

تأثیر «تلاوت قرآن» بر «سلامت روان»

محمد رضایی*

اسماعیل سعدی پور**

فردین دارابی***

جواد محمدی****

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر «تلاوت قرآن کریم» بر «سلامت روان» دانشجویان پزشکی است. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون به همراه گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش شامل دانشجویان پسر دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و نمونه آماری آن شامل ۳۰ نفر از دانشجویان بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه به‌عنوان گروه آزمایش و گروه گواه قرار داده شدند (هر گروه ۱۵ نفر). برای هر دو گروه، در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) اجرا گردید. گروه آزمایش، بعد از پیش‌آزمون در ۱۵ جلسه (۳۰ دقیقه‌ای) به «تلاوت قرآن کریم» گوش دادند؛ آنگاه، پس‌آزمون اجرا شده و داده‌ها با روش تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد «تلاوت قرآن» بر «سلامت روانی» گروه آزمایش تأثیر مثبت داشته است. **واژگان کلیدی:** سلامت روان، تلاوت قرآن، دانشجویان، قرآن پژوهی، روان‌شناسی اسلامی.

* کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی تهران، ایران
(نویسنده مسئول)
m.rezaei1510@gmail.com

** دانشیار گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی تهران، ایران
ebiabangard@yahoo.com

*** کارشناس ارشد الهیات و علوم قرآنی، دانشکده الهیات و علوم معارف اسلامی، دانشگاه علامه طباطبائی تهران، ایران
Fardindarabi@gmail.com

**** دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خرم‌آباد، ایران
mohammad.re

تاریخ تأیید: ۱۳۹۷/۱۰/۱۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۵/۴

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی ابعاد سه‌گانه‌ای را برای سلامت مطرح کرد که هر سه لازم و ملزوم یکدیگرند. این ابعاد عبارتند از: سلامت جسمانی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی (قدرتی میکروبی و خرمی، ۱۳۸۹). براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت،^۱ «سلامتی حالت کامل رفاه جسمانی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی است». (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۵). سلامت روان نیز عبارت است از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به‌طور منطقی، عادلانه و مناسب (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵)^۲. به بیان دیگر، سلامت روان به مفهوم احساس خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکا به خود، ظرفیت رقابت، تعلق بین نسلی و خودشکوفایی توانایی‌های بالقوه فکری و هیجانی است (حدادی کوهسار، روشن و اصغرنژاد فرید، ۱۳۸۶). پس می‌توان گفت سلامت روان یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های یک زندگی سالم است که عوامل بی‌شماری در شکل‌بندی سالم یا ناسالم آن دخیل هستند. این مفهوم در پی آن است که احساسات منفی مانند اضطراب، افسردگی و ناامیدی کمرنگ شود و از بروز نشانه‌های مرضی در افراد پیشگیری به عمل آید (کاپلان، ۱۹۷۱).

شناخت پنج نهاد اساسی مؤثر (اجتماع، خانواده، همگنان، مدرسه و مذهب) در رابطه با بهداشت روانی ضروری است، زیرا در طرح‌ریزی و ایجاد و تکوین و تکامل شخصیت اهمیت بسیار دارد (شاملو، ۱۳۹۴). بهداشت روانی در دوران مختلف زندگی از جمله دوران جوانی نقش مهم و اساسی دارد. در این سنین است که مسائل مهمی مانند ارتباط با دیگران، ادامه تحصیل، پیدا کردن کار و حرفه مورد علاقه و مسئله ازدواج مطرح می‌شود و نتیجه این عوامل از نظر بهداشت روانی باید مورد توجه قرار گیرد (میلانی فر، ۱۳۹۵).

ورود به دانشگاه مقطعی بسیار حساس در زندگی نیروهای کارآمد فعال و جوان هر کشوری است و بیشتر با تغییرات زیادی در روابط اجتماعی و انسانی آنان همراه می‌باشد، در کنار این تغییرات به انتظارات و نقش‌های جدیدی باید اشاره کرد که همزمان با ورود به دانشگاه شکل می‌گیرد. قرار گرفتن در چنین شرایطی بیشتر با فشار روانی و نگرانی توأم است و عملکرد و بازدهی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (ریتک، ۱۹۹۰)^۳. آشنا نبودن بسیاری از دانشجویان با محیط دانشگاه در بدو ورود، جدایی و دوری از خانواده، علاقه نداشتن به رشته قبولی، ناسازگاری با سایر

1. World Health Organization

2. Kaplan & Sadock

3. Rettek

افراد در محیط زندگی و کافی نبودن امکانات آموزشی، رفاهی و اقتصادی، از جمله شرایطی هستند که می‌توانند مشکلات و ناراحتی‌های روانی را در طول تحصیل برای دانشجویان به وجود آورند یا تشدید کنند و افت عملکرد را برای دانشجو موجب شوند (گاتری،^۱ ۱۹۹۸). دانشجویان گروه پزشکی، افزون بر داشتن مشکلات سایر دانشجویان، مشکلات خاص دیگری از جمله فشارهای روحی و روانی محیط بیمارستان، روبه‌رو شدن با مسائل و مشکلات بیماران را نیز دارند و به همین دلیل به نظر می‌رسد که بیشتر از دانشجویان دیگر در معرض خطر از دست دادن سلامت روانی هستند (صادقیان و حیدریان‌پور، ۱۳۸۸).

