

RESEARCH ARTICLE

Spiritual Intelligence and its Relationship with the Behavioral Indicators which Connected with the Central Nervous System CNS among Psychiatric Clinics Patients

الذكاء الروحي وعلاقته بالمؤشرات السلوكية المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي لدى مراجعي العيادات النفسية

Qusai Mohammad Harahsheh¹ and Prof. Dr. Ibrahim Bajis Ma'ali²

^{1,2}The World Islamic Sciences & Education University, Jordan

Corresponding Author: Qusai Mohammad Harahsheh, E-mail: qusaimohad@yahoo.com

ABSTRACT

Awareness of mental health, coupled with the rising rates of stress and anxiety among individuals, has led to a global increase in the demand for mental health services. Mental health disorders, including anxiety and depression, are among the leading causes of disability worldwide, resulting in significant burdens at multiple levels—most notably the individual, family, social, and economic levels. The study aims to answer the following main research question: What is the relationship between spiritual intelligence and behavioral indicators associated with the central nervous system among patients attending psychiatric clinics? From this main question, several sub-questions emerge. First, what is the level of spiritual intelligence among patients attending psychiatric clinics? Second, what is the level of behavioral indicators associated with the central nervous system among patients attending psychiatric clinics? Third, is there a statistically significant relationship at the significance level ($\alpha < 0.05$) between spiritual intelligence and behavioral indicators associated with the central nervous system among patients attending psychiatric clinics? Finally, are there statistically significant differences at the significance level ($\alpha < 0.05$) in the levels of spiritual intelligence and behavioral indicators associated with central nervous system functions among patients attending psychiatric clinics that can be attributed to gender, age, educational level, and marital status?

KEYWORDS

Spiritual Intelligence; Behavioral Indicators; Central Nervous System; CNS; Psychiatric Clinics Patients

ARTICLE INFORMATION

ACCEPTED: 15 March 2026

PUBLISHED: 01 April 2026

DOI: 10.32996/jhsss.2026.8.4.1

الفصل الأول

خلفية الدراسة وأهميتها

المقدمة

إن الوعي بالصحة النفسية والمتزامن مع ارتفاع معدلات التوتر والقلق بين الأفراد أدى إلى تزايد الطلب عالمياً على خدمات الصحة النفسية، كما وتعتبر الاضطرابات المتعلقة بالصحة النفسية بما فيها القلق والاكتئاب من الأسباب الرئيسية للإعاقة حول العالم مما يؤدي إلى أعباء كبيرة على جميع المستويات وأهمها الفردي، والاسري، والاجتماعي، والاقتصادي.

وتعتبر الصحة النفسية من الأركان الأساسية في الرفاه العام، حيث تشمل العديد من الأبعاد الانفعالية والنفسية والمعرفية والاجتماعية والتي بدورها قد تؤثر على طريقة تفكير الفرد ومشاعره وتصرفاته، ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية فإن الصحة النفسية تعتبر حالة من العافية التي يدرك فيها الأفراد قدراتهم، ويستطيعون التعامل مع ضغوط الحياة اليومية والعمل بكفاءة والمساهمة الفاعلة في بناء المجتمعات (World Health Organization, 2022).

Copyright: © 2026 the Author(s). This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>). Published by Al-Kindi Centre for Research and Development, London, United Kingdom.

يُمثّل مراجعو عيادات الصحة النفسية فئةً مُستضعفة، عادةً ما تُواجه تحدياتٍ مُعقدة ومتعددة تُؤثر على أدائهم في الحياة اليومية، ويعاني هؤلاء الأفراد عادةً من اضطرابات عاطفية، وصعوبات سلوكية، وضعف إدراكيّ يستوجب تدخلات مهنية، ومن بين أكثر الاضطرابات شيوعًا بين هذه الفئة هو الاكتئاب، وهو اضطرابٌ مزاجيٌّ يتميز بمشاعر مُستمرة من الحزن واليأس وفقدان الاهتمام بالأنشطة التي كانت تُسعدهم في الماضي، حيث يمكن أن يؤثر سلبيًا على التركيز واتخاذ القرارات والنوم والنشاط والشهية، مما يؤدي غالبًا إلى ضعف العلاقات الشخصية ومشكلات مهنية (American Psychiatric Association, 2022)، وبالنسبة لمرضى عيادات الصحة النفسية لا يُعد الاكتئاب مجرد اضطراب عاطفي عابر، بل حالة مزمنة تصاحبها في كثير من الأحيان اضطرابات نفسية وعصبية متعددة، مثل اضطرابات القلق والمزاج أو اضطراب ما بعد الصدمة.

تعد وظيفة الجهاز العصبي المركزي (Central Nervous System) بالغة الأهمية في فهم كيفية ظهور الاكتئاب وغيره من الاعراض السلوكية الأخرى، فالجهاز العصبي المركزي، المكون من الدماغ والحبل الشوكي هو المسؤول عن عمليات معالجة المعلومات الحسية وتنظيم الاستجابة الفسيولوجية وتنسيق سلوك الفرد، حيث أن الاكتئاب يرتبط بتغيرات في مختلف مناطق الدماغ، بما فيها القشرة الجبهية والحُصين واللوزة الدماغية، والتي تعمل على تنظيم العواطف والذاكرة والدافعية كما ان اختلال تنظيم النواقل العصبية، مثل الدوبامين والسيروتونين والنورإبينفرين يؤدي إلى تزايد أعراض الاكتئاب حيث يصبح الدماغ غير قادر على معالجة المحفزات الإيجابية وتنظيم الاستجابات الناتجة عن التوتر، لذلك غالبًا ما ترتبط المؤشرات السلوكية، كالانسحاب، والتلهي، والنكوص والمشكلات النفسجسمية، وحتى الأفكار الانتحارية، باضطرابات الجهاز العصبي المركزي، وتعتبر هذه المؤشرات مظاهر نتجت عن اختلالات عصبية داخلية، تُبرز الحاجة إلى برامج علاجية شاملة تدمج الأبعاد البيولوجية والنفسية والروحية (Drevets et al, 2008).

ومن جهة أخرى لوحظ تزايد الاهتمام بدور الذكاء الروحي كعامل وقائي ومنهج علاجي في الصحة النفسية في السنوات الأخيرة، حيث يشير الذكاء الروحي إلى القدرة على استثمار القيم والموارد الروحية في تحسين الأداء اليومي والمرونة النفسية (Emmons, 2000)، كما ويشتمل ذلك على صفات مثل الوعي الذاتي، التسامح، الرحمة، والمقدرة على إيجاد معنى واضح للحياة. وقد تزايد الاهتمام بالذكاء الروحي وتم اعتباره أحد أهم أنواع الذكاء المؤثر على السلوك، وعلى مهارات التكيف، والالتزان العاطفي، فالأشخاص الذين يتمتعون بمستويات عالية من الذكاء الروحي هم مستعدون بشكل أفضل من غيرهم لإدارة التوتر والمحافظة على علاقات إيجابية والتعافي من النكسات النفسية (Dryer & Amram, 2008).

لقد أدى دمج الذكاء الروحي في تدخلات الصحة العقلية الموجهة لمختلف الفئات إلى نتائج متميزة، فقد أشارت نتائج دراسة (Al Nashash & Abu Ghazal, 2022) الى وجود انخفاض حاد في التفكير الانتحاري وتحسن في مفهوم الذات، مع التركيز على الإمكانيات العلاجية للإرشاد المبني على الذكاء الروحي. وكذلك أشارت نتائج دراسة (الخوالدة، 2021) الى كفاءة الإرشاد الجمعي المبني على الذكاء الروحي في خفض الرهاب الاجتماعي لدى مراجعي عيادات الصحة النفسية في الأردن، تؤكد هذه النتائج على أهمية الذكاء الروحي ليس كوسيلة للتكيف فقط، بل كمنهج تدخل علاجي فعال للتقليل من الاضطرابات السلوكية المرتبطة بخلل الجهاز العصبي المركزي والاكتئاب أيضاً، وعلى الرغم من ذلك هنالك قلة في الدراسات التي ربطت الذكاء الروحي بالمؤشرات السلوكية المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي والاكتئاب والتي عمدت الدراسة الحالية الى توضيحه بشكل أعمق.

