



مقایسه سلامت روان دانشجویان در سه گروه مانوس، متوسط و نامانوس با قرآن

عباسعلی حسین خانزاده^۱، الهه استوی^۲، معصومه ساکت محبوب^۲، آرمان محمدی منش^۳

^۱دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان

^۲کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه گیلان

^۳کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد واحد رشت

elaheostavi@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: نقش مذهب در رابطه با بهداشت و شفا از قرون بسیار دور شناخته شده است. دقت در آیات قرآن نشان می‌دهد که تدبیر در کلام الهی و توکل بر خداوند بهترین عامل در جهت تأمین سلامت روانی فرد محسوب می‌شود و تحقیقات انجام شده موید این واقعیت است. این پژوهش به منظور مقایسه سلامت روان دانشجویان در سه گروه مانوس، متوسط و نامانوس با قرآن انجام گرفت.

روش: پژوهش حاضر از نوع علی مقایسه‌ای است. جامعه آماری در این پژوهش عبارت از کل دانشجویان دانشگاه گیلان در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ بود و حجم نمونه شامل ۳۰۸ دانشجو در سه گروه مانوس با قرآن (۱۰۰ نفر)، متوسط (۱۲۲ نفر) و نامانوس با قرآن (۸۶ نفر) بود که به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای انتخاب شده‌اند. پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی بین دانشجویان توزیع شد. برای تحلیل داده‌های به دست آمده از نرم افزار SPSS و از روش‌های آمار توصیفی میانگین و انحراف استاندارد و از روش استنباطی تحلیل واریانس یک راه استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین سه گروه مانوس به قرآن، متوسط و نامانوس به قرآن در سلامت روانی ($P < 0/000$) وجود دارد.

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که گروه مانوس با قرآن نسبت به گروه متوسط دارای سلامت روانی بالاتری هستند و گروه متوسط نسبت به گروه نامانوس از سلامت روانی بالاتری برخوردار هستند. تدبیر در قرآن و توکل بر خداوند، به عنوان یک عامل درونی و معنوی، راهکار مؤثری در جهت تأمین سلامت روانی دانشجویان بوده و تعمیم این اصل به عموم جامعه نیازمند پژوهش‌های فراگیرتر در سطح جامعه است.

کلید واژه: سلامت‌روان، دانشجویان، قرآن.



مقدمه

بهداشت روانی به بهزیستی شناختی و عاطفی افراد اشاره دارد که کیفیت احساسات، تفکر، رفتارها و در نتیجه کیفیت زندگی افراد را متأثر می‌سازد. سلامت روان حالتی از بهزیستی است که طی آن فرد توانایی‌های خویش را می‌شناسد، با تنش‌زاهای طبیعی زندگی می‌تواند کنار بیاید، می‌تواند به طور مفید و ثمربخش کار کند و قادر است به جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند کمک کند (WHO, 2001). سلامت روان پدیده‌ای است که از دیر باز مورد توجه مشاوران، روان‌شناسان و روان‌پزشکان بوده و متأثر از مجموعه‌ای از عوامل جسمی، اجتماعی و شناختی است (موحد، ۱۳۸۷). بر اساس معیارهای جهانی، سلامتی تنها جنبه‌های جسمانی را در بر نمی‌گیرد، به گونه‌ای که سازمان جهانی بهداشت، 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 (کمپس، ۲۰۰۲). سلامت رفتار انسان به معنای هماهنگی با محیطی است که فرد در آن زندگی می‌کند و این که در برابر چیزهایی که سلامت جسم و جانش را تهدید می‌کند موضع‌گیری مناسبی از خود بروز می‌دهد، در حقیقت واکنش و رفتار مناسب در برابر محرک‌های درونی و بیرونی و برخوردهای معمولی چنانچه دیگران از خود به طور طبیعی بروز می‌دهد، نشانگر سلامت روانی از نظر مردم است. روانشناسی بهداشت، سال‌های اخیر اهمیت زیادی برای نقش راهبردهای مقابله و سبک زندگی افراد در چگونگی وضعیت سلامت جسمانی و روانی آنها قائل شده است. شیوه‌های مقابله، توانایی‌های شناختی و رفتاری هستند که فرد مضطرب به منظور کنترل نیازهای خاص درونی و بیرونی فشار آور به کار می‌گیرد در مقابله مذهبی از منابع مذهبی مثل دعا و نیایش، خواندن قرآن، توکل و توسل به خداوند و ... برای مقابله استفاده می‌شود. رفتارهای مذهبی ارزش مثبتی در پرداختن به نکات معنی‌دار زندگی دارند. رفتارهایی از قبیل توکل به خداوند، زیارت، خواندن قرآن و غیره می‌توانند از طریق امید و تشویق به نگرش‌های مثبت، موجب آرامش درونی فرد شوند (میریان و همکاران، ۱۳۹۱).