مفهوم‌شناسی واژه «سلامت» در قرآن مجید بیانگر آن است که در بیشتر آیه‌های قرآن و روایت‌های اسلامی این واژه و هم‌خانواده‌های آن براساس معنای لغوی آن، یعنی خالی بودن از آفت‌های بیرونی و درونی (ظاهری و باطنی) استعمال شده است (فانی و کرمخانی، ۱۳۹۴). همچنین با توجه به آیات و روایات می‌توان بیان داشت که در حوزه «سلامت» تنها به یک بُعد توجه نشده است، بلکه به جنبه‌های گوناگونی اشاره می‌شود که برای سلامت متصور است (همانند سلامت دین، سلامت دنیا، سلامت بدن و...) و نیز در کاربرد این واژه، هم به جنبه‌های فردی و شخصی توجه می‌شود و هم به جنبه‌های ارتباطی فرد با دیگران؛ از جمله خانواده، خویشاوندان، دوستان و... (فانی و کرمخانی، ۱۳۹۴). یکی از عواملی که در دین اسلام به‌عنوان ایجادکننده معنویت و آرامش خاطر معرفی می‌شود، قرائت یا استماع کلام الله مجید است. در آخرین کتاب آسمانی نازل شده از جانب خداوند (قرآن کریم) ذکر و یاد خداوند موجب آرامش و اطمینان قلب معرفی شده است^۲ (رعد، ۲۸). همچنین در این کتاب آسمانی، قرائت آیات الهی و گوش فرادادن به آن (هنگام قرائت دیگران) دستور و تأکید شده است. خداوند می‌فرماید: «چون قرآن بخوانند به آن گوش فرادهید و خاموش باشید، شاید مشمول رحمت خدا شوید»^۳ (اعراف، ۲۰۴). چنین تأکیدی برای قرائت قرآن کریم و همچنین استماع آیات الهی به این دلیل است تا انسان با این کتاب آسمانی و معارف الهی آشنا شود و با اتصال به سرچشمه وحی، راه هدایت و سعادت را سپری کند؛ چنانچه در قرآن می‌فرماید: «و ما این کتاب را بر تو نازل کردیم که بیانگر همه چیز، و مایه هدایت و رحمت و بشارت برای مسلمانان است»^۴ (نحل، ۸۹). پژوهشگران علوم قرآنی، برای قرآن در دو بُعد لفظ و معنا قائل به اعجاز هستند. مراد از اعجاز لفظی قرآن، جنبه هنری و زیبایی است، ویژگی

1. Guthrie

۲. الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ.

۳. وَإِذَا قُرِئَ الْقُرْآنُ فَاسْتَمِعُوا لَهُ وَأَنْصِتُوا لَعَلَّكُمْ تُرْحَمُونَ.

۴. وَ نَزَّلْنَا عَلَيْكَ الْكِتَابَ تِبْيَانًا لِّكُلِّ شَيْءٍ وَ هُدًى وَ رَحْمَةً وَ بُشْرَى لِّلْمُسْلِمِينَ.

فصاحت و بلاغت، و مواردی چون آهنگ‌پذیری و به‌طور کلی زیبایی و حلاوت قرآن. قرآن سبک خاص به خود دارد، نه شعر است و نه نثر؛ قرآن شعر نیست چون وزن و قافیه در آن رعایت نشده و در آن از تخیلات و تشبیهات مبالغه‌آمیز (موجود در اشعار) استفاده نشده است. همچنین، قرآن نثر هم نمی‌باشد چون هیچ نثری آهنگ بردار نیست و قرآن به شکل عجیبی آهنگ بردار است (مطهری، ۱۳۹۶). بُعد دیگر اعجاز قرآنی بُعد معنایی آن می‌باشد که جنبه علمی و فکری دارد و شامل مواردی چون تناسق معنایی، اخبار غیبی، معارف و علوم الهی، تحریف‌ناپذیری و... می‌شود. به‌ویژه آنکه این معارف متعالی الهی و اخبار غیبی را فردی امّی آورده که ناآشنا به خواندن و نوشتن است که بیانگر اعجاز معنوی آن می‌باشد (مطهری، ۱۳۹۶). این زیبایی و جذابیت خاص و نیز استحکام در معنا و معارف والای الهی را می‌توان یکی از دلایل مجذوبیت مردم به کلام الهی دانست که هم در اوایل بعثت و هم پس از آن تاکنون شاهد آن هستیم. چنانچه علی بن ابراهیم قمی در ذیل آیه ۴۶ سوره اسراء بیان می‌دارد، حتی قریش - با وجود دشمنی و عناد آشکار که با پیامبر اکرم ۷ و خدای او داشتند - در اوایل بعثت پیامبر، به هنگامی که پیامبر اکرم ۷ در نیمه‌های شب به قرائت قرآن می‌پرداخت، پنهانی و با علاقه فراوان به قرائت وی گوش می‌سپردند (قمی، ۱۳۹۲).

بررسی تحقیقات انجام شده در ایران نشان می‌دهد که گستره تحقیقات مرتبط با قرآن، به‌طور خاص بسیار کمتر از پژوهش‌های انجام شده در حوزه دین به معنای وسیع آن می‌باشد؛ با وجود این، پژوهش‌های انجام شده در ارتباط با قرآن - هرچند به مقدار کم - نشان می‌دهد که این کتاب آسمانی هم از نظر لفظ و هم از نظر معنا با برخی متغیرهای روان‌شناختی، تربیتی و جامعه‌شناختی مرتبط و حتی تأثیرگذار بوده است. در این راستا، زرافشانی، رضایی و زرافشانی (۱۳۹۵) ضمن بررسی شاخص‌های سلامت عمومی، ابعاد آن را در دو گروه زنان حافظ قرآن و زنان غیر حافظ بیان داشتند که بین دو گروه مذکور در مقیاس‌های سلامت عمومی، علائم اضطراب، اختلال خواب، افسردگی، علائم جسمانی و همچنین مقیاس کارکرد اجتماعی تفاوت معناداری وجود داشته است. مطالعه موردی فقیهی (۱۳۸۶) نیز نشان داد که آموزش‌های روان‌شناختی مبتنی بر قرآن و حدیث در روابط همسران تأثیر روانی و تربیتی مثبت و طولانی داشته است. انصاری جابری، نگاهبان بنابی، صیادی اناری و آقامحمد حسنی (۱۳۸۴) نیز در پژوهشی نشان دادند آوای قرآن کریم بر افسردگی بیماران بستری تأثیر داشته و تفاوت میانگین نمرات میزان افسردگی پیش و پس از مداخله در گروه مورد مطالعه معنادار بوده است. همچنین پژوهش محمودیان، خوش‌کنش و صالح صدق‌پور (۱۳۸۷) نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی با رویکرد قرآنی و تمرین‌های کارگاهی آن سبب کاهش افسردگی شده است. تقی‌لو (۱۳۸۸) نیز در پژوهشی به بررسی تأثیر آموزش