تسعى الدراسة الى التعرف على العلاقة بين الذكاء الروحي والمؤشرات السلوكية المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي لدى مراجعي عيادات الصحة النفسية لذلك يرى الباحث ان لدراسة هذه العلاقة، تهدف الدراسة إلى الكشف عن مجموعة الأدلة المتنامية التي تدعم الصحة النفسية الشاملة وتعزيز التدخلات بطريقة تحاكي ثقافة الافراد واتجاهاتهم الروحية. حيث إن فهم كيفية تفاعل الذكاء الروحي مع العمليات العصبية السلوكية سيسهم بشكل فعّال في وضع خطط علاجية أكثر فعالية وأكثر تركيزًا على المريض، مما يعزز التعافي طويل الأمد ويحسن الصحة النفسية عند الافراد الى جانب الحد من الانتكاسة.

مشكلة الدراسة:

من خلال عمل الباحث في مشاريع الصحة النفسية في منظمات الأمم المتحدة لمدة عشر سنوات، لاحظ ان العديد من المراجعين يعانون من الفراغ الروحي وهو ما يشكل الجانب الأساسي في مشكلاتهم النفسية، وعليه سعى الباحث الى ان يترجم هذه الملاحظة من ملاحظة غير منتظمة الى ملاحظة منتظمة من خلال تسجيل ملاحظات على عدد من الحالات وعليه أصبح لدى الباحث القدرة على تحويل هذه لملاحظات الى أطروحة دكتوراة.

من جهة أخرى لاحظ الباحث انه غالبًا ما تعتمد أساليب العلاج التقليدي على العلاج الدوائي أو العلاج المعرفي السلوكي لمعالجة أعراض الاكتئاب والاختلالات الوظيفية المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي، ورغم فعاليتها إلا أنه غالبًا ما يتم تجاهل الأبعاد الوجودية والثقافية والروحية التي تؤثر على رفاهية المريض، خاصة في المجتمعات التي يُعتبر فيها الدين والروحانية من أهم محاور الهوية الشخصية وتشكيل معنى الحياة عند الافراد. وفي الأردن يُقدّر العدد الإجمالي لهؤلاء المراجعين بحوالي (3200) مراجع من كلا الجنسين (وزارة الصحة الاردنية، 2024).

ومن جانب عملي بدأت الدراسات التجريبية تُبرز أهمية دمج الذكاء الروحي في رعاية الصحة النفسية، حيث كشفت نتائج دراسة أجراها الناشاش وأبو غزال (Nashash & Abu Ghazal, 2022) استخدمت برنامج إرشادي قائم على الذكاء الروحي لدى المتقاعدين وبيّنت ان هناك تحسن ملحوظ في مفهوم الذات وانخفاض في الأفكار الانتحارية، وفي السياق نفسه، أثبتت نتائج دراسة أجريت في الأردن أن الإرشاد الجماعي القائم على الذكاء الروحي قلل بشكل ملحوظ من أعراض الرهاب الاجتماعي لدى عينة من مراجعي عيادة الصحة النفسية (Al Kawaldehy, 2021).

تشير هذه النتائج إلى أن الذكاء الروحي لا يؤثر فقط على الصحة النفسية، بل قد يُخفف أيضًا من الأعراض السلوكية المرتبطة عادةً باضطرابات الجهاز العصبي المركزي، مثل الاندفاعية والانطواء وعدم الاستقرار العاطفي، وعلى الرغم من هذه المعطيات الا انه لا تزال هنالك فجوة في الأبحاث التي تستكشف العلاقة بين الذكاء الروحي والمؤشرات السلوكية المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي والاكتئاب، لا سيما في سياق عيادات الصحة النفسية، وبشكل أكثر تحديدًا لا يُعرف الكثير عما إذا كان الذكاء الروحي عاملًا وقائيًا أو هدفًا علاجيًا للمرضى الذين يعانون من

اختلالات سلوكية متجذرة أساسها اضطرابات عصبية حيوية، وجاءت هذه الدراسة لتطوير نماذج علاجية شاملة، متكيفة ثقافيًا ومتكاملة روحيًا، ولتأخذ في الاعتبار النطاق الكامل للتجربة الإنسانية ولتدمج المحاور البيولوجية والعاطفية والسلوكية والروحية في وقت واحد.

ولا تقتصر المظاهر السلوكية على الجانب النفسي فحسب، إنما ترتبط أساساً بالعمليات الكهروكيميائية في الجهاز العصبي المركزي، حيث يعمل الجهاز العصبي المركزي على تنظيم السلوك البشري الناتج عن العواطف والأفكار، وإن هنالك ارتباطاً واضحاً بين الاختلالات الفسيولوجية مثل امراض القشرة الجبهية، والجهاز الحوفي، ومستويات السيالات العصبية في الدماغ والحبل الشوكي مثل الدوبامين والسيروتونين باضطرابات الاكتئاب (Furey, Price, & Drevets, 2008).

تتوافق أبحاث علم الأعصاب المعاصرة مع نموذج بيك، إذ تكشف أن هذه التشوهات المعرفية غالباً ما تكون مصحوبة بتشوهات هيكلية ووظيفية في الدماغ، على سبيل المثال، يُبط اختلال تنظيم النواقل العصبية الرئيسية مثل السيروتونين والدوبامين والنورادرينالين بضعف التنظيم العاطفي، وانخفاض حساسية المكافأة، وزيادة التعرض للتوتر حيث تفترض نظرية بيك المعرفية للاكتئاب أن أنماط التفكير المشوهة، مثل التقييمات الذاتية السلبية والنظرة العالمية المتشائمة في مختلف المحاور، تُعد أساسية لظهور أعراض الاكتئاب واستمرارها (Beck, 2008). فقد أظهرت نتائج التصوير العصبي انخفاضاً في نشاط القشرة الجبهية الأمامية وزيادة في التفاعلية في اللوزة الدماغية لدى الأفراد المصابين بالاكتئاب، مما يعكس الارتباطات العصبية الحيوية للثالوث المعرفي لبيك وتؤكد هذه النتائج أن الاكتئاب مثلاً ليس مجرد اضطراب في التفكير، بل هو أيضاً مظهر من مظاهر الخلل العصبي الأساسي، مما يستلزم اتباع نهج تكاملي يأخذ في الاعتبار الأبعاد المعرفية والبيولوجية. (Disner et al., 2011)

أسئلة الدراسة:

من خلال ما سبق فإن الدراسة الحالية تهدف الى الإجابة عن السؤال الرئيسي التالي:

ما العلاقة بين الذكاء الروحي والمؤشرات السلوكية المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي لدى مراجعي العيادات النفسية؟

وتنبثق عن السؤال الرئيسي الأسئلة الآتية:

1- ما مستوى الذكاء الروحي لدى مراجعي العيادات النفسية؟

2- ما مستوى المؤشرات السلوكية المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي لدى مراجعي

العيادات النفسية؟

3- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($a < 0.05$) بين الذكاء الروحي وكل من المؤشرات السلوكية المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي لدى مراجعي العيادات النفسية؟

4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($a < 0.05$) في مستوى كل من الذكاء الروحي والمؤشرات السلوكية المرتبطة بوظائف الجهاز العصبي المركزي لدى مراجعي العيادات النفسية تعزى للجنس، العمر، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية؟

اهداف الدراسة:

1- التعرف على العلاقة بين الذكاء الروحي والمؤشرات السلوكية المرتبطة بعمل الجهاز العصبي المركزي (CNS) و لدى مراجعي عيادات الصحة النفسية.

2- التعرف الى الفروق في مستوى الاختلالات السلوكية المرتبطة بخلل الجهاز العصبي المركزي لدى مراجعي عيادات الصحة النفسية وفق متغيرات (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، مدة المراجعة للعيادة، وجود تشخيص).

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذه الدراسة في جانب نظري وعملي؛ وهي كالاتي:

أولاً: الأهمية النظرية:

- قد تُسهم هذه الدراسة في توسيع نطاق المعرفة المتعلقة بتقاطع علم النفس وعلم الأعصاب والذكاء الروحي، وذلك من خلال استكشاف العلاقة بين الذكاء الروحي والمؤشرات السلوكية المرتبطة بوظائف الجهاز العصبي المركزي.

- تسعى هذه الدراسة إلى دراسة الذكاء الروحي كمورد معرفي محتمل يؤثر على نتائج الصحة النفسية.

- قد تعزز الدراسة الفهم النظري لكيفية تفاعل العوامل الروحية والعصبية وتأثيرها في السلوك، كما قد تدعم تطوير نماذج نظرية تكاملية تتضمن الذكاء الروحي كمفهوم نفسي قادر على تعديل الاختلالات العاطفية والسلوكية.

