

بررسی رابطه گرایش و التزام عملی به نماز و سلامت روان (مطالعه موردی: جوانان ۳۰-۱۵ ساله شهرستان آستارا)

مسعود پاداشی (۱)؛ معصومعلی معصومی (۲)

(۱) دانشجوی دکترای مدیریت دولتی - منابع انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علی آباد کتول، ایران

(۲) کارشناس ارشد مدیریت دولتی منابع انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آستارا - ایران

چکیده:

نماز یاد خدا و پیوند با اوست اولین و مهمترین فریضه‌ای است که هر انسان مسلمان مکلفی ناگزیر به انجام آن است در آیات گوناگون مستقیماً به نقش آن در آرام‌سازی درون و شادابی روح و روان اشاره شده است. هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه گرایش و التزام عملی به نماز و سلامت روان جوانان ۳۰-۱۵ ساله شهرستان آستارا می‌باشد. روش تحقیق توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری پژوهش کلیه جوانان واقع در سنین (۳۰-۱۵) شهرستان آستارا که به تعداد ۱۶۴۱ بود. و حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران، ۳۱۶ نفر محاسبه شد، و به روش نمونه‌گیری غیراحتمالی در دسترس با ابزار پرسشنامه داده‌ها گردآوری گردید. روایی همگرایی برای هر یک از حیطه‌های پرسشنامه گرایش و التزام عملی به نماز بین (۰/۹۳-۰/۹۸) و سلامت عمومی بین (۰/۹۶-۰/۹۴) بدست آمد و پایایی به روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۴۱ و ۰/۸۵۲ برآورد گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو روش آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. نتایج بدست آمده از ضریب همبستگی پیرسون رابطه معکوس و معناداری را بین گرایش و التزام عملی به نماز و مولفه‌های آن (اثربخشی نماز در زندگی فردی و اجتماعی؛ توجه و عمل به مستحبات؛ التزام و اهتمام به انجام نماز؛ مراقبت و حضور قلب در نماز) و اختلالات روان (ناسازگاری جسمی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی، افسردگی) نشان داد (سطح معنی‌داری $p < 0.01$). با توجه به نقش نماز در سلامت روان افراد، بنظر می‌رسد مسئولین فرهنگی جامعه، باید به نقش نماز توجه ویژه نمایند و با شناسایی چالش‌ها و موانع ساز و کار گسترش گرایش جوانان به نماز فراهم آورند.

واژگان کلیدی: نماز، سلامت روان، آرامش

مقدمه

نماز انس و لذت با یاد خداست و مایه نورانیت دل‌ها است چرا که ذکر و یاد خدا نور ایمان و شیوه پرهیزکاران می‌باشد. نماز سرمایه هر مومنی است و سود و بهره آن سالم ماندن از شر شیطان و داروی بیماری‌های روح و صیقل جان‌ها، تا گوش‌های سنگین با یاد خدا شنوا و چشم‌های بسته با یاد او بینا شود. بنابراین بهترین وسیله بندگی و عبادت برای معبود یگانه، نماز است (عامری و همکاران، ۱۳۸۹: ۴۰).

نماز و نیایش ارتباط صمیمانه‌ای است میان انسان و خداوند تسلی‌بخش و آرامش‌گر دل‌های مضطرب و خسته، مایه‌ی صفای باطن و روشنی بخش روان است (رعنائی و همکاران، ۱۳۸۹: ۷۶).

بر اساس آیه «و ما خَلَقْتُ الْجِنَّ وَالْإِنْسَ إِلَّا لِيَعْبُدُنِي» هدف خلقت انسان‌ها عبادت پروردگار معرفی شده است. منظور از عبادت ایجاد نوعی رابطه خاضعانه و ستایشگرانه انسان با خالق هستی بوده و بارزترین مصادیق آن نماز می‌باشد نماز یاد خدا و پیوند با اوست اولین و مهمترین فریضه‌ای است که هر انسان مسلمان مکلفی ناگزیر به انجام آن است و فریضه‌ای است که تا هنگام مرگ از او ساقط نمی‌شود (اکبری معلم، ۱۳۹۳: ۳۱).

در این میان سلامت عبارت است از تعادل در فعالیت‌های زیستی، روانی، اجتماعی افراد که انسان از این تعادل سیستماتیک و ساختارهای سالم خود برای سرکوب کردن و تحت کنترل درآوردن بیماری استفاده می‌کند (تاری مرادی، ۱۳۹۰: ۱۸۵).

سازمان جهانی بهداشت در تعریفی سلامت را به عنوان حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی، نه صرفاً فقدان بیماری تعریف می‌کند. زمانی شخص را واجد سلامت روانی بر می‌شمریم که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف در خانواده و اجتماع باشد بروز دهد و با خانواده و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند، هنجارهای اجتماعی

۹. سوره الذاریات، آیه ۵۶

موجود احساس پیوند، اتصال و ارتباط برقرار نماید. گلداسمیت سلامت روانی را ارزیابی رفتارهای معنی‌دار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران تعریف می‌کند و آن را یکی از اساسی‌ترین شاخص‌های سلامت هر جامعه‌ای از جمله خانواده معرفی می‌نماید، که منجر به کارایی فرد در خانواده و جامعه خواهد شد (صادقی و فراست، ۱۳۹۴: ۳).

