

Investigating the Effect of Reciting the Quran and Listening to it on the Dimensions of Spiritual Well-Being of Payame Noor University Students

Seyyed ziaodin Olyanasab¹ , Ameneh Shahandeh^{2*} 

1- Center for the Development of Interdisciplinary Research on Islamic Sciences and Health Sciences, Faculty of Paramedicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

2- Department Of Islamic Studies, University Of Payam Noor Khoy, Khoy, Iran.

*Correspondence should be addressed to Mrs. Ameneh Shahandeh; Email: sahande_a@pnu.ac.ir

Article Info

Received: Sep 11, 2018

Received in revised form:

Nov 10, 2018

Accepted: Dec 1, 2018

Available Online: Dec 22, 2018

Keywords:

Spiritual Well-Being Scale

Pretest

Posttest

Reciting the Quran

Spiritual well-being

Listening to Quran recitation

Abstract

Background and Objective: Despite the fact that the mission statement of Islam has been defined as achievement of happiness in this world and the afterlife, humans have come to understand the significance of spiritual well-being in recent years. In many verses, the Quran is introduced as “healing”. As a pioneer study in this area, the current research aimed to examine how the use of the Quran may enhance spiritual well-being among university students. The ultimate goal was to propose some strategies to improve spiritual well-being.

Method: This study adopted a pretest-posttest design and utilized the Spiritual Well-Being Scale developed by Paloutzian and Ellison for data collection. The participants (N=63) were divided into two groups. To provide intervention to improve spiritual well-being, the members of the first group were advised to recite the Quran twice a week when they were sad, while the members of the second group were invited to listen to the Quran recitation twice a week, each time for ten minutes, when they felt down. The time interval between the pretest and posttest was three months. Levene test, chi-square, paired-samples t-test, analysis of covariance, and one-way analysis of variance were employed for data analysis. All ethical issues were observed in this study and the researchers declared no conflict of interests.

Results: Based on the results of the pretest, the mean scores of spiritual well-being of participants in the recitation and listening groups were 87.88 ± 18.12 and 90.74 ± 14.48 respectively. The same mean scores in the posttest rose to 94.09 ± 13.719 and 95.30 ± 12.135 in the same order. The university students therefore enjoyed a moderate level of well-being. Furthermore, age, gender, major, marital status, illness, and employment status were significantly associated with spiritual health ($p < 0.001$). Finally, it was discovered that Quran recitation, in which a pretest-posttest mean score difference of 6.21 was recorded, was found to be a more effective intervention than listening ($R = 0.959$, $p < 0.001$).

Conclusion: Reciting the Quran and listening to it both improve spiritual health among university students. The results of paired-samples t-test indicated a significance rise in the participants’ spiritual well-being mean score from the pretest to the posttest ($p < 0.001$). According to the results of analysis of covariance, however, no significant difference was detected between recitation of and listening to the Quran in terms of their effect on well-being ($f = 0.931$ and $p = 0.338$). Thus, it can be argued that reciting the Quran and listening to it both can enhance the spiritual well-being score, with the former registering a more profound effect.

Please cite this article as: Olyanasab SZ, Shahandeh A. Investigating the Effect of Reciting the Quran and Listening to it on the Dimensions of Spiritual Well-Being of Payame Noor University Students. J Res Relig Health. 2019; 4(5): 103- 117.

Summary

Background and Objective: Despite the fact that the mission statement of Islam has been defined as achievement of happiness in this world and the afterlife, humans have come to understand the significance of spiritual well-being in recent years. It is through spiritual well-being that humans achieve perfection and find meaning in their lives, hence they can conduct a meaningful life (1). In fact, religiosity and spirituality, which are the essence of being, enact important dimensions of human personality and are experienced through interaction with God, self, others, and the nature (2,3). In many verses, the Quran is introduced as “healing”. As a pioneer study in this area, the current research aimed to examine how the use of the Quran may enhance spiritual well-being among university students. The ultimate goal was to propose some strategies to improve spiritual well-being. Spirituality and well-being are two multi-dimensional, complicated constructs (1,2,4). The four dimensions of spiritual well-being are the acceptance of life in interaction with God, self, the society, and the environment, which makes individuals perfect and appreciates it (5-7). In many verses, God has introduced the Quran as “healing” and has said that it is a blessing for believers. As mentioned by Ayatollah Makarem Shirazi, healing is opposed to illness, fault, and defect [10]. In another place, God says that the Quran is the reason for guidance and healing. As mentioned by Tabarsi and Makarem Shirazi, Quranic healing encompasses various types of diseases and it also includes spiritual and mental illnesses like ignorance that are more difficult to heal than physical problems (8-10).

Method: The current study aimed to explicate procedures through which the Quran may enhance spiritual well-being in the society. It was conducted outside a hospital setting with the goal of proposing some strategies to improve well-being among Iranian university students. This study adopted a pretest-posttest design and utilized the Spiritual Well-Being Scale developed by Paloutzian and Ellison to assess the effect of reciting the Quran and listening to it on individuals’ lives and spiritual well-being. The statistical population of the study included Payame Noor university students, encompassing students of humanities, engineering, and medicine in bachelor and master programs. Random and convenience sampling were utilized for selecting the participants. If the participants were not satisfied with the research process or did not return to the advisory office, they were excluded from the study.

To provide intervention to improve spiritual well-being, the members of the first group were advised to recite the Quran twice a week when they were sad, while the members of the second group were invited to listen to the Quran recitation twice a week, each time for ten minutes, when they felt down. The time interval between the pretest and posttest was three months.

Levene test, chi-square, paired-samples t-test, analysis of covariance, and one-way analysis of variance were employed for data analysis.

Results: Based on the results of the pretest, the mean scores of spiritual well-being of participants in the recitation and listening groups were 87.88 ± 18.12 and 90.74 ± 14.48 respectively. The same mean scores in the posttest rose to 94.09 ± 13.719 and 95.30 ± 12.135 in the same order. The university students therefore enjoyed a moderate level of well-being. Furthermore, age, gender, major, marital status, illness, and employment status were significantly associated with spiritual health ($p < 0.001$). Finally, it was discovered that Quran recitation, in which a pretest-posttest mean score difference of 6.21 was recorded, was found to be a more effective intervention than listening ($R = 0.959$, $p < 0.001$).

Conclusion: Reciting the Quran and listening to it can enhance spiritual well-being among university students. Quran recitation is more effective than listening to it in improving spiritual well-being in the society. Furthermore, reciting the Quran has a more profound impact on improving the score of individuals with low well-being in comparison with people with high well-being scores.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

The Ethics Committee in Biomedical Research of Shahid Beheshti University of Medical Sciences confirmed this research.

Funding

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest

References

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
2. Mauk KL, Schmidt NA. Spiritual care in nursing practice: Lippincott Williams & Wilkins 2004.
3. O'Brien ME. A nurse's handbook of spiritual care: standing on holy ground: Jones & Bartlett Learning; 2004.
4. Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA, editors. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. Mayo clinic proceedings; 2001: Elsevier.
5. Como JMHnp. Spiritual practice: a literature review related to spiritual health and health outcomes. 2007;21(5):224-36.
6. Sinclair S, Pereira J, Raffin SJJopm. A thematic

review of the spirituality literature within palliative care. 2006;9(2):464-79.

7. Unterrainer H-F, Ladenhauf KH, Moazedi M, Wallner-Liebmann S, Fink AJP, Differences I. Dimensions of religious/spiritual well-being and their relation to personality and psychological well-being. 2010;49(3):192-7.

