

بررسی نقش گرایش به اقامه نماز و هوش معنوی در سلامت روانی دانش آموزان دختر دبیرستانی منطقه ۷ شهر تهران

فاطمه جامعی ندوشن* دکتر مهشید ایزدی**

چکیده

هدف این پژوهش، بررسی نقش گرایش به اقامه نماز و هوش معنوی در سلامت روانی دانش آموزان دبیرستانی منطقه ۷ شهر تهران است. روش تحقیق، توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری مورد نظر در این تحقیق کلیه دانش آموزان دختر دبیرستانی مشغول به تحصیل در سال ۹۴-۹۳ در منطقه ۷ تهران بوده که تعداد آن‌ها طبق آخرین آمار در سال مذکور ۱۱۴۸ نفر برآورد گردیده است. براساس روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای، ۳۲۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. به منظور سنجش متغیرهای مورد استفاده در پژوهش از سه پرسشنامه سلامت عمومی، مقیاس خودگزارش دهی هوش معنوی کینگ (۲۰۰۸) و پرسشنامه گرایش به نماز پناهی (۱۳۸۲) استفاده گردید. روایی و پایایی پرسشنامه‌ها بر اساس ملاک‌های روان‌سنجی احراز و مورد تأیید قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج به دست آمده نشان داد که بین گرایش به اقامه نماز و هوش معنوی با سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد و از طریق گرایش به اقامه نماز و همینطور از طریق هوش معنوی می‌توان سلامت روانی دانش آموزان را پیش‌بینی کرد. علاوه بر این یافته‌های حاصله نشان داد که علی‌رغم وجود رابطه بین گرایش به اقامه نماز و هوش معنوی نمی‌توان از طریق گرایش به اقامه نماز، هوش معنوی را پیش‌بینی نمود.

واژگان کلیدی: هوش معنوی، گرایش به اقامه نماز، سلامت روان، دانش آموزان دختر،

دوره دبیرستان

پژوهش‌نامه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

از متغیرهایی که همواره با توسعه اجتماعی جوامع مربوط است سلامت شهروندان اعم از سلامت جسمی و روانی است. سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۱)، سلامت روانی را حالتی از بهزیستی تعریف نموده است که در آن فرد توانایی‌های خود را می‌شناسد، می‌تواند با فشارهای روانی بهنجار زندگی کنار آید، به نحو مولدی کار کند و برای اجتماع مفید واقع شود (به نقل از میلانی‌فر، ۱۳۷۸). امروزه دیدگاه جدیدی در علوم وابسته به سلامت به‌طور اعم و در روان‌شناسی به‌طور اخص در حال شکل‌گیری و گسترش است که هدف آن تمرکز روی بهزیستی روان‌شناختی است. ریف^۱ بهزیستی روان‌شناختی را تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی فرد می‌داند. در این دیدگاه بهزیستی به معنای تلاش برای استعلا و ارتقا است که در تحقق استعدادها و توانایی‌های فرد متجلی است (ریف، ۱۹۹۵).

سلامت‌روان به عنوان سطحی از بهزیستی روان‌شناختی یا عدم وجود یک بیماری روانی تعریف شده است. از دیدگاه روان‌شناسی مثبت‌نگر، سلامت‌روان شامل توانایی فرد برای لذت بردن از زندگی و برقراری تعادل بین فعالیت‌های زندگی و تلاش برای کسب تاب‌آوری روان‌شناختی است. در این تعریف اشاره شده است که سلامت به معنای داشتن توانایی کامل برای ایفای نقش‌های اجتماعی، روانی و جسمانی است. در این تعریف سلامت تنها نداشتن بیماری یا عقب‌ماندگی نیست بلکه بهره‌مند بودن از بهزیستی روان‌شناختی است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۳).

در روان‌شناسی اسلامی سلامت‌روانی از طریق اعتقاد به نیرویی برتر که در زندگی از او حمایت می‌کند تامین 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 بر روی فیزیولوژی و سلامت تن نیز اثر می‌گذارند. نکته اساسی این است که از نگاه قرآن کریم و اندیشه پیشوایان معصوم (ع) سخن گفتن از سلامت‌روان و به‌کارگیری آن در مسیر سعادت بدون باور به مبداء و معاد و ارتباط مستمر با خداوند امکان‌پذیر نیست. زیرا آفرینش آدمی به‌گونه‌ای است که بدون باور به خدا نمی‌توان شادکامی و رضایت از زندگی را تجربه کرد (مکارم‌شیرازی، ۱۳۷۸).

در دو دهه اخیر نقش مذهب در سالم‌سازی انسان و ایجاد جامعه سالم، توجه گروه‌های بیشتری از روان‌شناسان را به خود جلب کرده است (قهرمانی و نادى، ۱۳۹۱، ۳؛ زارعی‌متین، خیراندیش و جهانی، ۱۳۹۰: ۸۰).

