷	۰/۰۸۸	۲۸/۷۹۷	۰/۰۰۱	-۰/۲۹۷	-۵/۳۶۶
	زندگی معنوی یا اتکاء به هستی درونی	۰/۲۸۳	۰/۰۸۰	۲۶/۰۲۶	۰/۰۰۱	-۰/۲۸۳	-۵/۱۰۲

جدول ۵. ضرایب همبستگی چندگانه اختلال جسمانی سازی با خرده مقیاس های راهبردهای مقابله ای، با روش ورود (Enter)

متغیر پیش بین	متغیر ملاک	همبستگی چندگانه (Mr)	ضریب تعیی (rS)	F نسبت	ضرایب رگرسیون P	Beta	t
اختلالات جسمانی							
	مقابله رویاروگری	۰/۲۲۴	۰/۰۵۰	۱۵/۷۳۲	۰/۰۰۱	-۰/۲۲۴	-۳/۹۶۶
	دوری جویی	۰/۲۵۰	۰/۰۶۲	۱۹/۸۵۵	۰/۰۰۱	-۰/۲۵۰	-۴/۴۵۶
	خویشتن داری	۰/۲۰۳	۰/۰۴۱	۱۲/۸۱۴	۰/۰۰۱	-۰/۲۰۳	۳/۵۸۰
	جستجوی حمایت اجتماعی	۰/۲۲۷	۰/۰۵۱	۱۶/۱۳۱	۰/۰۰۱	-۰/۲۲۷	۴/۰۱۶
	مسئولیت پذیری	۰/۱۵۰	۰/۰۲۲	۶/۸۱۹	۰/۰۰۱	-/۱۵۰	۲/۶۱۱
	گریز و اجتناب	۰/۲۰۹	۰/۰۴۴	۱۳/۵۷۵	۰/۰۰۱	-۰/۲۰۹	-۳/۶۸۴
	حل مدیرانه مسأله	۰/۲۰۷	۰/۰۴۳	۱۳/۳۰۹	۰/۰۰۱	-۰/۲۰۷	-۳/۶۴۸
	باز برآورد مثبت	۰/۲۰۸	۰/۰۴۳	۱۳/۴۶۳	۰/۰۰۱	-۰/۲۰۸	-۳/۶۶۹