ثانياً: الأهمية التطبيقية:

- قد تُقدّم الدراسة رؤى قيّمة لأخصائيين الصحة النفسية من خلال تسليط الضوء على الفوائد المُحتملة لدمج التدخلات القائمة على الذكاء الروحي في خطط العلاج السريرية.

- يُمكن استخدام الذكاء الروحي كأداة علاجية لتقليل أعراض العديد من الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب، وتحسين التنظيم السلوكي، وتعزيز المرونة لدى مراجعي العيادات في حال اثبتت الدراسة وجود علاقة جوهرية بين الذكاء الروحي والمؤشرات السلوكية المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي.

- تم تطوير أدوات تقييم ووحدة تدريبية للعاملين في مجال علم النفس والإرشاد النفسي والأخصائيين الاجتماعيين لتلبية الاحتياجات الروحية والمعرفية للمراجعين بشكل أفضل وتم استخدامها في هذا البحث.

التعريفات المفاهيمية والإجرائية:

تتمثل مصطلحات الدراسة الحالية وتعريفاتها الإجرائية فيما يلي:

الذكاء الروحي (Spiritual Intelligence):

يُعرّف بأنه القدرة على توظيف الموارد والقيم والصفات الروحية كالمعنى، والتسامي، والسلام الداخلي، والرحمة لتعزيز الأداء الشخصي وحل المشكلات في الحياة اليومية، ويشمل ذلك وعيًا عميقًا بالذات لوجود، والقدرة على استخلاص المعنى من التجارب، والقدرة على الانخراط في سلوك رحيم وموجه أخلاقياً (Zohar & Marshall, 2004, p. 45).

ويعرف إجرائياً (بالدرجة التي سوف يحصل عليها الفرد المستجيب على مقياس الذكاء الروحي الذي سوف يعد لأغراض الدراسة الحالية).

المؤشرات السلوكية المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي (Behavioral indicators which connected with the Central Nervous System):

هي أفعال أو أنماط ملحوظة تعكس الأداء العصبي الكامن أو الخلل الوظيفي وغالبًا ما ترتبط هذه السلوكيات باضطرابات في أنظمة النواقل العصبية (مثل السيروتونين والدوبامين والنورإبينفرين) وتشوهات هيكلية أو وظيفية في مناطق الدماغ مثل القشرة الجبهية الأمامية واللوزة الدماغية والخصين وتشمل المؤشرات الشائعة التخلف الحركي النفسي، والهيجان، والانفعالية، والضعف الإدراكي (مثل ضعف الذاكرة أو الانتباه)، واضطرابات النوم، والاضطراب العاطفي، والتي تُلاحظ جميعها بشكل متكرر في الحالات العصبية النفسية مثل الاكتئاب والقلق والفصام وتُمثل هذه المظاهر تعبيرات خارجية عن اضطرابات داخلية في الجهاز العصبي المركزي، وهي أساسية للتشخيص السريري وتخطيط العلاج (Nestler et al., 2002).

وبحسب (المعهد الوطني للصحة النفسية، ٢٠٢٢) تعرف المؤشرات السلوكية المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي على انها مجموعة من الأعراض السلوكية مثل: القلق واضطراب النوم التي تعكس اختلالاً في الجهاز العصبي المركزي.

وتعرف إجرائياً (بالسلوكيات الانفعالية المتكررة التي تستمر مع المرضى وتحدد من خلال الشدة والمدة والتكرار وتشمل القلق واضرابات النوم).

مراجعو العيادات النفسية (Mental Health Clinics Clients):

هم الأفراد الذين يتلقون خدمات نفسية أو علاجية في عيادات الصحة النفسية لمشاكل مثل اضطرابات النوم، والقلق والتوتر والاكتئاب (American Psychiatric Association, 2022).

ويعرفوا إجرائياً (انهم البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين (18-60) عامًا والذين يتلقون حاليًا الرعاية في العيادات النفسية المرخصة والذين سوف يشاركون طواعيةً في هذه الدراسة، والمسجلين في عام 2025 في سجلات وزارة الصحة).

حدود الدراسة ومحدداتها:

تتمثل في الحدود الزمانية والمكانية والبشرية والموضوعية، على النحو الآتي:

- **الحدود البشرية:** سوف تقتصر الدراسة على عينة من مراجعي العيادات النفسية، من المتواجدين في المملكة الأردنية الهاشمية والذين تتراوح أعمارهم بين 18 و60 عاماً.

- **الحدود المكانية:** سوف تقتصر الدراسة على مدينة عمان.

- **الحدود الزمانية:** سوف يتم تطبيق الدراسة في لعام الدراسي 2025-2026.

- **محددات الدراسة:** تتحدد الدراسة الحالية بكفاءة وجدية افراد الدارسة والاجابة على مقاييس الدراسة.

الإطار النظري والدراسات السابقة

مراجعو العيادات النفسية:

يُمثل مراجعو العيادات النفسية فئة تُعاني من مشكلات نفسية لا تستدعي الدخول الى المستشفى وانما يتم التعامل معها على مستوى العيادات، ويواجه هؤلاء الأفراد عادةً اضطرابات مثل الاكتئاب والقلق واضطرابات الشخصية واضطراب ما بعد الصدمة، حيث يُركز نموذج العيادات النفسية على جلسات منتظمة مع المرشدين النفسيين أو أخصائيو علم النفس والأطباء النفسيين مما يُتيح للأفراد تلقي رعاية مُستمرة مع الحفاظ على روتين حياتهم اليومية. (Organization, 2021 World Health).

يستند الأساس النظري لفهم احتياجات مراجعو العيادات النفسية إلى النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي (Engel, 1977)، الذي يفترض أن المرض النفسي ناتج عن نقاط ضعفٍ بيولوجيةٍ وأنماطٍ نفسيةٍ وضغوطات اجتماعية. إضافة الى ذلك فإن نسبةً كبيرةً من مراجعو العيادات يُعانون

من حالات نفسية غير مُشخصة أو غير مُعالجة بشكل كافي، مما يُشير إلى وجود فجوة بين الاحتياجات السريرية والخدمات المُقدمة (et al., 2010). (Kroenke).

ومن جهة اخرى فإن أهمية دمج خدمات الصحة النفسية في أطر الرعاية الصحية الأوسع، لا سيما للمرضى الذين غالبًا ما يعانون من أعراض الصحة النفسية كأمراض مصاحبة، وهذا يؤكد أهمية اعتبار المراجعين ليس فقط أفرادًا بحاجة إلى تخفيف الأعراض، بل أيضًا أشخاصًا يحتاجون إلى أنظمة دعم شاملة ومتواصلة لمواجهة المستثيرات التي تسببت بأعراض القلق والاكتئاب. (Simon & Ludman, 2009).

وعلى الرغم من زيادة الوعي والاستثمار في مجالات الصحة النفسية، إلا أن الفجوة العلاجية ما زالت موجودة وخاصة في تلبية احتياجات الأفراد الذين يعانون من مشكلات انفعالية مزمنة، فغالبًا ما يُعاني الأفراد الذين يراجعون العيادات النفسية بشكل متكرر من مشاكل نفسية معقدة ومتعددة الأبعاد، تشمل كل من الاكتئاب واضطرابات المزاج وصعوبات اجتماعية في التفاعل مع الآخرين وضعف في التركيز، إضافة إلى المشكلات الإدراكية. ومن بين هذه المشكلات، يُعد الاكتئاب من أكثر الاضطرابات انتشارًا وإعاقةً في البيئات السريرية (Association, 2022)، وأن أعراض الاكتئاب التي تشمل فقدان الاهتمام واليأس والشعور بالضعف والإرهاق، وانخفاض تقدير الذات، غالبًا ما تتزامن مع مؤشرات سلوكية مثل الانطواء الاجتماعي، والانفعالات، والتغيرات النفس حركية، والأفكار الانتحارية (Beck, 1967).

ومن جهة أخرى أجرى نجيب وآخرون (2023) دراسة هدفت للتعرف على أنماط المراجعة النفسية المتعددة لدى مرضى العيادات النفسية التابعة للمستشفيات والمراكز الصحية الحكومية في محافظة إربد في الأردن حيث تكونت العينة من (268) مراجعًا من كلا الجنسين، وقد تم استخدام مقياس الصحة النفسية العامة GHQ-28 ليتم قياس مستويات القلق، الاكتئاب، الأعراض الجسدية إضافة إلى الانفصال الاجتماعي حيث أظهرت نتائج الدراسة أن ما يزيد عن 70% من المرضى أظهروا أعراضاً نفسية تحتاج إلى العلاج والمتابعة وأظهرت أيضاً أن هنالك ارتباطاً بين الحالة الاجتماعية للمريض مع عدد المراجعات السنوية للعيادة النفسية.

