

## حفظ قرآن و تاثیر آن بر مولفه‌های سلامت روان

سید علی کیمیایی<sup>۱</sup>، حسین خادمیان\*<sup>۲</sup> و حسن فرهادی<sup>۳</sup>

### چکیده

هدف از این پژوهش، بررسی تاثیر حفظ قرآن بر مولفه‌های سلامت روان بود. بدین منظور تعداد ۹۰ نفر از زنان حافظ قرآن کریم از مرکز "جامعه‌ی القرآن خواهران مشهد" و ۹۲ نفر از زنان غیر حافظ به عنوان نمونه انتخاب شدند. بمنظور جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی سلامت روان GHQ-28 استفاده شد. نتایج نشان داد که در مقیاس‌های اضطراب و اختلال خواب، افسردگی و کارکرد اجتماعی، حافظان قرآن از سلامت روان بیش‌تری برخوردار بودند، اما از نظر نشانه‌های جسمانی بین دو گروه تفاوتی معنادار وجود نداشت. از سوی دیگر، نتایج نشان دادند که در بین حافظان نیز کسانی که تعداد جزءهای بیش‌تری از قرآن را حفظ بودند، از سلامت روان بالاتری برخوردار بودند. بنابراین، با توجه به این‌که سلامت روان دارای ماهیت برون‌زا (محیط خانواده، مدرسه، همسالان و جامعه) و درون‌زا (جسمانی، عاطفی، انگیزشی، رفتاری و شناختی) است، یافته‌های پژوهش نشان می‌دهند که حفظ قرآن می‌تواند با تاثیر بر عوامل درون‌زا به ارتقای سلامت روان افراد کمک نموده و منبعی موثر در مقابله با استرس‌ها و چالش‌های زندگی عصر حاضر باشد.

واژه‌های کلیدی: قرآن، سلامت روان، حافظان قرآن.

۱- دکتری مشاوره خانواده و استادیار دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد.

Kimiaee@um.ac.ir

۲- کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه فردوسی مشهد.

۳- کارشناس ارشد روان‌سنجی، دانشگاه علامه طباطبایی. farhadi\_onlie@yahoo.co.in

\*- نویسنده‌ی مسئول: hosseinkhademian@yahoo.com

### پیشگفتار

سال‌هاست که نقش دین، مذهب و مناسک و مراسم مذهبی در زندگی فردی و اجتماعی مورد توجه متخصصان بهداشت روانی قرار گرفته و بر این باورند که آثار و پیامدهای مذهبی در زندگی باعث کاهش پریشانی افراد شده و به سازگاری آنان با هنجارهای اجتماعی کمک می‌کند. در بسیاری از جنبه‌های مذهب از یک سوء به امید، خوش بینی، همدلی، عفو و بخشش تاکید شده و از سوی دیگر، پرهیز از تجاوز و رفتارهای ضد اجتماعی مانند دروغ، دزدی، حسادت و تهمت در آن سفارش شده است. بنظر می‌رسد هر دو جنبه‌ی مذهب، یعنی پرداختن به فعالیت‌های مثبت و دوری از فعالیت‌های منفی باعث پدید آمدن احساس ارزش مثبت در پیروان ادیان می‌شود که خود منجر به سلامت بالای روان می‌گردد. از این رو، اسلام فراگیری یک سری معرفت‌های بنیادی مذهبی موثر در سلامت فکر و روان را واجب کرده است. این معرفت‌های بنیادی، هم عامل امنیت و بهداشت روان و هم عامل تصحیح و هنجارگرایی در رفتار می‌شوند. در این زمینه، خداوند متعال برای برقراری رابطه‌ی بندگانش با او راههایی را قرار داده است که یکی از آن‌ها قرآن کریم می‌باشد. نظری گذرا به آیات الهی نشان می‌دهد که قرآن مملو از سخنانی است که در آن‌ها بر آرامش و چگونگی دست‌یابی به آن اشاره شده است. آهنگ موزون قرآن کریم و آوای دلنشین آن به عنوان یک موسیقی عرفانی دلپذیر، با خواص ویژه و ملودی و ریتم مخصوص به خود، از با شکوه ترین ابعاد اعجاز بیان قرآن می‌باشد. یافته‌های پژوهشی فراوان نشان داده است که آوای قرآن کریم می‌تواند مداخله‌ای موثر و ی خطر در مورد مشکلات بیماران از جمله کاهش استرس، تحریک پذیری، کاهش احساس تنهایی، بهبودی خلق و تعدیل هیجان‌ها و در یک کلام، افزایش سلامت روان داشته باشد. بر اساس مطالعات محقق چنین بنظر رسید که بیش‌تر پژوهش‌های انجام شده به تاثیر قرائت و آوای قرآن کریم بر بهداشت روان و جسم پرداخته‌اند و کم‌تر پژوهشی درباره‌ی تاثیر حفظ قرآن بر سلامت روان صورت گرفته است. نظر به این که ما در جامعه‌ای زندگی می‌کنیم که هر ساله شمار زیادی افزون بر قرائت به حفظ قرآن می‌پردازند و نظر به این که این امر دارای مشکلات و سختی‌های فراوانی است، لذا، مناسب دیده شد تا به بررسی علمی تاثیر حفظ قرآن بر سلامت روان به عنوان یکی از مولفه‌های بنیادی مذهبی پرداخته شود.

## مبانی پژوهش

سلامت روان<sup>۱</sup> پدیده‌ای است که از دیر باز مورد توجه مشاوران، روان‌شناسان و روان‌پزشکان بوده و متاثر از مجموعه‌ای از عوامل جسمی<sup>۲</sup>، اجتماعی<sup>۳</sup> و شناختی<sup>۴</sup> می‌باشد (Sadeghie, 2007:p262). بر اساس معیارهای جهانی، سلامتی تنها جنبه‌های جسمانی را در بر نمی‌گیرد، به گونه‌ای که سازمان جهانی بهداشت<sup>۵</sup>، سلامتی را "حالتی که در آن فرد از نظر روانی، عاطفی و اجتماعی کاملاً سالم است و در او نشانه‌ای از بیماری و رنجوری مشاهده نمی‌شود"، تعریف کرده است (Campos, 2002).

بر اساس این تعریف، سلامتی حالت تندرستی کامل جسمانی، روانی و اجتماعی است، نه صرفاً فقدان ضعف یا بیماری. با وجود این که موضوع و هدف اصلی تمامی مکاتب روان‌شناختی دستیابی و تامین سلامت روان انسان‌هاست، اما هر یک از مکاتب تعریف متفاوتی را از سلامت روان ارائه داده‌اند. از دیدگاه زیست‌شناختی، بهداشت روانی به معنای نبود علایم بیماری است. براساس این الگو، انسان سالم کسی است که نشانه‌های بیماری در او دیده نمی‌شود. بر اساس این دیدگاه، هدف انسان و جوامع انسانی رهایی و خلاصی انسان از نشانه‌های بیماری است. در این الگو، نشانه‌ها و پدیده‌هایی از قبیل اضطراب، وسواس، افسردگی، توهم و هذیان، و پرخاشگری کنترل نشده، نشانه‌ی بیماری بشمار می‌روند و اگر در کسی یافت شوند، آن فرد نابهنجار و غیر طبیعی (مریض و ناسالم) است و چنانچه در فردی یافت نشوند، این فرد سالم، طبیعی و بهنجار بشمار می‌رود (Mirderikvandi, 2006:p58).