سلامت روانی لازمه حفظ و دوام عملکرد اجتماعی، شغلی و تحصیلی افراد جامعه است و در واقع سلامتی پاسخ سه‌گانه وضعیت‌های جسمی، روانی و اجتماعی نسبت به محرک‌های داخلی و خارجی در جهت نگهداری ثبات و راحتی می‌باشد (صاحبی و آیت‌اللهی، ۱۳۸۵: ۲۷).

سلامت عبارتست از برخورداری از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری و نقص عضو. معمول‌ترین بعد سلامتی، سلامت جسمی است که نسبت به ابعاد دیگر سلامتی ساده‌تر می‌توان آن را ارزیابی کرد سلامت جسمی در حقیقت ناشی از عملکرد درست اعضای بدن است. از نظر بیولوژیکی عمل مناسب سلول‌ها و اعضاء بدن و هماهنگی آن‌ها با هم نشانه سلامت جسمی است. بدیهی است ارزیابی سلامت روانی، نسبت به سلامت جسمی دشوارتر است. در اینجا تنها نداشتن بیماری روانی مد نظر نیست، قدرت تطابق با محیط، عکس‌العمل مناسب در مقابل مشکلات و حوادث زندگی جنبه مهمی از سلامت روانی را تشکیل می‌دهد، سازگاری فرد با خودش و دیگران، قضاوت صحیح در برخورد با مسائل، داشتن روحیه انتقادپذیری و داشتن عملکرد مناسب در برخورد با مشکلات است (یاوری، ۱۳۹۴: ۳).

پژوهش‌ها حاکی از رابطه معناداری بین نماز و سلامت روان است گلمغانی‌زاه‌اصل و همکاران (۱۳۸۷) به این نتیجه دست یافتند که نماز یکی از فرائضی که می‌تواند بیشترین نقش را در مقابله با ناهنجاری‌های روحی و روانی داشته باشد مهمترین تأثیری که نماز دارد کاهش فشار روانی و تامین سلامت روانی انسانهاست. همچنین دادخواه و همکاران (۱۳۸۸) در

پژوهشی که انجام دادند نشان دادند ترویج فرهنگ نماز و اقامه نماز در کاهش افسردگی مؤثر است. رضایی و همکاران (۱۳۹۱) بیان می‌کنند نماز خواندن و اهمیت دادن به فریضه نماز در زمان مقرر موجب کاهش میزان افسردگی می‌شود. نتایج مطالعه صفری و همکاران (۱۳۹۳) نیز حاکی از همبستگی معناداری بین تقید به نماز و سلامت روان را نشان می‌دهد. نتیجه پژوهش‌ها وجود رابطه معناداری بین مذهب و سلامت روان را نشان می‌دهد با این وجود این پژوهش به بررسی رابطه بین گرایش و التزام عملی به نماز و سلامت روان جوانان ۱۵-۳۰ ساله شهرستان آستارا پرداخت. بنابراین هدف اصلی بررسی رابطه بین گرایش و التزام عملی به نماز و سلامت روان جوانان ۱۵-۳۰ ساله شهرستان آستارا می‌باشد.

روش پژوهش

این مطالعه از نوع مطالعات توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری پژوهش کلیه جوانان دختر و پسر واقع در سنین (۱۵-۳۰) شهرستان آستارا می‌باشد که تعداد آنان برابر ۱۶۴۱ گزارش گردیده است. حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران، ۳۱۲ نفر محاسبه گردید، جهت افزایش اعتبار بیرونی پژوهش، ۲۰ نفر به تعداد حجم نمونه اضافه شد. و در بین ۳۲۲ نفر پرسشنامه پخش گردید که از این تعداد در نهایت ۳۱۶ پرسشنامه شرایط بررسی را داشت. و به روش نمونه‌گیری غیر احتمالی در دسترس، با ابزار پرسشنامه داده‌ها گردآوری گردید.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

$$n = \frac{Nt^2 p(1-p)}{Nd^2 + t^2 p(1-p)}$$

N = حجم جامعه آماری

n = حجم نمونه

p = نسبتی از جمعیت دارای صفت معین

t = اندازه متغیر در توزیع طبیعی

d = تفاضل نسبت واقعی صفت

q = (1-P) = نسبتی از جمعیت فاقد صفت معین

$$t = 1.96$$

$$d = 0.05$$

$$p = q = 0.5$$

$$N=1641$$

$$n = 312$$

$$n = \frac{Nt^2 p(1-p)}{Nd^2 + t^2 p(1-p)} = \frac{1641 \times 1.96^2 \times 0.25}{1641 \times 0.05^2 + 1.96^2 \times 0.25} = 311.287 \cong 312$$