غالبًا ما تتطلب الطبيعة الدورية للحالة مراقبة طويلة المدى، خاصةً لدى المرضى المراجعين للعيادات النفسية الذين قد يُعانون من أعراض مُتكررة أو مُزمنة، حيث قام بيك (Beck, 2008) لاحقًا بمراجعة نموذج ليشمل العوامل العصبية المُرتبطة، مُشيرًا إلى أن الضعف المعرفي قد يكون مُتجذرًا في الحساسية البيولوجية للتوتر.

المؤشرات السلوكية المتعلقة بالجهاز العصبي المركزي:

تشمل المؤشرات السلوكية التي تعكس وظيفة الجهاز العصبي المركزي أعراضًا ملحوظة مثل الانفعال، وتباطؤ الحركة، واضطرابات النوم، وتغيرات الشهية، والاندفاعية، وصعوبات التركيز، تُعد هذه المؤشرات بالغة الأهمية في تشخيص وإدارة اضطرابات المزاج والقلق (APA, 2013).

يُمكن إيجاد الأساس النظري هنا في النماذج العصبية النفسية والتشريحية العصبية التي تُفسر السلوك كانعكاس مباشر لنشاط الجهاز العصبي المركزي. على سبيل المثال، ترتبط الاختلالات الوظيفية في قشرة الفص الجبهي، واللوزة الدماغية، والعقد القاعدية بتنظيم الانفعالات، واتخاذ القرارات، وتثبيط السلوك (Graybiel, 2008).

ومن ناحية أخرى، فإن التوتر المستمر قد يُسهم في نشوء تغيرات وظيفية في الجهاز العصبي المركزي، خاصة من خلال اضطراب تنظيم محور الوطاء-الغدة النخامية-الكظرية (HPA axis) حيث تنعكس هذه التغيرات من خلال ظهور مجموعة من الأعراض السلوكية الشائعة، كالتهيؤ الانفعالي والتبديل العاطفي واضطرابات النوم، والشعور بالإرهاق المستمر، وهذه كلها مظاهر تُلاحظ بشكل متكرر لدى مراجعي العيادات النفسية، ومن منظور سريري تُمثل هذه المؤشرات إشارات تحذيرية تُرشد الأطباء في إجراء المزيد من التقييم والتشخيص والعلاج، وفي حالات الاكتئاب، تُعد السلوكيات المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي، مثل المشكلات الحركية النفسية أو الهياج، شائعة، وتُمثل معايير قابلة للقياس لكل من التشخيص وفعالية العلاج (Cacioppo & Berntson, 2004).

ومن جهة أخرى لا توجد أدوات محددة مخصصة فقط للمؤشرات السلوكية المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي؛ ومع ذلك، يتم استخدام مقاييس مثل مقياس بيك للاكتئاب ومقياس العلامات العصبية الناعمة لتقييم السلوكيات المرتبطة بخلل الجهاز العصبي المركزي، مثل التخلف النفسي الحركي والعجز المعرفي. (Chan et al., 2010; Beck et al., 1996).

الذكاء الروحي:

يُعرّف الذكاء الروحي بأنه القدرة على تطبيق القيم والموارد الروحية لتحسين الأداء اليومي والرفاهية. ويشمل ذلك الوعي الذاتي، والوعي المتسامي، والقدرة على استخلاص المعنى من التجارب، والشعور العميق بالتعاطف والترابط (Zohar & Marshall, 2004).

ويستند مفهوم الذكاء الروحي إلى أساسه النظري في علم النفس الوجودي وعلم النفس فوق الشخصي، حيث تم تعريف الذكاء الروحي بأنه شكل من أشكال الذكاء يُمكن الأفراد من حل مشكلات المعنى والقيمة والتي تتضمن مكونات الذكاء الاجتماعي مثل القدرة على التسامح، وحالات الوعي المتصاعدة، والقدرة على تقديس التجارب اليومية (Emmons, 2000).

كذلك تم تطوير نموذجًا رباعي الأبعاد للذكاء الروحي والذي اشتمل على التفكير الوجودي النقدي، إنتاج المعنى الشخصي والوعي المتسامي وتوسيع نطاق الحالة الواعية (King, 2008).

في السياقين العربي والإسلامي، يدمج الذكاء الروحي أيضًا القيم الدينية والثقافية، فأن ارتفاع مستويات الذكاء الروحي يرتبط ارتباطًا وثيقًا بانخفاض مستويات الاكتئاب والقلق، حيث أن الذكاء الروحي يعمل كحاجز نفسي، يُمكن الأفراد من الحفاظ على توازنهم الداخلي خلال فترات التوتر أو الاضطرابات العاطفية، ويعتبر آليةً للتكيف وإطارًا للمرونة، خاصةً لمن يعانون من حالات صحية نفسية مزمنة، قد يكون مهمًا بشكل خاص في حالات المرضى الخارجيين (مرضى العيادات)، حيث تتطلب ضغوط الحياة المستمرة موارد نفسية وعاطفية مستدامة (معالي، 2021).

وقد تزايدت الاهتمامات بدور الذكاء الروحي كعامل حماية من تحديات الصحة النفسية مؤخراً، حيث يعمل الذكاء الروحي في توظيف الموارد والقيم والصفات الروحية كالوعي الذاتي والتعاطف وتحديد الأهداف في حل المشكلات وتعزيز الأداء النفسي للفرد (Emmons, 2008). وفي نفس الوقت فإن الذكاء الروحي يساعد الأفراد في مواجهة مشكلاتهم، وتنظيم مشاعرهم، وتعزيز مرونتهم (king, 2009).

الدراسات السابقة:

سيقوم الباحث بعرض الدراسات السابقة ذات الصلة والتي تناولت محاور الدراسة الرئيسية الاربعة من الاقدم الى اللاحث، على النحو الآتي:
الدراسات التي تناولت مراجعي العيادات النفسية:

في دراسة أجراها كيسلر وآخرون (2005) دراسة وبائية مسحية واسعة النطاق هدفت إلى تحديد معدلات انتشار الاضطرابات النفسية والفئات الأكثر مراجعةً للخدمات العلاجية، حيث اعتمدت الدراسة على مسح مجتمعية شملت فئات عمرية مختلفة، وأظهرت النتائج أن فئة الشباب (18-30 عاماً) تمثل النسبة الأكبر من مراجعي العيادات النفسية، ويعزى ذلك إلى ضغوط الانتقال إلى الحياة الجامعية والعملية وتحديات بناء العلاقات الاجتماعية والاستقلالية.

كما أجرى الكريناوي وغراهام (2000) دراسة ميدانية وصفية هدفت إلى تحليل الخصائص الديموغرافية لمراجعي الخدمات النفسية في المجتمع العربي، حيث شملت العينة مراجعين في عدد من المراكز العلاجية في الأردن، وأظهرت النتائج أن نسبة كبيرة من المراجعين تقع ضمن الفئة العمرية الشابة، مما يشير إلى هشاشة هذه المرحلة العمرية وحاجتها إلى تدخلات وقائية وعلاجية مبكرة.

ومن حيث الفروق المرتبطة بالجنس، أجرى سيدات وآخرون (2009) دراسة تحليلية هدفت إلى فحص الفروق بين الذكور والإناث في معدلات انتشار الاضطرابات النفسية وطلب الخدمات العلاجية، حيث استندت الدراسة إلى بيانات وبائية دولية، وأظهرت النتائج أن النساء يمثلن نسبة أعلى في طلب الخدمات النفسية، ويرتبط ذلك بارتفاع معدلات الاكتئاب والقلق لديهن، في حين يميل الرجال إلى التعبير الخارجي عن الاضطراب النفسي من خلال السلوكيات الإدمانية أو العدوانية بدلاً من طلب المساعدة المباشرة.

الدراسات التي تناولت الذكاء الروحي:

في دراسة أجراها عودة (2018) دراسة وصفية ارتباطية هدفت للكشف عن علاقة الذكاء الروحي بالصحة النفسية لدى مراجعي العيادات النفسية في محافظة الزرقاء، حيث تكونت العينة من (235) مراجعاً وأظهرت النتائج أن الأشخاص الذين يتمتعون بمستوى أعلى من الذكاء الروحي كانوا الأكثر قدرة على التكيف مع مشكلاتهم النفسية والأقل عرضة للانتكاسات، كما وقد أثبتت الدراسة أن الذكاء الروحي يؤدي دوراً أساسياً في الوقاية من الاكتئاب والقلق.

