

مطالعه رابطه بین انجام فریضه نماز و سلامت عمومی در بین دانشجویان دانشگاه‌های شهر کرمان

سیدرضا موسوی^{*} / عطاءالله موحدی‌نیا^{**}

چکیده

هدف از تحقیق حاضر، بررسی رابطه بین انجام فریضه نماز و سلامت عمومی دانشجویان است. در این پژوهش «سلامت کلی جسمانی، اضطراب، عملکرد اجتماعی و افسردگی» به عنوان ملاک‌های سلامت عمومی، بررسی شده، و متغیرهای رفتاری، شناختی و عاطفی (نگرش و احساس) دانشجویان نسبت به انجام فریضه نماز به عنوان متغیرهای میانجی مورد مطالعه قرار گرفته است. نمونه، شامل ۲۳۰ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های شهر کرمان می‌باشد. این دانشجویان پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ) و پرسش‌نامه محقق ساخته نماز را تکمیل کرده‌اند. یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان می‌دهد که بین نمرات دانشجویانی که مقید به انجام فریضه نماز هستند و دانشجویانی که مقید نیستند در مقیاس‌های پرسش‌نامه سلامت عمومی (به جز اختلال در عملکرد اجتماعی) تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین یافته‌های این مطالعه، نشان می‌دهد که بین علائم جسمانی و اضطراب و بی‌خوابی از یک طرف و بُعد رفتاری انجام فریضه نماز، همبستگی معناداری وجود دارد. همین طور نتایج این تحقیق حاکی از همبستگی معناداری بین افسردگی و ابعاد شناختی، احساسی و رفتاری فریضه نماز است. ($p < 0.01$). همچنین بین دانشجویان پسر و دختر در مقیاس افسردگی و نیز در ابعاد سه‌گانه فریضه نماز، تفاوت معناداری مشاهده می‌شود.

کلید واژه‌ها: فریضه نماز، سلامت روانی دانشجویان و سلامت جسمانی دانشجویان.

kani1346@yahoo.com

* عضو هیئت علمی گروه معارف اسلامی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بافت.

دریافت: ۱۳۹۰/۱/۱۶ - پذیرش: ۱۳۹۰/۳/۲۲

** کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی.

مقدمه

چاهن (۱۹۹۱م) سلامت روانی را وضعیتی از بلوغ روان‌شناختی تعبیر می‌کند که عبارت است از حداکثر اثربخشی و رضایت به دست آمده از تقابل فردی و اجتماعی که شامل احساسات و بازخوردهای مثبت نسبت به خود و دیگران می‌شود.^۱ انجمن کانادایی بهداشت روانی، «سلامت روانی» را در سه بخش تعریف کرده است: بخش اول، بازخوردهای مربوط به خود (تسلط بر هیجان‌های خود، آگاهی از ضعف‌های خود و رضایت از خوشی‌های خود)؛ بخش دوم، بازخوردهای مربوط به دیگران (علاقه به دوستی‌های طولانی و صمیمی، احساس تعلق به یک گروه و احساس مسئولیت در مقابل محیط انسانی و مادی؛ بخش سوم، بازخوردهای مربوط به زندگی (پذیرش مسئولیت‌ها، ذوق توسعه امکانات و علایق خود، توانایی گرفتن تصمیم‌های شخصی و ذوق خوب کار کردن).^۲

چاهن به پنج الگوی رفتاری درباره سلامت روان، اشاره کرده و می‌نویسد: ۱. حسن^۳ مسئولیت‌پذیری، ۲. حسن اعتماد به خود، ۳. هدف‌مداری، ۴. ارزش‌های شخصی (از فلسفه‌ای خاص، مبتنی بر اعتقادات، باورها و اهدافی بهره‌مند است که به سعادت و شادکامی خود یا اطرافیانش می‌انجامد و خواهان افزایش مشارکت اجتماعی است)، ۵. فردیت و یگانگی (وی خود را جدا و متمایز از دیگران می‌شناسد و می‌کوشد الگوهای رفتاری خود را توسعه دهد، به گونه‌ای که نه هم‌نوایی ناهشیارانه با خواسته‌های دیگران دارد و نه توسط دیگران طرد می‌شود).^۳

در روان‌شناسی اسلامی، سلامت معنوی انسان از طریق اعتقاد به نیرویی برتر که در زندگی از او حمایت می‌کند، تأمین می‌شود. برقراری ارتباط با سرچشمه هستی و استمداد از او به تقویت قوای روحی و جسمی انسان کمک می‌کند. دیدگاه‌های معنوی علاوه بر تأثیر بر نگرش و رفتار، روی فیزیولوژی و سلامت تن نیز اثر می‌گذارند و این تأثیر را «تندرستی معنوی» می‌نامند. به طور کلی دستیابی به سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی نیاز اصلی هر انسان است و نماز از جمله راه‌های ذکر خدا و بهترین راه ارتباط با منشأ هستی است. امروزه برای کاهش تنش و اضطراب و حتی درمان بیماری‌ها از روش‌های مختلفی، مثل آرام‌سازی^۴ و مراقبه^۵ استفاده می‌شود که همگی آنها در نماز وجود داشته و به بهترین وجه می‌توان به آنها دست یافت.