8. Smith J, McSherry WJJoan .Spirituality and child development: a concept analysis. 2004;45(3):307-15.

9. Abbasi M. Spiritual health from the point of view of Islam. Tehran: Shahid Beheshti Medical Sciences; 2015. (Full Text in Persian)

10. Vader J-P. Spiritual health: the next frontier. Oxford University Press; 2006

دراسة مدى تأثير تلاوة القرآن الكريم والاستماع اليه على جوانب الصحة المعنوية لدى طلاب جامعة بيام نور

السيد ضياء الدين عليان^١، آمنة شاهنده^٢ *
id id

١ - مركز تطوير البحوث المتداخلة في العلوم الإسلامية والعلوم الصحية، كلية الطب المساعد، جامعة تبريز للعلوم الطبية، إيران.

٢ - قسم المعارف الإسلامية، جامعة بيام نور، خوي، إيران.

* المراسلات الموجهة إلى السيدة آمنة شاهنده؛ البريد الإلكتروني: sahande_a@pnu.ac.ir

معلومات المادة

الوصول: ١ محرم ١٤٣٩

وصول النص النهائي: ٢ ربيع الأول ١٤٤٠

القبول: ٢٣ ربيع الأول ١٤٤٠

النشر الإلكتروني: ١٤ ربيع الثاني ١٤٤٠

الملخص

خلفية البحث وأهدافه: على الرغم من الرسالة الرئيسية للإسلام في السعادة الدنيوية والآخروية، أدركت البشرية أهمية الصحة المعنوية في العقود الأخيرة. في العديد من الآيات، لقد وُصف القرآن بكونه شفاء. هذه الدراسة هي واحدة من الدراسات الأولى التي تهدف إلى شرح أسلوب استخدام القرآن في رفع مستوى الصحة المعنوية لدى الطلاب بغية إيجاد حل لتحسين الرفاهية الروحية.

منهجية البحث: تم إجراء هذه الدراسة بطريقة الاختبار القبلي والاختبار البعدي مستخدماً استبيان "اليسون والوترين" للصحة المعنوية. تم تصنيف المشاركين في الاختبار (٦٣ طالباً) إلى مجموعتين، ومن أجل المتداخلة في رفع مستوى الصحة المعنوية لدى الطلاب تلقت المجموعة الأولى تلاوة القرآن الكريم مرتين في الاسبوع عند الشعور بعدم الراحة كما قامت المجموعة الثانية بالاستماع الى القرآن الكريم لمدة عشر دقائق ومرتين في الاسبوع وذلك عند الشعور بالضجر. كانت الفترة بين الاختبار القبلي والاختبار البعدي ثلاثة أشهر. وللاختبارات الإحصائية، تم استخدام اختبار "ليفن" واختبار "كاي" مربع واختبار T المزدوج وتحليل التباين المشترك والتباين الأحادي. تمت مراعاة جميع الموارد الاخلاقية في هذا البحث وإن مؤلفي المقالة لم يشيروا الى اي تضارب في المصالح.

الكشوفات: في الاختبار القبلي، كان معدل درجة الصحة المعنوية للمجموعة الأولى $87/88 \pm 18/12$ والمجموعة الثانية التي استمعت الى القرآن $90/74 \pm 14/48$ ؛ ولكنه ازداد في الاختبار البعدي على النحو التالي $94/09 \pm 13/719$ و $95/30 \pm 12/135$. تم تقييم درجة الصحة المعنوية للطلاب بأنها متوسطة. كانت هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين متغيرات العمر والجنس والفرع الدراسي والحالة الاجتماعية والمرض والمهنة وبين الصحة المعنوية. التداخل مع فرق متوسط قدره $6/21$ بين الاختبار القبلي والبعدي كان أكثر فعالية من المتداخلة ($P < 0.001$). تبين ان المتداخلة بطريقة تلاوة القرآن مع فرق متوسط قدره $6/21$ بين الاختبار القبلي والبعدي كان أكثر تأثيراً من المتداخلة بطريقة الاستماع الى القرآن ($P < 0.001$ و $R = 0.959$).

الاستنتاج: إن تلاوة القرآن والاستماع اليه يؤدي الى رفع مستوى الصحة المعنوية لدى الطلاب. اظهرت نتائج اخبار تي المزدوج ان هناك فرقا دالا احصائيا في متوسط درجات الصحة المعنوية فيما قبل المتداخلة ومابعدها في المجموعتين ($P < 0.001$). وفقا لنتائج تحليل التباين المشترك لم يكن هناك فرق دال احصائيا بين تأثير تلاوة القرآن أو الاستماع اليه ($p = 0.338$ و $f = 0.931$). يمكن القول

أن لتلاوة القرآن والاستماع اليه دورا في زيادة درجة الصحة المعنوية وكانت

نسبة هذه الزيادة اعلى في المجموعة الاولى التي قامت بتلاوة القرآن.

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Olyanasab SZ, Shahandeh A. Investigating the Effect of Reciting the Quran and Listening to it on the Dimensions of Spiritual Well-Being of Payame Noor University Students. J Res Relig Health. 2019; 4(5): 103- 117.

بررسی آثار تلاوت قرآن کریم و شنیدن آوای آن بر ابعاد سلامت معنوی در دانشجویان دانشگاه پیام‌نور

سید ضیاءالدین علیانسیب^۱، آمنه شاهنده^۲ *
id

۱- مرکز توسعه‌ی پژوهش‌های بین‌رشته‌ای معارف اسلامی و علوم سلامت، دانشکده‌ی پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

۲- گروه معارف اسلامی، دانشگاه پیام نور خوی، خوی، ایران.

*مکاتبات خطاب به خانم آمنه شاهنده؛ رایانامه: sahande_a@pnu.ac.ir

اطلاعات مقاله

دریافت: ۲۰ شهریور ۱۳۹۷

دریافت متن نهایی: ۱۹ آبان ۱۳۹۷

پذیرش: ۱۰ آذر ۱۳۹۷

نشر الکترونیکی: ۱ دی ۱۳۹۷

واژگان کلیدی:

پرسش‌نامه‌ی سلامت معنوی

پس‌آزمون

پیش‌آزمون

روخوانی قرآن

سلامت معنوی

گوش کردن به قرآن

چکیده

سابقه و هدف: با وجود رسالت اصلی دین اسلام در سعادت دنیوی و اخروی، بشر در دهه‌های اخیر به اهمیت سلامت معنوی پی برده است. در آیات متعددی، قرآن با وصف «شفا» معرفی شده است. مطالعه‌ی حاضر یکی از نخستین مطالعاتی است که با هدف تبیین شیوه‌ی استفاده از قرآن در ارتقای سلامت معنوی دانشجویان برای معرفی راهکاری در بهبود سلامت معنوی صورت گرفته است.