از دهه ۵۰ میلادی تحقیقات بیانگر تأثیر مداخلات مذهبی بر بهبود آلام روان‌شناختی بودند، از جمله مداخلات دینی می‌توان به تأثیر دعا و نیایش برای کنترل اختلالات روان‌شناختی اشاره کرد (جان‌بزرگی، ۱۳۸۶: ۳۴۵). مذهب به اعتقاد برخی از پژوهشگران با تأثیر بر سبک زندگی و چگونگی حل تعارض‌های ارزشی به دو سؤال اساسی انسان درباره هدف زندگی، معنای فعالیت‌ها و استعدادها و پاسخ می‌دهد و به وحدت یافتگی سازمان روان‌شناختی، معنوی و خودنظم‌دهی انسان کمک می‌کند (کونینگ، ۲۰۱۰: ۱۱۷؛ جان‌بزرگی، ۱۳۸۶: ۳۴۶). دانشمندان نیاز انسان به نیایش و ارتباط با خدا را همانند نیاز او به اکسیژن قلمداد می‌کند و آن را یک عمل طبیعی روانی-بدنی دانسته و برای رشد انسان ضروری اعلام می‌کنند (ادیب‌حاج باقری، ۱۳۷۹: ۱۰۱).

در نظام تربیتی اسلام یکی از مصادیق جهت‌گیری مذهبی «گرایش به اقامه نماز» می‌باشد. نماز در فرهنگ اسلامی ما از مهم‌ترین فرایض دینی و از ضروریات دین مقدس اسلام، نقطه اوج عبادات، عمود دین و مرز بین کفر و ایمان، وسیله قرب الهی و تکامل انسان است. اهمیت و آثار تربیتی نماز خواندن نیز در آیات و روایات دینی بسیاری مورد تأکید قرار گرفته است. به‌طور کلی، اهمیت نماز در فرهنگ اسلامی و نقش تربیتی و معنوی و اجتماعی آن در بین مسلمانان، عنصری روشن و بدیهی است. لذا تأثیری که توسعه فرهنگ نماز می‌تواند در شخصیت و شیوه‌های رفتاری، مناسبات زندگی و فرهنگ عمومی جامعه کنونی به جا بگذارد، حائز اهمیت است. در فقه اسلام، نماز یکی از ارکان مهم دین اسلام است زیرا نماز رمز پیوند خلق با خالق است و ارتباط مستمر انسان با خدا را تضمین می‌کند (سجادی، ۱۳۶۳).

گرایش به این پدیده یعنی نماز از جمله متغیرهایی است که در این پژوهش مورد مطالعه قرار گرفته است. برای بازکردن این موضوع لازم است مفهوم گرایش مورد بررسی قرار گیرد. گرایش، چگونگی احساس فرد را نسبت به چیزی نشان می‌دهد (رابینز، ۱۹۹۳، به نقل از طالبان، ۱۳۹۲). فردی که نسبت به یک موضوع گرایش مثبت

و یا منفی دارد در برابر آن واکنش نشان می‌دهد. بخشی از این واکنش به صورت اظهار عقیده درباره آن موضوع و بخش دیگر واکنش به اعمال و رفتار او است. به اعتقاد طالبان (۱۳۹۲) فروض اساسی در رابطه با مفهوم گرایش عبارتند از:

۱. گرایش سازه‌ای فرضی است، با آن که نتایج و پیامدهای آن قابل مشاهده است اما خود گرایش ملموس و قابل رویت نیست. بنابر این گرایش‌های افراد را می‌توان از طریق اظهارات یا بیانات و رفتارهای آن‌ها استنباط کرد.

۲. گرایش ساختی چند بُعدی دارد که مهم‌ترین بعد آن به احساس شخص نسبت به یک پدیده وابسته است. لذا می‌توان آن را بر روی یک پیوستار از خیلی مثبت تا خیلی منفی نمایش داد. روان‌شناسان شناختی معمولاً گرایش را به مثابه یک نظام سه جزئی مطالعه می‌کنند که اعتقادات جزء شناختی، گرایش‌ها جزء عاطفی و اعمال جزء رفتاری آن را تشکیل می‌دهند (اتکینسون و هیلگارد، ۱۳۷۰؛ به نقل از طالبان، ۱۳۹۲).

۳. گرایش همواره متوجه پدیده یا موضوعی است که شخص نسبت به آن دارای احساس و عقاید خاصی است. بر این مبناست که هر گرایش بر حسب موضوع یا مصادیق نامگذاری می‌شود.

۴. گرایش، احساس‌ها و ارزشیابی‌های پایدار اشخاص نسبت به پدیده‌ها است. لذا احساس و واکنش موقتی و زودگذر شخص نسبت به یک پدیده را نمی‌توان گرایش وی محسوب نمود.

۵. گرایش حالت آموخته دارد و نتیجه تکوین و رشد شخصیت است. درحقیقت نحوه شکل‌گیری گرایش ویژه یک فرد صرفاً براساس تاریخچه زندگی شخصی وی تعیین خواهد شد (طالبان، ۱۳۹۲).

مشهورترین و مهم‌ترین تئوری در زمینه گرایش‌ها توسط فیش باین و آیزن (به نقل از طالبان، ۱۳۹۲) مطرح شده است. این دو محقق نظریه «کنش بخردانه» را مطرح نموده‌اند که براساس آن اکثر رفتارها به این دلیل صورت می‌گیرد که افراد به نتایج اعمال خود فکر می‌کنند و برای حصول پاره‌ای نتایج و پرهیز از برخی دیگر دست به انتخابی عاقلانه می‌زنند. براساس این نظریه رفتار در پی زنجیره‌ای از عوامل به وجود می‌آید.