روخوانی قرآن بر کاهش استرس در بین جوانان و نوجوانان پرداخت، نتایج تحقیق ایشان بیانگر این بود که آموزش قرآن، میزان استرس افراد را در مقایسه با گروه کنترل در همه خرده مقیاس‌ها به‌طور معنادار کاهش داد. پژوهان و همکاران (۱۳۹۳) نیز بیان می‌دارند، مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که گوش دادن به آوای قرآن کریم در درمان بسیاری از بیماری‌ها از جمله ناباروری، کاهش اضطراب پیش از آنژیوگرافی عروق کرونر و کاهش اضطراب پیش از عمل سزارین و نیز بر سلامت روانی افراد مؤثر است.

با توجه به اینکه، قرآن در فرهنگ عمومی مردم کشور ما - به‌عنوان یک کتاب آسمانی - ریشه در باورهای عمیق مذهبی دارد و با توجه به میزان اثرپذیری افراد از تعالیم تربیتی و ابعاد معنوی قرآن، به نظر می‌رسد بین مؤلفه‌های مرتبط با قرآن و متغیرهای روان‌شناختی و جامعه‌شناختی دیگر شاهد ارتباط معنادار باشیم. اهمیت این موضوع و نتایج مرتبط با آن با توجه به فرهنگ دینی عموم مردم و نوع نگرش مثبت به این کتاب آسمانی می‌تواند نگاه جامع و کاربردی‌تری با رویکرد و راهبردهای مبتنی بر آموزه‌های قرآنی برای خانواده‌ها، و مراکز فرهنگی و آموزشی به ارمغان داشته باشد. بنابراین، با توجه به اهمیت بهداشت و سلامت عمومی افراد در سطح جامعه، به‌ویژه میان جوانان و دانشجویان می‌توان این پرسش را مطرح کرد که آیا قرآن (کتابی آسمانی و مقدس) که در قالب الفاظ جذاب و شیرین و همچنین معانی متعالی و زندگی‌بخش در دسترس مردم اعم از کودکان، نوجوانان، جوانان و بزرگسالان کشور ما قرار دارد، می‌تواند در بهداشت روانی و سلامت عمومی دانشجویان تأثیرگذار باشد؟ با توجه به اهمیت دوران جوانی (به‌ویژه دوران دانشجویی) در صورت تأثیرگذاری مثبت قرآن بر بهداشت روانی، می‌توان خوش‌بین بود که افزون بر استفاده‌های درمانی از این کتاب آسمانی، خانواده‌ها، نهادها و مراکز اجتماعی و آموزشی - رسمی و غیررسمی - به‌ویژه دانشگاه‌های سطح کشور نیز با تدوین راهبردها و رویکرد مبتنی بر تعالیم قرآنی، خدمات فرهنگی - تربیتی بیشتر و بهتری برای دانشجویان در سطح جامعه، به‌ویژه افراد تحت پوشش خود داشته باشند. بدین منظور پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر استماع تلاوت قرآن کریم بر بهداشت روانی دانشجویان انجام شد.

فرضیه

بین سلامت روان دانشجویانی که در معرض تلاوت قرآن قرار می‌گیرند و سلامت روان دانشجویان گروه گواه تفاوت معنادار وجود دارد (به عبارت دیگر استماع تلاوت قرآن - گوش دادن همراه با توجه به معانی - به‌عنوان متغیر مستقل بر سلامت عمومی دانشجویان به‌عنوان متغیر وابسته تأثیر

دارد و بین میانگین‌های پس‌آزمون در گروه آزمایش، یعنی گروهی که در معرض متغیر مستقل قرار گرفته‌اند و میانگین پس‌آزمون در گروه گواه، یعنی گروهی که در معرض متغیر مستقل قرار نگرفتند، تفاوت معنادار وجود دارد).

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی است که در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانشجویان پسر دانشگاه علوم پزشکی شهر کرمانشاه در سال تحصیلی ۱۳۹۵ است. نمونه آماری شامل ۳۰ نفر از دانشجویانی بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. دانشجویان پس از تکمیل پرسش‌نامه سلامت روان در دو گروه آزمایشی و کنترل (۱۵ نفر برای هر گروه) قرار گرفتند. یک گروه از این آزمودنی‌ها به‌عنوان گروه آزمایش در معرض تلاوت آیات قرآن قرار گرفتند و یک گروه به‌عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد و هیچ‌گونه مداخله‌ای بر روی آنها اجرا نشد. تلاوت آیات قرآن به صورت گروهی در ۱۵ جلسه (هر جلسه ۳۰ دقیقه) و به صورت قرائت مجلسی، با صوت عبدالباسط برای دانشجویان در یک مکان ساکت و آرام پخش شد؛ همچنین به منظور توجه بیشتر دانشجویان به تلاوت آیات قرآن و توجه به معانی، ترجمه آیات قرآن در اختیار دانشجویان قرار داده شد تا آنها بتوانند در زمان گوش فرادادن به آیات قرآن به معانی آن نیز توجه داشته باشند. بنابراین، تلاوت آیات قرآن به‌عنوان متغیر مستقل برای گروه آزمایش اعمال شد و سلامت عمومی به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند. برای هر دو گروه پیش‌آزمون و سپس پس از اعمال مداخله بر گروه آزمایش نیز از هر دو گروه پس‌آزمون اجرا شد. موضوعاتی همچون جهان‌بینی دینی، حسن خلق، صبر و استقامت، امید و نگرش مثبت، حُسن خلق، ارتباط با مردم، مدارا با دیگران، تعاون و کمک‌رسانی، و... محورهای بودند که آیات مرتبط با آن تلاوت شد. به منظور جلب رضایت آزمودنی‌ها و کسب رضایت آگاهانه، از آزمودنی‌های دو گروه خواسته شد که در یک جلسه توجیهی شرکت کنند. در این جلسه با تشریح اهداف پژوهش موافقت لازم آزمودنی‌ها برای شرکت در پژوهش به دست آمد. در این پژوهش برای گردآوری اطلاعات از پرسش‌نامه سلامت عمومی گدلبرگ و هیلر^۱ (۱۹۷۹) و در تحلیل آماری برای غلبه بر مشکلات اعتبار درونی در این‌گونه طرح‌های پژوهشی، از تحلیل کوواریانس استفاده شد. تحلیل کوواریانس به‌طور آماری اثر تفاوت‌های قبلی گروه را از راه تعدیل‌های جبرانی میانگین پس‌آزمون‌های دو گروه کاهش می‌دهد (گال و همکاران، ۱۹۴۲).