نکته اساسی این است که از نگاه قرآن کریم و اندیشه پیشوایان معصوم علیهم‌السلام سخن گفتن از بهداشت روان و به کارگیری آن در مسیر سعادت خود و جامعه، بدون باور به مبدأ و معاد (خدا و معاد) و ارتباط مستمر با خداوند امکان پذیر نیست، زیرا آفرینش آدمی به گونه‌ای است که بدون باور به خدا نمی‌توان شادکامی و رضایت از زندگی را تجربه کرد و نمی‌توان با دیگران، انسانی و اخلاقی برخورد کرد. کسی که خود را گم کرده و به جز خدا در پی همه چیز است و برای ارضای نیازهای جسمانی، شهرت طلبی، دنیاخواهی و زیباسازی و لوکس کردن چهره و خانه، از هیچ اقدامی دریغ نمی‌ورزد و معتقد است که هیچ چیز (حتی دین و اخلاق) نباید مانع لذت‌خواهی و خواسته‌های فردی شوند، او نمی‌تواند از مدیریت و کنترل روابط مؤثر میان فردی سخن بگوید. او نمی‌تواند زندگی را زیبا ببیند و در فشارها و سختی‌های زندگی آرامش را حفظ کند و به یأس و ناامیدی گرفتار نشود. خداوند در سوره معارج می‌فرماید: «تنها کسانی که نماز را برپا می‌دارند می‌توانند نیروهای درونی (حرص، جزع و بخل) را مدیریت و کنترل کنند». ^۶ در حقیقت، دنیای آدم‌های بی‌خبر از خدا و معنویت، دنیایی است سراسر رنج و بی‌هویتی، از این‌رو خداوند متعال در قرآن می‌فرماید: «هر کس از هدایت من [که سبب یاد نمودن از من در همه امور است] روی بگرداند، برای او زندگی تنگ [و سختی] خواهد بود و روز قیامت او را نابینا محسوس می‌کنیم». (طه: ۱۲۴)

اما اهل ایمان چون زندگی را معنادار و هدفمند می‌بینند، هیچ‌گاه مأیوس نمی‌شوند و یأس تنها از آن کافران و پیروان مکتب مادی است: «از رحمت خدا مأیوس نباشید زیرا جز مردم کافر از رحمت خدا مأیوس نمی‌شوند». (یوسف: ۸۷)

بر اساس اندیشه اسلامی، تمامی مخلوقات خداوند به گونه‌ای ذی شعور و در حال عبادت پروردگارند، اما خداوند انسان را که از نعمت عقل و زبان بهره‌مند فرموده و او را خلیفه و جانشین خود قرار داده، او را برای درک کمال مطلوب انسانی به عبادت فرمان داده است: «جن و انسان را نیافریدیم مگر برای عبادت». (ذاریات: ۵۶) خداوند در قرآن کریم در بیش از ۱۲۰ آیه در سوره‌های مختلف درباره نماز، آداب، و فضایل آن، سخن گفته و آثار آن را یادآور شده و در پانزده مورد به آن امر نموده است. ^۷ خداوند می‌فرماید: «نماز را برای یاد من به پا دارید». (طه: ۱۴) ثمره نماز، صبوری است. همچنین می‌فرماید:

«متواضعان و مطیعان) کسانی هستند که دلشان بیاد خدا هراسان می‌گردد و بر مصیبت‌ها و ناملایمات زندگی، صبور و شکیبا هستند و نماز برپا می‌دارند و از آنچه روزیشان دادیم (به مستمندان) انفاق می‌کنند.^۸

نماز در اصلاح رفتار، نقش بی‌نظیری دارد: «نماز را برپادار، زیرا نماز انسان را از کارهای زشت و ناپسند باز می‌دارد.» (عنکبوت: ۴۵) تمام سودمندی‌های نماز به خود نمازگزاران بر می‌گردد، زیرا فرمود: «ای مردم! شما باید نیازمندان به خدا، و فقط خدا بی‌نیاز و ستوده است.» (فاطر: ۱۵) و نماز، راه رستگاری است: «مسلماً رستگار می‌شود کسی که خود را تزکیه کند و نام پروردگارش را به یاد آورد و نماز بخواند.»^۹ بنابراین، تمامی رفتارهای مذهبی، به خصوص نماز، علاوه بر اجر اخروی و معنوی، سلامت جسمی، روانی، رفتاری و اجتماعی را که لازمه رشد و شکوفایی است، در پی دارد.

در همین راستا می‌توان به پژوهش‌هایی اشاره نمود که بر اساس نتایج آن، جامعه دانشجویی به گونه‌ای با مسائل روان‌شناختی در حد قابل توجهی دست به گریبان است. احمدی و ترکان در مطالعات خود که روی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اهواز و زاهدان در سال‌های ۷۴ و ۸۴ انجام داده‌اند، میزان افسردگی در بین دانشجویان را ۱/۵۴٪ - ۲۶/۹٪ اعلام نموده‌اند.^{۱۰} فروتن (۱۳۸۴) در مقاله خود به شیوع افسردگی بین دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی (دانشگاه علوم پزشکی همدان ۴۳/۵٪، لرستان ۳۱٪، سبزواری ۲۹/۳٪، و کاشان ۲۸/۴٪) اذعان کرده است.^{۱۱} پژوهشی که در سال ۱۳۸۱ با استفاده از آزمون روان‌شناختی (ام. ام. پی. آی ۲) روی دانشجویان مراجعه‌کننده به اداره مشاوره صورت گرفته، مبین آن است که ۵۹٪ از نمونه‌های مورد مطالعه، درجه‌هایی از مسائل روان‌شناختی، از جمله افسردگی، افکار وسواسی، عدم اعتماد به نفس، سوء ظن و حالت مانیا داشته‌اند.^{۱۲} با این اوصاف با صراحت می‌توان اذعان نمود که نماز، اذکار و تمامی رفتارهای مذهبی، از جمله موهبت‌های الهی هستند که برای حفظ ثبات روانی و سلامت جسم به انسان عطا و مرحمت شده است. ویلیام جیمز می‌نویسد:

انسان در تعاملات اجتماعی خود، ذخیره انرژی روانی خود را از دست می‌دهد و تنها منبعی که می‌تواند آن انرژی را جبران نماید اتصال به قدرت لایزال الهی است و آن اتصال حاصل نمی‌گردد، مگر با نماز و نیایش.^{۱۳}

در سال‌های اخیر در حوزه‌های مختلف دینی (اسلامی، مسیحی و یهودی) شواهد بسیاری در مورد تأثیر نماز و نیایش در تأمین سلامتی ارائه شده است.^{۱۴} همچنین برای مطالعه آثار

نماز و نیایش بر درمان و بهبود بیماری‌های مزمن، از جمله سرطان، بیماری‌های روانی، بیماری‌های قلبی - عروقی، دیابت و ایدز، چشم پزشکی، التهاب و روماتیسم، گرایش چشمگیری وجود دارد. دلیل کارنگی می‌نویسد:

«اگر مردم از تسکین خاطر و آرامشی که دین و عبادت به آدمی می‌بخشد نصیبی داشتند، ممکن بود از اغلب این خودکشی‌ها و بسیاری از دیوانگی‌ها جلوگیری کرد.»^{۱۵}
دورکیم نیز معتقد است:

«مؤمنی که با خدا راز و نیاز می‌کند، نه تنها انسانی است که با حقایق جدیدی دست می‌یابد، بلکه انسانی است که خود را قدرتمند احساس می‌کند. او در درون خود نیروی بیشتری احساس می‌کند و توانایی بیشتری در غلبه بر سختی‌ها و مشکلات دارد. به نظر او عملکرد تسکینی دین، به‌ویژه در ایام نوامیدی، دارای اهمیت بسیار است. به همین خاطر، در بین افراد دین‌دار، کمتر جرم و جنایت، خودکشی، بزهکاری و ... مشاهده می‌شود.»^{۱۶}

ویلیام جیمز چنین می‌گوید: «اگر نیرویی برای تحمل پیشامدها لازم باشد، در اثر دعا و نماز به دست می‌آید.»^{۱۷} پروپست^{۱۸} و همکاران وی در سال ۱۹۹۲م در مطالعه‌ای با عنوان «بررسی مقایسه‌ای درمان‌های رفتاری - شناختی غیر مذهبی و مذهبی، در درمان افسردگی بالینی در ۵۹ بیمار مذهبی افسرده»، دریافتند که درمان مذهبی، به تسریع قابل ملاحظه بهبودی در مقایسه با درمان استاندارد رفتاری شناختی غیر مذهبی منجر می‌شود.^{۱۹} نتایج تحقیق دیگری که توسط پرسمن^{۲۰} و همکاران وی در سال ۱۹۹۰م روی ۳۳ زن سالمند که به علت «شکستگی هیپ» در بیمارستان بستری شده بودند، صورت گرفته است نشان می‌دهد افرادی که اعتقادات مذهبی قوی‌تری داشته‌اند کمتر دچار افسردگی شده و پس از ترخیص، توانایی پیاده‌روی در مسافت طولانی‌تری داشته‌اند. تحقیق دیگری که توسط کریستیان^{۲۱} و همکارانش در سال ۲۰۰۱م با عنوان «مذهب و معنویت و افسردگی» روی ۱۶۲ بیمار که در مراحل انتهایی بیماری بوده و درمان تسکینی دریافت می‌نمودند، صورت گرفته است، نشان می‌دهد که ارتباط منفی قوی بین معنویت با میزان افسردگی وجود دارد. همچنین نتایج پژوهشی که در سال ۲۰۰۲م در دانشگاه لافیرو انگلیس^{۲۲} روی افرادی که داغ‌دار یا عزادار بوده‌اند صورت گرفته است، نشان می‌دهد کسانی که اعتقادات مذهبی قوی‌تری داشته‌اند از سلامت روانی بالاتری بهره‌مند بوده و کمتر از دیگران علائم

افسردگی داشته‌اند.^{۲۳} در ایران نیز تحقیقاتی در این زمینه، صورت گرفته است که برخی از آنها به شرح زیر است:

احمدعلی نور بالا در پژوهشی دربارهٔ «رابطه میان وابستگی مذهبی و افسردگی روی دانش‌آموزان دبیرستانی در شهرهای تهران، کرج، یزد و اردکان» نشان می‌دهد دانش‌آموزانی که مذهبی‌تر بوده‌اند (چه دختر و چه پسر)، کمتر دچار افسردگی شده‌اند. به عقیده وی، از این پژوهش می‌توان چنین نتیجه گرفت که باور مذهبی و داشتن رفتارهای مذهبی متعادل، به خصوص پایبندی به قضاوت‌های اخلاقی - دینی، نقش اساسی در کاهش شیوع افسردگی ایفا می‌کند.^{۲۴} با توجه به مبانی تئوریک یاد شده و تحقیقات انجام شده در خصوص تأثیر نقش نماز و نیایش در سلامت روانی و جسمانی، پژوهش حاضر در پی این هدف است که مؤلفه‌های شناختی، احساسی و رفتاری نماز خواندن به طور هم‌زمان بررسی شده، نقش نماز خواندن بر سلامت جسمانی و روانی مطالعه و نشان داده شود.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات همبستگی است که به روش پیمایشی^{۲۵} انجام شده است. جامعه آماری این پژوهش، کلیه دانشجویان دانشگاه‌های شهید باهنر و دانشگاه آزاد اسلامی شهر کرمان بوده که در آن از گروه‌های مختلف آموزشی، نمونه‌گیری به روش تصادفی - چند مرحله‌ای صورت گرفته است؛ این گونه که از هر گروه آموزشی، دو دانشکده به تصادف انتخاب شده و از هر دانشکده، تعدادی دانشجو به تصادف انتخاب شده است. برای این منظور در هر دانشکده به کسانی که داوطلب شرکت در پژوهش بوده‌اند پرسش‌نامه داده شده است. زمان در نظر گرفته شده برای تکمیل هر پرسش‌نامه حدود پانزده دقیقه بوده است. جمعاً تعداد ۲۶۰ پرسش‌نامه توزیع و ۲۵۰ پرسش‌نامه کاملاً تکمیل و دریافت شده است. در این پژوهش از دو پرسش‌نامه استفاده شده است: پرسش‌نامه سلامت عمومی و پرسش‌نامه انجام فریضه نماز.

پرسش‌نامه سلامت عمومی^{۲۶} (GHQ)

پرسش‌نامه سلامت عمومی توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۲م ابداع شده و هدف از طراحی آن، کشف و شناسایی اختلالات روانی در مراکز درمانی و موقعیت‌های مختلف بوده است. این پرسش‌نامه از جمله شناخته‌ترین ابزار غربالگری اختلالات روانی است که تأثیر بسزایی

در پیشرفت پژوهش‌های علوم رفتاری و روان پزشکی داشته است.^{۲۷} پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی، توسط گلدبرگ و هیلیر در سال ۱۹۷۹م تدوین یافته و سؤال‌های آن بر اساس روش تحلیل عاملی پرسش‌نامه شصت سؤالی اولیه استخراج گردیده است که در بر گیرنده چهار مقیاس علایم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید است.^{۲۸} همبستگی بالای موجود بین نتایج حاصل از پرسش‌نامه‌های ۲۸ و ۶۰ سؤالی، بر این دلالت دارد که پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی از توانایی لازم برای ارزیابی شدت اختلالات روانی بهره‌مند بوده، می‌تواند به عنوان ابزار غربالگری، صرفه جویی در وقت و هزینه را در پژوهش‌های علوم رفتاری به همراه داشته باشد.^{۲۹} این پرسش‌نامه توسط گلدبرگ^{۳۰} و همکارانش (۱۹۸۸م) برای تشخیص چهار علامت مهم بالینی تهیه شده است. این پژوهش، ۲۸ سؤال دارد و مقیاس‌های زیر را مورد سنجش قرار می‌دهد: علایم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی شدید. هر مقیاس، هفت سؤال دارد و هر سؤال، چهار گزینه. پایایی این پرسش‌نامه در مطالعات زیادی مورد سنجش قرار گرفته است که هر کدام حاکی از ثبات و پایایی این آزمون است. در داخل کشور نیز تحقیقات متعددی روی جمعیت‌های مختلف آماری دانشجویان، دانش‌آموزان و کارمندان به عمل آمده است. پایایی پرسش‌نامه نسخه فارسی (GHQ - ۲۸) در این تحقیقات به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۹۱، ۰/۸۸، ۰/۶۲، ۰/۹۲، ۰/۸۹ و ۰/۸۲ گزارش شده است.

روایی: گلدبرگ (۱۹۸۸م) همبستگی نمرات GHQ و نتیجه ارزیابی بالینی شدت اختلالات را ۰/۸۰ گزارش نموده که بیانگر روایی بالای آزمون می‌باشد.

پرسش‌نامه انجام فریضه نماز

این پرسش‌نامه که توسط نویسندگان مقاله حاضر تدوین شده، سیرده سؤال دارد و در آن ابعاد شناختی، عاطفی و رفتاری فریضه نماز توجه شده است. سؤالات پرسش‌نامه به گونه‌ای طرح شده است که به طور غیرمستقیم رویکرد پاسخ‌گو به این فریضه را ارزیابی می‌کند. برای مثال، عبارت «اگر کسی روزی کار خیلی مهمی داشت می‌تواند آن روز نماز نخواند و روزهای بعد قضایش را بجا آورد»، میزان پایبندی فرد به نماز را می‌رساند. همچنین عبارت «هنگامی که صدای اذان را می‌شنوم» بُعد احساسی و عاطفی ملازم با