تمام مخلوقات خداوند به گونه‌ای ذی‌شعور در حال عبادت پروردگارانند، اما خداوند انسان را که از نعمت عقل و زبان بهره‌مند نموده خلیفه و جانشین خود نهاده و برای درک کمال مطلوب انسانی به عبادت فرمان داده است: جن و انس 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 در پانزده مورد به آن امر نموده است. از جمله می‌فرماید: نماز را برای یاد من به پا دارید (طه، ۱۴).

نماز در اصلاح رفتار نقش بی‌ظیری دارد: نماز را برپادار، زیرا نماز انسان را از کارهای زشت باز می‌دارد (عنکبوت، ۴۵). تمام سودمندهای نماز به نمازگزاران برمی‌گردد زیرا فرمود: شما باید نیازمندان به خدا و فقط خدا بی‌نیاز و ستوده است (فاطر، ۱۵). نماز راه رستگاری است. خداوند می‌فرماید: مسلماً رستگار می‌شود کسی که خود را تزکیه کند و نام پروردگارش را به یاد آورد و نماز بخواند. بنابر این تمام رفتارهای مذهبی، به خصوص نماز، علاوه بر اجر اخروی و معنوی، سلامت جسمی و روانی را که لازمه رشد و شکوفایی است در پی دارد. رسول خدا (ص) فرمود: از من نیست کسی که نماز را سبک بشمارد. به خدا قسم هر کس نماز واجبش را از اول وقت به تأخیر بیندازد، در حوض کوثر نزد من نخواهد آمد و شفاعت من در روز قیامت نصیب او نمی‌گردد. شیطان از انسانی که نمازهای پنج‌گانه را در اول وقت بخواند می‌ترسد اما نسبت به هر کس که نمازهای خود را به تأخیر بيفکنند جرئت پیدا می‌کند و او را به ارتکاب گناهان بزرگ وادار می‌نماید (محبی و همکاران، ۱۳۹۲: ۷۸۳).

در واقع نماز تنها یک عبادت در میان فرایض و تکالیف عبادی نیست، بلکه اصلی‌ترین نماد دین‌داری است که علاوه بر آثار فردی، دارای آثار اجتماعی نیز هست. شناخت کارکردهای آشکار و پنهان نماز در ابعاد اجتماعی و روان‌شناختی آن و بررسی آثار و نتایج حاصله در شکل‌گیری رفتارها، اتخاذ روش‌ها، تعیین استراتژی‌ها و اهداف عمومی اجتماعی و فردی می‌تواند پرده‌ای دیگر از اسرار نماز را بگشاید (ادیب‌حاج‌باقری، ۱۳۷۹: ۱۰۱). امام محمدباقر (ع) فرمود: اولین چیزی که از بنده حسابرسی می‌شود نماز است؛ اگر نمازش قبول شد، اعمال دیگرش قبول می‌شود. اگر نماز در وقت خودش به آسمان بالا رود، به صورتی درخشان به سوی صاحبش باز می‌گردد و می‌گوید: «مرا حفظ کردی، خدا تو را حفظ کند!»، اما اگر در غیر وقت آن خوانده شود، به صورتی

تاریک به سوی صاحبش باز می‌گردد و می‌گوید: «مرا تباه کردی، خدا تو را تباه گرداند. امام صادق(ع) فرمود: شیعیان ما را در مواقع نماز امتحان کنید و ببینید رعایتشان در مورد خواندن نماز چگونه است.

پژوهش‌هایی که به‌طور مختصر مورد بررسی قرار گرفته است عمدتاً معطوف به بررسی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت‌روان است که در این جا مختصراً اشاره‌ای به آن‌ها خواهد شد. ویلانت و همکاران^۱ (۲۰۰۸) در یک مطالعه طولی ارتباط بین دین‌داری و سلامت‌روان را در ۲۴ دانشجوی مرد دانشگاه هاروارد بررسی نمودند. مطالعه آن‌ها نشان داد بین دین‌داری و بهزیستی روان‌شناختی، جسمانی و اجتماعی آزمودنی‌ها ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. آن‌ها نهایتاً از دین به عنوان بزرگ‌ترین منبع سلامت‌روان، به ویژه در افرادی که دارای منابع شخصی و حمایت‌های اجتماعی اندک هستند، یاد نمودند. ویلیامز^۲ (۲۰۱۰) در پژوهشی نشان داد که میان انجام اعمال مذهبی و شرکت در مراسم مذهبی با سلامت‌روان افراد، نوعی ارتباط وجود دارد. پناهی (۱۳۸۲) در پژوهشی که در آن رابطه گرایش به نماز و آرامش روان در دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان قم مورد بررسی قرار گرفت مشخص کرد که بین گرایش به نماز و سطح اضطراب دانش‌آموز رابطه معکوس معناداری وجود دارد و هرچه قدر گرایش دانش‌آموزان به نماز بیشتر باشد از آرامش روانی بیشتری برخوردار می‌شوند. علی‌اکبری‌معلم (۱۳۹۳)، دریافت که بین پای‌بندی به نماز و سلامت‌روان همبستگی معنادار منفی وجود دارد. بین پای‌بندی به نماز با نشانگان جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسا کنش‌وری اجتماعی و افسردگی رابطه معنادار وجود دارد. آقایانی‌چاوشی و همکاران (۱۳۸۷: ۱۴۹)، به بررسی رابطه نماز با جهت‌گیری مذهبی و سلامت‌روان پرداخته و دریافتند اشخاصی که متدین‌ترند از سلامت‌روان و آسایش بیشتری برخوردارند. دادخواه و همکاران (۱۳۸۸: ۷) رابطه بین نماز و افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل را مورد بررسی قرار دادند و یادآور شدند که میزان افسردگی با نگرش مثبت به نماز کمتر می‌شود. صفری، میرآقایی، قاضی و مرادی (۱۳۹۳) در مطالعه خود رابطه بین گرایش به نماز