براساس تحقیقات انجام شده یکی از عوامل بسیار مهم و تأثیرگذار در استرس، مذهب و باورهای دینی افراد است (دینر و همکاران، ۲۰۰۲). زیرا نگرش، شناخت و رفتار افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بسیاری از جنبه‌های مذهب بر امید، خوشبینی، همدلی، پیوندجویی، عفو و بخشش تأکید دارد. ایمان به خدا نوعی قدرت معنوی به انسان می‌بخشد که او را در تحمل سختی‌ها کمک کرده و نگرانی و اضطراب دور می‌سازد (شومن و همکاران، ۲۰۰۲). کاظمی و همکاران (۱۳۸۲) در تحقیق خود به تأثیر مثبت آوای قرآن کریم بر بهداشت روان دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان اشاره نمود. میرباقر آجر پز و رنجبر (۱۳۸۹) در یک مطالعه کارآزمایی بالینی آوای قرآن کریم را به عنوان یک روش درمانی غیر دارویی جهت کاهش اضطراب مادران قبل از عمل سزارین پیشنهاد نمود. نظری گذرا نشان می‌دهد که قرآن مملو از آیه‌های است که در آنها بر آرامش و چگونگی دستیابی به آن اشاره شده است. بهداشت روان انسان بحث سراسر قرآن کریم است، "ای مردم عالم، نامه‌ای که همه پند و اندرز و شفای دل‌های شما و هدایت و رحمت بر مومنان است از جانب خدا برای نجات شما آمد (یونس-۵۷)". "خداست که بر دل‌های مومنان، سکون و آرامش می‌بخشد (فتح-۳)". "با اتکا به خداوند، دل‌های پریشان مطمئن و آرام خواهند شد (رعد-۳۸)" "امنیت خاطر



و آسایش دل اختصاص به کسانی دارد که برخوردار از ایمانند و پرده‌ای از ستم و بیداد بر آن نکشیده‌اند (انعام-۸۲) " آگاه باش ترس و اندوهی برای دوستان خدا نیست (یونس-۶۲) "

پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند 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 (والدفلوگل، ۱۹۹۷؛ به نقل از کیمیایی و همکاران، ۱۳۹۰). بنابراین، مذهب به عنوان پدیده‌های روانی-اجتماعی همواره مورد توجه روان‌شناسان بوده و به ویژه در سه دهه‌ی اخیر پژوهش‌های متعددی در مورد چگونگی کنش‌های مذهب در تأمین سلامت روان صورت گرفته 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 (غباری بناب، ۱۳۸۳). مطالعاتی که اتچلی (۲۰۰۲) 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. پژوهش‌های گوناگون بر رابطه جهت‌گیری مذهبی و جنبه‌های مثبت سلامت روان تأکید نموده‌اند (فریدرکسون، ۲۰۰۲؛ سویدمیر و همکاران، ۲۰۰۴). همچنین الیسون و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه‌ای روی ۱۱۰۰ بزرگسال دریافتند که حضور در کلیسا و ایمان به دنیای بعد از مرگ به طور مثبتی با رضایتمندی از زندگی رابطه دارند.