وأجرى معالي (2020) دراسة وصفية ارتباطية هدفت لقياس الذكاء الروحي لطلبة الجامعات الأردنية شملت مختلف الجامعات الأردنية وعلاقته بالتكيف النفسي، وقد تكونت العينة من (410) مشاركاً من مختلف الجامعات الأردنية حيث استخدم الباحث مقياس للذكاء الروحي وتم تطويره وتعديله ليتناسب مع الثقافة العربية وأظهرت النتائج وجود علاقة ايجابية بين الذكاء الروحي والمرونة النفسية ومهارات حل المشكلات والتكيف النفسي كما وقد تبين أن الذكاء الروحي ينمو ويتزايد فكلما تقدم العمر تزايدت الخبرة الحياتية.

وعلى الصعيد العربي، قام معالي (2015) بتطوير مقياس للذكاء الروحي موجه خصيصاً ليتلاءم مع الخصوصية الثقافية العربية والأردنية، وأطلق عليه اسم مقياس الذكاء الروحي العربي. وقد تضمن المقياس أربعة أبعاد رئيسية هي: الوعي الروحي، والقدرة على إيجاد معنى للحياة، والتعالي عن التحديات، والتحكم بالقيم والمعتقدات. وأظهرت الدراسات الإكلينيكية التي استخدمت هذا المقياس - ولا سيما مع مرضى الاكتئاب - تمتعه بدرجة عالية من الفاعلية في الكشف عن مستويات الذكاء الروحي لديهم، مما عزز من أهميته كأداة تشخيصية وبخئية في البيئة العربية (معالي، 2015).

وأجرى الزعبي ومعالي (2019) دراسة هدفت إلى تقصي أثر البرامج الإرشادية ذات المكونات الروحية القائمة على التأمل وبناء المعنى في تحسين بعض الوظائف المعرفية لدى الأفراد المصابين بالاكتئاب. وقد بينت النتائج تفوق البرامج التي تضمنت البعد الروحي على البرامج المعرفية التقليدية في تحسين مستوى الانتباه والذاكرة، مما يؤكد الدور التكميلي للتدخلات الروحية في دعم الجوانب النفسية والمعرفية لدى هذه الفئة (الزعبي ومعالي، 2019).

الدراسات التي تناولت المؤشرات السلوكية المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي:

أجرى عوض (2017) دراسة وصفية ارتباطية هدفت إلى قياس العلاقة بين مؤشرات الاضطراب العصبي السلوكي والاداء الدراسي لدى طلبة الجامعات المسجلين في عيادات الصحة النفسية الجامعية، واشتملت العينة على (192) طالباً وطالبة حيث أشارت النتائج إلى أن المؤشرات السلوكية التي ترتبط بنشاط الجهاز العصبي المركزي مثل فرط الانتباه والنشاط الزائد تؤثر بشكل سلبي على الأداء الدراسي، كما وضحت الدراسة أن هذه المؤشرات كانت أكثر شيوعاً بين الطلبة الذكور مقارنة بالطلبات.

وأجرى صالح (2021) دراسة ارتباطية لفحص العلاقة بين المؤشرات السلوكية مثل فرط النشاط، الانتباه والتشتت العصبي عند مراجعي العيادات النفسية من فئة الشباب في الأردن حيث اشتملت الدراسة على عينة من (213) شخصاً تتراوح أعمارهم بين 18 و30 عاماً حيث تم استخدام مقياس الاضطرابات التنفيذية العصبية او ما يسمى Executive Dysfunction Scale , وقد اظهرت النتائج أن اضطرابات الجهاز العصبي المركزي كالقلق المزمن واضطراب فرط الحركة كانت مرتبطة بانخفاض في القدرة على التنظيم السلوكي والانتباه.

أجرى غوتليب وجورمان (2010) (Gotlib & Joormann) دراسة هدفت إلى تفسير العلاقة بين الخلل في الوظائف التنفيذية للجهاز العصبي المركزي وشدة الأعراض الاكتئابية، وذلك في ضوء التكامل بين الجوانب العصبية والسلوكية للاكتئاب. وقد اعتمدت الدراسة على عينة من الأفراد المشخصين بالاكتئاب، إضافة إلى مجموعة مقارنة من غير المكتئبين، واستخدم الباحثان مجموعة من المقاييس المعرفية والانفعالية لقياس

تنظيم الانفعالات، والمرونة المعرفية، والقدرة على اتخاذ القرار. وأظهرت النتائج وجود ارتباط دال إحصائياً بين ضعف هذه الوظائف التنفيذية وارتفاع مستوى الأعراض الاكتئابية، كما تبين أن مظاهر مثل الاجترار الفكري والانسحاب الاجتماعي وانخفاض الدافعية الذاتية تعكس خللاً عصبياً معرفياً متكاملًا، وليست مجرد أنماط سلوكية سطحية، مما يؤكد أهمية المؤشرات السلوكية المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي كأداة تفسيرية وتشخيصية في فهم الاكتئاب المزمن.

وفي السياق الإرشادي، أجرى هايوز وزملاؤه (Hayes et al., 2019) دراسة تجريبية هدفت إلى تقصي أثر تصميم تدخلات علاجية موجهة بناءً على تقييم المؤشرات السلوكية والعصبية لدى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات انفعالية، ومن ضمنها الاكتئاب. وقد تكونت العينة من مجموعة من المراجعين للعيادات النفسية، حيث تم تطبيق برامج تدخلية ركزت على تعزيز المرونة المعرفية، وتعديل أنماط الاستجابة الانفعالية، وتنمية مهارات اتخاذ القرار. وأظهرت النتائج أن التدخلات المبنية على تقييم دقيق للمؤشرات السلوكية المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي كانت أكثر فاعلية في خفض الأعراض وتحسين الأداء النفسي والاجتماعي مقارنة بالتدخلات التقليدية، كما أسهمت في تمكين الأخصائيين من متابعة تقدم المراجعين وتعديل الخطط العلاجية بصورة ديناميكية، الأمر الذي يدعم التكامل بين العلاج النفسي والسلوكي والإرشادي في إطار علمي منظم.

التعليق على الدراسات السابقة:

يتضح من استعراض الدراسات التي تناولت مراجعي العيادات النفسية أن فئة الشباب تمثل الشريحة الأكثر حضورًا في الخدمات العلاجية، سواء في الدراسات العالمية كما في دراسة كيسلر وآخرين (2005)، أو في الدراسات العربية كما لدى الكريناوي وغراهام (2000)، وهو ما يعكس خصوصية هذه المرحلة العمرية من حيث كثافة الضغوط الانتقالية والتحديات النمائية. كما أظهرت نتائج سيدات وآخرين (2009) وجود فروق نوعية في أنماط طلب المساعدة بين الذكور والإناث، مما يؤكد أن الخصائص الديموغرافية تمثل متغيرًا وسيطًا مهمًا ينبغي أخذه بعين الاعتبار عند تفسير أنماط الاضطرابات النفسية وسلوك التماس العلاج.

أما فيما يتعلق بمتغير الذكاء الروحي، فقد أكدت الدراسات العربية – ولا سيما دراسات عودة (2018) ومعالي (2020) – وجود علاقة إيجابية بين الذكاء الروحي ومؤشرات التكيف النفسي والمرونة ومهارات حل المشكلات، كما دعمت جهود معالي (2015، 2018) في تطوير مقياس عربي للذكاء الروحي البعد الثقافي لهذا المتغير وأتاحت أداة قياس ملائمة للبيئة المحلية. إضافة إلى ذلك، أظهرت دراسة الزعبي ومعالي (2019) أن إدماج المكون الروحي في البرامج الإرشادية يسهم في تحسين بعض الوظائف المعرفية لدى المكتئبين، وهو ما يعزز الفرضية القائلة بأن الذكاء الروحي لا يقتصر على كونه سمة شخصية، بل يمثل موردًا وقائيًا وعلاجيًا يمكن توظيفه إكلينيكيًا.