روش کار: این مطالعه به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون با پرسش‌نامه‌ی سلامت معنوی الیسون و پالوتزین صورت گرفته است. شرکت‌کنندگان در آزمون (۶۳ نفر) به دو گروه دسته‌بندی شدند که برای مداخله در ارتقای سلامت معنوی دانشجویان به گروه اول روخوانی قرآن در مواقع ناراحتی و دو بار در هفته؛ و به گروه دوم گوش دادن به قرآن در مواقع دلتنگی به مدت ۱۰ دقیقه و دو بار در هفته توصیه شد. زمان بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون سه ماه بود. برای انجام آزمون‌های آماری از آزمون لوین، کای دو، تی زوجی، تحلیل کوواریانس و واریانس یک‌طرفه استفاده شد. در این پژوهش همه‌ی مسائل اخلاقی رعایت شده است و نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

یافته‌ها: در پیش‌آزمون میانگین نمره‌ی سلامت معنوی گروه روخوانی $87/88 \pm 18/12$ ؛ و گروه گوش‌دادن $90/74 \pm 14/48$ بود که در پس‌آزمون به ترتیب به $94/09 \pm 13/719$ و $95/30 \pm 12/135$ افزایش یافت. نمره‌ی سلامت معنوی دانشجویان نیز متوسط ارزیابی شد. بین متغیرهای سن، جنس، رشته‌ی تحصیلی، تأهل، بیماری و اشتغال با سلامت معنوی ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/01$). مداخله به روش روخوانی با تفاضل میانگین $6/21$ بین پیش و پس‌آزمون مؤثرتر از مداخله به روش گوش‌دادن بود ($p < 0/01$ و $R = 0/959$).

نتیجه‌گیری: روخوانی قرآن و گوش کردن به آن موجب ارتقای سلامت معنوی دانشجویان می‌شود. آزمون تی زوجی نشان داد که تفاوت آماری معنی‌داری در میانگین نمره‌های سلامت معنوی قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه وجود داشت.

($p < 0.001$). بر اساس تحلیل کوواریانس، از نظر آماری تفاوت معنی‌داری بین تأثیر روخوانی قرآن و گوش‌دادن به آن وجود نداشت ($p = 0.338$ و $f = 0.931$). می‌توان گفت روخوانی و

گوش‌دادن در افزایش نمره‌ی سلامت معنوی نقش داشت و این افزایش در گروه روخوانی بیشتر بود.

استناد مقاله به این صورت است:

Olyanasab SZ, Shahandeh A. Investigating the Effect of Reciting the Quran and Listening to it on the Dimensions of Spiritual Well-Being of Payame Noor University Students. J Res Relig Health. 2019; 4(5): 103- 117.

مقدمه

با وجود رسالت اصلی دین اسلام بر تکامل، سعادت و سلامت مادی و معنوی و همچنین دنیوی و اخروی فرد، بشر امروزی در دهه‌های اخیر به اهمیت سلامت معنوی پی برده؛ و آن را بُعد چهارم سلامت مطرح کرده است (۱). امروزه برخی از مراکز علمی پیشنهاد می‌کنند که نیازهای معنوی بیماران نیز در مراکز مراقبت سلامتی ارزیابی شود (۲). مطالعاتی که در جوامع مختلف و در بیماران انجام شده، نشان داده است که بیش از ۹۰ درصد افراد به وجودی برتر و ماورایی اعتقاد دارند و در مواقع بحران و بیماری خواهان رسیدگی و برآورده شدن نیازهای معنوی و مذهبی خود هستند (۳). به عبارتی معنویت و سلامتی دو سازه‌ی چند بُعدی با ماهیت پیچیده (۳-۵)؛ و عبارت از پذیرش زندگی در ارتباط با خدا، خود، جامعه و محیط است و کامل بودن فرد را پرورش می‌دهد و از آن تقدیر می‌کند (۶-۸). در واقع دین‌داری و معنویت ماده و جوهره‌ی هستی‌اند که جنبه‌های مهم شخصیت انسان را نمایان می‌سازند و از طریق ارتباط با خدا، خود، دیگران و طبیعت تجربه می‌شود (۵، ۹). در سایه‌ی سلامت معنوی است که انسان به کمال می‌رسد و معنای زندگی خود را می‌یابد و سمت و سوی زندگی وی معنا و مفهوم پیدا می‌کند (۴) و با همه‌ی حیطه‌های سلامت در تمامی سنین ارتباط دارد (۱۰)، هر چند سلامت معنوی می‌تواند در بهبود سریع‌تر بیماران مؤثر باشد (۱۱). طبق بیانیه‌ی کپنهاک^۱، سلامت معنوی یکی از ابعاد رشد اجتماعی افراد، خانواده‌ها و جوامع مختلف محسوب می‌شود و باید بینش سیاسی، اقتصادی، اخلاقی و معنوی افراد برای رشد اجتماعی تقویت شود و سمت و سوی یابد (۱۲، ۱۳).

بخش عمده‌ی مطالعات صورت گرفته درباره‌ی معرفی راهکار برای ارتقای سلامت معنوی در کشورهای غربی مربوط به فرهنگ غرب و آیین مسیحیت است و تلاش‌های تازه و اندکی

از دیدگاه اسلام و ایران صورت پذیرفته است (۱). در دین اسلام، خدای متعال در آیات متعددی مانند آیه‌ی ۸۲ سوره‌ی اسراء قرآن را با وصف «شفا» معرفی کرده؛ و آن را شفا بخش و رحمت برای مؤمنان دانسته است. همچنین در آیه‌ی ۴۴ سوره‌ی فصلت آن را مایه‌ی هدایت و در آیه‌ی ۵۷ سوره‌ی یونس آن را مایه‌ی شفا بخشی می‌داند که به قول طبرسی و مکارم شیرازی شفای قرآن همچنین درمان انواع بیماری‌ها به ویژه بیماری‌های روحی و روانی فرد را که دشوارتر از بیماری‌های جسمانی است، شامل می‌شود (۱۴-۱۶).

در پژوهش‌های پیشین بیشتر بر تأثیر قرآن در برنامه‌های درمانی بیماران تأکید شده است؛ برای مثال می‌توان به اثر استماع قرآن در کاهش درد زایمان (۱۷)، راحتی بیشتر مادر و نیز کوتاهی مدت زمان زایمان (۱۸)، کاهش درد زایمان در زنان نخست‌زا (۱۸)، روش غیردارویی مؤثر برای کاهش اضطراب در بیماران قبل از اعمال جراحی (۱۹)، روخوانی قرآن در برنامه‌ی زندگی برای کاهش تنش و نگرانی بیماران صعب‌العلاج (۲۰) و ... اشاره کرد. در خارج از محیط‌های درمانی نیز از خواندن و گوش‌دادن به آیات قرآن برای کاهش اضطراب ورزشکاران قبل از مسابقه (۲۱)، بهبود نمره‌ی بهداشت روان دانشجویان پرستاری (۲۲)، مشارکت کودکان در مراسم مذهبی (۲۳) و کاهش اضطراب امتحان و ارتقای ظرفیت‌های فردی (۲۴) استفاده شده است.

در زمینه‌ی ارتقای سلامت معنوی و بهبود نمره‌ی آن به روش مداخله در محیط‌های درمانی می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد: بهبود نمره‌ی سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان با دعا و مناجات (۲۵)، تأثیر مثبت مراقبت معنوی بر اضطراب و افزایش نمره‌ی سلامت معنوی بیماران ایسکمیک قلبی^۲ با حمایت از تشریفات مذهبی بیمار (۲۶)، تأثیر آموزش معنوی - مذهبی بر افسردگی، اضطراب، استرس و ارتقای نمره‌ی سلامت معنوی مراقبان کودکان مبتلا به سرطان خون (لوسمی^۳) (۲۷)

^۲) schemic heart

^۳) Leukaemia

^۱) Copenhagen statement

$$2\sigma^2(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})$$

$$(n_1 = \frac{\frac{1}{2}}{\Delta^2} \cong 30; \Delta = \mu_1 - \mu_2)$$

و با در

نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصدی و توان آزمون ۸۰ درصدی و نیز حداکثر واریانس مشترک ۴۵ واحدی بین دو گروه ۶۰ نفری محاسبه شد که با توجه به ریزش احتمالی نمونه‌ها، ۱۲۰ نفر در نظر گرفته شد. رضایت نداشتن فرد از فرایند مطالعه و نداشتن مراجعه‌ی مجدد به دفتر مشاوره به خروج از مطالعه منجر شد.