پرسشنامه گرایش و التزام عملی به نماز

این پرسشنامه توسط انیسی و همکاران (۱۳۸۹) به منظور سنجش نگرش و التزام عملی نسبت به نمازهای واجب ساخته شده است که از ۵۰ سوال تشکیل شده است. روش نمره‌گذاری در طیف پنج درجه‌ای لیکرت از ۰ تا ۴ در نظر گرفته شده است و دامنه نمرات از ۰ تا ۲۰۰ متغیر است و نمره بالاتر حاکی از اهمیت بیشتر به نماز است. این مقیاس بیشتر جهت‌گیری درونی را مورد سنجش قرار داده و دارای چهار زیر مقیاس شامل موارد ذیل می‌باشد:

۱. اثربخشی نماز در زندگی فردی و اجتماعی، ۲. توجه و عمل به مستحبات، ۳. التزام و اهتمام به انجام نماز، ۴. مراقبت و حضور قلب در نماز. روایی محتوا ۱ در پژوهش انیسی و همکاران (۱۳۸۹) مورد تأیید قرار گرفته همچنین روایی همزمان آن با مقیاس‌های التزام عملی به اعتقادات مذهبی و جهت‌گیری مذهبی آلپورت مورد تأیید قرار گرفته است. ضرایب اعتبار (همسانی درونی) با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲، بازآزمایی مقیاس با یک هفته فاصله ۰/۹۶ و تصفی ۰/۸۷ بدست آمده است. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش زارع و

شهبازی زاده (۱۳۹۴) برای خرده‌مقیاسها (اثربخشی نماز در زندگی فردی و اجتماعی؛ توجه و عمل به مستحبات؛ التزام و اهتمام به انجام نماز؛ مراقبت و حضور قلب در نماز) به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۹، ۰/۸۳ و ۰/۸۵ بدست آمده است.

پرسشنامه سلامت عمومی «GHQ»^{۱۰}

پرسشنامه سلامت عمومی یک «پرسشنامه سرندی» مبتنی بر روش خود گزارش‌دهی است که در مجموعه بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه توسط گلدبرگ ساخته شده در این پرسشنامه، به دو طبقه اصلی از پدیده‌ها توجه می‌شود، ناتوانی فرد در برخورداری از یک کنش‌وری «سالم» و بروز پدیده‌های جدید با ماهیت معلول کننده. پرسشنامه سلامت عمومی را می‌توان به عنوان مجموعه پرسش‌هایی در نظر گرفت که از پایین‌ترین سطوح نشانه‌های مشترک مرضی که در اختلال‌های مختلف روانی وجود دارد، تشکیل شده است. و بدین ترتیب می‌تواند بیماران روانی را به عنوان یک طبقه کلی از آن‌هایی که خود را سالم می‌پندارند، متمایز کند. بنابراین، هدف این پرسشنامه دستیابی به یک تشخیص خاص در سلسله مراتب بیماری‌های روانی نیست، بلکه منظور اصلی آن ایجاد تمایز بین بیماری‌های روانی و سلامت است.

نسخه اصلی پرسشنامه سلامت عمومی از ۶۰ سؤال تشکیل شده است فرم ۲۸ ماده‌ای پرسشنامه سلامت عمومی دارای این مزیت است که برای تمام افراد جامعه طراحی شده است.

زیر مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی:

این پرسشنامه دارای ۴ زیر مقیاس است:

۱- خرده مقیاس ناسازگاری جسمی^{۱۱}

۱۰ . General Health Questionnaire

۱۱ . Somatic symptoms

۲- اضطراب و بی خوابی^{۱۲}

۳- اختلال در عملکرد اجتماعی^{۱۳}

۴- افسردگی^{۱۴}

زیر مقیاس اول «A» شامل مواردی در باره احساس افراد نسبت به وضع سلامت خود و احساس خستگی آنهاست و با نشانه‌های جسمانی همراه است. مواد این مقیاس در پرسشنامه در سؤال‌های ۱ تا ۷ مشخص است پرسش‌های مقیاس دوم «B» شامل مواردی است که با اضطراب و بی‌خوابی مرتبطاند ۷ ماده مربوط به این زیر مقیاس در سؤال‌های ۸ تا ۱۴ مشخص شده‌اند مقیاس سوم «C» گستره توانایی افراد را در مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای و مسائل زندگی روزمره می‌سنجد و احساسات آن‌ها را درباره چگونگی کنار آمدن با موقعیت‌های متداول زندگی، آشکار می‌کند ۷ ماده مربوط به این زیر مقیاس در سؤال‌های ۱۵ تا ۲۱ آمده است چهارمین مقیاس «D» در برگرفته نمره مواردی است که با افسردگی وخیم و گزارش به خودکشی مرتبطاند و ۷ ماده متمایز کننده آن در پرسشنامه با سؤال‌های ۲۲ تا ۲۸ مشخص شده‌اند. روش نمره‌گذاری پرسشنامه سلامت عمومی بدین ترتیب است که از گزینه «الف» تا «د»، نمره صفر؛ یک؛ دو؛ سه تعلق می‌گیرد در نتیجه نمره فرد در هر یک از خرده مقیاس‌ها از صفر تا ۲۱ و در کل پرسشنامه از صفر تا ۸۴ خواهد بود. نمرات هر آزمودنی در هر مقیاس بطور جداگانه محاسبه شده و پس از آن نمرات ۴ زیر مقیاس را جمع کرده و نمره کلی را بدست می‌آوریم. در این پرسشنامه نمره کمتر بیانگر سلامت روان بهتر می‌باشد.