نونیمیکر (۲۰۰۳) 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 (۲۰۰۴) 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. اسمیت (۲۰۰۳) در یک فرا تحلیلی نشان داد که مذهبی بودن به طور میانگین، با سطوح کمتر نشانه‌های افسردگی ارتباط دارد. مرعشیان و اسماعیلی (۲۰۱۲) در پژوهش خود به ارتباط بین باورهای دینی و اختلال‌های سلامت روانی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اهواز پرداختند و نتایج نشان داد که تفاوت معنی دار بین اعتقادات مذهبی با یک اختلال سلامت روان وجود دارد به زبان دیگر هرچه اعتقادات دینی و مذهبی بیشتر، اختلال سلامت روانی کمتر و احساس سلامتی روح و روان بیشتر است. با توجه به نقش مثبتی که قرآن کریم بر همه ابعاد زندگی افراد دارد لذا ما بر آن شدید بررسی کنیم، انس با قرآن چه تاثیری بر سلامت روان افراد دارد و فرض ما بر این است که افراد مانوس به قرآن از سلامت روان بالاتری نسبت به افراد متوسط و نامانوس به قرآن برخوردارند.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع علی مقایسه‌ای است. جامعه آماری در این پژوهش عبارت از کل دانشجویان دانشگاه گیلان در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ بود که به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای و حجم نمونه این پژوهش شامل ۳۰۸ نفر دانشجوی (۱۲۸ زن و ۱۸۰ مرد) در سه گروه مانوس با قرآن (۱۰۰ نفر)، متوسط (۱۲۲ نفر) و نا مانوس با قرآن (۸۶ نفر) بودند. از این تعداد ۲۵۵ نفر (۸۲/۸٪) دانشجوی کارشناسی، ۵۰ نفر (۱۶/۲٪) دانشجوی کارشناسی ارشد و ۳ نفر (۱٪) دانشجوی دکتری بودند.



ابزار

پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی: این پرسشنامه، اولین بار توسط گلدبرگ ۱۹۷۲ به عنوان یک ابزار سنجش سلامت روان تنظیم شد (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۸۶). در پژوهش ابراهیمی و همکاران (۱۳۸۶) روایی ملاکی ۰/۷۸، ضریب پایایی تنصیف ۰/۹۰ و آلفای کرونباخ ۰/۹۷ برای این پرسشنامه به دست آمد. نقطه برش پیشنهادی نیز ۲۴ بود، یعنی نمره ۲۴ و پایین تر، نشانگر سلامت روان مطلوب و بهنجار است. نمره‌های پرسشنامه سلامت عمومی، جنبه‌های علامت شناسی را نشان نمی‌دهد و لزوماً برابر با تشخیص‌های روان پزشکی نیست. نظام نمره گذاری این پرسشنامه، می‌تواند مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای یا به صورت نمره‌گذاری دوگانه باشد. البته مطالعات متعدد، نشان داده است که روش لیکرت، موجب افزایش شاخص‌های غربالگری آزمودنی می‌تواند از ۰ تا ۴ باشد. فرم مورد استفاده در تحقیق حاضر نسخه ۲۸ سوالی خواهد بود که توسط محققان متعددی برای گروه‌های مختلف جامعه هنجاریابی شده است. گلدبرگ برای تعیین روایی، میزان همبستگی نمرات GHQ و ارزیابی بالینی را ۰/۸۰٪ گزارش نموده است.

نتایج و بحث

برای مقایسه نمره کل سلامت روانی در گروه‌های مانوس، متوسط و نا مانوس با قرآن از آزمون تحلیل واریانس یک راهه استفاده شد. در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیر سلامت روانی و همچنین نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها گزارش شده است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیر سلامت روانی و همچنین نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها در

گروه‌های مانوس، متوسط و نا مانوس با قرآن

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آزمون لوین	سطح معنی داری
نمره کل سلامت روانی	۱۰۰	۴۸/۸۸۰	۶/۸۶۰	۲/۸۵۱	۰/۰۹۴	
	۱۲۰	۵۵/۰۸۳	۹/۱۴۴			
	۸۵	۵۸/۸۷۱	۱۱/۶۸۱			

با توجه به جدول ۱ و معنی‌دار نبودن آزمون لوین، واریانس متغیر سلامت روانی در گروه‌ها همگن است. پس می‌توان از آزمون تحلیل واریانس یک راهه استفاده کرد که نتایج آن در جدول شماره ۲ ارائه شده است. جدول ۲، تحلیل واریانس یک راهه جهت مقایسه نمره کل سلامت روانی در گروه‌های مانوس، متوسط و نا مانوس با