ابزار پرسش‌نامه‌ی به‌کاررفته در این پژوهش با اقتباس از پرسش‌نامه‌ی سلامت معنوی^۱ است (۳۶-۳۸) که پالتزین و الیسون^۲ آن را طراحی کرده‌اند. این پرسش‌نامه شامل ۲۰ سؤال است که سؤال‌های زوج سلامت وجودی و سؤال‌های فرد سلامت مذهبی افراد را ارزیابی می‌کند که در نهایت از مجموع آنها نمره‌ی نهایی سلامت معنوی حاصل می‌شود. پاسخ سؤال‌ها نیز به صورت لیکرت شش‌گزینه‌ی شامل کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم است. در سؤال‌هایی که ماهیت مثبت دارند به پاسخ کاملاً مخالفم نمره‌ی ۱؛ و کاملاً موافقم نمره‌ی ۶؛ و در سؤال‌هایی که شکل منفی دارند به پاسخ کاملاً مخالفم نمره‌ی ۶؛ و به کاملاً موافقم نمره‌ی ۱ داده می‌شود. بنابراین، دامنه‌ی نمره‌ی نهایی سلامت معنوی بین ۲۰-۱۲۰ است که در دو بُعد وجودی و مذهبی بررسی می‌شود. همچنین سلامت معنوی به سه سطح پایین (نمره‌ی بین ۲۰ تا ۴۰)، متوسط (۴۱ تا ۹۹) و بالا (نمره‌ی بین ۱۰۰ تا ۱۲۰) طبقه‌بندی می‌شود. به‌طوری‌که نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی برخورداری از سلامت معنوی بهتر است.

این پژوهش در دو مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون، بر روی دو گروه آزمودنی از یک جامعه و به صورت مداخله‌ی صورت گرفت. در ابتدا ۱۱۵ نفر به تکمیل پرسش‌نامه‌ی مرحله‌ی اول اقدام کردند. سؤال‌های مرحله‌ی اول از نوع سؤال‌های پرسش‌نامه‌ی بسته بود که سلامت معنوی دانشجویان بدون هیچ مداخله‌ی بررسی؛ و پرسش‌نامه‌ی مذکور به دانشجویان تحویل داده شد. دانشجویان شرکت‌کننده در مرحله‌ی اول پژوهش به دو گروه دسته‌بندی شدند. برای مداخله در ارتقای سلامت معنوی دانشجویان گروه اول پیشنهاد روخوانی قرآن در مواقع ناراحتی و استرس داده شد و توصیه شد که در طول هفته فقط دو بار به روخوانی یک صفحه از قرآن اقدام کنند. به

بررسی تأثیر مراقبت معنوی به شیوه‌ی القای امید بر ارتقای نمره‌ی سلامت معنوی سالمندان (۲۸).

مطالعات مداخله‌گرایانه در بهبود نمره‌ی سلامت معنوی در خارج از محیط‌های درمانی کم؛ و محدود به چند مطالعه است که می‌توان به اثربخشی مداخله‌ی معنوی - مذهبی به کمک آموزش مهارت‌های معنوی با رویکرد اسلامی بر کیفیت زندگی دانشجو معلمان زن (۲۹) و یا اثربخشی موسیقی آرام و بی‌کلام بر سلامت معنوی نوجوانان دختر شهر شیراز (۳۰) اشاره داشت.

واقعیت این است که در حین تحصیلات دانشگاهی و رویارویی دانشجویان با افراد و فرهنگ‌های مختلف گاهی تأثیرگذاری طبقات اجتماعی بر ذهنیت دانشجویان و تغییر کیفیت سلامت زندگی (۳۱) اتفاق می‌افتد که مخاطرات دگرگونی هویت یکی از پیامدهای آن است. دانشجویان دارای مجموعه‌ی مشکلات از جمله مشکلات درسی، مالی، ازدواج، شخصیتی، رفتاری و اجتماعی هستند (۳۲) که به افت نمره‌ی سلامت معنوی دانشجویان در حد متوسط و کمتر منجر می‌شود (۳۳-۳۵). اهمیت روزافزون پرداختن به مسئله‌ی سلامت معنوی جامعه به ویژه دانشجویان در هنگام رویارویی آنان با انواع عوامل استرس‌زای تحصیلی و اجتماعی، لزوم انجام اقداماتی را برای افزایش سطح سلامت معنوی دو چندان می‌نماید. مطالعه‌ی حاضر یکی از نخستین مطالعاتی است که با هدف تبیین شیوه‌ی استفاده از قرآن در ارتقای سلامت معنوی در جامعه‌ی دانشگاهی و خارج از محیط بیمارستانی برای معرفی راهکاری در ارتقا و بهبود سلامت معنوی در جمعیت دانشجویان ایرانی صورت گرفته است.

روش کار

پژوهش حاضر همبستگی از نوع تحلیل کوواریانس است که به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون، به منظور تعیین میزان تأثیر خواندن و گوش‌دادن به آوای قرآن کریم در زندگی فردی و سلامت معنوی صورت گرفته است. جامعه‌ی آماری این تحقیق دانشجویان دانشگاه پیام‌نور خوی شامل دانشجویان رشته‌های مختلف علوم انسانی، فنی و مهندسی؛ و علوم پزشکی در مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد بودند. نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس صورت گرفت. حجم نمونه بر اساس فرمول حجم نمونه

^۱) Spiritual Well-Being Scale (SWBS)

^۲) Paloutzian & Ellison

یافته‌ها

از مجموع ۱۱۵ نمونه‌ی پژوهش ۹۴ زن و ۲۱ مرد در پیش‌آزمون؛ و ۷۳ زن و ۱۷ مرد در پس‌آزمون شرکت کردند. ۲۵ نفر (۲۱/۷ درصد) از افراد در مرحله‌ی اول آزمون برای تکمیل پرسش‌نامه به هر دلیلی مراجعه‌ی مجدد نداشتند. ۲۷ نفر (۲۳/۴ درصد) نیز فرایند گوش کردن و روخوانی قرآن را طبق برنامه‌ی هفتگی به صورت ناقص انجام داده بودند. به‌عبارتی شرکت‌کنندگان در این آزمون ۶۳ نفر بودند که مراحل آزمون را به درستی و با دقت دنبال کردند و به نتایج پرسش‌نامه‌های به‌دست‌آمده نیز می‌توان استناد کرد. نتایج حاصل از تحلیل آماری بین دو گروه نشان داد که متوسط سنی گروه‌های مورد پژوهش در گروه اول (گروه روخوانی) $27/94 \pm 6/189$ و در گروه دوم (گروه شنیدن قرآن کریم) $24/77 \pm 4/417$ بود. جدول شماره‌ی ۱ توزیع فراوانی مطلق و نسبی و مقایسه‌ی مشخصات جمعیت‌شناختی بین دو گروه تحت آزمون را نشان می‌دهد.