دو شاخص روایی پرسشنامه‌های سرندی، حساسیت و ویژگی آن است در بررسی چن و چن «۱۹۸۳» جهت بررسی روایی همزمان از پرسشنامه چند وجهی مینه سوتا «MMPI» استفاده نمودند و به ضریب همبستگی ۰/۵۴ دست یافتند. کالمن و ویلسون «۱۹۸۳» دو

۱۲ . Anxiety

۱۳ . Social Withdrawal

۱۴ . Depression

پرسشنامه سلامت عمومی و مقیاس ناامیدی بک را اجرا نمودند و ضریب روایی همزمان ۰/۶۹ را گزارش نمودند گلدبرگ با مرور پژوهش‌های انجام شده در این زمینه که به دو صورت باز آزمایی و نیز محاسبه ضریب آلفای کرونباخ به انجام رسیده مقدار اعتبار را بالا و قابل قبول گزارش کرده است در بررسی گلدبرگ و ویلیامز «۱۹۹۸»، اعتبار تنصیفی برای کل پرسشنامه را ۰/۹۵ گزارش کردند. ثبات درونی را با روش آلفای کرونباخ در مطالعه چان «۱۹۸۵»، و کی سین «۱۹۸۴»، ۰/۹۳ گزارش شده است.

در پژوهش جامعی ندوش و ایزدی (۱۳۹۵) پایایی به روش آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های سلامت‌روان بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۴ گزارش شده است.

جدول ۱: زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت روانی

مقیاس کلی (حاصل جمع ۲۸ ماده)	مقیاس D	مقیاس C	مقیاس B	خرده مقیاس‌ها
۰/۷۹	۰/۰۲۳	۰/۵۲	۰/۸۵	مقیاس A
۰/۹۰	۰/۶۱	۰/۷۵	-	مقیاس B
۰/۷۵	۰/۴۴	-	-	مقیاس C
۰/۶۳	-	-	-	مقیاس D

در این پژوهش نیز پایایی پرسشنامه گرایش و التزام عملی به نماز و سلامت عمومی به روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۴۱ و ۰/۸۵۲ برآورد گردید همچنین برای بررسی روایی سازه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. ضریب همبستگی پیرسون باید بزرگتر از ۰/۴ باشد. مقادیر روایی همگرایی برای هر یک از حیطه‌های پرسشنامه گرایش و التزام عملی

به نماز بین (۰/۹۳ - ۰/۹۸) و سلامت عمومی بین (۰/۰ - ۹۶/۹۴) بدست آمد. با توجه به شاخص‌های بیان شده روایی همگرایی در سطح مطلوبی است.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان داد که ۴۵/۹ زن و ۵۴/۱ مرد هستند ۵۶/۳ درصد مجرد و ۴۳/۷ درصد متأهل بوده و بیشترین درصد نمونه آماری مربوط به رده سنی ۱۹-۱۵ به میزان ۴۷/۲ درصد و کمترین درصد ۲۶-۳۰ سال به میزان ۱۴/۶ درصد می‌باشد همچنین از نظر تحصیلات بیشترین درصد به میزان ۶۲/۲ درصد را دیپلم و زیردیپلم و سپس فوق دیپلم و لیسانس به میزان ۳۲/۶ درصد و کمترین را با ۵/۱ درصد فوق‌لیسانس و بالاتر به خود اختصاص داده‌اند. از نظر طبقه اجتماعی ۸۲/۶ درصد افراد در طبقه متوسط و ۱۳/۹ درصد جز طبقه متوسط به پایین و ۳/۵ درصد نیز خود را متعلق به طبقه متوسط به بالا می‌دانند.

جدول ۲: داده‌های مربوط به مؤلفه‌های متغیر مستقل

(گرایش و التزام عملی به نماز) و مؤلفه‌های متغیر وابسته (سلامت روانی)

متغیرها	تعداد مشاهدات	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
اثر بخشی نماز در زندگی فردی و اجتماعی	۳۱۶	۱۴	۵۶	۴۳/۷۸	۹/۸۲	-۰/۸۵۵	۰/۱۹۹
توجه و عمل به مستحبات	۳۱۶	۱۳	۴۸	۳۷/۲۱	۸/۵۸	-۰/۷۲۷	۰/۱۴۰
التزام و اهتمام به انجام نماز	۳۱۶	۱۴	۴۸	۳۷/۲۸	۸/۲۸	-۰/۶۸۱	۰/۲۸۳
							-