راهبردهای مقابله‌ای (دوری جویی) Mr= ۰/۲۵۰، rS=۰/۰۶۲ بود که در سطح p<۰/۰۵ معنی‌دار بود. باتوجه به ضریب تعیین rS، مشخص شد که ۶/۲ درصد واریانس راهبردهای مقابله‌ای (دوری جویی) آزمودنی‌ها توسط متغیر پیش‌بین اختلال جسمانی‌سازی قابل تبیین است. ضرایب همبستگی چندگانه برای ترکیب خطی اختلال جسمانی‌سازی با راهبردهای مقابله‌ای (خویشتن‌داری) Mr= ۰/۲۵۰، rS=۰/۰۴۱ بود که در سطح p<۰/۰۵ معنی‌دار بود. باتوجه به ضریب تعیین rS، مشخص شده که ۴/۱ درصد واریانس راهبردهای مقابله‌ای (خویشتن‌داری) آزمودنی‌ها توسط متغیرپیش‌بین اختلال جسمانی‌سازی قابل تبیین است. ضرایب همبستگی چندگانه برای ترکیب خطی اختلال جسمانی‌سازی با راهبردهای مقابله‌ای (جستجوی حمایت اجتماعی) Mr=۰/۲۲۷، rS=۰/۰۵۱ بود که در سطح P<۰/۰۵ معنی‌دار بود. باتوجه به ضریب تعیین rS، مشخص شد که ۵/۱ درصد واریانس راهبردهای مقابله‌ای (جستجوی حمایت اجتماعی) آزمودنی‌ها توسط متغیر پیش‌بین اختلال جسمانی‌سازی قابل تبیین است. ضرایب همبستگی چندگانه برای ترکیب خطی اختلال جسمانی سازی با راهبردهای مقابله‌ای (مسئولیت پذیری) Mr= ۰/۱۵۰، rS=۰/۰۲۲ بود که در سطح P<۰/۰۵ معنی‌دار بود. باتوجه به ضریب تعیین rS، مشخص شد که ۲/۲ درصد واریانس راهبردهای مقابله‌ای (مسئولیت پذیری) آزمودنی‌ها توسط متغیر پیش‌بین اختلال جسمانی‌سازی قابل تبیین است. ضرایب همبستگی چندگانه برای ترکیب اختلال جسمانی‌سازی با راهبردهای مقابله‌ای (گریز و اجتناب) Mr=۰/۲۰۹، rS=۰/۰۴۴ بود که در سطح P<۰/۰۵ معنی‌دار بود. باتوجه به ضریب تعیین rS، مشخص شد که ۴/۴ درصد واریانس راهبردهای مقابله‌ای (گریز و اجتناب) آزمودنی‌ها توسط متغیر پیش‌بین اختلال جسمانی‌سازی قابل تبیین است. ضرایب همبستگی چندگانه برای ترکیب خطی اختلال روان تنی با راهبردهای مقابله‌ای (حل مدیرانه مساله) Mr=۰/۲۰۷، rS=۰/۰۴۳ بود که در سطح P<۰/۰۵ معنی‌دار بود. باتوجه به ضریب تعیین rS، مشخص شد که ۴/۳ درصد واریانس راهبردهای مقابله‌ای (حل مدیرانه مساله) آزمودنی‌ها توسط متغیر پیش‌بین اختلال جسمانی‌سازی قابل تبیین است. ضرایب همبستگی چندگانه برای ترکیب خطی اختلال

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-27]

جسمانی‌سازی با راهبردهای مقابله‌ای (حل مدیرانه مساله) Mr=۰/۲۰۸، rS=۰/۰۴۳ بود که در سطح p<۰/۰۵ معنی‌دار بود. باتوجه به ضریب تعیین rS، مشخص شد که ۴/۳ درصد واریانس راهبردهای مقابله‌ای (بازبرآورد مثبت) آزمودنی‌ها توسط متغیر پیش‌بین اختلال جسمانی سازی قابل تبیین است. طبق نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون با روش ورود، ضرایب همبستگی چندگانه برای ترکیب خطی اختلال جسمانی‌سازی با راهبردهای مقابله‌ای در سطح P<۰/۰۵ معنی‌دار بود. بنابراین راهبردهای مقابله‌ای آزمودنی‌ها توسط متغیر پیش‌بین اختلال جسمانی‌سازی قابل تبیین است.

بحث

نتایج به دست آمده از فرضیه اصلی پژوهش نشان داد که بین اختلالات جسمانی‌سازی با هوش معنوی و راهبردهای مقابله‌ای رابطه معکوس و معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، هرچه هوش معنوی و راهبردهای مقابله‌ای افزایش یابد، اختلال جسمانی‌سازی کاهش می‌یابد. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های Halamo و همکارانش در سال ۲۰۰۴، یافته‌های Nasel و همکارانش در دانشگاه جنوب استرالیا در سال ۲۰۰۴ و هم‌چنین یافته‌های حسنی وجری و همکارانش در سال ۲۰۰۵ هماهنگی دارد (۴۳-۴۱).