زیست‌گرایان در مطالعه‌ی رفتار انسان، بیش‌ترین اهمیت را برای بافت‌ها و اعضای بدن قایل می‌شوند. این مکتب که پایه‌ی اصلی روان‌پزشکی را تشکیل می‌دهد، بیش‌تر بر بیماری روانی توجه دارد، نه بهداشت روانی زیرا بیماری روانی را جزء سایر بیماری‌ها بشمار می‌آورد. روان‌پزشکی که در اواخر سده‌ی هجدهم شاخه‌ای از پزشکی شناخته می‌شد و به درمان بیماری‌های روانی می‌پرداخت، از بیماری مفهوم عضوی را در نظر می‌گرفت. همان‌گونه که اشاره شد، دیدگاه روان‌پزشکی برای تبیین بیماری روانی به پدیده‌ها و اختلال‌های فیزیولوژیک اهمیت می‌دهد. این دیدگاه از دانش پزشکی الهام می‌برد زیرا دانش پزشکی باور دارد، بیماری جسمی در اثر بی‌نظمی در عملکرد یا در خود دستگاه بوجود می‌آید. دیدگاه روان‌پزشکی درباره‌ی فرد، دید تعادل حیاتی دارد و بر این باور

<sup>1</sup> -Mental health

<sup>2</sup> -Somatic

<sup>3</sup> -Social

<sup>4</sup> -Cognitive

<sup>5</sup> - World health organization

است که اگر رفتار شخص از هنجار منحرف شود، به این دلیل است که دستگاه روانی او اختلال یافته است. بنابراین، فرض بر این است که در آینده نوعی نقص در دستگاه عصبی او کشف خواهد شد و همه‌ی اختلال‌های فکری و رفتاری بر اساس آن قابل تبیین خواهند بود. به دلیل آنکه دیدگاه روان پزشکی درباره‌ی فرد دید تعادل حیاتی دارد، بر اساس این دیدگاه، بهداشت روانی عبارت است از "نظام متعادلی که خوب کار می‌کند" (Ganji, 2001:pp14-15).

از دیدگاه مکتب روان‌کاوی، سلامت روان به معنای سازگاری فرد با خود و با خواسته‌ها و فشارهای جامعه است. به باور فروید (Freud, 1983) بیش‌تر مردم به درجات گوناگون، روان نژند هستند و سلامت روانی یک آرمان است نه یک هنجار آماری و ویژگی‌های خاصی برای سلامت روانی ضرورت دارد. نخستین ویژگی خود آگاهی است، یعنی هر آنچه که ممکن است در ناخودآگاه موجب مشکل شود، بایستی به خودآگاهی برسد. بنظر فروید، خودآگاهی عنصر اصلی سلامت روانی است. او یگانگی منطقی از علاقمندی‌ها و اشتیاق‌های عمومی را معیار نهایی سلامت روان می‌داند. نظریه پردازان مکتب انسانگرایی بر این باورند که سلامت روان به معنای رشد، شکوفاسازی و تحقق استعدادها و نیروهای درونی انسان است. از دیدگاه نظریه پردازان این مکتب، انسان سالم کسی است که استعدادهای خود را شکوفا سازد و به کمال مطلوب وایده آل برسد (Mirderkvandi, 2006:p59).

مزلو (Maslow) بر این باور است که افراد برخوردار از سلامت روان، نیازهای سطوح پایین را برآورده کرده‌اند و اختلال روان شناختی ندارند، می‌دانند کی هستند، چی هستند و به کجا می‌روند. ادراک افراد سالم از واقعیت صحیح است. آن‌ها جهان را به صورت عینی ادراک می‌کنند، این افراد خود انگیخته سالم و طبیعی هستند، عواطف خود را صادقانه و بدون رنجش دیگران نشان می‌دهند. تجارب عارفانه یا اوج دارند و همین تجارب موجب اعتلا و احساس قدرت و قاطعیت آن‌ها می‌شود. فروم (Fromm) نیز که یکی دیگر از نظریه پردازان مکتب انسان‌گرایی است، بر این باور است که انسان دارای سلامت روان کسی است که عمیقاً عشق می‌ورزد. آفرینشگر است و قدرت تعقل را در خودش کاملاً پروانیده است و خودش و جهان را به شکل عمیقی ادراک می‌کند، احساس درست و پایدار دارد، با جهان در پیوند است و در آن ریشه و رسالت دارد و حاکم بر سرنوشت خویش است. فروم، انسان سالم را دارای جهت گیری بارور می‌داند، یعنی آن نوع جهت‌گیری که در آن فرد قادر است تمام قدرت‌ها و استعدادهای بالقوه‌ی خویش را بکار گیرد (Tabrizi, 1994:pp61-71). و بالاخره رفتار گرایان، سلامت روان را به معنای وجود رفتار سازگارانه و عدم رفتار ناسازگارانه در فرد می‌دانند. رفتار سازگارانه رفتاری است که فرد را به اهدافش برساند و رفتار ناسازگارانه رفتاری است که فرد را از رسیدن به اهدافش باز دارد. اسکینر (Skinner) که یکی از نظریه پردازان مکتب

رفتارگرایی است بر این باور است که سلامت روانی و انسان سالم معادل با رفتار منطبق بر قوانین و ضوابط جامعه است و چنین انسانی وقتی با مشکل روبه رو می‌شود، از راه شیوه‌ی اصلاح رفتار، برای بهبودی و هنجار کردن رفتار خود و اطرافیانش استفاده می‌جوید، این کار را تا وقتی ادامه می‌یابد که به سطح هنجار مورد پذیرش جامعه برسد. انسان سالم کسی است که تاییدات اجتماعی بیش‌تری را به خاطر رفتارهای مناسبش، از محیط و اطرفیان دریافت کند (Mirderikvandi, 2006:p60).

نظر به تعاریف ارایه شده از مکاتب گوناگون می‌توان چنین نتیجه گرفت که: سلامت روان گویای رفتار موزون و هماهنگ با جامعه و شناخت و پذیرش واقعیت‌های اجتماعی و قدرت سازگاری با آن‌ها و شکوفایی استعداد‌های ذاتی است به گونه‌ای که ارتقای سلامت روان در جامعه موجب بهبود کیفیت زندگی می‌گردد (Sadeghian, 2008:p73)، اما در حال حاضر آمارهای جهانی حکایت از بروز بالای اختلالات روانی دارند. بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی، ۵۲ میلیون نفر از مردم جهان در سنین گوناگون از بیماری‌های روانی رنج می‌برند و ۲۵۰ میلیون نفر بیماری خفیف روانی دارند؛ در ایران نیز وضعیت مناسب تر از این کشورها نمی‌باشد (Soltanian, 2004: p175).