نماز را ارزیابی می‌کند. از جمله سؤال‌های مرتبط با بعد رفتاری هم می‌توان به عبارت «نماز را با جماعت می‌خوانم ...» اشاره کرد. روش نمره‌گذاری این پرسش‌نامه این گونه بوده است که به گزینه‌های هر سؤال یک ارزش عددی (۰، ۱، ۲، ۳) تعلق گرفته و جمع ارزش‌های عددی این سؤال‌ها نمره آن بُعد را تشکیل می‌دهد. بیشترین نمره برای بُعد شناختی (پنج سؤال) پانزده، بعد عاطفی (چهار سؤال) دوازده و بعد رفتاری (چهار سؤال) دوازده می‌باشد. پایایی این پرسش‌نامه با روش آزمون (آزمون مجدد ۰/۶۹) به دست آمده است. روایی پرسش‌نامه از طریق روایی محتوی (هم‌خوانی عبارت‌های پرسش‌نامه با موضوع تحقیق) و نیز هم‌سانی درونی، ارزیابی شده که در شکل دوم آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمده است. بعد از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها داده‌ها وارد نرم‌افزار آماری شده و درباره آنها تجزیه و تحلیل صورت گرفته است. آزمون T برای گروه‌های مستقل و ضریب همبستگی روش‌های آماری به کار رفته در این پژوهش بوده است.

یافته‌ها

پرسش‌نامه‌های ۲۶۰ نفر (۱۴۰ زن و ۱۲۰ مرد) تجزیه و تحلیل شده است. ۸۳٪ پاسخ‌گویان مجرد و ۱۷٪ متأهل بوده‌اند. جدول شماره ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پاسخ‌گویان در پرسش‌نامه سلامت عمومی و پرسش‌نامه نماز را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف استاندارد مقیاس‌های پرسش‌نامه سلامت عمومی و نماز

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
الف- پرسش‌نامه سلامت عمومی		
علائم جسمانی	۵/۷۱	۳/۹۱
اضطراب و اختلال خواب	۶/۴۰	۴/۶۱
اختلال در عملکرد اجتماعی	۷/۲۵	۳/۳۶
افسردگی شدید	۲۵/۲۳	۴/۳۷
ب- پرسش‌نامه نماز		
شناختی	۱۰/۲۵	۴
عاطفی	۶/۲۰	۲/۳
رفتاری	۵/۴۰	۲/۵
کل	۱۶/۳۳	۷/۲

هدف اصلی این پژوهش تعیین رابطه میان وضعیت سلامت عمومی و انجام فریضه نماز بوده است. برای این منظور، دانشجویان بر اساس میزان نمره کل آنها در پرسش‌نامه نماز،

به دو گروه تقسیم شده‌اند. گروه اول را دانشجویانی تشکیل می‌دهند که یا رغبت و تمایلی به انجام فریضه نماز نداشته و یا در انجام آن مسامحه و کاهلی می‌کنند. گروه دوم، دانشجویانی هستند که به انجام این فریضه مقید بوده‌اند. در مرحله بعد، نمره‌های این دو گروه در ابعاد پرسش‌نامه سلامت عمومی با هم مقایسه شده است. از آزمون T برای بررسی معناداری تفاوت نمره‌ها استفاده شده است. جدول شماره ۲ نتایج این مقایسه را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۲: میانگین، انحراف استاندارد

و آزمون T برای مقیاس‌های پرسش‌نامه سلامت عمومی بر حسب انجام یا عدم انجام فریضه نماز

sig	t	انجام فریضه نماز		عدم انجام فریضه نماز		متغیر
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۰.۰۱	۲.۶	۳.۴	۵.۰۲	۴.۳	۶.۴	مقیاس‌های GHQ
						علائم جسمانی
۰.۰۰۰	۳.۷	۳.۹	۵.۲	۴.۹	۷.۴	اضطراب و اختلال خواب
۰.۰۰۸	۰.۴	۳.۰۲	۷.۲	۳.۶	۷.۴	اختلال در عملکرد اجتماعی
۰.۰۰۲	۳.۱۵	۳.۷	۴.۸	۴.۷	۶.۶	افسردگی شدید
۰.۰۰۲	۳.۲	۱۱	۲۲.۳	۱۴.۵	۲۷.۸	کل

این جدول نشان می‌دهد که نمره‌های دو گروه به جز در مقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی، در بقیه مقیاس‌های GHQ با یکدیگر تفاوت معناداری دارند. توجه به میانگین‌ها بیانگر آن است که دانشجویانی که مقید به انجام فریضه نماز نیستند در مقیاس‌های علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، افسردگی شدید، نمرات بالاتری در مقایسه با گروهی که مقید به انجام این فریضه هستند، کسب کرده‌اند. نمره کل دو گروه نیز تفاوت معناداری با یکدیگر دارد و در گروهی که مقید به انجام فریضه نماز نیستند بیشتر از گروهی است که مقید به انجام این فریضه هستند.