نتایج به دست آمده از فرضیه دوم پژوهش نشان داد که بین اختلالات جسمانی‌سازی و هوش معنوی رابطه معکوس و معنی‌داری وجود دارد و با توجه به بررسی یافته‌های حاصل از ضرایب همبستگی چندگانه، می‌توان نتیجه گرفت که اختلالات جسمانی‌سازی می‌تواند کلیه خرده مقیاس‌های هوش معنوی، از جمله درک ارتباط با سرچشمه هستی و زندگی معنوی یا اتکای به هستی درونی، را پیش‌بینی کند که با نتایج تحقیقات Mcewan W و همکارانش در سال ۲۰۰۴، Elmer L و همکارانش در سال ۲۰۰۳، و یافته‌های Gorge.L در سال ۲۰۰۰ هماهنگ و همسو است (۲۳-۲۱). دو سازه اصلی که با معنویت مرتبط است، معنایابی و هدف‌مندی در زندگی است. این دو سازه هسته اصلی مدل‌ها و مقیاس‌های معنویت هستند و به عنوان یکی از مکانیسم‌های اصلی که بر سلامت و احساس خوبی اثر مثبتی دارند، شناخته شده‌اند (۵۲،۵۱).

پژوهشگران مختلفی از جمله والت (۲۰)، مک وان (۲۱)، ونگ (۱۱) و یانگ (۱۴) نشان دادند که افرادی که گرایش‌های معنوی دارند، هنگام رویارویی با آسیب، پاسخ‌های بهتری به وضعیتی که درون آن هستند، می‌دهند، موقعیت تولیدکننده فشار را بهتر اداره می‌کنند و از سلامتی بهتری برخوردارند.

مکینتاش و همکارانش (۵۳) معتقدند که افراد مذهبی دارای روان‌بنه‌های مذهبی‌اند که می‌توانند آن‌ها را در پردازش شناختی کمک کند. بر مبنای این نظریه می‌توان گفت که روان‌بنه‌های مذهبی می‌تواند بر رفتارهای مرتبط با سلامت جسمانی و روانی و معنوی اثرگذار باشد. این روان‌بنه‌ها می‌تواند بر شیوه‌های رویارویی با رویدادها و موقعیت‌ها اثر داشته باشد و نحوه مقابله آن‌ها با رویدادهای فشارزا را تحت تأثیر قرار دهد. ریپنتراپ و همکارانش (۵۴) در پژوهش خود به ارتباط میان مذهب- معنویت و سلامت در افراد با دردهای مزمن دست یافتند و تأکید کردند که معنویت برای سلامت این افراد سودمند است.

فرضیه سوم پژوهش حاکی از رابطه معکوس و معنی‌دار بین راهبردهای مقابله‌ای و اختلالات جسمانی‌سازی است. به عبارت دیگر، راهبردهای مقابله‌ای پایین موجب افزایش اختلالات جسمانی‌سازی می‌شود و با توجه به بررسی یافته‌های حاصل از ضریب ضرایب همبستگی چندگانه، می‌توان نتیجه گرفت که اختلالات جسمانی‌سازی می‌تواند کلیه خرده مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای از جمله مقابله رویاروی‌گری، دوری‌جویی، خویشتن‌داری، جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، گریز و اجتناب، حل مدیرانه مسأله، باز برآورد مثبت را پیش بینی‌کند که این نتیجه با یافته‌های Blumenthal JA و همکارانش در سال ۲۰۰۵، پژوهش Ai AL و همکارانش درسال ۱۹۹۷، یافته‌های Trzcieniecka-Green A و همکارانش در سال۱۹۹۶و مطالعه Kim H و همکارانش در سال ۲۰۱۲ هماهنگ و همسو است (۳۴-۳۱). اعتمادی‌نیا و همکارانش (۵۵) نقش استرس و راهبردهای مقابله‌ای در ظهور آسم، و اثرات تعدیل جنسیتی در این بیماری را بررسی کردند و نتایج نشان داد که بیماران مبتلا به آسم در مقایسه با گروه عادی میزان استرس بالاتری دارند و معمولاً نسبت به سوژه‌های عادی از استراتژی‌های مقابله‌ای متمرکز بر مسأله کمتر استفاده می‌کنند.