1. Goldberg & Hillier

ابزار

پرسش‌نامه سلامت عمومی^۱ (G.H.Q): گدلبرگ و هیلر (۱۹۷۹) این پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی را ارائه دادند. سؤال‌های این پرسش‌نامه به وضعیت روانی فرد، در یک ماهه اخیر می‌پردازد و شامل نشانه‌هایی مانند افکار و احساسات نابهنجار و جنبه‌هایی از رفتار قابل مشاهده است که بر موقعیت اینجا و اکنون تأکید دارد. این پرسش‌نامه با علائم جسمانی آغاز و سپس سؤال‌هایی می‌آید که بیشتر علائم روانپزشکی دارند (تقوی، ۱۳۸۷). پرسش‌نامه سلامت عمومی در کل دارای ۴ مقیاس و هر مقیاس دارای ۷ سؤال است. این مقیاس‌ها عبارتند از: ۱. علائم جسمانی؛ ۲. علائم اضطراب و اختلال در خواب؛ ۳. اختلال در کارکرد اجتماعی و ۴. افسردگی (گدلبرگ و هیلر، ۱۹۷۹). برای این پرسش‌نامه دو شیوه نمره‌گذاری وجود دارد که یکی از آنها شیوه نمره‌گذاری لیکرت^۲ است. هر سؤال براساس مقیاس لیکرت دارای چهار گزینه از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. در نتیجه نمره کل یک فرد از صفر تا ۸۴ متغیر خواهد بود و نمره کمتر بیانگر بهداشت روانی بهتر است (تقوی، ۱۳۸۷ و تقوی، ۱۳۸۰). نوربالا و همکاران (۱۳۸۷) در نتیجه پژوهش خود بیان می‌دارند که با استفاده از روش نمره‌گذاری لیکرتی بهترین نمره برش برای کل نمونه، ۲۳ می‌باشد، آنها میزان حساسیت و ویژگی آزمون را در بهترین نقطه برش آن به ترتیب ۹۷/۳ و ۷۰/۵ گزارش کردند. تقوی (۱۳۸۰) اعتبار کل پرسش‌نامه را به سه روش دوباره‌سنجی (با فرمول ضریب همبستگی پیرسون)، دو نیمه کردن (با فرمول اسپرمن براون) و ثبات درونی (از طریق آلفای کرونباخ) به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۹۳ و ۰/۹۰ گزارش کرد. همچنین برای بررسی روانی همزمان و وابسته به ملاک،^۳ از اجرای همزمان این پرسش‌نامه و پرسش‌نامه بیمارستان میدلسکس (M.H.Q)^۴ استفاده کرد؛ نتایج او نشان داد که ضریب همبستگی بین نمرات گروه مورد مطالعه در دو پرسش‌نامه بیمارستان میدلسکس (M.H.Q) و پرسش‌نامه سلامت عمومی (G.H.Q) برابر با ۰/۵۵ است.

یافته‌ها

در جدول ۱ نتایج مربوط به آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) دو گروه آزمایش و کنترل در شرایط پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داده شده است.

1. General Health Questionnaire
2. Likert scoring method
3. Criterion-related validity
4. Middlesex Hospital Questionnaire (M.H.Q.)

جدول ۱: میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمره سلامت روان در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مرحله	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
سلامت روان	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۵	۴۷/۹۰	۸/۰۶
		کنترل	۱۵	۴۸/۱۵	۹/۸۴
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۵	۴۰/۲۱	۷/۳۹
		کنترل	۱۵	۴۷/۸۵	۸/۱۹

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود؛ نمرات میانگین پیش‌آزمون در گروه آزمایش ۴۷/۹۰ و در گروه کنترل ۴۸/۱۵ است که اختلاف زیادی نشان نمی‌دهد؛ اما در پس‌آزمون، میانگین نمرات گروه آزمایش (۴۰/۲۱) نسبت به گروه گواه (۴۷/۸۵) کاهش زیادی را از خود نشان می‌دهد. با توجه به این موضوع که در این گونه طرح‌های آزمایشی این احتمال وجود دارد که تفاوت‌های گروهی در پس‌آزمون به جای نشئت گرفتن از عمل آزمایشی، از تفاوت‌های موجود پیشین گروه‌ها ناشی شده باشد، برای غلبه بر این مشکل از تحلیل کوواریانس استفاده شد. تحلیل کوواریانس به‌طور آماری اثر تفاوت‌های پیشین گروه را از راه تعدیل‌های جبرانی میانگین پس‌آزمون‌های دو گروه کاهش می‌دهد (گال و همکاران ۱۹۴۲). جدول ۲ نتایج حاصل از این تحلیل کوواریانس را برای نمرات سلامت روان دانشجویان نشان می‌دهد:

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس نمرات سلامت روان در دانشجویان

منابع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
پیش‌آزمون	۱۰۲/۶۸	۱	۱۰۲/۶۸	۳/۳۲	۰/۱۳۹
گروه	۱۴۰/۸۲	۱	۱۴۰/۸۲	۴/۵۵	۰/۰۳۹
خطا	۸۳۶/۰۲	۲۷	۳۰/۹۶		
کل	۲۸۱۱۳/۰	۲۹			