نوربالا (Norbal, 1999) در پژوهش ملی "بررسی سلامت روان در ایران" که با استفاده از پرسشنامه‌ی سلامت عمومی<sup>۱</sup> انجام داد، میزان اختلالات در افراد بالای ۱۵ سال را ۲۱ درصد گزارش نمود. با این حال، امروزه برهمگان روشن است که تامین نیازهای روانی و عاطفی در گرو معنویت و دین نهفته است و نگرش نامناسب به دین و معنویت می‌تواند یکی از علل مهم بیماری‌های روانی تلقی شود (Setodah Asl, 2007:p146).

سلیگمن (Seligman) بر این باور است که مذهب امید و خوش بینی را فراهم می‌آورد و هنجارهای مثبت فردی و اجتماعی را ایجاد می‌کند (Rahimie, 2008: p22). آموزه‌های مذهب ثابت می‌کنند که تفکر و بینش فرد قطعاً بر نگرش‌های عینی او به مسایل زندگی و نیز رفتار، عواطف و احساساتش تاثیر گذارند. از این رو، اسلام فراگیری یک سری معرفت‌های بنیادی موثر در سلامت فکر را واجب نموده است. این معرفت‌های بنیادی، هم عامل امنیت و بهداشت روانی در فرد و نیز عامل تصحیح و هنجارگرایی در رفتار می‌شود (Alavy, 2007:p22).

در سال‌های اخیر، رابطه‌ی بین خدا و داشتن نگرش‌های مذهبی و رابطه‌ی آن با سلامت روانی، گستره‌ای از پژوهش‌ها را شامل شده است و نشان داده شده است که اعتقاد و نگرش مثبت به نیرویی فراتر از تمام نیروهای هستی، اضطراب، افسردگی، ترس و... را از انسان دور و نشاط، سلامت جسم و روان، شادکامی و نیکبختی را به جای آن می‌نشانند (Mears, 2006:pp351-367).

<sup>۱</sup> - General health Questionnaire

مطهری (Motahharie, 1996) بر این باور است که انسان با ایجاد ارتباط با خداوند و نگرش‌های دینی، نیروی محدود خویش را با توسل به منبع نامحدودی چون قدرت خداوند افزایش می‌دهد و این احساس، سبب ایجاد آرامش و سلامت جسمی و روانی و افزایش عزت نفس انسان می‌گردد. براین اساس، مدت‌هاست که تصور می‌شود بین مذهب و سلامت روان ارتباط مثبتی وجود دارد و بتازگی نیز روان‌شناسی مذهب، اهمیت زیادی را برای نقش راهبردهای مقابله‌ای و سبک زندگی افراد در چگونگی وضعیت سلامت جسمانی و روانی آن‌ها قایل شده است. شیوه‌های مقابله، توانایی‌های شناختی و رفتاری هستند که فرد مضطرب بمنظور کنترل نیازهای ویژه درونی و بیرونی فشارآور بکار می‌گیرد (Shajarat, 2008:p10). در مقابله‌ی مذهبی، افراد از منابع مذهبی متعددی استفاده می‌کنند که از آن جمله می‌توان به توکل به خداوند، زیارت ائمه (ع)، نماز، قرآن و غیره اشاره نمود. همان‌گونه که اشاره شد، قرآن کریم یکی از منابع مذهبی است که خداوند سبحان برای برقراری رابطه‌ی بندگانش با او، برای انسان‌ها نازل فرموده است. کلن و ترسی (Chlan & Tracy, 1999) بر این باورند که آوای قرآن کریم می‌تواند مداخله‌ای موثر و بی‌خطر در مورد مشکلات بیماران از جمله کاهش استرس، تحریک‌پذیری، کاهش احساس تنهایی، بهبود خلق و تعدیل هیجانات داشته باشد. خداوند در قرآن فردی را سالم و سلیم النفس می‌داند که با تکیه بر فطرت توحیدی از ایمان در قلب برخوردار بوده و در رفتار با ایجاد تعادل میان قوای متضاد درونی و نیز تقابلات بیرونی و درونی برخاسته از غرایز و محیط، بهترین شیوه را در دستیابی به خوشبختی و قرب الی الله برگزیند. از نظر قرآن کسانی که در عقیده کفر و در عمل نفاق را برگزیدند، از سلامت روانی برخوردار نبوده و دچار بیماری روانی هستند. "فی قلوبهم مرض" فزادهم الله مرضاً (بقره، ۱۰). نظر به مطالب یاد شده می‌توان چنین استنباط کرد که از جمله نیازهای روانی انسان، نیاز به پرستش و نیاز به داشتن معبود است و برای رشد جنبه‌های روانی و حتی جسمانی انسان لازم است این نیازها تامین شود. از آن‌جا که خداوند رحمان در قرآن کریم ویژگی‌های انسان‌های سالم را ایمان در قلب و تکیه بر فطرت و نشانه‌های انسان‌های بیمار را کفر در عقیده و نفاق در عمل معرفی نموده است، لذا، پژوهشگر را بر آن داشته است تا بمنظور تایید این گفته‌ی خداوند باری تعالی به بررسی تاثیر حفظ قرآن به عنوان یک رفتار مذهبی بر سلامت روان افراد بپردازد.

### پیشینه‌ی پژوهش

پژوهش‌های متعدد نشان داده اند که دینداری و حضور در اجتماعات مذهبی نظیر نماز جماعت جلس‌های دعا و نیایش سبب ساز سلامت روانی و جسمانی و بهبود سطح کیفیت زندگی افراد و نگرش مثبت آن‌ها به زندگی و معناداری زندگی خواهد شد (Waldfoegel, 1997. Hawley, 1998).

بنابراین، مذهب به عنوان پدیده‌ای روانی- اجتماعی همواره مورد توجه روان شناسان بوده و بویژه در سه دهه‌ی اخیر پژوهش‌های متعددی در مورد چگونگی کنش‌های مذهب در تامین سلامت روان صورت گرفته (Bahrami, 1997) که همگی بیانگر این است که مذهب و گرایش‌های مذهبی سبب کاهش اضطراب، خودکشی، مصرف مواد، بزهکاری و افسردگی می‌شوند و سبب افزایش رضایت از زندگی و سازگاری اجتماعی می‌گردند (Ghobariebanab, 2005). از جمله‌ی این پژوهش‌ها می‌توان به پژوهش هرتسگارد ولایتس (Hertsgard & light, 1984) اشاره کرد، آنان در مطالعه‌ی خود دریافتند کسانی که بمنظور انجام مناسک مذهبی در کلیسا حاضر می‌شوند، از اضطراب کم-تری در مقایسه با گروه کنترل برخوردارند.

فینی و مالونی (Finney & Maloney, 1985) نیز در پژوهشی نشان دادند که دعا و نیایش، عاملی موثر در کاهش اضطراب افراد است. رحیمی (Rahimie, 2008) در پژوهشی که با عنوان تاثیر آموزش مفاهیم قرآنی بر ویژگی‌های اخلاقی، رفتاری و روانی نوجوانان منطقه‌ی شیخان سنندج انجام داد، دریافت که آموزش قرآن موجب کاهش گرایش‌های پارانوئیدی، افسردگی، پرخاشگری و بیقراری در آزمودنی‌ها شده است.

آرین (Arian, 2001) در پژوهشی که با عنوان رابطه‌ی بین دینداری و روان درستی ایرانیان مقیم کانادا انجام داد، نشان داد بین احساس روان تندرستی با دین داری رابطه‌ی مثبت معنی دار وجود دارد، به بیان دیگر، افرادی که از پایگاه دینداری بالاتری برخوردار بودند، دارای احساس روان تندرستی بیش‌تری بودند.