اسکارلو و همکارانش (۵۶) میزان ارتباط بین برداشت بیماری و استراتژی‌های مقابله با عملکرد روزانه در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، بیماری انسدادی مزمن ریوی و پسوریازیس را بررسی کردند. نتایج نشان داد که ارتباطی بین هویت بیماری قوی، مقابله غیرفعال، اعتقاد به طول کشیدن بیماری، اعتقاد به پیامدهای شدیدتر و نمره نامطلوب در متغیرهای پزشکی با پیامدهای بدتر در معیارهای عملکردی خاص

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-27]

بیماری و نقش کلی و عملکرد اجتماعی وجود دارد. مقابلـه بـا جستجوی حمایت اجتماعی و اعتقـاد بـه قابـل درمـان بـودن بیماری ارتباط معنی‌داری با عملکرد بهتر دارد.

با توجه به نتایج این پـژوهش و پـژوهش‌هـای پیشـین، نقـش هـوش معنـوی و راهبردهـای مقابلـه ای بـر کـاهش نشـانگان اختلالات جسمانی سازی آشکار شـده اسـت. بنـابراین توصـیه می‌شود علاوه بر استفاده از راهکارهایی جهت افـزایش هـوش معنوی، آموزش مهارت حل مسأله و سایر راهبردهـای کارامـد مقابله با شرایط و موقعیت‌های استرس‌زا و آسیب رسان، جهت پیشگیری ازاختلال جسمانی سازی استفاده شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری ریاست محتـرم دانشـگاه آزاد اسـلامی واحد نیشـابور جنـاب آقـای دکتـر سـعیدی، معاونـت محتـرم پژوهشی، مسئول محترم حراست، سایر کارشناسـان محتـرم و تمامی دوستانی که ما را در انجام این پژوهش یـاری نمودنـد، تشکر می‌شود.

REFERENCES

1. Sadock B, Sadock V, Eds. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences. 3rd Ed. New York: William & Wilkins; 2003.
2. World Health organization. (WHO). the world health report 2001-mental health: New understanding, new hope. Geneva, Switzerland: WHO; 2001.
3. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health-a Meta- analytic review. Scand J Work Environ Health 2006;32:443-62.
4. Tsutssumi A, Kawakami N. A review of empirical studies on the model of effort-reward imbalance at work: reducing occupational stress by implementing a new theory. Soc Sci Med 2004; 59: 2335-59.
5. Van Vegchel N, De Jonge J, Landsbergis PA. Occupational stress in (inter) action: the interplay between job demands and job resources. J Organizational Behav 2005;26: 535-60.
6. Pikhart H, Bobak M, Siegrist J, Pajak A, Rywik S, Kyshegyi J, et al. Psychosocial work characteristics and self-rated health in four post-communist countries. J Epidemiol Commun Health 2001;55:624-30.
7. Levenson JL. Essentials of psychosomatic medicine. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2006.
8. Aruna P, Puviarasan N, Palaniappan B. An investigation of neuro-fuzzy systems in psychosomatic disorders. Expert Systems with Applications 2005; 22:673-79.
9. Schmid G, Henningsen P, Dieterich M, Sattel H, Lahmann C. Psychotherapy in dizziness: a systematic review. J Neurosurg Psychiatry 2011;10: 57-67.
10. Milkowiz D. The principles and practice of addiction in psychiatry. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2001.
11. Wong KF, Yau SY. Nurses' experiences in spirituality and spiritual care in Hong Kong. Apply Nurse Res 2010; 23: 242-44.
12. Vaughan F. What is Spiritual Intelligence? J Humanistic Psychol 2002; 42: 16-33.
13. Gain M, Purohit P. Spiritual intelligence: a contemporary concern with regard to living status of the senior citizens. J Indian Acad Appl Psychol 2006; 32: 227-33.
14. Yang KP, Mao XY. A study of nurses' spiritual intelligence: a cross-sectional questionnaire survey. Int J Nurs Stud 2007;44: 999–1010.
15. Tacey DJ. The spirituality revolution: the emergence of Contemporary spirituality. Sydney, Australia: Harper Collins Publishers; 2003.
16. McDonald JJ. Spiritual health in older men. Proceeding of the 1th on Seminar Older men and Community: 2002 Feb 21 Toronto, Canada.
17. King.DB. "Personal Meaning Production as a Component of Spiritual Intelligence", Paper submitted for presentation at The 5th Biennial International Conference on Personal Meaning; 2008.
18. Zohar D, Marshall I. SI: spiritual intelligence, the ultimate intelligence. London: Bloomsburg; 2000.
19. McCrae RR, Ed. NEO-PI-R data from 36 cultures: Further intercultural comparisons. New York: WB Saunders; 2002.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-27]