جدول ۱) توزیع فراوانی مطلق، نسبی و مقایسه‌ی مشخصات جمعیت‌شناختی بین دو گروه

متغیرهای کتبی	گروه روخوانی		گروه گوش‌دادن		آزمون آماری تی مستقل
	تعداد	میانگین	تعداد	میانگین	
سن	۳۳	$27/94 \pm 6/189$	۳۰	$24/77 \pm 4/417$	$p=0/027$
متغیرهای کیفی	تعداد	درصد	تعداد	درصد	آزمون آماری کای دو
	۲۸	۸۴/۸	۲۶	۸۶/۷	$p=0/826$
جنس	مرد	۵	۱۵/۲	۱۳/۳	
	مجرد	۲۱	۶۳/۶	۶۶/۷	
وضعیت تأهل	مطلقه	۵	۱۵/۲	۱۰	$P=0/526$
	متأهل	۷	۲۱/۷	۲۳/۳	
موقعیت شغلی	شاغل	۱۰	۳۰/۳	۱۳/۳	$P=0/152$
	وابسته	۲۳	۶۹/۷	۸۶/۷	
بیماری مزمن	دارد	۴	۱۲/۱	۱۰	$P=0/67$
	ندارد	۲۲	۶۶/۷	۷۰	
	در نزدیکیان دارد	۷	۲۱/۲	۶	۲۰

جدول شماره‌ی ۲ اطلاعات آماری فراوانی، محدوده‌ها، میانگین‌ها، انحراف معیار گروه‌های آزمودنی را قبل و بعد از مداخله نشان می‌دهد.

از آنجایی که هدف اصلی این مطالعه مقایسه‌ی تأثیر روخوانی قرآن و شنیدن نوای قرآن در افزایش نمره‌ی سلامت معنوی بود، نمره‌های سلامت وجودی، سلامت مذهبی و سلامت معنوی در گروه‌های مورد پژوهش قبل و بعد از مداخله مقایسه شد.

جدول (۲) اطلاعات آماری پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمونی

گروه‌های آزمودنی	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		
	سلامت مذهبی	سلامت وجودی	سلامت معنوی	سلامت مذهبی	سلامت وجودی	سلامت معنوی
تعداد	۳۳	۳۳	۳۳	۳۳	۳۳	۳۳
میانگین	۴۵/۷۳	۴۲/۱۵	۸۷/۸۸	۴۹/۶۷	۴۴/۴۲	۹۴/۰۹
انحراف معیار	۱۰/۸۶	۸/۷	۱۸/۱۲	۶/۸	۸/۲۶	۱۳/۷۲
محدوده	۴۱	۳۶	۷۳	۲۵	۳۶	۵۸
حداقل	۱۹	۱۹	۳۸	۳۵	۲۱	۵۶
حداکثر	۶۰	۵۵	۱۱۱	۶۰	۵۷	۱۱۴
تعداد	۳۰	۳۰	۳۰	۳۰	۳۰	۳۰
میانگین	۴۸/۶۷	۴۲/۰۷	۹۰/۷۴	۵۰/۸۰	۴۴/۵۰	۹۵/۳۰
انحراف معیار	۱۰/۰۰۵	۶/۵۷۵	۱۴/۴۸	۷/۴۱	۶/۳۳	۱۲/۱۳
محدوده	۴۵	۲۸	۶۷	۳۴	۲۶	۵۵
حداقل	۱۵	۲۴	۳۹	۲۶	۲۸	۵۴
حداکثر	۶۰	۵۲	۱۰۶	۶۰	۵۴	۱۰۹

روخوانی قرآن کریم

گوش‌دادن به آوای قرآن

پاسامدی نمره‌های سلامت معنوی را در سه دسته‌ی پایین، متوسط و بالا برای پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

مطابق نقاط برش استاندارد پرسش‌نامه‌ی سلامت معنوی، نتایج حاصل از نمره‌ی سلامت معنوی به سه دسته‌ی نمره‌های پایین، متوسط و بالا دسته‌بندی شد. جدول شماره‌ی ۳ تحلیل

جدول (۳) تحلیل پاسامدی نمره‌های سلامت معنوی در سه دسته‌ی پایین، متوسط و بالا

سلامت معنوی	پیش‌آزمون				پس‌آزمون			
	پایین <۴۰	متوسط ۴۱-۹۹	بالا >۱۰۰	کل	پایین <۴۰	متوسط ۴۱-۹۹	بالا >۱۰۰	کل
گروه روخوانی قرآن کریم	۶/۱٪	۵۱/۵٪	۴۲/۴٪	۱۰۰٪	۰٪	۵۷/۶٪	۴۲/۴٪	۱۰۰٪
گروه گوش‌دادن به نوای قرآن	۳/۳٪	۵۶/۷٪	۴۰٪	۱۰۰٪	۰٪	۵۳/۳٪	۴۶/۷٪	۱۰۰٪
کل سلامت معنوی	۴/۲۰٪	۵۵/۳٪	۴۰/۵٪	۱۰۰٪	۰٪	۵۸/۳٪	۴۱/۷٪	۱۰۰٪

اطمینان حاصل شد ($p > 0.05$) که نتایج آن در جدول شماره‌ی ۴ مشاهده می‌شود.

برای ارزشیابی میانگین‌ها و توزیع‌های هر گروه از آزمون تی زوجی استفاده شد و برای اجرای آن نیز از توزیع نرمال داده‌ها

جدول (۴) مقایسه‌ی میانگین نمره‌های سلامت مذهبی، سلامت وجودی، سلامت معنوی دو گروه روخوانی و گوش‌دادن به آن

گروه‌های آزمودنی	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		آزمون تی زوجی	
	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	تفاضل	نتیجه	همبستگی
سلامت مذهبی	۴۵/۷۳±۱۰/۸۶۶	۴۹/۶۷±۶/۸۰۸	۳/۹۴	$P < 0.001$	۰/۹۵۶	
سلامت وجودی	۴۲/۱۵±۸/۷۰۷	۴۴/۴۲±۸/۲۶۹	۲/۲۷	$P < 0.001$	۰/۹۵۱	
سلامت معنوی	۸۷/۸۸±۱۸/۱۱۹	۹۴/۰۹±۱۳/۷۱۹	۶/۲۱	$P < 0.001$	۰/۹۵۹	
سلامت مذهبی	۴۸/۶۷±۱۰/۰۰۵	۵۰/۸۰±۷/۴۱۶	۲/۱۳	$P < 0.001$	۰/۹۵۰	
سلامت وجودی	۴۲/۰۷±۶/۵۷۵	۴۴/۵۰±۶/۳۳۴	۲/۴۳	$P < 0.001$	۰/۸۹۹	
سلامت معنوی	۹۰/۷۳±۱۴/۴۸۶	۹۵/۳۰±۱۲/۱۳۵	۴/۵۷	$P < 0.001$	۰/۹۵۴	

همچنین آزمون آماری تحلیل واریانس یکطرفه بر روی وضعیت تأهل و بیماری قبل و بعد از مداخله، در دو گروه نشان داد که بین رفتارهای ارتقادهنده سلامت معنوی (گوش دادن به آوای قرآن و روخوانی در هر دو گروه)، تأهل و بیماری ارتباط معنی داری وجود داشت و این ارتباط قبل و بعد از مداخله حفظ شد. جدول شماره ۵ تحلیل واریانس یکطرفه بین تأهل، بیماری و سلامت معنوی در دو گروه آزمودنی را نشان می دهد.