رازالی (Razali, 1985) در پژوهشی که با عنوان تاثیر روان درمانی مذهبی- فرهنگی اجتماعی بر بیماری‌های افسردگی و اضطراب انجام داد، دریافت که روان درمانی مذهبی با کاهش افسردگی و اضطراب بیماران رابطه‌ی مثبت معنی دار دارد و این تاثیر تا ۶ ماه پس از درمان نیز وجود داشته است.

روان‌شناسان بزرگی از جمله یونگ (Uong cited by Crawford, 2002) و آلپورت (Alport, 1954 cited by Kafee, 1995) به نقش و تاثیر مثبت مذهب بر زندگی افراد پرداخته و آن را معنادار می‌دانند.

مطالعاتی که اتچلی (Atchley, 2002) نیز در مورد جوانان انجام داد، سودمند بودن مذهب را در زندگی آنان نشان داد. در پژوهش او مشخص شد که مذهب عاملی بازدارنده در برابر بسیاری از آسیب‌هاست. نونیمیکر (Nonnemaker, 2003) در پژوهشی که با هدف بررسی رابطه‌ی میان دینداری با سلامت نوجوانان انجام داد، به این نتیجه رسید که دینداری افراد را در برابر اعمالی مثل سیگار کشیدن، نوشیدن الکل و مصرف مواد مخدر محافظت می‌کند.

مالتبی (Maltby, 2004) در پژوهشی به بررسی رابطه‌ی میان دینداری و بهداشت روانی پرداخته است و به این نتیجه رسید که مذهب، سطح بهداشت روانی را افزایش می‌دهد. رضایی (Rezaie, 2009)، سهرابیان (Sohrabian, 2000) و خلیلی (Khlilie, 2000) نیز در پژوهش‌های خود نشان دادند که میان نگرش مذهبی و سازگاری فردی و اجتماعی افراد رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. لوین، لارسون و پوچالسکی (Levin; Larson & Puchalski, 1997) نیز در پژوهشی نتیجه گیری کردند که مشارکت دینی یک عامل حفاظت کننده‌ی اپیدمیولوژیکی است. بهرامی مشعوف (Bahramie mashoof, 1992) در مطالعه‌ی خود با عنوان رابطه‌ی میزان عبادت و سلامت روان در دانشجویان پسر مرکز تربیت معلم همدان انجام داد دریافت که بین میزان عبادت و کاهش اضطراب رابطه‌ی مثبت معنی‌دار وجود دارد. دولتی (Dulati, 2001) به نقل از (Hosseini sabet, 2009) در پژوهش خود همبستگی معکوس بین اضطراب و مقابله‌ی مذهبی را نشان داد.

اسمیت (Smith, 2003) در یک فرا تحلیلی نشان داد که مذهبی بودن به طور میانگین، با سطوح کم‌تر نشانه‌های افسردگی ارتباط دارد. کریم الهی (Karimolahie, 2001) در مطالعه‌ی خود با عنوان بررسی ارتباط بین اعتقادات مذهبی و افسردگی در دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اردبیل انجام داد، به این نتیجه رسید که بین نگرش مذهبی و افسردگی پایین رابطه‌ی معنی داری وجود دارد. اکبری (Akbari, 2008) در پژوهشی که در مورد حافظان قرآن شهر دزفول انجام داد، نشان داد که حافظان قرآن در مقایسه با غیر حافظان از سلامت روان بیشتری برخوردارند، همچنین، افرادی که اجزای بیشتری از قرآن را حفظ بودند، نمره‌ی سلامت روان بالاتری داشتند. کونینگ و فوترمن (Koenig & Futterman, 1995) در بررسی ۲۳ پژوهش در یافتند، اشخاصی که متدین تر بودند، از سلامت روان و آسایش بیشتری برخوردار بودند.

برگین، مسترز و ریچاردز (Bergin & Masters & Richards, 1988) با فراتحلیل ۲۴ مقاله‌ی پژوهشی به بررسی رابطه‌ی بین مذهب با سلامت روانی پرداختند و نشان دادند که بین مذهب و سلامت روانی رابطه‌ی مثبت وجود دارد. پژوهش جمالی (Jamalie, 2002) در دانشجویان نیز نشان داد که بین نگرش مذهبی و سلامت روان همبستگی مثبتی وجود دارد و در نهایت، ابراهیمی (Ebrahimi, 2000) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که بین انجام تکالیف دینی و عملکردهای دینی با کاهش افسردگی رابطه وجود دارد.

نتیجه پژوهش‌هایی که در مورد اثر مذهب بر سلامت روان انجام شده است، حاکی از وجود اثر مثبت مذهب بر سازگاری، ارتقای سلامت روانی، کاهش علائم بیماری و کاهش ناراحتی و آشفتگی می‌باشد و از وجود رابطه‌ی مثبت بین مذهب و سلامت روانی حمایت می‌کند (Chavoshie, 2009).



2009). با توجه به مبانی نظری و یافته‌های پژوهشی که بدان پرداخته شد، هدف این پژوهش بررسی وضعیت سلامت روان حافظان قرآن کریم و مقایسه‌ی آن با غیر حافظان بود.

### فرضیه‌های پژوهش

- ۱- بین سلامت روان حافظان قرآن و غیر حافظان تفاوتی معنی دار وجود دارد.
- ۲- بین ابعاد گوناگون سلامت روان حافظان قرآن و غیر حافظان تفاوتی معنی دار وجود دارد.
- ۳- بین سلامت روان سه گروه حافظان قرآن زیر ۱۰ جزء، ۱۱ تا ۲۰ جزء و بالاتر از ۲۰ جزء تفاوتی معنی دار وجود دارد.
- ۴- بین ابعاد گوناگون سلامت روان در سه گروه حافظان قرآن زیر ۱۰ جزء، ۱۱ تا ۲۰ جزء و بالاتر از ۲۰ جزء تفاوتی معنی دار وجود دارد.

### روش پژوهش

این پژوهش توصیفی از نوع پس رویدادی و مقایسه‌ای است.

### جامعه‌ی آماری

در این مطالعه جامعه‌ی آماری گروه حافظان قرآن شامل تمامی زنانی بود که در مرکز جامعه‌ی القرآن شهرستان مشهد در سال ۸۸-۸۹ مشغول به تحصیل و حفظ قرآن بودند و جامعه‌ی آماری گروه غیر حافظان عبارت بودند از دانشجویان دختر دانشگاه فردوسی مشهد در سال تحصیلی ۸۸-۸۹.

### نمونه‌ی آماری و شیوه‌ی نمونه‌گیری

حجم نمونه‌ی این پژوهش شامل ۱۸۲ نفر در دو گروه حافظان قرآن (۹۰ نفر) و غیر حافظان (۹۲ نفر) بود. حافظان قرآن به شیوه‌ی تصادفی و از نمونه‌های در دسترس انتخاب شدند، اما غیر حافظان به شیوه‌ی تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای از بین دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد انتخاب شدند. بدین صورت که ابتدا از بین کلیه‌ی دانشکده‌های دانشگاه فردوسی مشهد، تعداد ۴ کلاس به شکل تصادفی از دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی انتخاب شدند، سپس پرسشنامه‌های پژوهش در بین دانشجویان دختر توزیع شد که پس از جمع‌آوری، تعداد ۹۲ عدد پرسشنامه قابل تفسیر بود.