20. Walt V, Alletta E. A descriptive and exploratory study towards a spiritual intelligent transitional model of organizational communication University of South Africa. J Nurse Res 2006; 35:273-80.

21. McEwan W. Spirituality in nursing: what are the issues? Orthop Nurs 2004; 23:321-26.

22. Elmer L, MacDonald D, Friedman H. Transpersonal psychology, physical health, and mental health: Theory, research and practice. Humanism Psychol 2003; 31: 159-81.

23. Larson GL, Koening DH, McCullough M. Spirituality and health: what we know, what we need to know. J Soc Clin Psychol 2000; 19: 102-16.

24. Pargament KI, Saunders SM. Introduction to the special issue on spirituality and psychotherapy. J Clin Psychol 2007;63: 903- 907.

25. Frydenberg E. Beyond coping, beating goal vision, and challenges. New York: Oxford University Press; 2002.

26. Krok D, Ed. The role of spirituality in coping: examining the relationships between spiritual dimensions and coping styles. New York: WB Saunders; 2008.

27. Kausar R, Munir R. Pakistan adolescents coping with stress: effect of loss of a parent and gender of adolescents. J Adoles 2004;27: 599-610.

28. Ghazanfari F, Ghadampour E. The relationship between coping strategies and mental health of the Khorramabad residents. Fundamentals of Mental Health 2008;10: 47-54.

29. Mabe PA, Josephson AM. Child and adolescent psychopathology: spiritual and religious perspectives. Child Adoles Psychiatr Clin N Am 2004; 13: 111-25.

30. Teimoorizadeh A, Sohrabi S N, Samani S, Razavi V. Mediating role in coping with stress and emotional intelligence and stress symptoms; Fourth International Congress on psychosomatic, Islamic Azad University, Khorasgan, Esfahan, 2012

31. Blumenthal JA, Sherwood A, Babyak MA, Watkins LL, Waugh R, Georgiades A, et al. Effects of exercise and stress management training on markers of cardiovascular risk in patients with ischemic heart disease: a randomized controlled trial. JAMA 2005; 293: 1626-34.

32. Ai AL, Peterson C, Bolling SF. Psychological recovery from coronary artery bypasses graft surgery: The use of complementary therapies. J Alternat Complement Med 1997; 3: 343-53.

33. Trzcieniecka-Green A, Steptoe A. The effects of stress management on the quality of life of patients following acute myocardial infarction or coronary bypass surgery. Eur Heart J 1996; 17: 1663-70.

34. Kim H-S, Kim H.S, Samuels-Dennis J. The Influence of psychosomatic symptoms, physical and sexual abuse, and coping strategies on delinquent behavior among Korean adolescents. Arch Psychiatr Nurs 2012;26: 155–64.

35. Pendleton SM, Cavalli KS, Pargament KI, Nasr SZ. Religious/spiritual coping in childhood cystic fibrosis: a qualitative study. Pediatrics 2002; 109; 215-21.

36. Shu-Chuan J, Hsueh-Chih C. Coping strategies and stressors in patients with hemodialysis. Psychosomatic 2007; 69:182-90.

37. Keefe FJ, Williams DA. A comparison of coping strategies in chronic pain patients in different age groups. Medicine Journal of Gerontology 1999;45: 161-65.