بررسی نمره های سلامت معنوی پیش آزمون و مقایسه ای میانگین نمره ها نشان داد که تفاوت معنی داری بین سلامت معنوی دو گروه قبل از مداخله وجود نداشت ($P < 0.01$) و $F = 635/5$. هر دو گروه دارای سلامت معنوی متوسط بودند. انجام مداخله و اجرای برنامه ی گوش دادن به آوای قرآن و خواندن نتایج پس آزمون نشان دهنده ی ارتقای نمره ی سلامت معنوی در هر دو گروه بود. برای تعیین تفاوت بین میانگین ها از آزمون کوواریانس ($P = 0.338$ و $F = 0.931$) استفاده شد.

جدول ۵) تحلیل واریانس یکطرفه برای مقایسه ی نمره ی سلامت معنوی در متغیر تأهل و بیماری

متغیر	گروه آزمودنی	پارامتر	پیش آزمون			پس آزمون		
			میانگین	انحراف معیار	F	میانگین	انحراف معیار	F
تأهل	روخوانی قرآن کریم	مجرد	۸۹/۶۷	۱۶/۴۰۸	۶/۷۵۷	۹۴/۹۰	۱۳/۲۳	۵/۳۹۳
		مطلقه	۶۵/۸۰	۱۷/۳۸۴		۷۹/۲۰	۱۲/۶۷۷	
		متأهل	۹۸/۲۹	۱۰/۴۰۴		۱۰۲/۲۹	۸/۱۱۸	
	گوش دادن به آوای قرآن	مجرد	۹۳/۴۵	۹/۰۴۷	۱۸/۰۶	۹۸/۶۰	۸/۱۷۲	۱۳/۷۱۶
		مطلقه	۵۸/۶۷	۱۷/۰۹۸		۷۰/۰۰	۱۳/۸۹۲	
		متأهل	۹۶/۷۱	۸/۷۸۹		۹۶/۷۱	۸/۷۸۹	
بیماری	روخوانی قرآن کریم	دارد	۸۵/۰۰	۱۹/۸۱۶	۰/۱۳۳	۹۴/۲۵	۱۲/۸۱۶	۰/۰۳۴
		ندارد	۸۷/۵۰	۱۹/۳۷۸		۹۳/۶۸	۱۴/۰۸۶	
		در بستگان دارد	۹۰/۷۱	۱۴/۹۹۷		۹۵/۲۹	۱۴/۹۹۷	
	گوش دادن به آوای قرآن	دارد	۹۱/۰۰	۲۱/۰۰۰	۰/۹۰۸	۹۶/۰۰	۱۶/۴۶۲	۰/۰۷۸
		ندارد	۹۱/۳۸	۱۴/۹۵۲		۹۵/۷۱	۱۲/۰۹۶	
		در بستگان دارد	۸۸/۳۳	۱۱/۷۴۲		۹۳/۵۰	۱۲/۴۷۰	

بحث

توصیه ی خداوند به تلاوت آهسته و شمرده ی قرآن (۳۹) در حد یسر و توانایی (۴۰) برای تمام امور زندگی انسان ها از جمله رفع گرفتاری و شفای جسم و جان (۴۱) و نجات از گرفتاری و ناراحتی است (۴۲). به عبارتی خداوند تلاوت و تفکر در قرآن را راهکاری مناسب برای ارتقا و بهبود سلامت معنوی معرفی می نماید. از آنجایی که شیوه های مختلفی برای انس و ارتباط با قرآن از جمله تلاوت قرآن و یا شنیدن آوای آن وجود دارد؛ در این تحقیق، مقایسه ی بین دو روش ارتباطی با قرآن انجام شده است. از این رو، دانشجویان دانشگاه پیام نور دو گروه به صورت تصادفی آزموده شدند. بر اساس یافته های جدول شماره ۱ درباره ی مشخصات

جمعیت شناختی دو گروه، متوسط سنی گروه های مورد پژوهش با آزمون آماری لوین^۱ با سطح $P = 0.114$ و $f = 2/572$ بررسی و ملاحظه شد که واریانس گروه ها از تجانس برخوردار بود. آزمون آماری کای دو نیز در افراد دو گروه در مشخصات جنس، وضعیت تأهل، موقعیت شغلی، وضعیت تحصیلی و سابقه ی بیماری نشان داد که با همدیگر تفاوت آماری معنی داری نداشتند ($p > 0.05$)؛ همچنین مشخصات جمعیت شناختی دو گروه نیز با هم همسان بود. در مطالعه ی بیگدلی و کریم زاده نیز سلامت معنوی در پرستاران زن و مرد تفاوت معنی داری نشان نداده است (۴۳).

بر اساس جدول شماره ۲ در مقایسه ی اطلاعات آماری دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون ملاحظه شد که انحراف معیار

۱) Levine statistical test

تأثیر همپراش اختلاف معنی‌داری بین گروه‌ها وجود نداشت. بنابراین، می‌توان گفت روخوانی قرآن کریم و گوش‌دادن به آوای قرآن عاملی در جهت افزایش نمره‌ی سلامت معنوی تلقی می‌شوند؛ این در حالی است که در گروه گوش‌دادن به آوای قرآن افزایش نمره‌ی سلامت معنوی کم‌رنگ‌تر بوده است. آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه نشان داد که از بین مشخصات جمعیت‌شناختی تأهل و بیماری با یکی از مؤلفه‌های ارتقای سلامت معنوی یعنی گوش‌دادن به آوای قرآن کریم ارتباط معناداری وجود داشت ($P < 0.005$ و $f = 18/063$). در این مطالعه، سلامت معنوی بیماران و اطرافیان آنان بالا بود و با انجام مداخله در این گروه نمره‌ی سلامت معنوی افراد بیمار و همچنین افرادی که در بستگان خود دارای بیماری مزمن بودند بهبود ۵ نمره‌ی با تفاضل واریانس ۱-۴ واحدی را نشان داد؛ که با مطالعه‌ی رضایی و همکاران درباره‌ی میانگین نمره‌ی سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان ۹۸/۳۵ (۴۵) و بررسی صدیقه فروهری و همکاران درباره‌ی تأثیر شنیداری آوای قرآن کریم به عنوان یکی از روش‌های مکمل در کاهش درد زایمان زنان نخست‌زا (۱۸)، و همچنین پژوهش سیدال^۲ و همکاران درباره‌ی بیماران دارای آسیب نخاعی (۴۶) همخوانی دارد. انجام آزمون تی گروه‌های مستقل نشان داد که دیگر متغیرهای جمعیت‌شناختی از قبیل سن، جنس، تحصیل و شغل با مؤلفه‌های ارتقای سلامت معنوی، رابطه‌ی معناداری ندارند.

نتیجه‌گیری

بر اساس پژوهش حاضر، سلامت معنوی در بین جامعه‌ی دانشگاهی و دانشجویان در محدوده‌ی متوسط و بالا قرار دارد و خواندن و شنیدن قرآن موجب ارتقای سلامت معنوی در بین افراد می‌شود. در جامعه‌ی دانشجویی روخوانی قرآن کریم در بهبود سلامت معنوی جامعه مؤثرتر است. همچنین روخوانی قرآن کریم در بهبود نمره‌ی افراد با سلامت معنوی پایین، مؤثرتر از بهبود نمره‌ی افراد با سلامت معنوی بالا است. توصیه می‌شود برای ارتقای سلامت معنوی جامعه توجه بیشتری به امر گوش‌کردن به آوای قرآن و روخوانی آن در بین دانشجویان و گروه‌های اجتماعی دیگر شود.