قرآن

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره f	سطح معناداری
درون گروه	۴۷۷۵/۳۳۹	۱	۲۳۸۷/۶۷۰	۲۷/۶۶۰	۰/۰۰۰
بین گروه	۲۶۰۶۹/۳۰۳	۳۰۲	۸۶/۳۲۲		



همانطور که در جدول بالا مشاهده می‌شود نمره کل سلامت روانی در سه گروه متفاوت است ($P < 0/000$)، $F=11/443$. با توجه به این که معنی دار شدن تفاوت بین گروه‌ها با استفاده از تحلیل واریانس یک راهه نشان نمی‌دهد که بین کدام گروه تفاوت وجود دارد؛ لذا به دنبال این، تحلیل تعقیبی بونفرونی (مقایسه دو به دو میانگین گروه‌ها) صورت گرفت که نتایج آن در جدول شماره ۸ ارائه شده است.

جدول ۳، مقایسه دو به دو میانگین سلامت روانی در سه گروه مانوس، متوسط و نا مانوس با قرآن

متغیر	گروه‌ها	تفاوت بین میانگین‌ها	سطح معناداری
نمره کل سلامت روانی	مانوس با قرآن و متوسط	-۶/۲۰۳	۰/۰۰۰
	مانوس و نا مانوس با قرآن	-۹/۹۹۱	۰/۰۰۰
	متوسط و نا مانوس با قرآن	-۳/۷۸۷	۰/۰۱۳

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود در مورد متغیر سلامت روانی بین تفاضل میانگین دو گروه مانوس با قرآن و متوسط تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/000$) و این تفاوت‌ها با توجه به میانگین گروه‌ها به سود گروه متوسط است. به عبارت دیگر، گروه متوسط نسبت به گروه مانوس با قرآن دارای سطوح بالاتری از آسیب روانی بوده و سلامت روانی در آنها کمتر است. بنابراین گروه مانوس با قرآن نسبت به گروه متوسط دارای سلامت روانی بالاتری هستند. همچنین، بین تفاضل میانگین دو گروه مانوس و نا مانوس با قرآن تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/000$) و این تفاوت‌ها با توجه به میانگین گروه‌ها به سود گروه نا مانوس با قرآن است. به عبارت دیگر، گروه نا مانوس با قرآن نسبت به گروه مانوس با قرآن دارای سطوح بالاتری از آسیب روانی بوده و سلامت روانی در آنها کمتر است. بنابراین گروه مانوس با قرآن نسبت به گروه نا مانوس با قرآن تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/013$) و این تفاوت‌ها با توجه به میانگین گروه‌ها به سود گروه نا مانوس با قرآن است. به عبارت دیگر، گروه نا مانوس با قرآن نسبت به گروه متوسط دارای سطوح بالاتری از آسیب روانی بوده و سلامت روانی در آنها کمتر است. بنابراین گروه مانوس با قرآن نسبت به گروه متوسط دارای سلامت روانی بالاتری هستند.

همچنین، برای مقایسه خرده مقیاس‌های سلامت روانی (نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی، و افسردگی) در سه گروه مانوس، متوسط و نا مانوس با قرآن، از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. در جدول ۴ شاخص‌های توصیفی خرده مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی، و افسردگی و همچنین نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها گزارش شده است.

جدول ۴، شاخص‌های توصیفی خرده مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد

اجتماعی، و افسردگی و همچنین نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها در سه گروه مانوس، متوسط و نا

مانوس با قرآن

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آزمون لوین	سطح معنی داری
-------	------	-------	---------	--------------	------------	---------------