چنان‌که در جدول ۲ دیده می‌شود، تفاوت بین میانگین‌های دو گروه معنادار می‌باشد؛ بنابراین می‌توان گفت میانگین سلامت روان در گروه آزمایش پس از اجرای مداخله و اعمال متغیر مستقل، کاهش معناداری از خود نشان داده است ($p \leq 0/05$)، بنابراین گوش فرادادن به تلاوت قرآن موجب بهبود وضعیت سلامت روان در میان دانشجویان شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

فرض پژوهشی در این تحقیق عبارت بود از اینکه «بین سلامت روان دانشجویانی که در معرض تلاوت قرآن قرار می‌گیرند و سلامت روان دانشجویان گروه گواه تفاوت معنادار وجود دارد»؛ به عبارت دیگر، استماع تلاوت قرآن - گوش دادن به همراه توجه به معانی آیات - بر سلامت عمومی دانشجویان تأثیر دارد. براساس یافته‌های پژوهش، گوش فرادادن به تلاوت آیات قرآن و توجه به معانی آن سبب ارتقای سطح سلامت روان در دانشجویان پزشکی شد. این نتایج همسو با یافته‌های مطالعات پیشین در ارتباط با قرآن است؛ برای مثال، کاظمی و همکاران (۱۳۸۲) در پژوهشی به تأثیر مثبت آوای قرآن کریم بر بهداشت و سلامت روان دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی پرداختند که نتایج پژوهش آنها بیانگر این بود که شنیدن آوای قرآن کریم می‌تواند روش مؤثری در جهت بهبود وضعیت بهداشت روان دانشجویان باشد. رمضانزاده و همکاران (۱۳۹۴) نیز در پژوهشی نشان دادند که انس با قرآن با سلامت عمومی و بهداشت روانی دانشجویان رابطه مثبت دارد.

در تبیین نتایج پژوهش حاضر می‌توان دو جنبه را بررسی کرد: نخست اینکه قرآن مجید با سبکی جذاب و شیرین در لفظ، به همراه معانی متعالی و روح‌بخش موجب ارتباط معنوی بین انسان و خداوند می‌شود و همین فضای معنوی برای زندگی فردی و اجتماعی شخص ارزشمند است و با آرامشی که برای فرد ایجاد می‌کند به تقویت و افزایش سلامت عمومی او کمک می‌رساند؛ چنان‌که خداوند در قرآن می‌فرماید: «آگاه باشید که دل‌ها به یاد خدا آرامش می‌یابد»^۱ (رعد، ۲۸). و نیز می‌فرماید: «و ما آنچه از قرآن می‌فرستیم، شفای دل و رحمت الهی برای اهل ایمان است»^۲ (اسراء، ۸۲). همچنان‌که جیمز^۳ (۱۹۲۹) نیز در کتاب خود با عنوان دین و روان بیان می‌دارد که وجود خداوند در حوادث و رویدادهای بشری تغییری به وجود می‌آورد. با اتصال بشر در موقع دعا، به‌ویژه هنگامی که عالم ماورای حس، جلوه‌ی روشنی در قلب آدمی جاری می‌سازد؛ آنچه آدمی در این موقع احساس می‌کند، یک اصل روحانی است که متعلق به اوست، ولی با این حال از او جداست، در مرکز نیروی شخصی او اثری زندگی‌بخش می‌گذارد و زندگی نوینی به او می‌بخشد که با هیچ چیز قابل مقایسه نیست. به گفته‌ی نلسون^۴ (۲۰۰۹) پژوهش‌های بسیاری ارتباط بین معنویت با امید و سلامت روان را تأیید کرده‌اند. معنویت مبتنی بر جهان‌بینی

۱. أَلَا يَذْكُرُ اللَّهُ تَطْمِئِنُّ الْقُلُوبُ.

۲. وَ نُنَزِّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَ رَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ.

3. James

4. Nelson

توحیدی، سبک زندگی انسان را اعتلا می‌بخشد. در این سبک زندگی، رفتارهای آسیب‌زا به تدریج کاهش یافته و سلامت روان افزایش می‌یابد (ساچمن و متیوز،^۱ ۱۹۸۸). در واقع، می‌توان گفت نوعی آرامش که آمیزه‌ای از آرامش درونی بنابر اعتقادات و نگرش و آرامش بیرونی با خواندن یا شنیدن کلام الهی است، موجب می‌شود سعه صدر و قدرت درونی فرد در مدیریت و کنترل احساسات و هیجاناتش افزایش یابد. چنان‌که حضرت علی^۷ می‌فرماید: «برترین ذکر، قرآن است. به واسطه قرآن سعه صدر حاصل و ضمائر روشن و نورانی می‌شود»^۲ (محمدری شهری، ۱۳۸۴). نیز پیامبر اسلام^۷ برای ترغیب در قرائت قرآن و شنیدن آن می‌فرماید: «قرائت‌کننده قرآن و شنونده آن، هر دو اجر و پاداش یکسان دارند»^۳ (نوری، ۱۳۲۰ ق). در تأیید این تبیین می‌توان به تأثیر آوای قرآن کریم بر فاکتورهای سیستم ایمنی در انسان اشاره کرد. در این راستا، پژوهشی نشان داد که شنیدن تلاوت قرآن کریم هم به روش قرائت مجلسی و هم به روش قرائت ترتیل، سبب افزایش میزان فاکتورهای سیستم ایمنی و تقویت سیستم ایمنی بدن برای مقابله با شرایط بحرانی و استرسی می‌شود (پژهان و همکاران، ۱۳۹۳).