وفي المقابل، بينت الدراسات التي تناولت المؤشرات السلوكية المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي – مثل دراسات عوض (2017) وصالح (2021) و (2010) و (2019) و (2019) Hayes et al. أن الخلل في الوظائف التنفيذية والتنظيم الانفعالي والمرونة المعرفية يرتبط ارتباطًا وثيقًا بشدة الأعراض النفسية، ولا سيما الاكتئاب، كما أن هذه المؤشرات تمثل أساسًا علميًا لتصميم تدخلات علاجية أكثر دقة وفعالية. ويكشف هذا الاتجاه البحثي عن أهمية الانتقال من الفهم الوصفي للأعراض إلى تفسيرها في ضوء التكامل العصبي-السلوكي.

ومع أهمية هذه الدراسات وقيمتها التأسيسية، إلا أنها – في مجملها – تناولت كل متغير على حدة؛ إذ ركزت بعض الدراسات على خصائص مراجعي العيادات النفسية، بينما اهتمت أخرى بالذكاء الروحي بوصفه عاملًا وقائيًا، وانصرفت مجموعة ثالثة إلى المؤشرات العصبية السلوكية بوصفها مؤشرات تنبؤية بالأداء النفسي. غير أن الربط التكامل بين الذكاء الروحي بوصفه موردًا داخليًا إيجابيًا، وبين المؤشرات السلوكية المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي بوصفها تعبيرًا عن الخلل التنفيذي والتنظيمي، لم يحظ – في حدود علم الباحث – بدراسة منهجية تجمع هذه المتغيرات ضمن نموذج تفسيري واحد يُطبق على مراجعي العيادات النفسية.

ومن هنا تنبع أهمية الدراسة الحالية، إذ تسعى إلى سد فجوة نظرية وتطبيقية من خلال دمج الذكاء الروحي والمؤشرات السلوكية المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي في إطار تحليلي موحد، يفسر طبيعة العلاقة بين الموارد الروحية الداخلية ومظاهر الخلل العصبي-السلوكي لدى مراجعي العيادات النفسية. وبذلك تقدم الدراسة إسهامًا علميًا يتمثل في بناء نموذج تفسيري شامل يمكن أن يسهم في تطوير برامج تدخلية أكثر تكاملًا تراعي الأبعاد الروحية والعصبية والسلوكية معًا، بما يتناسب مع الخصوصية الثقافية والاجتماعية للفئة المستهدفة.

وقد تتميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة أنها الأولى من نوعها في دمج الذكاء الروحي والمؤشرات السلوكية المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي ضمن نموذج تفسيري شامل، يُطبق على مراجعي العيادات النفسية، حيث لا توجد دراسة أخرى بحثت هذه المتغيرات.

الطريقة والاجراءات

منهجية الدراسة: اتبعت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي كونه الأنسب لتحقيق أهداف الدراسة.
مجتمع الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من جميع مراجعي العيادات النفسية في الاردن، من الذكور والإناث، والذين تتراوح أعمارهم بين (18-60) عاماً، ممن يراجعون بشكل دائم العيادات النفسية التابعة لوزارة الصحة الأردنية والعيادات النفسية في المؤسسات غير الحكومية. حيث يُقدّر العدد الإجمالي لهؤلاء المراجعين بحوالي (3200) مراجع من كلا الجنسين والمسجلين في عام 2024 (وزارة الصحة الأردنية، 2024).

عينة الدراسة: قام الباحث باختيار عينة الدراسة بالطريقة القصدية المتيسرة ومكونة من حوالي (210) مراجع ومراجعة من مراجعي العيادات النفسية في العاصمة عمان وتحديدًا عيادات مستشفى البشير ومستشفى الجامعة الاردنية والبالغ عددها 4 عيادات مراعيًا تمثيل كل من الجنس والفئة العمرية. وتمثل هذه العينة ما نسبته تقريباً (15.6%) من إجمالي مجتمع الدراسة البالغ 3200، حيث سُرّاعى في الاختيار أن تشمل العينة أفراداً تتوافر لديهم القدرة على القراءة والكتابة والذين سيوافقون طواعيةً على المشاركة في الدراسة.

أدوات الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام الأدوات الآتية:

أولاً: مقياس الذكاء الروحي **Spiritual Intelligence Scale**:

قام الباحث بتطوير مقياس للذكاء الروحي بعد اطلاعه على مقاييس معتمدة في دراسات سابقة، وبعد الرجوع إلى الأدبيات ذات الصلة، مثل دراسة معالي (2020)، ودراسة King (2008)، ودراسة عبد الرحمن (2015)، وتكون المقياس من (24) فقرة موزعة على (4) أبعاد كالآتي:

- التفكير الوجودي النقدي: وتقيسه الفقرات: 23, 28, 26, 29, 25, 30.
- إنتاج المعنى الشخصي: وتقيسه الفقرات: 32, 37, 36, 24, 33, 35.
- الوعي المتعالي: وتقيسه الفقرات: 47, 46, 40, 42, 41, 39.
- توسيع حالة الوعي: وتقيسه الفقرات: 53, 45, 52, 50, 49, 43.

صدق المقياس:

تم التحقق من صدق المقياس بطريقتين:

صدق المحتوى:

تم التحقق من صدق المحتوى، من خلال عرضه على (18) من المحكمين من ذوي الاختصاص والخبرة في تخصص الإرشاد النفسي والتربوي، لبيان ملاحظاتهم والتحقق من سلامة الصياغة ومناسبتها لأهداف الدراسة، ثم تم اعتماد الفقرات التي حققت نسبة اتفاق 80% من المحكمين، وتم إجراء تعديلات على بعض الفقرات وفقاً لملاحظاتهم.

صدق البناء:

للتحقق من صدق المقياس تم حساب معامل ارتباط كل فقرة مع البعد والدرجة الكلية للمقياس، من خلال تطبيق المقياس على (30) مراجع ومراجعة من مراجعي العيادات النفسية من خارج عينة الدراسة وداخل المجتمع، والجدول (1) يبين النتائج:

الجدول (1)

معامل ارتباط الفقرة مع البعد والدرجة الكلية لمقياس الذكاء الروحي

توسيع حالة الوعي			الوعي المتعالي			إنتاج المعنى الشخصي			التفكير الوجودي النقدي		
الارتباط بالكلية	الارتباط بالبعد	رقم الفقرة	الارتباط بالكلية	الارتباط بالبعد	رقم الفقرة	الارتباط بالكلية	الارتباط بالبعد	رقم الفقرة	الارتباط بالكلية	الارتباط بالبعد	رقم الفقرة
.712**	.585**	17	.578**	.412**	13	.638**	.413**	3	.665**	.779**	1
.698**	.538**	18	.633**	.469**	14	.683**	.765**	8	.452**	.646**	2
.704**	.480**	21	.689**	.346**	15	.696**	.798**	9	.547**	.717**	4
.582**	.510**	22	.627**	.544**	16	.654**	.770**	10	.594**	.667**	5
.528**	.568**	23	.670**	.585**	19	.719**	.822**	11	.601**	.781**	6
.595**	.732**	24	.605**	.750**	20	.626**	.658**	12	.690**	.388**	7
.845**	ارتباط البعد بالمقياس		.854**	ارتباط البعد بالمقياس		.879**	ارتباط البعد بالمقياس		.788**	ارتباط البعد بالمقياس	

** دال احصائياً عند مستوى الدلالة (0.01)

* دال احصائياً عند مستوى الدلالة (0.05)

يبين الجدول (1) أن معاملات ارتباط الفقرة مع الدرجة الكلية تراوحت (0.346-0.719)، وتراوحت معاملات ارتباط الفقرة مع البعد (0.346-0.822)، أما معاملات ارتباط البعد مع الدرجة الكلية وتراوحت (0.788-0.879)، وهي أعلى من (30) مما يدل على تمتع الفقرات بدلالات صدق مناسبة.

ثبات الاتساق الداخلي:

للتحقق من ثبات المقياس تم حساب معامل ثبات كرونباخ ألفا للمقياس ككل والأبعاد، من خلال تطبيق المقياس على (30) مراجع ومراجعة من مراجعي العيادات النفسية من خارج عينة الدراسة وداخل المجتمع، والجدول (2) يبين النتائج:

الجدول (2)

معاملات ثبات الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس الذكاء الروحي

المعامل ثبات كرونباخ الفا	البعد
0.920	الدرجة الكلية
0.815	التفكير الوجودي النقدي
0.863	إنتاج المعنى الشخصي
0.860	الوعي المتعالي
0.820	توسيع حالة الوعي

يبين الجدول (2) أن معاملات ثبات الأبعاد تراوحت (0.815-0.863)، وبلغت للدرجة الكلية (0.920)، وهي معاملات ثبات أعلى من (0.70) مما يدل على تمتع المقياس بثبات جيد.