محدودیت‌ها و پیشنهادها

نمره‌های سلامت معنوی دو گروه کاهش یافت که این امر از کاهش پراکندگی نمره‌ها و تأثیر مثبت مداخله حکایت دارد. از طرفی حداقل نمره‌ی سلامت معنوی در گروه روخوانی قرآن کریم بهبود ۱۸ نمره‌ی و در گروه گوش‌دادن به آوای قرآن بهبود ۱۵ نمره‌ی داشت و حداکثر نمره‌ی سلامت معنوی در دو گروه افزایش ۳ نمره‌ی را نشان داد. این بدان معنا است که بر اساس جدول شماره‌ی ۳ طبق نقاط برش استاندارد پرسش‌نامه‌ی سلامت معنوی، نمره‌ی سلامت معنوی ۴/۲ درصد افراد که در حد پایین بود با انجام مداخله بهبود یافت و در محدوده‌ی متوسط و بالا قرار گرفتند؛ به عبارتی تلاوت و یا گوش‌دادن به نوای ملکوتی قرآن در بهبود رده‌های پایین سلامت معنوی جامعه از بهبود رده‌های بالایی نمره‌های سلامت معنوی مؤثر بود.

طبق جدول شماره‌ی ۴ میانگین نمره‌ی سلامت معنوی در پیش‌آزمون در گروه روخوانی قرآن کریم $87/88 \pm 18/119$ و در گروه گوش‌دادن به نوای قرآن $90/73 \pm 14/486$ بود که با انجام مداخله به ترتیب به $94/09 \pm 13/719$ و $95/30 \pm 12/135$ ارتقا یافت که در هر دو حالت در رده‌ی سلامت معنوی متوسط قرار داشتند که با پژوهش هاسیو^۱ و همکاران که سلامت معنوی دانشجویان تایوان را متوسط گزارش کرده بودند همخوانی دارد (۴۴). آزمون تی همبسته یا زوجی نشان داد که در گروه روخوانی قرآن کریم در ابتدا و انتهای مطالعه تفاوت آماری معنی‌داری در میانگین نمره‌های سلامت مذهبی، سلامت وجودی و همچنین سلامت معنوی وجود داشت ($p < 0/001$). همین‌طور قبل و بعد از مداخله در گروه گوش‌دادن به نوای قرآن کریم در بین میانگین نمره‌های سلامت مذهبی، سلامت وجودی و سلامت معنوی تفاوت آماری معنادار بود ($p < 0/001$). با وجود اینکه در میانگین نمره‌های هر دو گروه بعد از مداخله افزایش مشاهده شد، ولی این افزایش در گروه روخوانی قرآن کریم بیشتر بود و بیشترین تغییر ناشی از ارتقای نمره‌ی سلامت مذهبی در گروه روخوانی مشاهده شد. تحلیل کوواریانس مشخص کرد که با وجود اینکه مقدار F متغیر همپراش (پیش‌آزمون) برابر $635/5$ در سطح $p < 0/001$ معنی‌دار بود و تحلیل کوواریانس برقرار بود و نتایج تحلیل برای مقایسه‌ی گروه‌ها صحیح بود، ولی با توجه به $p > 0/05$ ($p = 0/338$) و ($f = 0/931$)، این تفاوت را از نظر آماری نمی‌توان معنی‌دار تلقی کرد. به عبارتی بعد از خارج کردن

² siddal

¹ Hasio

implications for clinical practice. Mayo clinic proceedings; 2001: Elsevier.

3. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

4. Mauk KL, Schmidt NA. Spiritual care in nursing practice: Lippincott Williams & Wilkins 2004.

5. O'Brien ME. A nurse's handbook of spiritual care: standing on holy ground: Jones & Bartlett Learning; 2004.

6. Fisher J, Brumley DJ, Jo AN, The. Nurses' and carers' spiritual wellbeing in the workplace. 2008;25:49:(4)

7. Como JM, JHnp. Spiritual practice: a literature review related to spiritual health and health outcomes. 2007;21(5):224-36.

8. Sinclair S, Pereira J, Raffin SJ, Jopm. A thematic review of the spirituality literature within palliative care. 2006;9(2):464-79.

9. Unterrainer H-F, Ladenhauf KH, Moazedi M, Wallner-Liebmann S, Fink AJP, Differences I. Dimensions of religious/spiritual well-being and their relation to personality and psychological well-being. 2010;49(3):192-7.

10. Smith J, McSherry WJ, Joan. Spirituality and child development: a concept analysis. 2004;45(3):307-15.

11. Abbasi M. Spiritual health from the point of view of Islam. Tehran: Shahid Beheshti Medical Sciences; 2015. (Full Text in Persian)

12. Vader J-P. Spiritual health: the next frontier. Oxford University Press; 2006.

13. Rissel CJ, NSWphb. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World: what is it all about? 2005;16(10):156-8.

14. Makarem Shirazi N. Tafsir Nemoone. Qom: Dar al-kotob al-Eslamiyye; 1994. (Full Text in Persian)

15. Tabaresi F. Majmaa al-Bbayan. Mashhad: Astan Qods; 2010. (Full Text in Persian)

16. Ghoreishi S. Ghamos Quran. Tehran: Dar al-kotob al-Eslam; 1982. (Full Text in Persian)

17. Tahmasebi M. Relationship of religious attitude with rate of effect Quran sound on the labor pain of primipar women refer to the 17 shahrivar hospital. Mashhad: faculty of nursing and midwifery; 1998. (Full Text in Persian)

18. Frouohari M, Honarvaran R, Masoomei R, Robati M, Hashemzadeh I, Setayesh Y. Effects of Auditory Holy Quran on Labor pain. Quran and Medicine. 2011;1(2):18-22. (Full Text in Persian)

19. Sharifi M, Salari S. Comparison of the Effect of Arabic Audit of Holy Quran and Arabic Sound with

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به حجم کم نمونه اشاره کرد که تعمیم‌پذیری آن را با مشکل مواجه می‌کند؛ دلیل آن نیز آشنا نبودن جامعه‌ی آماری مورد تحقیق با تحقیقات میدانی با وجود توجه و تبیین مسئله‌ی مورد پژوهش در مرحله‌ی پیش‌آزمون بود که به مراجعه نکردن تعدادی از افراد و یا رعایت نکردن مفاد دقیق مداخله منجر شد. پیشنهاد می‌شود محققان در پژوهش‌های بعدی جامعه‌ی آماری خود را با مسئله‌ی تحقیق آشنا کنند و اطمینان خاطر افراد را از ذکر نکردن هویت و مشخصاتشان جلب نمایند.

با توجه به اینکه ارتقای سلامت معنوی دانشجویان در اثر خواندن و گوش کردن به قرآن، از اهمیت قرآن کریم در اذهان جامعه‌ی اسلامی و دانشجویی حکایت دارد و تأکیدی مهم بر اخلاقی بودن جامعه‌ی دانشگاهی است، لازم است مطالعات بیشتری در این زمینه و همچنین ارتقای سلامت معنوی در قشرهای مختلف جامعه صورت پذیرد. گفتنی است که مطالعه‌ی حاضر فقط در دانشگاه پیام‌نور مرکز خوی صورت گرفت و نیاز به مطالعات وسیع‌تری در دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزشی و گروه‌های اجتماعی دیگر وجود دارد.