جنبه دوم در تحلیل به تعالیم تربیتی و آموزه‌های دینی قرآن، به‌طور خاص مربوط می‌شود به این معنا که چون قرآن شامل پیام‌های اخلاقی، آموزه‌های تربیتی، تشویق‌ها و تحذیرها است، با ترغیب به اعمال روح‌بخش و قدرت‌بخش فرد را برای مدیریت خود و فائق آمدن بر مشکلات راهنمایی و نیرو می‌بخشد. برای مثال، خداوند در آیه ۱۵۵ سوره بقره ضمن ترسیم یک نگرش الهی نسبت به مشکلات و مصائب، جهان‌بینی فرد را به‌گونه‌ای زیبا تغییر می‌دهد که فرد مشکلات و سختی‌ها را گاه امتحانی از جانب پروردگار بداند که به‌عنوان راهی برای رسیدن به کمالات انسانی و قرب به خدا در پیش روی فرد قرار می‌دهد و شخص باید با صبر و استقامت آنها را پشت سر گذارد، صبری که خداوند بر آن بشارت می‌دهد. خداوند در این آیه می‌فرماید: «و قطعاً همه شما را با چیزی از ترس، گرسنگی و زیان مالی و جانی و کمبود محصولات و صابران (در این‌گونه حوادث را) بشارت بده»^۴ (بقره، ۱۵۵). این‌گونه جهان‌بینی، نگرش مثبت و آماده‌سازی که در پرتو آموزه‌های متعالی قرآن برای فرد شکل می‌گیرد، موجب یک آرامش درونی می‌شود و به ارتقا و افزایش سطح سلامت عمومی و بهداشت روانی در فرد می‌انجامد؛ چنان‌که گوته^۵ بیان می‌دارد،

1. Suchman & Matthews

۲. أَفْضَلُ الذِّكْرِ الْقُرْآنُ بِهِ تُشْرَحُ الصُّدُورُ وَ تَسْتَبِيرُ السَّرَائِرُ.

۳. قَارِئُ الْقُرْآنِ وَ الْمُسْتَمِعُ فِي الْأَجْرِ سَوَاءٌ.

۴. وَلَتَبْلُوَنَّهُمْ بَشَىٍّ مِنْ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَ نَقْصٍ مِنَ الْأَمْوَالِ وَالْأَنْفُسِ وَ الثَّمَرَاتِ وَ بَشِّرِ الصَّابِرِينَ.

5. Gotek

جهان‌بینی نه تنها روابط بیرونی فردی را در قبال نظام‌های اجتماعی، سیاسی و تربیتی تعیین می‌بخشد بلکه حس درونی وجود فرد یا هویت شخص را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (گوتک، ۱۹۹۷). در واقع، قرآن کریم با بیان آموزه‌های متعالی تربیتی، فرد را در جنبه‌های انگیزش و نگرش، آگاهی و شناخت، ارزیابی منطقی، تشویق به اعمال شایسته و برحذر داشتن از اعمال ناشایست، رشد می‌دهد و سلامت روانی را تأمین می‌کند. دستوراتی همچون پرهیز از یأس و ناامیدی^۱ (یوسف، ۸۷)؛ مژده یاری و رسیدن آسایش پس از سختی‌ها^۲ (شرح، ۵ و ۶)؛ فرونشاندن خشم و گذشتن از خطای دیگران^۳ (آل عمران، ۱۳۴)؛ نرمی در سخن گفتن با مردم^۴ (بقره، ۸۳)؛ تعامل و روابط خوب با والدین و پرهیز از آزار و اذیت آنها حتی در گفتار^۵ (اسراء، ۲۳)؛ صبر و استقامت در برابر مشکلات و نااملازمات زندگی^۶ (بقره، ۱۵۵)؛ پرهیز از عیب‌جویی و طعنه زدن^۷ (همزه، ۱)؛ پرهیز از مسخره کردن، نسبت ندادن القاب زشت به دیگران و دوری از بدبینی و سوء ظن^۸ (حجرات، ۱۱ و ۱۲) و... موجب می‌شود فرد به شناخت بالایی از خود، محیط و راهبردهای مثبت و مؤثر برای زندگی و رویارو شدن با مشکلات دست یابد. در این راستا، حضرت علی^۷ نیز در نهج البلاغه می‌فرماید: درمان خود را از قرآن بخواهید و در سختی‌ها از قرآن یاری طلبید (ترجمه دشتی، ۱۳۹۱). در تأیید این بُعد از تحلیل نیز می‌توان به تحقیق اسمعیلی صدرآبادی و همکاران (۱۳۹۵) اشاره کرد. این محققان در پژوهشی به بررسی اثربخشی تدبیر در آیات قرآن کریم بر افزایش سلامت روان پرداختند؛ نتایج تحقیق آنها بیانگر این بود که تدبیر در آیات قرآن کریم هم در پیشگیری و هم در درمان بیماری‌های روانی مؤثر بوده است. برای نمونه‌ای دیگر، پژوهش مقطعی خادمیان (۱۳۹۱) (برای اواخر نوجوانی و اوایل جوانی) نشان داد که گروه دانشجویان دختر که قرائت قرآن داشتند در مقایسه با گروهی که قرائت قرآن نداشتند، کمتر با تنیدگی‌های روانی روبه‌رو

۱. وَلَا تَيَاسُوا مِنْ رَوْحِ اللَّهِ إِنَّهُ لَا يَتَاسُ مِنْ رَوْحِ اللَّهِ إِلَّا الْقَوْمُ الْكَافِرُونَ.

۲. فَإِنْ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرٌ * إِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا.

۳. وَالْكَافِرِينَ الْغَيْظُ وَالْعَافِينَ عَنِ النَّاسِ وَاللَّهُ يُحِبُّ الْمُحْسِنِينَ.

۴. وَقُولُوا لِلنَّاسِ حُسْنًا.

۵. وَقَضَىٰ رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا إِمَّا يَبُلُغَنَّ عِنْدَكَ الْكِبَرَ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلَاهُمَا فَلَا تَقُلْ لَهُمَا أَوْفٌ وَلَا تَنْهَرُهُمَا وَقُلْ لَهُمَا قَوْلًا كَرِيمًا.

۶. وَلَتَبْلُوُنَّكُمْ بَشِيرٌ مِّنَ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِّنَ الْأَمْوَالِ وَالْأَنْفُسِ وَالثَّمَرَاتِ وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ.