۰/۳۱۱	-/۷۹۵	۶/۷۵	۳۱/۳۴	۴۰	۱۰	۳۱۶	مراقبت و حضور قلب در نماز
۰/۱۵۹	-/۷۳۹	۳۳/۹۹	/۷۴ ۱۵۵	۲۰۰	۵۲	۳۱۶	گرایش و التزام عملی به نماز
۱/۱۳۷	۱/۲۹	۲/۳۹	۲/۲۴	۹	۰	۳۱۶	ناسازگاری جسمی
۰/۲۹۸	۰/۹۸	۲/۴۶	۲/۶۴	۹	۰	۳۱۶	اضطراب و بی خوابی
۱/۴۹۰	۱/۲۹۳	۲/۲۰	۲/۲۸	۹	۰	۳۱۶	اختلال در عملکرد اجتماعی
۱/۷۴۳	۱/۳۶۰	۲/۱۷	۲/۱۳	۹	۰	۳۱۶	افسردگی
۱/۰۸۰	۱/۲۰۱	۸/۸۶	۹/۳۱	۳۶	۰	۳۱۶	سلامت روان

نتایج بدست آمده در مورد آماره‌های مربوط به مؤلفه‌های متغیر وابسته (سلامت روانی) حاکی از آن است که همه ابعاد سلامت روانی میانگین پایینی دارند. بنابراین افراد از نظر سلامت روان در وضعیت بهتری قرار دارند همچنین آماره مربوط به مؤلفه متغیر مستقل (گرایش و التزام عملی به نماز) در کل در حد متوسط به بالا است. همانطور که در جدول (۲) مشاهده می‌شود. مقدار چولگی مشاهده شده برای متغیرهای پژوهش در بازه (۲، -۲) قرار دارد. این نشان می‌دهد توزیع متغیرها از لحاظ چولگی و کشیدگی از توزیع نرمال برخوردار است.

آزمون کلوموگروف^{۱۵} - اسمیرنوف^{۱۶}

^{۱۵}.Kolmogorov.

استفاده از تکنیک‌های آمار پارامتریک بایستی توزیع مقادیر متغیر وابسته نرمال باشند که این کار نیز با آزمون کلومو گروف - اسمیرنوف آزمون می‌شود. در واقع می‌توان گفت وقتی متغیر مورد مطالعه معنی‌دار نباشد نرمال است. جدول ۳: نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف*

بعد	سطح معنی‌داری
گرایش و التزام عملی به نماز	۰/۱۲۲
سلامت روانی	۰/۲۱۷
تعداد	۳۱۶

*سطح خطا ۰/۰۵ می‌باشد.

با توجه به جدول (۳) مشاهده می‌شود که سطح معنی‌داری متغیر سلامت روانی بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد در نتیجه متغیر سلامت روانی در نمونه دارای توزیع نرمال بوده‌اند پس می‌توان از روش‌های پارامتریک جهت تحلیل فرضیات تحقیق استفاده نمود. لازم به ذکر است که گرایش و التزام عملی به نماز نیز بالاتر از ۰/۰۵ بوده است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

جدول ۴: یافته‌های مربوط به آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

مؤلفه	سلامت روان	حسی	ناسازگاری	توجه و انگیزش	انظرب	عملکرد	اختلال	افسردگی
گرایش و التزام عملی به نماز	ضریب همبستگی	-۰/۲۹۷	-۰/۳۱۴	-۰/۲۱۶	-۰/۲۹۵	-۰/۳۲۱		
	سطح معنی داری	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰		
اثر بخشی نماز در زندگی فردی و اجتماعی	ضریب همبستگی	-۰/۳۰۷	-۰/۳۵۴	-۰/۲۴۸	-۰/۲۷۰	-۰/۳۰۷		
	سطح معنی داری	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰		
توجه و عمل به مستحبات	ضریب همبستگی	-۰/۲۸۳	-۰/۲۸۴	-۰/۱۸۸	-۰/۳۰۰	-۰/۳۲۱		
	سطح معنی داری	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰		
التزام و اهتمام به انجام نماز	ضریب همبستگی	-۰/۲۹۶	-۰/۳۲۰	-۰/۲۲۶	-۰/۲۸۷	-۰/۳۰۸		
	سطح معنی داری	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰		
مراقبت و	ضریب	۰/۲۴۵	-۰/۲۲۳	-۰/۱۶۷	-۰/۲۷۳	-۰/۲۸۸		

					همبستگی	حضور قلب
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۳	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	سطح	در نماز
					معنی داری	
n=۳۱۶ **P<۰/۰۱						