### ابزارهای اندازه‌گیری

در این مطالعه افزون بر پرسشنامه‌ی مشخصات فردی محقق ساخته از پرسشنامه‌ی سلامت عمومی (GHQ-28) استفاده شده است. این آزمون به وسیله‌ی گلدبرگ و هیلر (Goldberg & Hiller, 1979 cited by Taghavi, 2001) ابداع شد. پرسشنامه‌ی اصلی آن دارای ۶۰ پرسش می‌باشد، اما فرم‌های کوتاه شده‌ی ۳۰ سوالی، ۲۸ سوالی و ۱۲ سوالی آن در مطالعات گوناگون مورد استفاده قرار گرفته است. در این پژوهش از فرم ۲۸ سوال آن استفاده شده است. سوالات این پرسشنامه چهار خرده مقیاس اضطراب، کارکرد اجتماعی، افسردگی و علائم جسمانی را مورد سنجش قرار می‌دهد. ضریب اعتبار این آزمون با روش بازآزمایی ۰/۷۲ و ضریب اعتبار آن با روش دو نیمه کردن ۰/۹۳ می‌باشد. تقوی (Taghavi, 2001) روایی این پرسش‌نامه را به روش همبستگی خرده آزمون‌ها با نمره‌ی کل آزمون بین ۰/۷۲ تا ۰/۷۸ گزارش نموده است. پالهنگ (Palahang, 1994) نیز پایایی این پرسشنامه را ۰/۹۱ گزارش نموده است. در این پژوهش نیز همبستگی درونی سوالات (آلفای کرونباخ) در گروه حافظان ۰/۸۱ و در گروه غیر حافظان ۰/۷۶ بدست آمد.

### روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای توصیف داده‌ها از آمار توصیفی نظیر میانگین، درصد و انحراف معیار و برای آزمون فرضیه‌ها از آزمون t مستقل و تحلیل واریانس یک راهه استفاده شد.

### یافته‌های پژوهش

بمنظور بررسی تاثیر حفظ قرآن کریم بر کاهش نشانگان روان‌شناختی، این پژوهش در بین دو گروه زنان حافظ قرآن و زنان غیر حافظ صورت گرفت که نتایج زیر بدست آمد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

جدول ۱- توزیع ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه نمونه مورد بررسی

گروهها	حافظ		غیر حافظ		کل	وضعیت جمعیت شناختی
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
	۴۹/۴۵	۹۲	۵۰/۵۵	۱۸۲	۱۰۰	تعداد
سن	۲۰	۱۹	۲۰/۶۵	۳۷	۲۰/۳۲	زیر ۲۰ سال
	۵۶/۶۶	۴۳	۴۶/۷۳	۹۴	۵۱/۶۴	۲۰ تا ۳۰ سال
	۲۳/۳۳	۳۰	۳۲/۶۰	۵۱	۲۸/۰۲	بالاتر از ۳۰ سال
تاهل	۴۷/۷۷	۳۹	۴۲/۳۹	۸۲	۴۵/۰۵	مجرد
	۵۲/۲۲	۵۳	۵۷/۶۰	۱۰۰	۵۴/۹۴	متاهل
	۲۶/۶۶	۲۸	۳۰/۴۳	۵۲	۲۸/۵۷	محصل/دانشجو
شغل	۶۳/۳۳	۴۹	۵۳/۲۶	۱۰۶	۵۸/۲۴	خانه دار
	۹/۹	۱۵	۱۶/۳۰	۲۴	۱۳/۱۸	شاغل
	۴/۴۴	۱۲	۱۳/۰۴	۱۶	۸/۷۹	زیر دیپلم
تحصیلات	۶۵/۵۵	۵۱	۵۵/۴۳	۱۱۰	۶۰/۴۳	دیپلم
	۱۳/۳۳	۲۲	۲۳/۹۱	۳۴	۱۸/۶۸	فوق دیپلم
	۱۴/۴۴	۶	۶/۵۲	۱۹	۱۰/۴۳	لیسانس
	۲/۲۲	۱	۱/۰۸	۳	۱/۶۴	بالاتر از لیسانس
میزان حفظ	۳۰	۳۰	۳۳/۳۳	۳۰	۳۳/۳۳	زیر ۱۰ جزء
	۳۰	۳۰	۳۳/۳۳	۳۰	۳۳/۳۳	۱۰ تا ۲۰ جزء
	۳۰	۳۰	۳۳/۳۳	۳۰	۳۳/۳۳	بالاتر از ۲۰ جزء

جدول ۱ نشان می‌دهد از مجموع ۱۸۲ نفر نمونه‌ی مورد بررسی در این پژوهش ۹۰ نفر یعنی ۴۹/۴۵ درصد را حافظان قرآن و ۹۲ نفر، یعنی ۵۰/۵۵ درصد را غیر حافظان تشکیل می‌دهند. از مجموع ۹۰ نفر حافظ قرآن که در این پژوهش شرکت کرده بودند، ۲۰ درصد زیر ۲۰ سال، ۵۶/۶۶ درصد بین ۲۰ تا ۳۰ سال و ۲۳/۳۳ درصد بالاتر از ۳۰ سال سن داشتند. در حالی که وضعیت سنی نمونه‌ی مورد بررسی در گروه غیر حافظان ۵۰/۵۵ درصد زیر ۲۰ سال، ۲۰/۶۵ درصد بین ۲۰ تا ۳۰ سال و ۴۶/۷۳ درصد بالاتر از ۳۰ سال بودند. از نظر وضعیت تاهل، ۴۷/۷۷ درصد گروه حافظان مجرد و ۵۲/۲۲ درصد متاهل بودند، در حالی که در گروه غیر حافظان ۴۲/۳۹ درصد مجرد و ۵۷/۶۰ درصد متاهل بودند. از نظر وضعیت شغلی، ۲۶/۶۶ درصد حافظان قرآن محصل یا دانشجو بودند، ۶۳/۳۳ درصد خانه دار و ۹/۹ درصد شاغل بودند. در گروه نمونه غیر حافظان ۳۰/۴۵ درصد محصل

یا دانشجوی، ۵۳/۲۶ درصد خانه دار و ۱۶/۳۰ درصد شاغل بودند. از لحاظ وضعیت تحصیلی، در گروه حافظان ۴/۴۴ درصد زیر دیپلم، ۶۵/۵۵ درصد دیپلم، ۱۳/۳۳ درصد فوق دیپلم، ۱۴/۴۴ درصد لیسانس و ۲/۲۲ درصد بالاتر از لیسانس بودند و در گروه غیر حافظان، ۱۳/۰۴ درصد زیر دیپلم، ۵۵/۴۳ درصد دیپلم، ۲۳/۹۱ درصد فوق دیپلم، ۶/۵۲ درصد لیسانس و ۱/۰۸ درصد بالاتر از لیسانس بودند. از نظر تعداد جزءهای حفظ شده در گروه حافظان ۳۳/۳۳ درصد زیر ۱۰ جزء، ۳۳/۳۳ درصد بین ۱۰ تا ۲۰ جزء و ۳۳/۳۳ درصد بیش از ۲۰ جزء را حفظ کرده بودند. فرضیه‌ی یک: بین سلامت روان حافظان قرآن و غیر حافظان تفاوت معنی داری وجود دارد.