۷. وَيَلِ كُلَّ صَمْرَةٍ لَّمْرَةٌ.

۸. يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لَا تَسْخَرُوا قَوْمًا مِّن قَوْمٍ عَسَىٰ أَن يَكُونُوا خَيْرًا مِنْهُمْ وَلَا نِسَاءً مِّن نِّسَاءٍ عَسَىٰ أَن يَكُنَّ خَيْرًا مِنْهُنَّ وَلَا تَلْمِزُوا أَنْفُسَكُمْ وَلَا تَنَابَزُوا بِالْأَلْقَابِ بِئْسَ الْأَشْمُ الْقُسُوفُ بَعْدَ الْإِيمَانِ وَمَن لَّمْ يَتُبْ فَأُولَٰئِكَ هُمُ الظَّالِمُونَ * يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اجْتَنِبُوا كَثِيرًا مِّنَ الظَّنِّ إِنَّ بَعْضَ الظَّنِّ إِثْمٌ وَلَا تَجَسَّسُوا وَلَا يَغْتَبِ بَعْضُكُم بَعْضًا أَيُحِبُّ أَحَدُكُمْ أَن يَأْكُلَ لَحْمَ أَخِيهِ مَيْتًا فَكَرِهْتُمُوهُ وَاتَّقُوا اللَّهَ إِنَّ اللَّهَ تَوَّابٌ رَّحِيمٌ.

می‌شوند و در صورت رویارویی نیز بیشتر از راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار استفاده می‌کنند؛ در برابر آن، دانشجویان غیرقاری قرآن بیشتر از راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محور بهره می‌برند.

محدودیت‌ها

نبود پژوهش‌های دقیق و کافی در زمینه بررسی متغیرهای مرتبط با قرآن (از نظر لفظ و معنا) از جمله محدودیت‌های این پژوهش بوده است.

پیشنهادهای

پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران از یک سو به ساخت ابزارهای دقیق و استاندارد در ارتباط با متغیرهای مرتبط با تلاوت قرآن (از نظر لفظ و معنا) بپردازند و از سوی دیگر، تحقیقات مرتبط با ویژگی‌های لفظی و معنایی قرآن را با سایر متغیرهای روان‌شناختی، جامعه‌شناختی و تعلیم و تربیت افزایش دهند؛ در این حوزه موضوعات و پرسش‌های زیادی قابل طرح است که پژوهش‌های آتی می‌تواند به آنها پاسخ دهد.



منابع

- * قرآن الکریم (۱۳۸۰)، ترجمه مکارم شیرازی، قم: انتشارات دارالقرآن الکریم.
۱. اسمعیلی صدرآبادی، مهدی؛ مریم جدادی؛ محسن رفیع خواه و زهرا نقی زاده (۱۳۹۵)، «بررسی اثربخشی تدبیر در آیات قرآن کریم بر افزایش سلامت روان»، دوفصلنامه تخصصی پژوهش های میان رشته ای قرآن کریم، س ۷، ش ۱، بهار و تابستان، ص ۵۱-۶۴.
 ۲. انصاری جابری، علی؛ طیبه نگاهبان بنابی؛ احمدرضا صیادی اناری و پروین آقامحمدحسنی (۱۳۸۴)، «تأثیر آوای قرآن کریم بر افسردگی بیماران بستری در بخش اعصاب و روان بیمارستان مرادی رفسنجان»، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، دوره ۱۰، ش ۲، ص ۴۲-۴۸.
 ۳. پڑهان، اکبر؛ حسن روانسالار؛ مصطفی عباسی؛ خدیجه محمدی؛ جواد مهدوی نسب؛ محمدحسن رخشانی؛ جواد حدادینیا؛ رحیم گل محمدی (۱۳۹۳)، «تأثیر شنیدن آوای قرآن کریم بر میزان فاکتورهای سیستم ایمنی در انسان»، مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۱، ش ۱، ص ۵۳-۶۰.
 ۴. تقوی، سیدمحمدرضا (۱۳۸۰)، «بررسی روایی و اعتبار پرسش نامه سلامت عمومی (G.H.Q)»، مجله روان شناسی، دوره ۵، ش ۴ (پیاپی ۲۰)، ص ۳۹۸-۳۸۱.
 ۵. تقوی، سیدمحمدرضا (۱۳۸۷)، «هنجاریابی پرسش نامه سلامت عمومی (G.H.Q)»، دوفصلنامه علمی پژوهشی دانشور رفتار، دانشگاه شاهد، س ۱۵، ش ۲۸، ص ۱-۱۳.
 ۶. تقی لو، صادق (۱۳۸۸)، «تأثیر آموزش روخوانی قرآن بر کاهش استرس در بین جوانان و نوجوانان»، مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره ۱۸، ش ۷۱، ص ۷۲-۸۱.
 ۷. جیمز، ویلیام (۱۹۲۹)، دین و روان، ترجمه مهدی قائنی (۱۳۸۷)، قم: انتشارات دارالفکر.
 ۸. حدادی کوهسار، علی اکبر؛ رسول روشن و علی اصغر اصغر نژاد فرید (۱۳۸۶)، «بررسی رابطه هوش هیجانی با سلامت روانی و پیشرفت تحصیلی در دانشجویان شاهد و غیرشاهد دانشگاه تهران»، مجله روان شناسی و علوم تربیتی، س ۳۷، ش ۱، ص ۹۷-۱۱۲.
 ۹. خادمیان، حسین (۱۳۹۱)، «تأثیر قرائت قرآن بر تنیدگی های روانی و راهبردهای مقابله ای در بین دانشجویان»، دوفصلنامه علمی پژوهشی، مطالعات اسلام و روان شناسی، س ۶، ش ۱۰، ص ۶۳-۸۴.