هدف دیگر این تحقیق، بررسی رابطه میان مقیاس‌های پرسش‌نامه سلامت عمومی و ابعاد شناختی، عاطفی و رفتاری نماز بوده است. جدول شماره ۳ این ارتباط را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۳: ضرایب همبستگی میان مقیاس‌های پرسش‌نامه سلامت عمومی (سطر) و ابعاد پرسش‌نامه انجام فریضه نماز (ستون)

متغیرها	شناختی	عاطفی	رفتاری	کل
علائم جسمانی	-/۰۸۱	-/۰۷۷	-/۰۱۷ **	-/۱۲
اضطراب و اختلال خواب	-/۰۷۲	-/۱۰	-/۰۲۵ **	-/۱۵ **
اختلال در عملکرد اجتماعی	/۰۱۵	-/۰۵۱	-/۰۰۷۲	-/۰۲۲
افسردگی شدید	-/۲۵ **	-/۱۴ **	-/۰۲۴ **	-/۲۹ **
کل	-/۱۳	-/۱۲	-/۰۲۳ **	-/۱۹ **

** Sig=۰/۰۵

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که علائم جسمانی تنها با بعد رفتاری همبستگی معناداری نشان می‌دهد. رابطه میان اضطراب و اختلال خواب، هم با بعد رفتاری و هم با نمره کل انجام فریضه نماز معنادار است. اختلال در عملکرد اجتماعی با هیچ‌کدام از ابعاد پرسش‌نامه نماز رابطه معناداری نشان نمی‌دهد. رابطه افسردگی شدید با هر سه بعد پرسش‌نامه نماز و نیز نمره کل آن کاملاً معنادار است. نمره کل سلامت عمومی یا بعد رفتاری و نمره کل انجام فریضه نماز، همبستگی معناداری نشان می‌دهد. از تمام یافته‌ها این نتیجه به دست می‌آید که در صورت تعمیم نتایج پژوهش به جامعه آماری می‌توان گفت که نماز خواندن یا نخواندن، به بهبود یا اختلال در عملکرد اجتماعی دانشجویان ارتباطی ندارد. از طرفی با همین فرض تعمیم می‌توان ادعا کرد دانشجویانی که دیدگاه مثبتی به نماز دارند کمتر از آنهایی که دیدگاه منفی دارند دچار افسردگی می‌شوند و بالأخره اینکه حتی خود رفتار ظاهری نماز (بدون در نظر گرفتن نگرش و عاطفه همراه آن) با کاهش علائم جسمانی، اضطراب و افسردگی در دانشجویان همراه است.

وجه دیگر تحلیل داده‌های این پژوهش به تفاوت دختران و پسران در مقیاس‌های سلامت عمومی و ابعاد فریضه نماز بر می‌گردد. جدول شماره ۴ این تفاوت‌ها را همراه با آزمون معناداری آنها نشان می‌دهد

جدول شماره ۴: میانگین، انحراف استاندارد و آزمون T برای مقیاس‌های پرسش‌نامه سلامت عمومی و نماز بر حسب جنسیت

sig	t	دختر		پسر		متغیر
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۰/۸۳	- /۲۰	۳/۹۸	۵/۸۰	۳/۹۱	۵/۷۰	الف- پرسش‌نامه سلامت عمومی
۰/۶۲	۰/۴۷	۴/۹۷	۶/۲۵	۴/۳۱	۶/۵۴	علائم جسمانی
۰/۶۲	۰/۴۷	۴/۹۷	۶/۲۵	۴/۳۱	۶/۵۴	اضطراب و اختلال خواب
۰/۵۷	-۰/۵۶	۳/۳۵	۷/۴۳	۳/۳۰	۷/۱۸	اختلال در عملکرد اجتماعی
۰/۰۰۹	۲/۶۲	۴/۲۹	۴/۹۶	۴/۳۳	۶/۴۶	افسردگی شدید
۰/۴۱	۰/۸۱	۱۳/۷۰	۲۴/۴۴	۱۲/۹	۲۵/۸۸	کل
						ب- پرسش‌نامه نماز
۰۰۰	-۵/۵۴	۳/۶۶	۱۳/۵۲	۳/۸۵	۱۰/۷۶	شناختی
۰/۰۰۷	-۲/۷۳	۱/۴۳	۶/۷۲	۱/۵۱	۴/۸۵	عاطفی
۰/۰۱۷	-۲/۴۰	۱/۲۷	۶/۲۳	۲/۵	۵/۳۶	رفتاری
۰۰۰	- ۵/۴۸	۵/۲	۱۷/۵۴	۵/۱	۱۴/۳۳	کل

نتایج جدول بالا نشان می‌دهد که در بین مقیاس‌های پرسش‌نامه سلامت عمومی، فقط مقیاس افسردگی در بین دو گروه دانشجویان پسر و دانشجویان دختر تفاوت معناداری

دارد. توجه به میانگین‌ها مبین آن است که میزان افسردگی در پسران بیشتر از دختران است. اما در پرسش‌نامه نماز، تفاوت پسران و دختران در هر سه بعد و نیز نمره کل، معنادار است و در تمامی این مقیاس‌ها نمره دختران به طور معناداری بالاتر از پسران است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش، بررسی رابطه میان وضعیت سلامت عمومی و انجام فریضه نماز بوده است. نتایج پژوهش نشان می‌دهد دانشجویانی که در انجام فریضه نماز سستی کرده یا اصلاً آن را بجا نمی‌آورند، در پرسش‌نامه سلامت عمومی، نمره‌های بالاتری در مقایسه با دانشجویانی که مقید به انجام این فریضه هستند، به دست آورده‌اند. و از آنجا که نمره‌های بالا در مقیاس‌های این پرسش‌نامه، بیانگر وجود اختلال در آن مقیاس است، می‌توان گفت دانشجویانی که این فریضه را بجا می‌آورند در مقایسه با آنهایی که در انجام این فریضه، کوتاهی می‌کنند از سلامت عمومی بیشتری بهره‌مندند. این یافته با نتایج تحقیقات بی‌شماری که در این زمینه انجام شده است، هم‌سو می‌باشد.