جدول ۲- نتایج آزمون t مربوط به مقایسه‌ی وضعیت سلامت عمومی در دو گروه حافظان و غیر

حافظان						
گروهها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آماره‌ی آزمون	درجه‌ی آزادی	سطح معناداری
حفاظ	۹۰	۳۰/۱۹	۷/۷۹	-۴/۵۸	۱۸۰	۰/۰۰۱
غیر حفاظ	۹۲	۳۶/۲۵	۹/۹۳			

\*= ۰/۰۵

جدول ۲ نشان می‌دهد بین سلامت روان دو گروه حافظان قرآن و غیر حافظان تفاوت معناداری وجود دارد ( $p=0/001$ ) و از آنجا که میانگین نمره‌های حافظان پایین تر از غیر حافظان است، نشان می‌دهد که حافظان قرآن در مقایسه با غیر حافظان از سلامت روان بیشتری برخوردارند. گفتنی است که بالاتر بودن میانگین در متغیر سلامت روان به منزله‌ی برخورداری از سلامت روان کم‌تر می‌باشد.

فرضیه‌ی دو: بین ابعاد گوناگون سلامت روان حافظان قرآن و غیر حافظان تفاوتی معنی دار وجود دارد.

جدول ۳- نتایج آزمون t مربوط به خرده مقیاس‌های سلامت روان در دو گروه حافظان و غیر

حافظان						
نوع اختلال	گروهها	میانگین	انحراف معیار	درجه‌ی آزادی	آماره‌ی آزمون	سطح معناداری
اضطراب و اختلال خواب	حفاظ	۷/۴۸	۳/۶۲	۱۸۰	-۲/۹۵	*۰/۰۰۴
	غیر حفاظ	۹/۴۱	۵/۱۰			
علائم افسردگی	حفاظ	۷/۷۹	۳/۵۳	۱۸۰	-۳/۰۷/	*۰/۰۰۲
	غیر حفاظ	۹/۸۶	۵/۳۸			
کارکرد اجتماعی	حفاظ	۷/۰۶	۳/۲۶	۱۸۰	-۲/۳۹	*۰/۰۱
	غیر حفاظ	۸/۵۲	۴/۸۶			
نشانه‌های جسمانی	حفاظ	۷/۸۷	۴/۷۳	۱۸۰	-۱/۱۶	۰/۲۴
	غیر حفاظ	۸/۷۳	۵/۱۹			

\* = ۰/۰۵

داده‌های بدست آمده در جدول ۳ حاکی از آن است که در مقایسه‌ی گروه حافظان قرآن با غیر حافظان برحسب وضعیت سلامت روانی نشان داد کسانی که حافظ قرآن نیستند، در مقیاس‌های، اضطراب، افسردگی و کارکرد اجتماعی نسبت به حافظان قرآن، به گونه‌ای معنادار علائم بیشتری را نشان داده اند ( $p < ۰/۰۵$ )، اما از نظر علائم جسمانی تفاوتی معنادار در بین دو گروه وجود نداشت ( $p > ۰/۰۵$ ).

فرضیه‌ی سه: بین سلامت روان سه گروه حافظان قرآن زیر ۱۰ جزء، ۱۱ تا ۲۰ جزء و بالاتر از ۲۰ جزء تفاوت معنی داری وجود دارد.

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه برای بررسی تفاوت میانگین مقایسه‌ی سلامت روان سه گروه حافظان زیر ۱۰ جزء، بین ۱۰ تا ۲۰ جزء و بالاتر از ۲۰ جزء

گروهها	میانگین	انحراف معیار	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F مقدار	سطح معنی داری
زیر ۱۰ جزء	۷/۸۰	۳/۳۹	۴۱۶/۰۲۲	۲	۱۰۸/۰۱۱	۱۵/۹۹۳	*۰/۰۱
۱۱ تا ۲۰ جزء	۸/۷۶	۳/۳۵					
بالاتر از ۲۰ جزء	۱۲/۷۶	۴/۰۲					

\*=۰/۰۱

جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه مربوط به مقایسه‌ی سلامت روان سه گروه حافظان قرآن، زیر ۱۰ جزء، ۱۰ تا ۲۰ جزء و بالاتر از ۲۰ جزء، را نشان می‌دهد. نتایج بدست آمده نشان دهنده‌ی تفاوت معناداری در سطح ( $p=۰/۰۰۱$ ) بین سه گروه می‌باشد. به گونه‌ی ای که حافظان بالاتر از ۲۰ جزء از سلامت روان بیش‌تری برخوردار بودند.

فرضیه‌ی چهار: بین ابعاد گوناگون سلامت روان در سه گروه حافظان قرآن زیر ۱۰ جزء، ۱۱ تا ۲۰ جزء و بالاتر از ۲۰ جزء تفاوت معنی داری وجود دارد.

جدول ۵- نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه مربوط به مقایسه‌ی زیرگروههای سلامت روان سه گروه حافظان زیر ۱۰ جزء، بین ۱۰ تا ۲۰ جزء و بالاتر از ۲۰ جزء

زیرگروههای سلامت روان	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F مقدار	سطح معنی داری
اضطراب و اختلال خواب	۳۵/۳۵۶	۲	۱۷/۶۷۸	۱/۰۵	۰/۴۲
علامه افسردگی	۱۹۸/۸۶۷	۲	۹۹/۴۳۳	۹/۴۵	*۰/۰۳
کارکرد اجتماعی	۱۵/۰۸۹	۲	۷/۵۴۴	۲/۱۲	۰/۳۱
نشانه‌های جسمانی	۱۲۷/۰۲۲	۲	۶۳۵/۰۱۱	۱۰/۱۴	*۰/۰۰۱

\* = ۰/۰۵

جدول ۵ نتایج بدست آمده از تحلیل واریانس یک راهه که بمنظور مقایسه‌ی سلامت روان سه گروه حافظ زیر ۱۰ جزء، ۱۰ تا ۲۰ جزء، و حافظ بالای ۲۰ جزء قرآن کریم صورت گرفت را نشان می‌دهد. نتایج حاکی از آن است که بین این سه گروه در مقیاس‌های افسردگی و نشانه‌های جسمانی تفاوتی معنادار وجود دارد ( $p < 0/05$ )، اما از نظر اضطراب و اختلال خواب و کارکرد اجتماعی تفاوت معناداری بین این سه گروه وجود ندارد ( $p > 0/05$ ). به بیان دیگر، حافظانی که بیش‌تر از ۲۰ جزء از قرآن کریم را حفظ بودند، از سلامت بیش‌تری برخوردار بودند. بنابراین، می‌توان چنین نتیجه گرفت، افزون بر این که حفظ قرآن بر سلامت روان تاثیر دارد، حفظ تعداد جزء‌های بیش‌تر از آن نیز باعث افزایش مولفه‌های سلامت روان می‌گردد.