نتایج بدست آمده از ضریب همبستگی پیرسون در جدول (۴) نشان می‌دهد در سطح $\alpha=۰,۰۱$ (دو دامنه) همبستگی معناداری بین سلامت روان و گرایش و التزام عملی به نماز و ابعادش وجود دارد. همچنین بین ابعاد گرایش و التزام عملی به نماز و ناسازگاری جسمی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی همبستگی منفی معناداری وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی از این پژوهش، بررسی رابطه بین گرایش و التزام عملی به نماز و سلامت روان جوانان ۳۰-۱۵ ساله شهرستان آستارا می‌باشد. نتایج حاصله نشان داد، که با افزایش میزان نمره پایبندی به نماز، از میزان اختلالات مربوط به سلامت روان افراد کاسته می‌شود این یافته همسو با نتایج تحقیقات صفری و همکاران (۱۳۹۳)، اکبری معلم (۱۳۹۳)، جامعی‌ندوشن و ایزدی (۱۳۹۵)، آقایانی‌چاوشی و همکاران (۱۳۸۷) می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان اذعان کرد آرامش حاکم بر روح و روان و در نتیجه آن جسم اشخاص مذهبی، و به خصوص نمازگزاران، در مقایسه با آشفتگی روانی و جسمی و اضطراب لامذهب‌ها از دیرباز مورد توجه جامعه پزشکی بوده است و لذا در این زمینه نماز نقش مهم و خارق‌العاده‌ای را ایفا می‌کند. چرا که شخص نمازگزار با ایمان به قدرت

لا يزال الهی که در برابرش کرنش می‌کند، خود را در مقابل هر عاملی که قصد به خطر انداختن، ترساندن و در نتیجه مضطرب ساختن او را داشته باشد، ایمن می‌یابد خداوند متعال در قرآن کریم می‌فرماید: *الا بذکرالله تطمئن القلوب*^{۱۷}، دل آرام گیرد با یاد خدا، و نماز بزرگترین ذکر پروردگار است و یا به فرموده حضرت علی (ع) «یاد خدا روشنایی سینه‌ها و آرامش دل‌هاست» در نتیجه فعالیت‌های دینی و مذهبی مانند نماز می‌تواند با امید بخشی و تخلیه هیجانی باعث کاهش اضطراب و تنش شود. عبادتی که موجب ارتباط حضوری فرد با مبدأ هستی شود و در طول ساعات روز طی ساعات روز بر بستر افکار روزانه جریان پیدا کند تنها منبع آرامش و سکون درون است (عامری و همکاران، ۱۳۸۹: ۴۳).

نتایج پژوهش رابطه معکوس و معناداری بین گرایش و التزام عملی به نماز و ناسازگاری جسمی، را نشان داد که این یافته همسو با نتایج تحقیقات صفری و همکاران (۱۳۹۳)، اکبری معلم (۱۳۹۳)، می‌باشد یعنی در صورت گرایش و التزام عملی به نماز از میزان ناسازگاری جسمی کاسته خواهد شد و برعکس در صورت عدم پایبندی به نماز ناسازگاری جسمی افزایش می‌یابد هر مسلمان در هنگام انجام فریضه عبادی و مهم نماز، وضعیت‌های ایستاده، نشسته، را در رکوع و سجده انجام می‌دهد که این حرکات در هنگام ادای نماز، نشانه‌های تسلیم و نزدیکی به درگاه خداوند متعال می‌باشد از طرفی دیگر، این حرکات می‌تواند به عنوان تمرین بدنی و بهبودی در وضع جسمانی نیز به شمار آیند (قربانی و موسوی، ۱۳۸۶: ۴۹).

یافته‌های پژوهش نشان داد که بین گرایش و التزام عملی به نماز و اضطراب، بی‌خوابی، همبستگی معکوس و معناداری وجود دارد که این یافته با نتایج پژوهش‌های صفری و همکاران (۱۳۹۳)، اکبری معلم (۱۳۹۳)، سعادت و ماندنی (۱۳۹۴) مطابقت داشته و همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود در صورت التزام عملی به نماز از میزان

^{۱۷} . سوره رعد، آیه ۲۸

اضطراب و بی‌خوابی کاسته می‌شود افراد با امید و ایمان به خدا و تقویت روان‌بندهای مذهبی خود در برابر استرس‌ها و فشارهای زندگی مقاومت کرده و کمتر دچار افسردگی و اضطراب می‌شوند (سعادت و ماندنی، ۱۳۹۴: ۱۰۲).

یکی دیگر از نتایج تحلیل آماری معنادار بودن رابطه بین گرایش و التزام عملی به نماز و اختلال در عملکرد اجتماعی بود که حاکی از رابطه معکوس بین متغیرها بود که این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های صفری و همکاران (۱۳۹۳)، اکبری معلم (۱۳۹۳)، می‌باشد با پایبندی به نماز و رابطه معنوی انسان در طول نماز با خداوند و دریافت نوعی فیض الهی از خداوند متعال فرد عزمش را جزم و اراده‌اش را قوی و همتش را بلند می‌کند در نتیجه برای پذیرش علم و معرفت آماده‌تر و برای انجام کارهای بزرگ تواناتر می‌شود (گلمغانی‌زاده‌اصل و همکاران، ۱۳۸۷: ۸۹).