هدف بعدی این مطالعه، بررسی ارتباط میان ابعاد شناختی، عاطفی و رفتاری فریضه نماز به طور جداگانه با مقیاس‌های پرسش‌نامه سلامت عمومی بوده است. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که به جز مقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی، بقیه مقیاس‌های سلامت عمومی، دست‌کم با یکی از ابعاد شناختی و عاطفی یا رفتاری نماز ارتباط دارند. بعد رفتاری فریضه نماز با هر سه مقیاس دیگر سلامت عمومی همبستگی نشان می‌دهد. همچنین بعد شناختی و عاطفی فریضه نماز تنها با مقیاس افسردگی شدید، ارتباط معناداری دارد. این یافته‌ها بیانگر آن است که حتی اگر نگرش نسبت به نماز چندان مثبت نباشد و عواطف و احساسات قوی هم ملازم آن نباشد، اما نماز اقامه شود باز در جنبه‌هایی از سلامت جسمانی و روانی تأثیر خواهد داشت. این یافته را می‌توان پاسخی در برابر انتقاد افرادی تلقی کرد که ممکن است این فریضه مهم را به بهانه عدم شناخت یا عدم حال مناسب یا حضور قلب، ترک کنند.

نتیجه دیگر پژوهش این است که نگرش‌های مثبت به نماز و احساسات ملازم آن، به شدت با افسردگی رابطه منفی دارند. این یافته نیز می‌رساند که نه تنها نماز خواندن، بلکه

داشتن نگرش مثبت به نماز یا احساس خوشایند نسبت به آن در کاهش افسردگی نقش دارد. توجه به مقدار همبستگی‌ها نشان می‌دهد که این رابطه، زمانی به حداکثر میزان خود می‌رسد (F=۰/۲۹) که هر سه بعد شناختی، عاطفی و رفتاری، هم‌زمان به کار گرفته شوند.

پیشنهادها

امروزه استفاده از درمان‌های مکمل و جایگزین^{۳۱} در جوامع بشری رو به افزایش است. طبق تعریف مرکز ملی درمان‌های جایگزین امریکا، «درمان‌های مکمل و جایگزین، گروه متنوعی از سیستم‌ها، فعالیت‌ها و محصولاتی هستند که در حال حاضر در میان درمان‌های متداول^{۳۲} قرار نمی‌گیرند، زیرا درمان‌های متداول توسط فارغ‌التحصیلان علوم پزشکی در گرایش‌های مختلف صورت می‌پذیرد، در حالی که بسیاری از درمان‌های مکمل، مانند گیاه درمانی یا تکنیک‌های تمرکز، مانند یوگا توسط افراد غیر متخصص انجام می‌گیرد. امروزه در علوم پزشکی از نماز به عنوان بخشی از گروه «درمان‌های مکمل و جایگزین» نام می‌برند و مطالعات بسیار فراوانی در مورد آثار مثبت نماز و نیایش روی بیماری و بهبودی سریع‌تر آن در متن‌های پزشکی وجود دارد، از این رو نماز و نیایش را اکسیژن سلامت روانی فرد بیان کرده‌اند. اما متأسفانه باید گفت که هنوز برخی از روان‌شناسان و روان‌پزشکان در کشورهای غربی و همچنین اسلامی به تأثیر شگرف معنویت، دعا و ارتباط با خدا در درمان بسیاری از اختلالات روانی باور ندارند. دکتر ابهری^{۳۳} می‌گوید: «برخی از متخصصان هر چند که ممکن است به ظاهر مسلمان باشند، اما به روش‌های درمان اسلامی، اعتقاد کافی ندارند و عده‌ای نیز به رغم اعتقاد به روش‌های درمان اسلامی، در متمر ثمر بودن این روش‌ها تردید دارند. در حالی که در اندیشه دینی، معنویت راهی است که با آن می‌توان در زندگی به امید، آسایش و آرامش درونی دست یافت.» بر اساس یافته این پژوهش، اگر والدین، مربیان، روان‌شناسان و آسیب‌شناسان اجتماعی بخواهند در کاهش اختلالات روانی و رفتاری و بزهکاری‌های اجتماعی نقش مؤثری ایفا کنند، باید در تقویت باورهای مذهبی و انجام فرایض دینی، به ویژه نماز که ستون دین است، تلاشی درخور و مؤثر انجام دهند. باید در مورد ساختار مطالعات مربوط به آثار نماز و سایر اعمال معنوی و تربیت نسل نو، تحول اساسی شکل بگیرد و علاوه بر خانواده، مدرسه و رسانه‌ها باید با مهندسی فرهنگ نماز در جامعه، این فریضه تأثیرگذار را نهادینه کنند.