۱۰. رمضان زاده، خیرالنساء؛ محمدرضا میری؛ سیدمحمد هاشمی (۱۳۹۴)، «انس با قرآن و رابطه آن با بهداشت روان در دانشجویان»، مجله پژوهش در دین و سلامت، دوره ۳، ش ۲، ص ۴۱-۴۸.
۱۱. زرافشانی، محمدکیان؛ آذرمیدخت رضایی؛ غزل زرافشانی (۱۳۹۵) «مقایسه شاخص های سلامت عمومی زنان حافظ قرآن و زنان غیرحافظ شهر کرمانشاه» مجله پژوهش در دین و سلامت، دوره ۳، ش ۲، ص ۴۳-۵۲.
۱۲. شاملو، سعید (۱۳۹۴)، بهداشت روانی، چ ۱۹، تهران: انتشارات رشد.
۱۳. شریف الرضی، محمد بن حسین (۳۵۹ق-۴۰۶ق)، نهج البلاغه، ترجمه محمد دشتی (۱۳۹۱)، قم: مؤسسه فرهنگی تبلیغاتی امیرالمؤمنین ۷.
۱۴. صادقیان، عفت؛ علی حیدریان پور (۱۳۸۸)، «عوامل استرس زا و ارتباط آن با سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان»، مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)، دوره ۱۵، ش ۱، ص ۷۱-۸۱.
۱۵. فانی، مهدی؛ مرضیه کرمخانی (۱۳۹۴)، «دین راهنمای سلامت معنوی»، مجله پژوهش در دین و سلامت، دوره ۱، ش ۳، ص ۴۱-۴۹.
۱۶. فقیهی، علی نقی (۱۳۸۶)، «آموزش های روان شناختی مبتنی بر قرآن و حدیث و بررسی تأثیرات روانی و تربیتی آن در روابط همسران»، نشریه تربیت اسلامی، دوره ۲، ش ۴، ص ۸۹-۱۳۰.
۱۷. قدرتی میرکوهی، مهدی؛ احسان خرمی (۱۳۸۹)، «رابطه دینداری با سلامت روان در نوجوانان»، نشریه علوم رفتاری، دوره ۲، ش ۵، ص ۱۱۵-۱۳۱.
۱۸. قمی، علی بن ابراهیم (۳۰۷)، تفسیر قمی، ترجمه جابر رضوانی (۱۳۹۲)، قم: انتشارات بنی الزهرا B.
۱۹. کاظمی، مجید؛ علی انصاری؛ محمدالله توکلی؛ سیما کریمی (۱۳۸۲)، «تأثیر آوای قرآن کریم بر بهداشت روان دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان»، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، س ۳، ش ۱، ص ۵۲-۵۷.
۲۰. گال، مردیت، بورگ، والتر؛ گال، جویس (۱۹۴۲)، «روش های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان شناسی»، ترجمه احمد رضا نصر، حمیدرضا عریضی، محمود ابوالقاسمی، خسرو باقری، محمدحسین علامت ساز، محمدجعفر پاک سرشت، علی دلاور، علیرضا

- کیامنش، غلامرضا خوی‌نژاد (۱۳۹۳)، ج ۲، تهران: انتشارات سمت و مرکز چاپ و انتشارات دانشگاه شهید بهشتی.
۲۱. گوته، جرال‌دال (۱۹۹۷)، مکاتب فلسفی و آرای تربیتی، ترجمه محمدجعفر پاک‌سرشت (۱۳۹۵)، تهران: انتشارات سمت.
۲۲. محمدی ری‌شهری، محمد (۱۳۸۴)، میزان الحکمه، ترجمه حمیدرضا شیخی (۱۳۹۳)، تهران: سازمان چاپ و نشر دارالحديث.
۲۳. محمودیان، مجید؛ ابوالقاسم خوش‌کنش و بهرام صالح صدق‌پور (۱۳۸۷)، «بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی با رویکرد قرآنی بر افسردگی دانشجویان»، فصلنامه تخصصی پژوهش‌های میان‌رشته‌ای قرآنی، س ۱، ش ۱، ص ۴۳-۵۴.
۲۴. مطهری، مرتضی (۱۳۹۶)، دسته کتاب‌های علوم قرآنی، کتاب آشنایی با قرآن، ج ۲، تهران: انتشارات صدرا.
۲۵. میلانی‌فر، بهروز (۱۳۹۵)، بهداشت روانی، ج ۱۴، تهران: نشر قومس.
۲۶. نوربالا، احمدعلی؛ سیدعباس باقری یزدی؛ کاظم محمد (۱۳۸۷)، «اعتباریابی پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی به‌عنوان ابزار غربالگری اختلالات روان‌پزشکی در شهر تهران»، مجله پژوهشی حکیم، دوره ۱۱، ش ۴، ص ۴۷-۵۳.
۲۷. نوری، حسین بن محمدتقی (۱۳۲۰ق)، مستدرک الوسائل و مستنبط المسائل، قم: انتشارات آل‌البیت.
28. Guthrie E. Psychological stress and bome out in medical students, a five prospective longitudinal study. J R Soc Med 1998; 91 (2), 43-237.
29. Goldberg, D. P. & Hillier, V. F (1979), A scaled version of general health questionnaire. Psychological Medicine. (9), 45-131.
30. Kaplan, B.J. & Sadock, V.A. Synopsis of Psychiatry Bahavioural Science, Updated with DSM-5: (11th). edititon copyright. 2015.
31. Kaplan, L, Education and mental health, New York, Harper and Row, 1971, 105.
32. Nelson, C., et al. The role of spir-ituallity in the relationship between relig-iosity and depression in prostate cancer patients. Journal of Annals of Behavioral Medicine, 2009: 38 (2), 105-114.
33. Rettke SI. Cultural Differences and Similarities in Cognitive Appraisals and Emotional Responses. New York: New school for Social Research; 1990.
34. Suchman AL, Matthews DA. What makes the patient-doctor relation-ship

therapeutic? Exploring the connex-ional dimension of medical care. Ann Intern Med. 1988 Jan; 108 (1): 30-125.

35. WHO, Promoting mental health: Concepts, emerging evidence and practice: report of the world health organization, Department of mental health and substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne, 2005.