تصحيح المقياس

تم اعتماد تدرج ليكرت الخماسي، حيث تم إعطاء الإجابة دائماً (4) درجات، غالباً (3) درجات، نادراً (2) درجتين، ابدأ (1) درجة، ولغايات الدراسة الحالية تم تقسيم الدرجات إلى مستويات حسب الآتي:

- من (1-1.99) منخفض.
- من (2-2.99) متوسط.
- من (3-4) مرتفع.

ثانياً: مقياس المؤشرات السلوكية المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي:

إعتمد الباحث في تطوير هذا المقياس على الأدبيات الحديثة مثل دراسة Trivedi (2006)، ودراسة Otte (2016)، بالإضافة إلى الأدلة التشخيصية السريرية مثل (DSM-5) لتحديد السلوكيات المتكررة المرتبطة بالتنشيط العصبي والوظائف المعرفية والانفعالية، وتكون المقياس من (23) فقرة موزعة على (3) أبعاد كالتالي:

- التنشيط العصبي: وقيسه الفقرات: 54, 57, 56, 58, 62, 59, 60.
- الوظائف المعرفية: وقيسه الفقرات: 61, 63, 68, 64, 65, 69, 55, 67.
- الوظائف الانفعالية: وقيسه الفقرات: 70, 73, 74, 75, 72, 66, 71, 70.

صدق المقياس:

تم التحقق من صدق المقياس بطريقتين:

صدق المحتوى: تم التحقق من صدق المحتوى، من خلال عرضه على (18) من المحكمين من ذوي الاختصاص والخبرة في تخصص الارشاد النفسي والتربوي، لبيان ملاحظاتهم والتحقق من سلامة الصياغة ومناسبتها لأهداف الدراسة، ثم تم اعتماد الفقرات التي حققت نسبة اتفاق 80% من المحكمين، وتم إجراء تعديلات على بعض الفقرات وفقاً لملاحظاتهم.

صدق البناء:

للتحقق من صدق المقياس تم حساب معامل ارتباط كل فقرة مع البعد والدرجة الكلية للمقياس، من خلال تطبيق المقياس على (30) مراجع ومراجعة من مراجعي العيادات النفسية من خارج عينة الدراسة وداخل المجتمع، والجدول (1) يبين النتائج:

الجدول (1)

معامل ارتباط الفقرة مع البعد والدرجة الكلية لمقياس المؤشرات السلوكية المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي

الوظائف الانفعالية			الوظائف المعرفية			التنشيط العصبي		
الارتباط بالكلية	الارتباط بالبعد	رقم الفقرة	الارتباط بالكلية	الارتباط بالبعد	رقم الفقرة	الارتباط بالكلية	الارتباط بالبعد	رقم الفقرة
.759**	.545**	13	.774**	.826**	2	.753**	.802**	1
.821**	.308**	17	.817**	.639**	8	.771**	.610**	3
.753**	.513**	18	.648**	.736**	10	.460**	.645**	4
.855**	.714**	19	.783**	.667**	11	.676**	.666**	5
.752**	.770**	20	.804**	.648**	12	.434**	.727**	6
.794**	.538**	21	.743**	.637**	14	.758**	.651**	7
.788**	.727**	22	.720**	.677**	15	.805**	.590**	9
.729**	.705**	23	.631**	.840**	16	.761**	.663**	24
.941**	ارتباط البعد بالمقياس		.925**	ارتباط البعد بالمقياس		.913**	ارتباط البعد بالمقياس	

* دال احصائياً عند مستوى الدلالة (0.05) ** دال احصائياً عند مستوى الدلالة (0.01)

يبين الجدول (1) أن معاملات ارتباط الفقرة مع الدرجة الكلية تراوحت (0.434-0.855)، وتراوحت معاملات ارتباط الفقرة مع البعد (0.308-0.840)، أما معاملات ارتباط البعد مع الدرجة الكلية وتراوحت (0.913-0.941)، وهي أعلى من (30) مما يدل على تمتع الفقرات بدلالات صدق مناسبة.

ثبات الاتساق الداخلي:

للتحقق من ثبات المقياس تم حساب معامل ثبات كرونباخ ألفا للمقياس ككل والأبعاد، من خلال تطبيق المقياس على (30) مراجع ومراجعة من مراجعي العيادات النفسية من خارج عينة الدراسة وداخل المجتمع، والجدول (2) يبين النتائج:

الجدول (2)

معاملات ثبات الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس المؤشرات السلوكية المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي

المعامل ثبات كرونباخ الفا	البعد
0.963	الدرجة الكلية
0.887	التنشيط العصبي
0.917	الوظائف المعرفية
0.936	الوظائف الانفعالية

يبين الجدول (2) أن معاملات ثبات الأبعاد تراوحت (0.887-0.936)، وبلغت للدرجة الكلية (0.963)، وهي معاملات ثبات أعلى من (0.70) مما يدل على تمتع المقياس بثبات جيد.

تصحيح المقياس

تم اعتماد تدرج ليكرت الخماسي، حيث تم إعطاء الإجابة دائماً (4) درجات، غالباً (3) درجات، نادراً (2) درجتين، ابداً (1) درجة، ولغايات الدراسة الحالية تم تقسيم الدرجات إلى مستويات حسب الآتي:

- من (1-1.99) منخفض.
- من (2-2.99) متوسط.
- من (3-4) مرتفع.

نتائج الدراسة

النتائج المتعلقة بالسؤال الأول: ما مستوى الذكاء الروحي لدى مراجعي العيادات النفسية؟

للإجابة عن هذا السؤال، تم استخراج المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية للدرجة الكلية والأبعاد لمستوى الذكاء الروحي لدى مراجعي العيادات النفسية، ويبين الجدول (3) هذه النتائج:

جدول (3)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى أبعاد مقياس الذكاء الروحي لدى مراجعي العيادات النفسية

الرقم	الأبعاد	الرتبة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
3	الوعي المتعالي	1	3.21	0.558	مرتفع
2	إنتاج المعنى الشخصي	2	3.17	0.606	مرتفع
1	التفكير الوجودي النقدي	3	2.96	0.747	متوسط
4	توسيع حالة الوعي	4	2.88	0.563	متوسط
مستوى الذكاء الروحي ككل					مرتفع
			3.05	0.518	

يبين الجدول (3) أن المتوسطات الحسابية لمستوى أبعاد الذكاء الروحي لدى مراجعي العيادات النفسية تراوحت بين (2.88-3.21)، وجاء بالمرتبة الأولى بعد (الوعي المت) بمتوسط حسابي (3.21)، وجاء بالمرتبة الأخيرة بعد (توسيع حالة الوعي) بمتوسط حسابي (2.88)، بينما بلغ المتوسط الحسابي للذكاء الروحي لدى مراجعي العيادات النفسية (3.05) وانحراف معياري (0.518) وبمستوى "مرتفع".

النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني: ما مستوى المؤشرات السلوكية المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي لدى مراجعي العيادات النفسية؟

للإجابة عن هذا السؤال، تم استخراج المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية للدرجة الكلية والأبعاد لمستوى المؤشرات السلوكية المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي لدى مراجعي العيادات النفسية، ويبين الجدول (4) هذه النتائج:

جدول (4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى أبعاد مقياس المؤشرات السلوكية المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي لدى مراجعي العيادات النفسية

الرقم	الأبعاد	الرتبة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	التنشيط العصبي	1	2.58	0.671	متوسط
3	الوظائف الانفعالية	2	2.53	0.740	متوسط
2	الوظائف المعرفية	3	2.47	0.677	متوسط
مستوى المؤشرات السلوكية المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي ككل					متوسط
			2.53	0.645	

يبين الجدول (4) أن المتوسطات الحسابية لمستوى أبعاد المؤشرات السلوكية المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي لدى مراجعي العيادات النفسية تراوحت بين (2.47-2.58)، وجاء بالمرتبة الأولى بعد (التنشيط العصبي) بمتوسط حسابي (2.58)، وجاء بالمرتبة الأخيرة بعد (الوظائف المعرفية) بمتوسط حسابي (2.47)، بينما بلغ المتوسط الحسابي للمؤشرات السلوكية المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي لدى مراجعي العيادات النفسية (2.53) وانحراف معياري (0.645) وبمستوى "متوسط".

النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث: هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha < 0.05$) بين الذكاء الروحي والمؤشرات السلوكية المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي لدى مراجعي العيادات النفسية؟

للإجابة على هذا السؤال تم استخدام معامل ارتباط بيرسون بين الذكاء الروحي والمؤشرات السلوكية المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي لدى مراجعي العيادات النفسية، كما هو موضح في الجدول (5).

جدول (5)

قيم معامل ارتباط بيرسون بين الذكاء الروحي والمؤشرات السلوكية المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي

المؤشرات السلوكية المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي				المتغيرات
المؤشرات ككل	التنشيط العصبي	الوظائف المعرفية	الوظائف الانفعالية	

- المعهد الوطني للصحة النفسية. (2022). *المؤشرات السلوكية المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي: المفهوم والدلالة السريرية*. <https://www.nimh.nih.gov>
- عبد الرحمن، محمود. (2015). الذكاء الروحي وعلاقته بالتفكير التأملي واتخاذ القرار لدى طلبة الجامعة. *مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر*، 162(ج2)، 284-253.
- عوض، خالد. (2017). مؤشرات سلوكية للاضطرابات المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي والأداء الأكاديمي لدى طلاب الجامعة. *مجلة دراسات علم النفس التربوي*، 19(1)، 105-88.
- علاونة، ناصر، ورفاعي، محمد. (2022). الاكتئاب لدى اللاجئين السوريين المراجعين لخدمات الصحة النفسية في المفرق: دراسة مقطعية. *مجلة الشرق الأوسط للطب النفسي*، 13(2)، 60-45.
- عودة، هشام. (2018). الذكاء الروحي والصحة النفسية لدى مرابي العيادات النفسية في محافظة الزرقاء. *مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية*، 12(2)، 160-143.
- معالي، محمد أحمد. (2015). *الذكاء الروحي: المفهوم والقياس*. عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- معالي، إبراهيم. (2020). الذكاء الروحي وعلاقته بالذكاء النفسي لدى طلبة الجامعة. *مجلة العلوم النفسية*، 25(3)، 322-301.
- معالي، إبراهيم. (2021). الذكاء الروحي وعلاقته بالقلق والاكتئاب لدى طلبة الجامعة في الأردن. *مجلة العلوم النفسية*، 18(2)، 164-145.
- نجيب، عبد المجيد، الزعي، سامر راند، الشمالي، عبدالفتاح، و الربابعة، ناصر محمود. (2023). أنماط المراجعة النفسية لدى مرضى العيادات النفسية الحكومية في محافظة إربد وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية. *مجلة الجامعة الأردنية للعلوم التربوية والنفسية*، 19(1)، 98-77.
- وزارة الصحة. (2024). *الوقاية وإدارة حالات الصحة النفسية في الأردن: تقرير تقييم القدرات المؤسسية*.
https://moh.gov.jo/ebv4.0/root_storage/ar/eb_list_page/mental_health_jordan_ic_report_2024_v18_300724.pdf
- **ثانياً: المراجع باللغة الأجنبية**
- [1]. Al-Khawaldeh, A. R. (2021). The effectiveness of group counseling based on spiritual intelligence in reducing social phobia among a sample of mental health clinic clients in Jordan. *Journal of Educational and Psychological Sciences*, 22(4), 1–25.
 - [2]. Alnashash, H. M., & Abu Ghazal, M. M. (2022). The effect of a spiritual intelligence-based counselling programme on suicidal ideation and self-concept among retirement clients. *Journal of Educational and Psychological Studies*, 16(1), 89–102.
 - [3]. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
 - [4]. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
 - [5]. Amram, Y., & Dryer, C. (2008). *The integrated spiritual intelligence scale (ISIS): Development and preliminary validation*. Institute of Transpersonal Psychology. <https://www.yosiamram.net>
 - [6]. Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.
 - [7]. Beck, A. T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165(8), 969–977. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08050721>
 - [8]. Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. Psychological Corporation.
 - [9]. Cacioppo, J. T., & Berntson, G. G. (2004). Multilevel integrative analyses of human behavior: Social neuroscience and the complementing nature of social and biological approaches. *Psychological Bulletin*, 130(6), 812–815.
 - [10]. Chan, R. C. K., Wang, Y., Zhao, Q., Gong, Q. Y., & McAlonan, G. M. (2010). Neurological soft signs and their relationships to neurocognitive functions: A re-visit with structural equation modeling. *PLOS ONE*, 5(12), e15772. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0015772>
 - [11]. Disner, S. G., Beevers, C. G., Haigh, E. A., & Beck, A. T. (2011). Neural mechanisms of the cognitive model of depression. *Nature Reviews Neuroscience*, 12(8), 467–477. <https://doi.org/10.1038/nrn3027>
 - [12]. Drevets, W. C., Price, J. L., & Furey, M. L. (2008). Brain structural and functional abnormalities in mood disorders: Implications for neurocircuitry models of depression. *Brain Structure and Function*, 213(1–2), 93–118. <https://doi.org/10.1007/s00429-008-0189-x>
 - [13]. Emmons, R. A. (2000). Is spirituality an intelligence? Motivation, cognition, and the psychology of ultimate concern. *International Journal for the Psychology of Religion*, 10(1), 3–26. https://doi.org/10.1207/S15327582IJPR1001_2
 - [14]. Emmons, R. A. (2000). Spirituality and intelligence: Problems and prospects. *International Journal for the Psychology of Religion*, 10(1), 57–64. https://doi.org/10.1207/S15327582IJPR1001_6
 - [15]. Emmons, R. A. (2008). Spirituality, religion, and the science of positive psychology. In C. L. M. Keyes & J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived* (pp. 62–77). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11769-004>
 - [16]. Gearing, R. E., Al-Krenawi, A., Batayneh, J. S., & Al-Shami, M. (2013). The impact of cultural and religious variations on mental health and psychiatric care in Arab countries. *The Lancet Psychiatry*, 2(3), 235–241. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00503-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00503-3)
 - [17]. Gotlib, I. H., & Joormann, J. (2010). Cognition and depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 285–312. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305>
 - [18]. Graybiel, A. M. (2008). Habits, rituals, and the evaluative brain. *Annual Review of Neuroscience*, 31, 359–387. <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.29.051605.112851>
 - [19]. Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2019). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
 - [20]. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., & Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289(23), 3095–3105. <https://doi.org/10.1001/jama.289.23.3095>
 - [21]. King, D. B. (2008). *Rethinking claims of spiritual intelligence: A definition, model, and measure* (Master's thesis, Trent University, Peterborough, Ontario, Canada). <http://www.dbking.net/spiritualintelligence>
 - [22]. King, D. B., & DeCicco, T. L. (2009). A viable model and self-report measure of spiritual intelligence. *International Journal of Transpersonal Studies*, 28(1), 68–85.
 - [23]. Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2010). The Patient Health Questionnaire-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

- [24]. Nestler, E. J., Gould, E., Manji, H., Buncan, E., Duman, R. S., Greshenfeld, H. K., & Hen, R. (2002). Preclinical models: Status of basic research in depression. *Biological Psychiatry*, 52(6), 503–528. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01404-7](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01404-7)
- [25]. Otte, C., Gold, S. M., Penninx, B. W., Pariante, C. M., Etkin, A., Fava, M., ... & Schatzberg, A. F. (2016). Major depressive disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 2, 16065. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.65>
- [26]. Seedat, S., Scott, K. M., Angermeyer, M. C., Berglund, P., Bromet, E. J., Brugha, T. S., Demyttenaere, K., de Girolamo, G., Haro, J. M., Jin, R., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Medina-Mora, M. E., Ono, Y., Ormel, J., Pennell, B.-E., Posada-Villa, J., Sampson, N. A., Williams, D., & Kessler, R. C. (2009). Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry*, 66(7), 785–795. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.36>
- [27]. Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. W. H. Freeman.
- [28]. Simon, G. E., & Ludman, E. J. (2009). It's time for disruptive innovation in psychotherapy. *The Lancet*, 374(9690), 594–595. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61415-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61415-3)
- [29]. Trivedi, M. H., Rush, A. J., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A. A., Warden, D., Ritz, L., & Fava, M. (2006). Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: Implications for clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 28–40. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.1.28>
- [30]. World Health Organization. (2021). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>
- [31]. World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- [32]. Zohar, D., & Marshall, I. (2004). *Spiritual capital: Wealth we can live by*. Bloomsbury Publishing