1. Vaillant et al.
2. Williams

و سلامت روانی را در دانشجویان پیام نور خرم‌آباد مورد مطالعه قرار دادند. نتایج پژوهش آنان حاکی از این است که بین گرایش به اقامه نماز و نشانه‌های جسمانی رابطه معکوس و معناداری وجود دارد.

متغیر دیگری که با سلامت روان مرتبط است «هوش معنوی است» از هوش معنوی تعاریف گوناگونی ارائه شده است. آمرام^۱ (۲۰۰۹) معتقد است هوش معنوی شامل حس معنا و داشتن رسالت در زندگی، حس تقدس در زندگی، درک متعالی از ارزش‌های مادی و اعتقاد به بهتر شدن دنیا است. کینگ (۲۰۰۸) هوش معنوی را به عنوان یک مجموعه از ظرفیت‌های ذهنی تعریف می‌نماید که در وحدت و یکپارچگی، کاربرد انطباقی جنبه‌های غیرمادی، مافوق هستی و رسیدن به نتایجی از قبیل اندیشه و جود عمیق، بهبود معنا ایفای نقش می‌کند و دارای چهار بُعد اساسی است که عبارتند از: تفکر انتقادی، ایجاد معنای شخصی، آگاهی متعالی، ایجاد موقعیت هوشیاری

- **تفکر انتقادی**^۲: تفکر انتقادی به توانایی اندیشیدن بطور انتقادی نسبت به حقیقت

وجود، هستی، عالم وجود، زمان، مرگ و دیگر موضوعات ماوراء طبیعی یا وجودی تعریف می‌شود.

- **تولید معنای شخصی**^۳: تولید معنای شخصی به توانایی خلق معنا و هدف شخصی

در کلیه تجارب جسمانی و روانی شامل ظرفیت خلق و تسلط یافتن به مقصود زندگی اطلاق می‌شود.

- **آگاهی متعالی**^۴: آگاهی متعالی به ظرفیت شناخت و درک ابعاد برتر خود، دیگران

و جهان مادی اشاره دارد.

- **توسعه سطح هوشیاری**^۵: توسعه سطح هوشیاری به مراحل بالاتر هوشیاری

از جمله تفکر عمیق، نیایش، مراقبه و خروج از آن، وحدت و یکتایی مربوط است.

1. Amram
2. Critical thinking
3. Production of personal meaning
4. Transcendental consciousness
5. Development of consciousness

پژوهش‌های انجام شده در این زمینه حاکی از این است که بین هوش معنوی و سلامت روانی رابطه معناداری وجود دارد. از جمله این مطالعات می‌توان به مطالعه دوگان و ساهین^۱ (۲۰۰۹) اشاره کرد. آنان یادآور شدند که معنویت، اطلاعات معنوی و اعتقاد به عالم روحانی در سلامت روانی انسان‌ها مؤثر است. گری^۲ (۲۰۱۳) در مطالعه خود دریافت، مدیرانی که در پرسشنامه سبک رهبری خدمتگزار و ویژگی‌های هوش معنوی نمرات بالاتری کسب کردند از سلامت روان و استرس شغلی کمتری برخوردارند سمیاری و همکاران (۱۳۹۴) دریافتند که بین هوش معنوی و سلامت عمومی به صورت کلی و در همه ابعاد رابطه معنادار و مثبتی وجود دارد. حسین‌پور و همکاران (۱۳۹۴) و خدابخشی، رحیمی‌کیا و جعفری (۱۳۹۳)، یادآور شدند که بین نمره اختلالات روانی و نمره هوش معنوی همبستگی معکوس وجود دارد و هوش معنوی پیش‌بینی‌کننده معناداری برای سلامت روان محسوب می‌شود.

نکته مهم و قابل توجه در این پژوهش این است که کلیه مطالعاتی که در این زمینه توسط سایر پژوهشگران انجام شده است مطالعاتی است که محدود به رابطه دو متغیر هستند یعنی عمده مطالعات انجام شده به بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان یا بررسی رابطه هوش معنوی و سلامت روان پرداخته‌اند. مطالعه‌ای که همزمان سه متغیر را با جهت‌گیری جدید یعنی بررسی رابطه گرایش به اقامه نماز، هوش معنوی و سلامت روان انجام شده باشد صورت نگرفته است از این رو این مطالعه بر آن است که همزمان این سه متغیر را مورد مطالعه قرار داده و به این سؤال پاسخ دهد که آیا بین متغیر گرایش به اقامه نماز و هوش معنوی با سلامت روانی دانش‌آموزان دبیرستانی دختر منطقه ۷ شهر تهران رابطه وجود دارد؟

روش انجام پژوهش

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش تمامی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی مشغول به تحصیل در سال ۹۴-۹۳، در منطقه ۷ تهران است که تعداد کل آنان ۱۱۴۸ نفر گزارش شده است. با توجه به این که پژوهش از نوع

1. Dogan & Sahin
2. Gary

همبستگی است و حداقل نمونه برای هر سطح از متغیرها ۳۰ نفر کفایت می‌کند (سرمد و همکاران، ۱۳۸۶) از این رو تعداد ۳۲۰ نفر از دانش‌آموزان دختر به روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب شدند.

ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات

برای جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش از سه ابزار استفاده شد: ۱. پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-۲۸)، ۲. پرسش‌نامه گرایش به اقامه نماز پناهی (۱۳۸۲) و ۳. مقیاس خود گزارش دهی هوش معنوی.

۱. پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-۲۸): این پرسش‌نامه که توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) ساخته شد، یک پرسش‌نامه سرنندی و مبتنی بر خود گزارش‌دهی است و در مجموعه بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد (به نقل از تقوی، ۱۳۸۰). پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-۲۸) مشتمل بر ۲۸ ماده است که بر اساس مقیاس لیکرتی پنج‌گزینه‌ای (خیلی کم، کم، تا حدودی، زیاد و خیلی زیاد) مطابق جدول ذیل تنظیم شده است.

جدول ۱. مؤلفه‌ها، گویه‌ها و ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه سلامت عمومی

مؤلفه‌ها	گویه‌ها	ضریب آلفای کرونباخ
علائم جسمانی	۱ تا ۷	۰/۸۳
کارکرد اجتماعی	۸ تا ۱۴	۰/۹۴
اضطراب	۱۵ تا ۲۱	۰/۸۱
افسردگی	۲۲ تا ۲۸	۰/۹۰

نمره بالاتر نشان‌دهنده سلامت روانی کمتر است. ضریب پایایی برای کل مقیاس ۰/۹۳ است. تقوی (۱۳۸۰) پایایی پرسش‌نامه را با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۷۲ گزارش نمود. بشارت (۱۳۸۸)، روایی همزمان مقیاس سلامت عمومی را بر حسب ضرایب همبستگی زیر مقیاس‌های این ابزار با نمره کلی پرسش‌نامه سلامت روانی بررسی نمود. این ضرایب

برای بهزیستی روان‌شناختی ۰/۸۷- و برای درماندگی روان‌شناختی ۰/۸۸ محاسبه و در سطح $P \leq 0/001$ تأیید شد. نتایج مربوط به روایی تفکیکی مقیاس سلامت‌روانی نیز نشان داد که این مقیاس می‌تواند دو گروه بیمار و بهنجار را متمایز کند. در این پژوهش روایی پرسش‌نامه با استفاده از تحلیل عاملی با روش مؤلفه‌های اصلی مورد بررسی قرار گرفت که براساس روش تحلیل عاملی، چهار عامل براساس پاسخ‌های آزمودنی‌ها استخراج شد که این چهار عامل ۶۰٪ از واریانس کلی را تبیین می‌کنند.

۲. پرسش‌نامه گرایش به اقامه نماز: پرسش‌نامه گرایش به نماز توسط پناهی (۱۳۸۲) ساخته شده است. این پرسش‌نامه حاوی ۲۰ سؤال است. دارای سه خرده مقیاس مراقبت و حضور قلب در نماز، التزام و اهتمام جدی برای انجام نماز و اثربخشی نماز در زندگی فردی و اجتماعی است. این پرسش‌نامه در مقیاس لیکرتی ۵ گزینه‌ای (خیلی کم، کم، تاحدودی، زیاد و خیلی زیاد) مطابق جدول ذیل تنظیم شده است.

جدول ۲. مؤلفه‌ها، گویه‌ها و ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه گرایش به اقامه نماز

مؤلفه‌ها	گویه‌ها	ضریب آلفای کرونباخ
مراقبت و حضور قلب در نماز	۱۱-۱۲-۱۳-۱۸-۱۹	۰/۹۱
اثربخشی نماز در زندگی فردی و اجتماعی	۱-۲-۳-۸-۱۰-۱۶-۱۷-۲۰	۰/۸۹
التزام و اهتمام جدی برای انجام نماز	۴-۵-۶-۷-۹-۱۴-۱۵	۰/۹۰

پناهی (۱۳۸۲) روایی پرسش‌نامه را به صورت محتوایی و براساس قضاوت متخصصان مورد بررسی قرار داد که پس از چندین بار ویرایش و بازنگری محتوای پرسش‌نامه مورد تأیید صاحب‌نظران قرار گرفت. وی پایایی پرسش‌نامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار داد، ضریب پایایی پرسش‌نامه ۰/۹۳ گزارش شده که ضریب بالا و قابل قبولی است. در این پژوهش نیز روایی پرسش‌نامه به صورت محتوایی و براساس قضاوت متخصصان مورد تأیید قرار گرفت و پایایی پرسش‌نامه نیز توسط ضریب آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت که میزان آن ۰/۹۲ محاسبه شده است.

۳. **مقیاس خود گزارش دهی هوش معنوی:** مقیاس خود گزارش دهی هوش معنوی توسط کینگ (۲۰۰۸) ساخته شده است، دارای ۲۴ گویه بوده و براساس مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت، مطابق جدول ذیل تنظیم شده است.