اولین همایش ملی اسلام و سلامت روان - اردیبهشت ۱۳۹۴

نشانه‌های جسمانی	مانوس با قرآن	۱۰۰	۱۱/۹۴۰	۲/۷۱۵	۲/۶۰۹	۰/۱۰۹
	متوسط	۱۲۰	۱۳/۴۴۲	۳/۳۶۸		
	نا مانوس	۸۵	۱۴/۱۲۹	۳/۷۵۰		
اضطراب و بی خوابی	مانوس با قرآن	۱۰۰	۱۱/۸۴۰	۳/۳۶۰	۰/۶۹۴	۰/۴۰۷
	متوسط	۱۲۰	۱۴/۳۱۷	۳/۹۷۰		
	نا مانوس	۸۵	۱۵/۵۱۸	۴/۴۰۲		
اختلال در کارکرد اجتماعی	مانوس با قرآن	۱۰۰	۱۶/۶۸۰	۳/۸۵۳	۰/۷۵۹	۰/۴۶۹
	متوسط	۱۲۰	۱۵/۴۷۵	۳/۶۲۱		
	نا مانوس	۸۵	۱۵/۵۴۱	۴/۰۲۵		
افسردگی	مانوس با قرآن	۱۰۰	۸/۴۲۰	۲/۴۴۲	۲/۶۹۸	۰/۱۰۴
	متوسط	۱۲۰	۱۱/۸۵۰	۳/۵۶۱		
	نا مانوس	۸۵	۱۳/۶۸۲	۵/۲۷۸		

با توجه به جدول ۴ و معنی دار نبودن آزمون لوین، واریانس متغیرها همگن هستند. پس می‌توان از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده کرد.

جدول ۵، آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیره

نام آزمون	مقدار	f	فرضیه df	خطا df	سطح معناداری	مجذور ایتا
اثر پیلایی	۰/۲۴۵	۱۰/۴۵۹	۸/۰۰۰	۶۰۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۱۲۲
لامبدای ویلکز	۰/۷۵۶	۱۱/۲۱۲	۸/۰۰۰	۵۹۸/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۱۳۰
اثر هوتلینگ	۰/۳۲۱	۱۱/۹۶۷	۸/۰۰۰	۵۹۶/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۱۳۸
بزرگترین ریشه روی	۰/۳۱۷	۲۳/۸۰۶	۴/۰۰۰	۳۰۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۲۴۱

با توجه به جدول ۵، آماره F تحلیل واریانس چندمتغیری بررسی تفاوت سه گروه مانوس، متوسط و نا مانوس با قرآن در خرده مقیاس‌های سلامت روانی (نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی، و افسردگی) در سطح 0.001 معنی دار می‌باشد ($Wilks' \Lambda = 0.756, F = 11.122, p > 0.001$). بنابراین می‌توان گفت که بین سه گروه مانوس، متوسط و نا مانوس با قرآن حداقل در یکی از خرده مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی، و افسردگی تفاوت معنی دار وجود دارد.

جدول ۶: تحلیل واریانس چندمتغیره جهت مقایسه خرده‌مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی خوابی،

اختلال در کارکرد اجتماعی، و افسردگی سه گروه دانشجویان مانوس، متوسط و نا مانوس با قرآن

متغیرها	مجموع	درجه	میانگین	آماره f	سطح معناداری	مجذور ایتا
نشانه‌های جسمانی	۲۳۸/۱۳۰	۱	۱۱۹/۰۶۵	۱۱/۰۲۷	۰/۰۰۰	۰/۰۶۸



اولین همایش ملی اسلام و سلامت روان - اردیبهشت ۱۳۹۴

۰/۱۲۳	۰/۰۰۰	۲۱/۰۸۷	۳۳۳/۲۴۹	۱	۶۶۶/۴۹۸	اضطراب و بی خوابی
۰/۰۲۱	۰/۰۴۲	۳/۲۱۳	۴۶/۷۰۹	۱	۹۳/۴۱۹	اختلال در کارکرد اجتماعی
۰/۲۳۳	۰/۰۰۰	۴۵/۸۰۷	۶۷۳/۴۶۰	۱	۱۳۴۶/۹۲۰	افسردگی

همانطور که در جدول ۶ مشاهده می شود، نتایج آزمون اثر بین آزمودنی‌ها نشان می‌دهد که بین سه گروه دانشجویان مانوس، متوسط و نا مانوس با قرآن از لحاظ تمامی خرده مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی، و افسردگی ($P < ۰/۰۵$) تفاوت معنی دار وجود دارد. حال به منظور مقایسه دو به دو میانگین گروه‌ها تحلیل تعقیبی بونفرونی صورت گرفت که نتایج آن در جدول شماره ۷ ارائه شده است.