نتایج پژوهش بین می‌دارد که رابطه معکوس و معناداری بین گرایش و التزام عملی به نماز و افسردگی وجود دارد این یافته با نتایج پژوهش‌های دادخواه و همکاران (۱۳۸۸)، صفری و همکاران (۱۳۹۳)، اکبری معلم (۱۳۹۳)، رضایی و همکاران (۱۳۹۱)، رعنائی و همکاران (۱۳۸۹)، محتشمی‌پور و همکاران (۱۳۸۳)، سعادت و ماندنی (۱۳۹۴) همخوانی داشته و همسو است در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود خواندن نماز و نگرش مثبت به نماز در زندگی در میزان آرامش روحی و کاهش افسردگی نقش دارد امروزه بیشتر روانشناسان نیز دریافته‌اند که دعا و نماز و داشتن یک ایمان محکم به دین اضطراب، افسردگی و ترس را که زمینه‌ساز بسیاری از بیماری‌هاست برطرف می‌کند و افراد مذهبی می‌توانند با رویدادهای منفی زندگی و عوامل فشارزای روانی مقابله کند (رضایی و همکاران، ۱۳۹۱: ۴۴۸).

همچنین نشان داده شد که رابطه معکوس و معناداری بین ابعاد التزام عملی به نماز) اثربخشی نماز در زندگی فردی و اجتماعی، توجه و عمل به مستحبات، التزام و اهتمام جدی برای انجام نماز، مراقبت و حضور قلب در نماز و اختلالات روان (ناسازگاری جسمی،

اضطراب، بی‌خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی) وجود دارد. که این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های زارع و شهابی‌زاده (۱۳۹۴) است

عباداتی مانند نماز خواندن که خود نوعی آرام‌سازی است، حس خوب بودن را در فرد ایجاد می‌کند. این روش آرام‌سازی در سوره‌ی عنکبوت آیه‌ی ۴۵ و همچنین در روایات بسیاری قید شده است (رعنائی و همکاران، ۱۳۸۹: ۷۹). و در آیات مختلف، مستقیماً به نقش نماز در آرام‌سازی درون، شفابخشی قلب و شادابی روح و روان اشاره شده است. از جمله در سوره طه آیه ۱۴ (اقم الصلوه لذكری) و سوره رعد آیه ۲۸ (الا بذكر الله تطمئن القلوب) آقایانی چاوشی، ۱۳۸۷ و همکاران: ۱۵۰). علت تاکید فراوان بر این فریضه و برجسته بودن آن، بدان جهت است که نماز تمام آن حضور انسان است در پیشگاه خدا (اکبری معلم، ۱۳۹۳: ۳۱) مداومت در نماز خواندن همراه با حضور قلب و توجه به خداوند موجب ثبات یاد الهی در قلب و تجلی عظمت او در آن می‌شود (رحمانی و ابراهیمی، ۱۳۹۲: ۱۴۴).

با توجه به نقش نماز در سلامت روان افراد، بنظر می‌رسد مسئولین فرهنگی جامعه، باید به نقش نماز توجه ویژه نمایند و با شناسایی چالش‌ها و موانع سازو کار گسترش گرایش جوانان به نماز فراهم آورند.

منابع

۱. آقایانی‌چاوشی، اکبر، طالبیان، داوود، طرخورانی، حمید، صدقی‌جلال، هما، آزرمی، هاله، فتحی‌آشتیانی، علی (۱۳۸۷)، بررسی رابطه نماز با جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان، مجله علوم رفتاری، دوره ۲، شماره ۲، تابستان ۸۷، صص ۱۵۶-۱۴۹.
۲. اکبری معلم، رضاعلی (۱۳۹۳)، رابطه پایبندی به نماز و سلامت روان در کارکنان شرکت ایران خودرو در غرب تهران، دین و سلامت، دوره ۲، شماره ۲، اسفند ۹۳، صص ۴۲-۲۹.

۳. انیسی، جعفر، نویدی، احد، حسینی نژاد نصرآباد، اعظم (۱۳۸۹)، ساخت و اعتباریابی مقیاس نگرش و التزام عملی به نماز، مجله علوم رفتاری، دوره ۴، شماره ۴ (مسلول ۱۴)، زمستان ۸۹، صص ۳۱۸-۳۱۳.
۴. تاری مرادی، آرزو (۱۳۹۰)، مقایسه سخت‌رویی و سلامت‌روان، بین دانشجویان زن انگلیسی و ایرانی، فصلنامه داخلی علمی آموزشی پژوهشی، پاییز ۹۰، صص ۱۹۹-۱۸۳.
- ۵.
۶. جامعی ندوشن، فاطمه، ایزدی، مهشید (۱۳۹۵)، بررسی نقش گرایش به اقامه نماز و هوش معنوی بر سلامت روانی دانش آموزان دبیرستانی منطقه ۷ شهر تهران، فصلنامه مسائل کاربردی تعلیم و تربیت اسلامی، دوره یکم، شماره ۲، بهار ۹۵، صص ۷۴-۵۳.
۷. دادخواه، بهروز، محمدی، محمدعلی، مظفری، ناصر، مولایی، بهنام، دادخواه، دلاور (۱۳۸۸)، بررسی رابطه نماز با میزان افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، طب و تزکیه، دوره ۱۷، شماره ۷۵-۷۴، پاییز و زمستان ۸۸، صص ۳۲-۲۷.
۸. رحمانی، علی، ابراهیمی، بی‌بی رحیمه (۱۳۹۲)، نقش نماز در پالایش از رذائل مبتنی بر اخلاق فلسفی مسلمانان، پژوهش‌نامه اخلاق، سال ششم، شماره ۲۰ تابستان ۹۲، صص ۱۳۷-۱۵۴. پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
۹. رضایی، امیرموسی، ناجی اصفهانی، همایون، خسروی، نرجس، مومنی قلعه‌قاسمی، طاهره، مسایلی نسرین (۱۳۹۱)، ارتباط التزام و اولویت به فریضه نماز با میزان شیوع افسردگی و برخی پارامترهای جمعیت شناختی دانشجویان، تحقیقات علوم