پی‌نوشت‌ها

۱. جمشید مطهری، «به سوی سلامت روان»، معرفت، ش ۶، ص ۲۱.
۲. همان.
۳. همان.
4. Relaxation
5. Meditation
۶. معارج: ۱۹-۲۳
۷. بختیار بناکار و همکاران، «بررسی نگرش دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی فسا نسبت به تاثیر نماز بر بهداشت روانی»، پایگاه اطلاع رسانی ستاد عالی اقامه نماز، www.namaz.ir.
۸. حج: ۳۵
۹. اعلی: ۱۴ و ۱۵
۱۰. بختیار بناکار و همکاران، «بررسی نگرش دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی فسا نسبت به تاثیر نماز بر بهداشت روانی»، پایگاه اطلاع رسانی ستاد عالی اقامه نماز، www.namaz.ir.
۱۱. همان.
۱۲. همان.
۱۳. بناکار، بختیار و همکاران، «بررسی نگرش دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی فسا نسبت به تاثیر نماز بر بهداشت روانی»، پایگاه اطلاع رسانی ستاد عالی اقامه نماز، www.namaz.ir
۱۴. فضل الهی، پورپاک و زاهدی فر، «بررسی تأثیر نماز و معنویت بر عملکرد سیستم ایمنی در تحقیقات پزشکی»، پایگاه اطلاع رسانی ستاد عالی اقامه نماز، www.namaz.ir
۱۵. دیل کارنگی، آیین زندگی، ترجمه: جهانگیر افخمی، ص ۱۹۱.
۱۶. علیرضا خزائی، «نقش معلمان در توسعه باورهای دینی و رشد اخلاقی جامعه»، مجموعه مقالات برگزیده همایش معلم، فرهنگ و توسعه، ص ۱۳۸-۱۲۸.
۱۷. محمد رضا شرفی، «مبانی و آثار روان‌شناسی نماز»، ماهنامه تربیت، شماره دی، ۱۳۷۹، ص ۱۴
18. Propst
۱۹. رؤیا اکبرزاده و هما صادقی، «افسردگی و نیایش»، پایگاه اطلاع رسانی ستاد عالی اقامه نماز، www.namaz.ir
20. Pressman
21. Christian
22. Loughborough
۲۳. همان.
۲۴. احمد اسلامی و همکاران، «بررسی میزان افسردگی و رابطه آن با نگرش فرد نسبت به مذهبی بودن در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گرگان»، طب و تزکیه، ش ۴۳، ص ۴۳
25. Survey Study
26. General Health Questionnaire

۲۷. احمدعلی نوربالا، سیدعباس باقر ییزدی، دکتر کاظم محمد، «اعتباریابی پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی به عنوان ابزار غربالگری اختلالات روانپزشکی در شهر تهران - ۱۳۸۰»، *مجله پژوهشی حکیم*، ش ۴، ص ۴۹-۲۸. همان.

۲۹. همان.

30. Goldberg

31. Complementary and Alternative

32. Conventional

۳۳. رک به: www.hawzah.net. به نقل از: *مجله دین پژوهان*، چکیده مباحث همایش بین المللی نقش دین در بهداشت، خرداد و تیر ۱۳۸۰، ش ۲، ص ۷۶.

منابع

- کارنگی، دیل، *آیین زندگی*، ترجمه: جهانگیر افخمی، تهران، ارمغان، ۱۳۷۶.
- اسلامی، احمد و همکاران، «بررسی میزان افسردگی و رابطه آن با نگرش فرد نسبت به مذهبی بودن در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گرگان»، *مجله طب و تزکیه*، ش ۴۳، ۱۳۷۶، ص ۳۹-۴۵.
- اکبرزاده، رؤیا و صادقی، هما، «افسردگی و نیایش»، *پایگاه اطلاع رسانی ستاد عالی اقامه نماز (www.namaz.ir)*، ۱۳۸۸.
- بناکار، بختیار و همکاران، «نگرش دانشجویان دانشکده علوم پزشکی فسا نسبت به اثر بخشی نماز»، *مجله طب و تزکیه*، ش ۴۳، ۱۳۸۰، ص ۸۴-۸۸.
- _____ «بررسی نگرش دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی فسا نسبت به تاثیر نماز بر بهداشت روانی»، *پایگاه اطلاع رسانی ستاد عالی اقامه نماز (www.namaz.ir)*، ۱۳۸۷.
- خزائی، علیرضا، «نقش معلمان در توسعه باورهای دینی و رشد اخلاقی جامعه»، مجموعه مقالات برگزیده همایش معلم، فرهنگ و توسعه، اداره کل آموزش و پرورش استان اصفهان، ۱۳۸۰، ص ۱۳۸-۱۲۸.
- شرفی، محمد رضا، «مبانی و آثار روان‌شناسی نماز»، *ماهنامه تربیت*، وزارت آموزش و پرورش، شماره دی، ۱۳۷۹، ص ۱۴.
- فضل الهی، پورپاک و زاهدی فر، «بررسی تأثیر نماز و معنویت بر عملکرد سیستم ایمنی در تحقیقات پزشکی»، *پایگاه اطلاع رسانی ستاد عالی اقامه نماز (www.namaz.ir)*، ۱۳۸۸.
- مطهری، جمشید، «به سوی سلامت روان»، *معرفت*، ش ۴۶، ۱۳۸۰، ص ۲۰-۲۸.
- نوربالا، احمدعلی، باقر ییزدی، سیدعباس، محمد، کاظم، «اعتباریابی پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی به عنوان ابزار غربالگری اختلالات روانپزشکی در شهر تهران - ۱۳۸۰»، *مجله پژوهشی حکیم*، ش ۴، زمستان ۱۳۸۷، دوره یازدهم، ص ۴۷-۵۳.