قدردانی

این مطالعه حامی مالی نداشته؛ و با هزینه شخصی نویسندگان انجام شده است. پژوهش حاضر در جلسه‌ی ۵۶ کمیته‌ی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مورخ ۹۷/۸/۱۳ مطابق با اصول اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی تشخیص داده شد. بدین وسیله از همه‌ی کسانی که در این پژوهش یاریگر پژوهشگران بودند تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی درباره‌ی این پژوهش گزارش نکرده‌اند.

References

1. Bolhari J, Alivand HD, Mirzaee M. Spiritual approach in medical education and humanities. Medical Ethics Journal. 2016;6(20):101-25. (Full Text in Persian)
2. Mueller PS, Plevak DJ, Rumman TA, editors. Religious involvement, spirituality, and medicine:

Persian Meanings on Reducing Anxiety and Establishment of Significant Signs of Patients Before Anesthetizing Injection. Quran and Medicine. 2011;1:11-5. (Full Text in Persian)

20. Sadeghi H. Voice of Quran and health :A review of performed studies in Iran. Quran and Medicine. 2011;1:1. (Full Text in Persian)

21. Motagi M, Esmaili R, Rohani Z. Effect of Quranic Voice on Athletes' Anxiety. Quran and Medicine. 2011;1:1-4. (Full Text in Persian)

22. Kazemi M, Ansari A, Allah Tavakoli M, Karimi S. The effect of the recitation of holy Quran on mental health in nursing students of Rafsanjan University of Medical Sciences. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2004;3(1):52-7. (Full Text in Persian)

23. Mirghafourvand M, Mohammad-Alizadeh Charandabi S, Alizadeh Sharajabad F. Spiritual well-being and its predictors among Iranian adolescent girls, 2014-2015. International Journal of Children's Spirituality. 2016;21(2):104-15. (Full Text in Persian)

24. Kohestani H, Baghcheghi N, Hekmatpou DJJoQRiHS. Exploring the Experiences of the Effect of Holy Quran Reading on Test Anxiety among Nursing Students: A Qualitative Study. 2014;2(4):379-92. (Full Text in Persian)

25. Ahmadifaraz M, Reisi Dehkordi N, Mosavizadeh R, Ghaderi S. The Effect of Group Spiritual Intervention Based on the Quran and Prayer on Spiritual Health of Patients with Cancer. Journal of Isfahan Medical School. 2015;32(320):2454-63. (Full Text in Persian)

26. Momeni T, Musarezaie A, Moeini M, Naji Esfahani H. The effect of spiritual care program on ischemic heart disease patients, anxiety, hospitalized in CCU: a clinical trial. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2013;6:554-64. (Full Text in Persian)

27. ZafarianMoghaddam E, BehnamVashani HR, Reihani T, NamaziZadegan SJJOTHUoMS. The Effect of Spiritual education on depression, anxiety and stress of caregivers of children with leukemia. 2016;4(1):1-7. (Full Text in Persian)

28. MEMARI A, DALVANDI A, MOHAMMADI SF, FALLAHI KM, BIGLARIAN A. Impact of spiritual care on spiritual health of elderly residents of Kahrizak nursing home. 2016. (Full Text in Persian)

29. Etemadi A, Chengaee M. Effectiveness of religious spiritual intervention on the quality of life of student female teachers. Motaleaat amozeshgahi vi daneshgahi. 2013;2(6):115-39. (Full Text in Persian)

30. Hoseyni SE, Karim S, Naziri Q, Shojaee SS. Effectiveness of Relaxed Music on the Spirituality of Girls' Girls in Shiraz. Quarterly Journal of Research

Zan Va Jamehe. 2015;7(1):67-80. (Full Text in Persian)

31. Reza Soltani P, Ghanbari Khanghah A, Moridi M. Comparison of health related quality of life in dormitory and non-dormitory students. Journal of Holistic Nursing And Midwifery. 2015;24(4):38-45. (Full Text in Persian)

32. Soltani R, Kafae S, Salehi I, Karashki H, Rezaee S. Survey the quality of life in Guilan university students. Journal of Guilan University of Medical Sciences. 2010;19(75):25-35. (Full Text in Persian)

33. Rahimi N, Nouhi E, Nakhaee N. Spiritual health among nursing and midwifery students at kerman university of medical sciences. Journal of hayat. 2014;19(4):74-81. (Full Text in Persian)

34. TAVAN H, Taghinejad H, Sayehmiri K, Yary Y, khalafzadeh A, Fathizadeh H. Spiritual Health of Nursing Students. 3. 2015;2(1):26-32. (Full Text in Persian)

35. Farahaninia M, Abbasi M, Givari A, Haghani HJJJoN. Nursing students' spiritual well-being and their perspectives towards spirituality and spiritual care perspectives. 2006;18(44):7-14. (Full Text in Persian)

36. Khorami-Markani A, Yaghmaie F, Khodayarifard M, Alavimajd H. Oncology Nurses Spiritual Health Experience: A Qualitative Content Analysis. Basic & Clinical Cancer Research. 2015;7(1):24-34. (Full Text in Persian)

37. Kadivar M, Seyedfatemi N. Exploring the relationship between spiritual well being and stress and coping strategies in the mothers of infants hospitalized in the neonatal intensive care units. Medical Daneshvar hahed University, Tehran, Iran. 2015;118:67-77. (Full Text in Persian)

38. Riley BB, Perna R, Tate DG, Forchheimer M, Anderson C, Luera G. Types of spiritual well-being among persons with chronic illness: Their relation to various forms of quality of life. Archives of physical medicine and rehabilitation. 1998;79(3):258-64.

39. The holy Quran.Al-Mozamel.Verse 4.Translated by:Ayatollah Al-ozma Naser Makarem Shirazi. Qom: Imam Ali Ene Abi Taleb(Ya); 2010.

40. The holy Quran.Al-Mozamel.Verse 20.Translated by:Ayatollah Al-ozma Naser Makarem Shirazi. Qom: Imam Ali Ene Abi Taleb(Ya); 2010.

41. The holy Quran.Al-Asra.Verse 82.Translated by:Ayatollah Al-ozma Naser Makarem Shirazi. Qom: Imam Ali Ene Abi Taleb(Ya); 2010.

42. The holy Quran.Al-Emran.Verse 18.Translated by:Ayatollah Al-ozma Naser Makarem Shirazi. Qom: Imam Ali Ene Abi Taleb(Ya); 2010.

43. Bigdeli E, Karimzadeh S. The effect of factors causing stress on mental health nurses in Semnan.

KOOMESH Semnan University Medical Sciences Journal. 2006;8 (2):21-6.

44. Hsiao Y-C, Chiang H-Y, Chien L-Y. An exploration of the status of spiritual health among nursing students in Taiwan. Nurse education today. 2010;30(5):386-92.

45. Rezaei MA, Seyedfatemi N, Hosseini FA. Spiritual Well-being in Cancer Patients who Undergo Chemotherapy. Hayat. 2008 Dec 1;14. (Full Text in Persian)

46. Siddall PJ, McIndoe L, Austin P, Wrigley PJ. The impact of pain on spiritual well-being in people with a spinal cord injury. Spinal Cord. 2017 Jan;55(1):105.