جدول ۳. مؤلفه‌ها، گویه‌ها و ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه مقیاس خود گزارش دهی هوش معنوی

مؤلفه‌ها	گویه‌ها	ضریب آلفای کرونباخ
تفکر وجودی انتقادی	۱-۳-۵-۹-۱۳-۱۷-۲۱	۰/۷۶
ایجاد معنای شخصی	۷-۱۱-۱۵-۱۹-۲۳	۰/۸۱
آگاهی متعالی	۲-۶-۱۰-۱۴-۱۸-۲۰-۲۲	۰/۷۴
گسترش حالت هوشیاری	۴-۸-۱۲-۱۶-۲۴	۰/۹۰

این مقیاس دارای ۴ زیر مقیاس: تفکر وجودی انتقادی، ایجاد معنای شخصی، آگاهی متعالی، گسترش حالت هوشیاری است. نمرات بالا نشان‌دهنده هوش معنوی بالا و یا وجود چنین ظرفیتی در شخص می‌باشد. کینگ (۲۰۰۸) در مطالعه‌ای با استفاده از تحلیل عامل اکتشافی به بررسی روایی و پایایی مقیاس هوش معنوی در بین دانشجویان دوره کارشناسی دانشگاه با میانگین سنی ۲۲/۵۳ سال پرداخته و شواهد روایی و پایایی مقیاس مذکور را مطلوب گزارش کرده است. وی با انجام تحلیل عامل تاییدی نیز به بررسی روایی و پایایی مقیاس مذکور پرداخته که نتایج بیانگر روایی و پایایی قابل قبول برای مقیاس هوش معنوی بوده است.

حسین چاری و ذاکری (۱۳۸۹) به منظور بررسی روایی سازه‌ای از روش تحلیل عاملی استفاده نمودند. نتایج تحلیل عاملی تاییدی به روش مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریماکس وجود چهار عامل در گویه‌ها را تأیید نمود. ملاک استخراج عوامل شیب نمودار اسکری و ارزش ویژه بالاتر از یک بود. مقدار ضریب KMO برابر ۰/۹۰ و ضریب آزمون کرویت بارتلت برابر با ۱۹۸۰/۷۱۲ بود که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار و حاکی از کفایت نمونه‌گیری و ماتریس همبستگی گویه‌ها برای انجام تحلیل عاملی بود. این محققان برای سنجش پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده نمودند. مقادیر ضرایب

آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس خودآگاهی برابر با ۰/۸۴ و برای زیر مقیاس معناسازی شخصی برابر با ۰/۷۹ و برای زیر مقیاس آگاهی متعالی برابر با ۰/۶۵ و برای زیر مقیاس تفکر وجودی نقادانه برابر با ۰/۷۱ گزارش شده است. معلمی و همکاران (۱۳۸۹) پایایی پرسشنامه را از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و از طریق روش تنصیف ۰/۸۴ گزارش نموده است. در این مطالعه روایی پرسشنامه با روش محتوایی توسط صاحب نظران و پایایی آن براساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شده است.

یافته‌های پژوهش

پیش از ارائه تحلیل‌ها و پاسخ به سؤالات پژوهش، شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیرها	مؤلفه‌ها	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه
سلامت روان	-	۴۲/۰۹	۸/۶۱	۲۸	۶۹
گرایش به اقامه نماز	مراقبت و حضور قلب	۱۹/۱۲	۳/۶۳	۱۱	۲۵
	التزام برای نماز	۳۰/۶۶	۳/۹۸	۲۴	۳۹
	اثربخشی نماز	۲۷/۸۵	۳/۴۰	۲۱	۳۵
هوش معنوی	نمره کل گرایش به اقامه نماز	۷۷/۶۳	۹/۴۱	۵۷	۹۷
	تفکر وجودی انتقادی	۲۲/۳۸	۳/۹۵	۱۵	۳۰
	آگاهی متعالی	۲۲/۸۴	۴/۲۵	۱۶	۳۰
	معناسازی شخصی	۱۶/۵۲	۲/۲۱	۱۰	۲۰
	گسترش خودآگاهی	۱۶/۵۲	۲/۲۸	۱۰	۲۰
	نمره کل هوش معنوی	۷۸/۲۵	۱۰/۹۰	۵۸	۹۸

براساس داده‌های حاصل از جدول ۴ میانگین و انحراف معیار سلامت روان $۸/۶۱ \pm ۴۲/۰۹$ است که کمترین نمره کسب شده ۲۸ و بیشترین نمره ۶۹ می‌باشد. میانگین و انحراف معیار گرایش به اقامه نماز $۷۷/۶۳ \pm ۹/۴۱$ است و نمرات آزمودنی‌ها بین ۵۷ تا ۹۷ پراکنده است. این میانگین برای هوش معنوی $۱۰/۹۰ \pm ۷۸/۲۵$ بوده است. جهت پردازش‌های استنباطی، نرمال بودن توزیع پراکندگی نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای مورد مطالعه از پیش فرض‌های انجام آزمون‌های پارامتریک است. برای بررسی این پیش فرض در این پژوهش از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده گردیده است که نتایج این آزمون در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون کولموگروف- اسمیرنوف