جدول ۷، مقایسه دو به دو میانگین خرده مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی، و افسردگی در سه گروه مانوس، متوسط و نا مانوس با قرآن

متغیر	گروه‌ها	تفاوت بین میانگین‌ها	سطح معناداری
نشانه‌های جسمانی	مانوس با قرآن و متوسط	-۱/۵۰۲	۰/۰۰۳
	مانوس و نا مانوس با قرآن	-۲/۱۸۹	۰/۰۰۰
	متوسط و نا مانوس با قرآن	-۰/۶۸۸	۰/۴۲۳
اضطراب و بی خوابی	مانوس با قرآن و متوسط	-۲/۴۷۷	۰/۰۰۰
	مانوس و نا مانوس با قرآن	-۳/۶۷۸	۰/۰۰۰
	متوسط و نا مانوس با قرآن	-۱/۲۰۱	۰/۱۰۲
اختلال در کارکرد اجتماعی	مانوس با قرآن و متوسط	۱/۲۰۵	۰/۰۶۱
	مانوس و نا مانوس با قرآن	۱/۱۳۹	۰/۱۳۱
	متوسط و نا مانوس با قرآن	-۰/۰۶۶	۱/۰۰۰
افسردگی	مانوس با قرآن و متوسط	-۳/۴۳۰	۰/۰۰۰
	مانوس و نا مانوس با قرآن	-۵/۲۶۲	۰/۰۰۰
	متوسط و نا مانوس با قرآن	-۱/۸۳۲	۰/۰۰۳

همان طور که در جدول ۷ مشاهده می شود در مورد خرده مقیاس نشانه‌های جسمانی بین تفاضل میانگین دو گروه مانوس با قرآن و متوسط تفاوت معنادار وجود دارد ($P < ۰/۰۰۳$) و این تفاوت با توجه به میانگین گروه‌ها به سود گروه متوسط است. به عبارت دیگر، گروه متوسط نسبت به گروه مانوس با قرآن دارای سطوح بالاتری از نشانه‌های جسمانی هستند. همچنین بین تفاضل میانگین دو گروه مانوس و نا مانوس با قرآن تفاوت معنادار وجود دارد ($P < ۰/۰۰۰$). و این تفاوت با توجه به میانگین گروه‌ها به سود گروه نا مانوس با قرآن است. به عبارت دیگر، گروه نا مانوس با قرآن نسبت به گروه مانوس با قرآن دارای سطوح بالاتری از نشانه‌های جسمانی هستند. در مورد خرده مقیاس اضطراب و بی خوابی بین تفاضل میانگین دو گروه مانوس با قرآن و متوسط تفاوت معنادار وجود دارد ($P < ۰/۰۰۰$) و این تفاوت با توجه به میانگین گروه‌ها به سود گروه متوسط است. به عبارت دیگر، گروه متوسط نسبت به گروه مانوس با قرآن دارای



سطوح بالاتری از اضطراب و بی خوابی هستند. همچنین بین تفاضل میانگین دو گروه مانوس و نا مانوس با قرآن تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/000$). و این تفاوت با توجه به میانگین گروه‌ها به سود گروه نا مانوس با قرآن است. به عبارت دیگر، گروه نا مانوس با قرآن نسبت به گروه مانوس با قرآن دارای سطوح بالاتری از اضطراب و بی خوابی هستند. در مورد خرده مقیاس افسردگی بین تفاضل میانگین دو گروه مانوس با قرآن و متوسط تفاوت معنادار وجود دارد ($0/000$). و این تفاوت با توجه به میانگین گروه‌ها به سود گروه متوسط است. به عبارت دیگر، گروه متوسط نسبت به گروه مانوس با قرآن دارای سطوح بالاتری از افسردگی هستند. همچنین بین تفاضل میانگین دو گروه مانوس و نا مانوس با قرآن تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/000$). و این تفاوت با توجه به میانگین گروه‌ها به سود گروه نا مانوس با قرآن است. به عبارت دیگر، گروه نا مانوس با قرآن نسبت به گروه مانوس با قرآن دارای سطوح بالاتری از افسردگی هستند. بین تفاضل میانگین دو گروه متوسط و نا مانوس با قرآن تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/003$). و این تفاوت با توجه به میانگین گروه‌ها به سود گروه نا مانوس با قرآن نسبت به گروه متوسط دارای سطوح بالاتری از افسردگی هستند. در حالی که در مورد خرده مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی بین تفاضل میانگین گروه‌ها به صورت دو به دو تفاوت معنی داری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری کلی