### بحث و نتیجه گیری

این پژوهش که با هدف مقایسه‌ی سلامت روان حافظان قرآن با غیر حافظان صورت گرفت، نشان داد وضعیت سلامت روان حافظان قرآن با غیر حافظان تفاوتی معنادار دارد. به بیان دیگر، وضعیت سلامت روان حافظان قرآن در مقایسه با غیر حافظان بهتر بود. نتایج بدست آمده در این مطالعه با نتایج برخی پژوهش‌های پیشین همسوست (Bergin, 1988; Maltby, 2004; Atchley, 2002; Kafee, 1995; Crawford, 2002; Akbary, 2008). در تبیین نتایج بدست آمده می‌توان گفت که در سراسر قرآن کریم آیات فراوانی وجود دارد که حالت‌های گوناگون روان انسان را یاد آور شده است و علل انحراف و بیماری‌ها و هم‌چنین، راه‌های تهذیب، تربیت و درمان انسان را نشان داده است. آیاتی که درباره‌ی روان انسان در قرآن کریم وجود دارد، نشانه‌هایی هستند که انسان برای شناختن خود و خصلت‌های گوناگونش می‌تواند از آن‌ها راهنمایی بجوید و برای دست‌یابی به روشی درست بمنظور تهذیب نفس خویش به وسیله‌ی آیات مزبور ارشاد گردد (Shajarat, 2008).

این پژوهش نشان داد که حافظان قرآن در مقایسه با گروه شاهد از عملکرد اجتماعی بهتر و بالاتری برخوردار بودند که با یافته‌های پیشین همخوانی دارد (Rezaie, 2009; Sohrabian, 2000; Khlilie, 2000). در تبیین این مقیاس می‌توان گفت که مذهب عامل انس و الفت است و زمینه را برای انسان دوستی، همدردی و استحکام بخشیدن روابط فراهم می‌آورد. مذهب عاملی است برای کنترل فرد که در اجتماع، خود را از شرارت‌ها دور نگه دارد و همواره مردم از دست و زبان وی در امان باشند و در اتباطات اجتماعی خدا رافراموش نکنند (Ghaemi, 1983). یافته‌ی دیگر این پژوهش پایین بودن علائم افسردگی در حافظان قرآن کریم بود که با یافته‌های (Razali, 1985; Smith, 2003; Karimolahie, 2001; Jamalie, 2002) همخوانی دارد. خداوند در قرآن کریم در

بسیاری از آیات انسان‌ها را در برخورد با سختی‌ها و مشکلات به صبر فرا می‌خواند (بقره ۴۵، آل عمران ۱۸۶ و ۲۰۰) زیرا آستانه‌ی تحمل انسان را در برابر سختی‌ها افزایش می‌دهد. انسان برای مقابله با حوادث و ناملایمات زندگی، حفظ سلامت روانی خود و توانایی ادامه‌ی حیات پرشور و نشاط نیازمند صبر است. به گونه‌ای که در هیچ شرایطی تسلیم موانع نشده و بتواند با سلامت و تلاش، گره کار خود را بگشاید. اتکینسون (Atkinson, 2006) معمولی‌ترین پاسخ افراد به فشارهای روانی را اضطراب و افسردگی می‌داند. با آموزش صبر و کسب مهارت‌های بردباری در برابر موقعیت‌های گوناگون، افراد می‌آموزند که به سادگی تسلیم مشکلات نشده بلکه برای رفع آن تلاش نمایند. یافته‌ی دیگر این مطالعه پایین بودن سطح اضطراب حافظان قرآن بود که با یافته‌های پیشین خود همخوانی دارد (Finney, 1985; Razali, 1985; Bahramie mashoof, 1992). در بسیاری از آموزه‌های قرآن با متوجه کردن افراد به سوی خداوند نوعی آرامش را جایگزین نگرانی و درماندگی می‌کنند "الابه ذکرالله تطمئن القلوب" (رعد / ۲۸). یکی از مفاهیم اخلاقی که در قرآن بارها از آن یاد شده است، توکل به خداوند است "بگو هرگز به ما جز آنچه خدا برای ما مقرر داشته، نمی‌رسد او مولای ماست و مومنان باید تنها بر خدا توکل کنند" (توبه / ۵۱). این توکل باعث اعتماد و اطمینان انسان در تمامی امور به خداوند می‌گردد و در کارهای خود به جای تکیه بر دیگران به خداوند و قدرت بیکران او تکیه می‌کند. از جمله آثار این توکل رهایی از اضطراب و دلشوره و افزایش امید واری و احساس برخورداری از پشتوانه‌های محکم و قدرتمند می‌باشد. نتیجه‌ی دیگری که از این پژوهش بدست می‌آید، عدم تفاوت معنادار بین علایم و نشانه‌های سلامت جسمانی در دو گروه مورد مطالعه را نشان داد که این امر می‌تواند ناشی از جامعه‌ی آماری متفاوت و شرایط فرهنگی باشد. به بیان دیگر، بین وضعیت سلامت جسمانی حافظان قرآن و غیر حافظان تفاوتی وجود ندارد. در نهایت، آخرین یافته‌ی پژوهش نشان داد، وضعیت سلامت روان در بین سه گروه حافظان زیر ۱۰ جزء، ۱۰ تا ۲۰ جزء و بالاتر از ۲۰ جزء تفاوت معناداری وجود دارد، به بیان دیگر، کسانی که تعداد جزءهای بیش‌تری را حفظ بودند، از سلامت روان بالاتری برخوردار بودند. این یافته نیز با نتایج پژوهش (Akbari, 2008) همخوانی دارد.

در نتیجه، با توجه به این‌که سلامت روان دارای ماهیت برون‌زا (محیط خانواده، مدرسه و همسالان) و درون‌زا (جسمانی، عاطفی، انگیزشی، رفتاری و روانشناختی) است، یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که حفظ قرآن می‌تواند با تاثیر بر عوامل درون‌زا به ارتقای سلامت روان افراد کمک نموده و منبعی موثر در مقابله با استرس‌ها و چالش‌های زندگی عصر حاضر باشد.