- رفتاری(ویژه نامه سلامت و روان)، دوره ۱۰، شماره ۶، (پی در پی ۲۷)، صص ۴۵۱-۴۴۱.
۱۰. رعنائی، فریبا، اردلان، فراست، ظاهری، فرزانه(۱۳۸۹)، بررسی نگرش و عملکرد نسبت به نماز و ارتباط آن با افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان در سال ۱۳۸۸. طب و تزکیه، دوره ۱۹، شماره ۴ (مسلسل ۷۹) زمستان ۸۹، صص ۸۳-۷۵.
۱۱. زارع، حسن، شهابی‌زاده فاطمه (۱۳۹۴)، نگرش و التزام عملی به نماز در تدوین مدل تعهد زناشویی زنان معلم شهر بیرجند با واسطه‌گری تاب آوری، زن و مطالعات خانواده، دوره ۷، شماره ۲۷، بهار ۹۴، صص ۷۱-۵۳.
۱۲. صاحبی، لیلا، آیت‌اللهی، سید محمدتقی (۱۳۸۵)، بررسی وضعیت سلامت‌روانی در کارکنان بیمارستان‌های شیراز، افق دانش، مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی گناباد دوره ۱۲، شماره ۴، زمستان سال ۸۵، صص ۳۴-۲۶.
۱۳. صادقی، مسعود، فراست (۱۳۹۴)، بررسی رابطه بین سرمایه فرهنگی و سلامت روان کارکنان اداره کل آموزش و پرورش استان لرستان، دومین کنفرانس ملی و اولین کنفرانس بین‌المللی، پژوهش‌های نوین در علوم انسانی، ۲۲ خرداد ماه ۹۴، صص ۱۶-۱.
۱۴. صفری، نوش‌آفرین، میرآقایی، علی‌عباس، قاضی، شیرین، مرادی، کبری (۱۳۹۳)، بررسی رابطه تقید به نماز و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه پیام نور خرم آباد، یافته، شماره ۲، دوره ۱۶، (پیاپی ۶۰)، تابستان ۹۳، صص ۷۹-۷۱.
۱۵. عامری، احمد، طالب، امیرمهدی، احمدی تیمورلویی، سیداحمد(۱۳۸۹)، نماز جلوه‌گاه عشق و شاهراه سلامت و سعادت، طب و تزکیه، شماره ۷۶، بهار ۸۹، صص ۴۵-۳۹.

۱۶. قربانی، عباس، موسوی، سیدعلی (۱۳۸۶)، تاثیر سجده در سرعت گردش خون مغزی، مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان ویژه نامه اولین همایش بهداشت در آموزه های پیامبر اعظم (ص)، دوره ۶، شماره ۴ (پی در پی ۲۵)، زمستان ۸۶، صص ۴۹-۵۴.
۱۷. گلمغانی زاده اصل، صغری، گلمغانی زاده اصل، ملکه، عقیلی، سهیلا، جعفری، ایراندخت (۱۳۸۷) تاثیر نماز در بهداشت روان، سمینار باورهای دینی و دانشگاه، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ۱۳۸۷/۰۹/۳۰، صص ۷۹-۹۰.
۱۸. ماندنی، بتول، سعادت، مهرناز (۱۳۹۴)، بررسی رابطه بین التزام به تعالیم اسلامی و سطح افسردگی و اضطراب در بین دانش آموزان مقطع دبیرستان، فصلنامه مسائل کاربردی تعلیم و تربیت اسلامی، جلد ۱ شماره ۱ پیاپی اول، زمستان ۹۴، صص ۸۵-۱۰۰.
۱۹. محتشمی پور، عفت، محتشمی پور، مهدی، شادلومشهدی، فاطمه، عمادزاده، علی، حسن آبادی حسین (۱۳۸۳)، بررسی رابطه بین نماز افسردگی در دانشجویان دانشکده پیراپزشکی و بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد، افق دانش مجله دانشکده پزشکی گناباد، دوره ۹، شماره ۱، بهار و تابستان ۸۳، صص ۷۶-۸۱.
۲۰. یاوری، الهه (۱۳۹۴)، تاثیر اعتیاد به اینترنت بر سلامت عمومی دختران نوجوان، دومین کنفرانس ملی و اولین کنفرانس بین المللی، پژوهش های نوین در علوم انسانی، ۲۲ خرداد ماه ۹۴، صص ۱۰-۱۱. *پژوهش های علوم انسانی و مطالعات فرهنگی*