- ۱- با توجه به یافته‌های تحقیق حاضر مبنی بر بالا بودن سلامت روان در مانوسین به قرآن کریم، پیشنهاد می‌شود که فرهنگ خواندن قرآن و انس گرفتن با آن از سنین اولیه در فرزندان مورد تأکید قرار گیرد.
- ۲- بنا بر نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌شود این تحقیق بر روی سایر گروه‌های سنی مورد مطالعه قرار گیرد.
- ۳- پیشنهاد می‌گردد رویکرد معنوی درمانی با تأکید بر دین اسلام در جهت افزایش سلامت روانشناختی افراد جامعه مورد استفاده قرار گیرد.

منابع

- ابراهیمی ا، مولوی ح، موسوی غ، برنامنش ع، یعقوبی م . (۱۳۸۶). ویژگی‌های روان سنجی، ساختار عاملی، نقطه برش بالینی، حساسیت و ویژگی پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی (GHQ-28) در بیماران ایرانی مبتلا به اختلالات روانپزشکی. نشریه تحقیقات علوم رفتاری. ۱(۵).
- صادقی موحد، ف. نریمانی، م. رجبی، س. ۱۳۸۷. بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر وضعیت سلامت روانی دانشجویان. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. دوره هشتم، شماره سوم، صفحات ۲۶۱ تا ۲۶۹
- غباری بناب، ب. ۱۳۸۳. اعتقادات مذهبی و سلامت روان. مجله شناختی رفتاری. ۴.
- کاظمی، م. انصاری، ع. اله توکلی، م. کریمی، س. ۱۳۸۲. تأثیر آوای قرآن کریم بر بهداشت روان دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. ۳، شماره ۱، صفحات ۵۷-۵۲.
- کیمیایی، ع. خادمیان، ح. فرهادی، ح. ۱۳۹۰. حفظ قرآن و تأثیر آن بر مولفه‌های سلامت روان. فصلنامه علمی-پژوهشی جامعه‌شناسی زنان، سال دوم، ۴، ۲۰-۱.



مولوی، ح. ۱۳۸۳ «روایی ساختاری ملی و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی در دانشجویان ایرانی»، مجله پژوهش‌های روانشناختی پاکستان، ج ۱۷، ش ۳ و ۴.
 میرباقر آجریز، ن. رنجبر، ن. ۱۳۸۹. تأثیر موسیقی و آوای قرآن کریم بر میزان اضطراب مادران قبل از عمل سزارین: کارآزمایی بالینی تصادفی. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم. دوره ۴، ۱، ۱۹-۱۵.
 میریان، ا. حسن زاده، ر. حسینی، ح. سخائی، خ. ۱۳۹۱. رابطه انس با قرآن و سلامت روانی. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل. ۱، دوره ۱۵، ۷۱-۶۶.

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.

Campos, M.G. (2002). Quality of life differences between first year undergraduate financial aid and non-aid recipients. UN published master thesis.

Diener E, Lucas, R.E, & Oishi, S. (2002). Subjective Well- Being: The science of happiness and life satisfaction. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology*. Oxford: Oxford University Press.

Ellison, Boardman, Williams, & Jackson. (2008). Religious involvement, stress, and mental health: Finding form the 1995 Detroit Area study, *Social Forces*. 80(1), 215-249.

Fredrickson, B. (2002). How does religion benefit health and well-being? Are positive emotions active ingredients, *psychological Inquiry*. 13(3), 209-213.

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.

Marashian, F. Esmaili, E. (2012). Relationship between religious beliefs of students with mental health disorders among the students of Islamic Azad University of Ahvaz . *Procedia - Social and Behavioral Sciences* . 46 , 1831 – 1833.

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.

Schumann M. (2002). How we become moral. In: Snyder C.R, Lopez SJ. *Handbook of Positive Psychology*. Oxford : Oxford University Press.

Soydemir, G., Bostida, E., & Gonzalez, G. (2004). The impact of religiosity on self-assessments of health and happiness: Evidence from the US south west. *Applied Economics*, 36(7), 665-672.



Smith, T.B, & etal. (2003). Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events psychology Bull, 129(4), 614-636.

World Health Organization. (2001). The World Health Report. Mental Health: New Understanding.