38. Santavirta N, Björvell H, Koivumäki E, Hurskainen K, Solovieva S, Konttinen Y. The factor structure of coping strategies in hemophilia. J Psychosom Res 1996; 40: 617–24.

39. Bagherian R, Maaroofi M. KheirAbadi G, Fathollah G, Zarea F. Coping styles shared with decrease symptoms of anxiety and depression in patients after myocardial infarction. Koomesh 2011; 12: 64-68. [In Persian]

40. Van De Ven MO, Engels RC, Sawyer SM, Otten R, Van Den Eijnden RJ. The role of coping strategies in quality of life of adolescents with asthma. Qual Life Res 2007; 16: 625-34.

41. Halama P, Strizenec M. Spiritual, existential or both? Theoretical considerations on the nature of higher intelligences. Studia Psychological 2004; 43: 239-53.

42. Nasel DD. Spiritual orientation in relation to spiritual intelligence: a consideration of traditional Christianity and new age individuality spirituality [Thesis]. Australia: The University of South Australia; 2004.

43. Hosni Vajary K, Bahrami EH. Mutual roll of religious and spiritual optimism in explanation of mental health. Journal of Psychology 2005;35:.128-33.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-27]

44. Ghadamgahi JH, Dejkam M, Behrozyan A, Feiz A. Quality of social relationships, stress and coping strategies in patient with coronary heart. J Thought Behav Clin Psychol 1998; 4: 1-12. [In Persian]

45. Abdollahzade H, Ed. The structure and normalization of spiritual intelligence questionnaire. Tehran: Psychometric Publication; 2008. [In Persian]

46. Habib Zadeh A. SCL.90.R test standardization and evaluation of mental health of students aged 15 to 18 years old city of Qom in the 80-79 school year. Qom: Research Council of Education in Qom; 2001. P.35-40. [In Persian]

47. Bayani A. Kochaki MA. Kochaki GM.Mental health status of Golestan teachers using check list of symptoms (SCL.90.R) in 2004-2005. Journal of Gorgan University of Medical Sciences 2007; 9: 39-44. [In Persian]

48. 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; 2.31-39. [In Persian]

49. Tirri K. Conceptual definition and empirical validation of the spiritual sensitivity scale. J Empiric Theol 2006; 19: 37-62.

50. 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. Am J Cardiol 2002; 89:952-58.

51. Ellison CW. Spiritual well-being: conceptualization and measurement. J psychol Theol 1983; 11: 330-40.

52. Howden JW. Development and psychometrics of the spirituality assessment scale [Dissertation]. Texas: Texas Women's University; 1992.

53. Macintosh D. Religious role in adjustment to a negative life event: coping with the loss of a child. Journal for the Scientific Study of Religion 1993; 30: 100-20.

54. Rippentrop AC, Altmaier EM, Chen JJ, Found EM, Keffala VJ. The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. Pain 2005;116: 311-21.

55. EtemediNia M, Mahmood Aliloo M, Ansarin K. The role of stress and coping strategies in the emergence of asthma, and the moderating effects of gender in this illness. Procedia - Social and Behavioral Sciences 2010; 5: 910–14.

56. Scharloo M, Kaptein AA, Weinman J, Hazes JM, Willems LNA, Bergman W, et al. Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis - distinguishing mediator from moderator effects. Journal of Psychosomatic Research 1998;44: 573–85.

57. Krantz DS, McCeney MK. Effects of psychological and social factors on organic disease: A critical assessment of research on systematic cancer. Ann Rev Psychol 2002; 53:341-69.

58. Kovacs FM, Seco J, Royuela A, Peña A, Muriel A. The correlation between Pain, catastrophizing, and disability in sub-acute and chronic low back pain: a study in the routine clinical practice of the Spanish National Health Service. Spanish Back Pain Research Network 2011;36:339-45.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-27]