متغیر	آماره Z	سطح معناداری
سلامت روان	۰/۸۶۰	۰/۴۵۰
اقامه نماز	۰/۸۲۵	۰/۵۰۵
مراقبت و حضور قلب	۱/۲۵	۰/۰۸۸
التزام برای نماز	۱/۳۲	۰/۰۵۹
اثربخشی نماز	۰/۸۹۲	۰/۴۰۴
هوش معنوی	۱/۱۶	۰/۱۳۴
تفکر وجودی انتقادی	۰/۹۲۶	۰/۳۵۸
آگاهی متعالی	۱/۰۸	۰/۱۹۲
معناسازی شخصی	۱/۰۵	۰/۲۱۵
گسترش خودآگاهی	۰/۸۷۲	۰/۴۳۲

براساس داده‌های حاصل از جدول ۵ از آنجایی که مقدار آماره Z برای هیچ یک از متغیرهای سلامت روان، گرایش به اقامه نماز، هوش معنوی و مؤلفه‌های آن معنادار

نمی باشد ($P < 0/05$)، می توان نتیجه گرفت که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها رعایت گردیده است و می توان از آزمون های پارامتریک برای بررسی فرضیه های پژوهش استفاده کرد. جهت آگاهی از روابط متغیرها با یکدیگر از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که داده های آن در جدول ۶ گزارش شده است.

جدول ۶. ماتریس همبستگی بین متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	آماره	۱	۲	۳
سلامت روانی	ضریب همبستگی	۱		
	سطح معناداری	----		
گرایش به اقامه نماز	ضریب همبستگی	-۰/۵۹۸	۱	
	سطح معناداری	۰/۰۰۱	----	
هوش معنوی	ضریب همبستگی	-۰/۲۰۷	۰/۰۷۵	۱
	سطح معناداری	۰/۰۰۱	۰/۱۰۸	----

براساس داده های حاصل از جدول ۶ میزان همبستگی بین گرایش به اقامه نماز با سلامت روان $-0/598$ و میزان همبستگی هوش معنوی با سلامت روان $-0/207$ می باشد که این مقدار در سطح اطمینان $0/99$ معنادار است. با توجه به اینکه نمره پایین تر در پرسش نامه سلامت روان به معنای سلامت بیشتر می باشد، وجود همبستگی معکوس و معنادار بین این دو متغیر نشان می دهد که هر چه نمره گرایش به اقامه نماز در فرد بیشتر باشد مشکلات روانی او کمتر و در نتیجه میزان سلامت روان او بالاتر خواهد بود. علاوه بر این داده های حاصل از جدول نشان داد که ضریب همبستگی بین گرایش به اقامه نماز و مقیاس هوش معنوی ناچیز و در نتیجه معنادار نیست.

نکته اساسی در این پژوهش این است که هر یک از ابعاد گرایش به اقامه نماز و هوش معنوی به چه میزان سلامت روانی دانش آموزان دختر دبیرستانی را پیش بینی می کند؟ جهت پاسخ به این سؤال از تحلیل رگرسیون استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۷ گزارش شده است.

جدول ۷. پیش‌بینی سلامت‌روان از طریق گرایش به اقامه نماز

سطح معناداری	آماره T	ضرایب استاندارد		مقدار ثابت
		β	خطای استاندارد	
۰/۰۰۱	۴۳/۸۳	-	۱/۸۶	۸۱/۵۳
۰/۵۷۶	۰/۵۵۹	۰/۰۱۹	۰/۰۷۵	۰/۰۴۲
۰/۰۰۱	-۱۴/۴۳	-۰/۴۴۷	۰/۰۷۳	-۱/۰۶
۰/۰۰۱	-۸/۴۸	-۰/۰۹۰	۰/۰۸۷	-۰/۷۳۴
		-۰/۵۹۸		(R)
		۰/۳۵۷		(R ^۲)
		۲۲۵/۴۱		F
		۰/۰۰۱		سطح معناداری

براساس داده‌های حاصل از جدول ۷ ضریب همبستگی بین متغیرهای پیش‌بین با متغیر ملاک گزارش شده است R^2 مقدار ضریب تعیین؛ به عبارتی مقدار واریانس از متغیر ملاک است که توسط متغیر پیش‌بین تبیین می‌شود. به این ترتیب مقدار ضریب همبستگی متغیر گرایش به اقامه نماز با متغیر ملاک (سلامت‌روان) $-۰/۵۹۸$ می‌باشد. معنی این ضریب همبستگی این است که متغیر گرایش به اقامه نماز $۳۵/۷$ درصد از تغییرات سلامت روان را تبیین می‌نمایند و مقدار واریانس تبیین شده توسط متغیرهای پیش‌بین یعنی مؤلفه‌های گرایش به اقامه نماز ($F = ۲۲۵/۴۱$) در سطح اطمینان $۰/۹۹$ معنادار می‌باشد. براساس اطلاعات جدول فوق، ملاحظه می‌شود که تأثیر مؤلفه حضور قلب در پیش‌بینی سلامت‌روان $-۰/۴۴۷$ می‌باشد و این مقدار تأثیر به لحاظ آماری معنادار است ($T = -۱۴/۴۳$ و $P \leq ۰/۰۰۱$). همچنین تأثیر مؤلفه اثربخشی نماز بر سلامت‌روان $-۰/۰۹$ می‌باشد که به لحاظ آماری معنادار است ($T = -۸/۴۸$ و $P \leq ۰/۰۰۱$). اما تأثیر مؤلفه التزام به نماز بر سلامت‌روان معنادار نیست ($T = ۰/۵۵۹$ و $P \geq ۰/۰۵$).