### **References**

- 1- Atchley, R. C. (2002). The subjective importance of being religious and its effect on health and morale. *Journal of Aging studies*, 11, 131-152. Retrieved for World Wide Web.
- 2- Atkinson, Rital. (2006). *Foundation of psychology*. Translated by Mohammad Naghie Brahanie, et all. Third Edition, Tehran: Roshd publication.
- 3- Akbary, Mehrdad. (2008). The effects of Quran memorizing on mental health of Quran memorized people in Dezful city. *Quran and medicen conferans*. (3), 108-118. (Persian).
- 4-Alavy, Yousof. (2007). Mental health view of Eslam. The third conferans of Quran and medicine. Vol 3:pp.21-34. (Persian).
- 5- Arian, Khadijeh. (2001). the Relationship between religiosity and mental health of Iranians resident in Canada ( the abstracts of the First Conference of the Role of Religion in Mental Health), Iran University of Medical Sciences
- 6- Bergin, A.E., Masters, K.S. & Richards, P. S. (1988). Religiousness and mental health reconsidered: A Study of an intrinsically religious sample. *Journal of Counseling Psychology*, 34 (2):197-204.
- 7- Bahrami, Hadie. (1997). The Survey of basic adjustment Factor.ph.D Proposal(don't published).Tarbiat Modares university. (Persian).
- 8- Bahramie mashoof, Abass. (1992). The Relationship between religion behavior and mental health on boys callegus of Hamadan. M.A proposal. Tarbiat moalem university.(Persian).
- 9- Crawford, R. (2002). *What is religion?* London and New York: Routledge.
- Granacher, JR, R. P.. Emotional intelligence and the impacts of morality. Retrieved for world wide web
- 10- Campos, M.G. (2002). Quality of life differences between firs year undergraduate financial aid and non-aid recipients. UN published master thesis.
- 11- Chlan L, Tracy M.F. (1999). Music Therapy in Critical Care: Indications and Guidelines for Intervention. *Crit Care Nurse*;19(3):35-41
- 12- Chavoshi. (2009). The relation between pray with religion orientation and mental health. *Journal of behavior sience*. (2), Vol 2,pp:149-156. (Persian).
- 13- Ebrahimi, Amin; Nasirie, hossein. (2000). The Relation Between incidence of depression and religen function and attitude on adulthood. Tehran: the center of behavior sience about moslem (Persian).
- 14- Finney.J.R, & Malony, H, N. (1985). An empirical study of contemplative prayer as an adjunct to psychotherapy. *Journal of psychology and theology*, 13, 284-290.
- 15- Freud, Sigmund. (1983). *psychology*, translated by Mehdi Afshar, Tehran, Kavian publication
- 16- Ghobariebanab, Bagher. (2005). Religion beliefs and mental health. *Journal of cognition & behavior*. Vol 4. (Persian).

- 17- Ghaemi, Ali. (1983). Child religion and moral rearing. Tehran: pjman published. (Persian).
- 18- Ganji, Hamze. (2001). psychological health, Tehran, Arasbaran publication.
- 19- Hertsgard, D. & Light, H. (1984). Anxiety, depression and hostility in rural women. *psychological Reports*, 55, 673-674.
- 20- Hawley G, Irurita V. (1998). Seeking comfort through prayer. *Int J Nurs Pract*, 4, 9-18.
- 21- Hossein sabet, Faride. (2009). the effect's of Tolerance Training on Anxiety, depression and happiness. the third conferans of Quran and medicen. Vol 3, pp:94-108. (Persian).
- 22- Jamalie, Fariba. (2002). the reletion between live sense mening and mental health on student of Tehran university. General psychology M.A proposal. Alzahra university. (Persian).
- 23- Kafee, M etal. (1995). Survey the relation between educational status and mental health in college students. *Quarterly of andeesheh va rafter*, Y3, N4. [Persian]
- 24- Koenig, H.G., Futterman, A. (1995). Religion and health outcomes, a paper, presented at Conference on Methodological Approaches to the Study of Religion, National Institute on aging.
- 25- Khlilie, Torabali. (2000). the relationship between religion attitude and Social adjustment on second Class high school students in Arak city. M.A proposal, Tehran university. (Persian).
- 26- Karimolahie, Mansorah; Aghamohamadie, Masomah. (2001). the relation between religion belifies and depression of nurse students Ardabil medicine university. Article of internation conferans of the rols of religion on mental health. Iran medicine university. (Persian).
- 27- Levin J, Larson D, Puchalski C. (1997). Religion and spirituality in medicine: Research and education. *Journal of the American medical Association*. 278: 792-793.
- 28- Maltby, J., & Day, L. (2004). Should never the twain meet? Integrating models of religious personality and religious mental health. *Personality and Individual Differences*, 36, 1275-1290. Retrieved for world wide web.
- 29- Motahharie, Morteza. (1996). Humman and religion. Ghoom: sadra publication. (Persian).
- 30- Mears, D.P., Roman, C.G., Wolff, A., & Buck, J. (2006). Faith- based efferts to improve prisoner reentry: Assessing the logic and evidence. *Journal of criminal justice*, 34, 351-367.
- 31- Mirderikvandi, R ahim. (2006): the primary patterns and theories concerning psychological health. *Marefat quarterly*, year 16, No 112, pp: 55-68
- 32- Nonnemaker, J. M., McNeely, C. A., & Blum, R. W. (2003). Public and private domains of religiosity and adolescent health risk behaviors: Evidence

- from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Social Science & Medicine*, 57, 2049-2054. Retrieved for world wide.
- 33- Norbala, Ali. (1999). *Health and disease Nation projeh in Iran*. Tehran: health, treatment and medicine Training. (Persian).
- 34- Palahang, Hassan; Nasre Esfahanie, Mohammad; mohammadi, Dawood. (1994). The survey of mental disorder epidemiologic on kashan city. *Journal of Cognition behavior*. (2), Vol 27. (Persian).
- 35- Rezaie, Sajad; Afsharnejad, Taher; Kafie, Moosa; Soltanie, Reza; Fallah kohan, Safih. (2009). the relation between depression with pain coping strategies on patient with chronic pain. A cross survey with control of frequency and incidence disorder. *Journal of Daneshvar physician*. (16), Vol 81: 63-74. (Persian).
- 36- Rahimie, Zohre; Aminie, Jamal; ghardie, Fardin. (2008). the effect's of Quran elements training on moral, behavioral traits of teenagers of shaighan Sanandaj. the third conference of Quran and medicine. Vol 3:pp21-34. (Persian).
- 37- Razali, S.M. & etal. (1985). Religious - sub cultural psychotherapy in patients with anxiety and depression. *AUSTNZJ psychiatry*. 32(6),567-872.
- 38- Smith, T.B, & etal. (2003). Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *psychol Bull*, 129(4), 614-636.
- 39- Sadeghie movahed, Fariba; Narimanie, mohammad; Rajabie, soran. (2007). The effects of coping skills training on Students mental health. *Journal of Ardabil physician university*: 261-269(Persian).
- 40- Soltanian, Ali; Bahrainie, Fatemah; Namazie, Sara; Amirie, Mohammad; ghaedie, Hassan; Kohan, gholamali. (2004). the mental health status of boshehr high school students and effect factors on mental health. *Journal of North medicine. Boshehr physician university*.(7),Vol 2: pp173-182. (Persian).
- 41- Setodah Asl, Neamat; Madavie Nejad, Gholamhossin. (2007). Religion attitude status and mental health on semnan physician university students. The third conference of Quran and medicine. Vol 3:pp 146-150. (Persian).
- 42- Sohrabian, Tahera. (2000). the relation between religion attitude and social and individual adjustment on Lorestan students high school. M.A proposal. Alzahra university. (Persian).
- 43- Shajarat, Maeda; Azizie, Ahmad. (2008). Mental health with view of Quran, Sonat and Medicine. The third conference of Quran and medicine. Vol 3:pp.14-20. (Persian).
- 44- Taghavi, mohammad. (2001). The General health Questionnaire validity and reliability. *Journal of psychology*.(5), Vol 4. (Persian).
- 45- Tabrizi, Akbar. (1994). *Psychoanalysis Crisis*. fifth edition, Tehran, Golshan publication.

- 46- Waldfogel S. (1997). Spirituality in medicine. *Complementary and Alternative Therapy in Primary Care*. 24: 963-975.