نکته دیگر در این پژوهش این است که هوش معنوی به چه میزان سلامت روانی را پیش‌بینی می‌کند. نتایج این پردازش در جدول ۸ منعکس شده است.

جدول ۸. پیش‌بینی سلامت روان از طریق هوش معنوی

سطح معناداری	آماره T	ضرایب غیر استاندارد		مقدار ثابت
		ضرایب استاندارد	خطای استاندارد	
۰/۰۰۱	۲۵/۱۲	-	۲/۱۹	۵۵/۰۵
۰/۵۴۶	۰/۶۰۵	۰/۰۲۶	۰/۰۹۳	۰/۰۵۶
۰/۰۰۱	-۳/۷۹	-۰/۱۸۵	۰/۱۸۹	-۰/۷۱۷
۰/۰۰۴	-۲/۸۷	-۰/۱۴۳	۰/۱۰۱	-۰/۲۹
۰/۱۵۳	۱/۴۳	۰/۰۶۸	۰/۱۸۰	۰/۲۵۷
		-۰/۲۳۶		(R)
		۰/۰۵۶		(R ^۲)
		۱۴/۴۷		F
		۰/۰۰۱		سطح معناداری

بر اساس داده‌های حاصل از جدول ۸ ضریب همبستگی متغیر هوش معنوی با متغیر ملاک (سلامت روان) $-۰/۲۳۶$ می‌باشد و $۵/۶$ درصد از تغییرات سلامت روانی دانش‌آموزان دبیرستانی توسط متغیر هوش معنوی تبیین می‌شود. آماره F برای مؤلفه‌های هوش معنوی ($F = ۱۴/۴۷$) در سطح اطمینان $۰/۹۹$ معنادار می‌باشد. بر اساس اطلاعات جدول فوق ملاحظه می‌شود که تأثیر مؤلفه معناسازی شخصی در پیش‌بینی سلامت روان $-۰/۱۸۵$ بوده که به لحاظ آماری معنادار می‌باشد ($T = -۳/۷۹$ و $P \leq ۰/۰۰۱$). همچنین تأثیر مؤلفه آگاهی متعالی نیز بر سلامت روان $-۰/۱۴۳$ بوده که به لحاظ آماری معنادار می‌باشد ($T = -۲/۸۷$ و $P \leq ۰/۰۱$). اما تأثیر مؤلفه‌های تفکر وجودی انتقادی و گسترش خودآگاهی بر سلامت روان معنادار نمی‌باشد ($P \geq ۰/۰۵$). با توجه به نمره گذاری پرسشنامه سلامت روان، مقدار منفی β برای مؤلفه معناسازی شخصی نشان می‌دهد که در صورت ثابت بودن سایر شرایط با افزایش یک واحد در این متغیر، به اندازه $۰/۱۸۵$ واحد افزایش در متغیر سلامت روان خواهیم داشت و با افزایش یک واحد در مؤلفه آگاهی متعالی، به اندازه $۰/۱۴۳$ واحد افزایش در متغیر سلامت روان خواهیم داشت.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه بین گرایش به اقامه نماز، هوش معنوی و سلامت روان دانش‌آموزان منطقه ۷ شهر تهران است. یافته‌های حاصل حاکی از این است که بین گرایش به اقامه نماز و سلامت روان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و از طریق متغیر گرایش به اقامه نماز می‌توان سلامت روانی دانش‌آموزان را پیش‌بینی کرد. معنای این رابطه این است که دانش‌آموزانی که گرایش به اقامه نماز را گزارش نمودند نمرات کمتری در خرده مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و افسردگی دریافت کرده‌اند. تبیین احتمالی برای این یافته چنین خواهد بود که گرایش به اقامه نماز در کاهش اضطراب، افسردگی و علائم بیماری‌زای جسمی ایفای نقش می‌کند. این موضوع با آموزه‌های دینی اسلام نیز هم‌خوان است که ایمان و انجام اعمال دینی مایه آرامش دل‌هاست و مصداق آن نیز آیه شریفه «الّا بذكر الله تطمئن القلوب» (رعد، آیه ۲۸) است. این یافته همسو با یافته‌های علی‌اکبری معلم (۱۳۹۳)، صفری و همکاران (۱۳۹۳)، دادخواه و همکاران (۱۳۸۸) و آقایانی چاوشی و همکاران (۱۳۸۷) است. صفری و همکاران (۱۳۹۳) یادآور شدند اثرات سودمند گرایش به اقامه نماز ممکن است ناشی از باورهای درونی همراه با احساس کنترل (تقوی) باشد که بر رفتارهایی که منجر به سلامتی می‌شود اثرگذار خواهد بود. گرایش به اقامه نماز ممکن است به‌زیستی افراد را از طریق ایجاد حمایت اجتماعی با ایجاد روابط معنادار اجتماعی و شبکه‌های حمایت اجتماعی و القای امید تحت تأثیر قرار دهد. این محققان همگی در پژوهش‌های خود نشان دادند که بین گرایش‌های مذهبی و سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد. در همین راستا بررسی گرایش به اقامه نماز جزء یکی از گرایش‌های دین‌داری است که بر سلامت روان افراد تأثیر معناداری دارد. اقامه نماز یک روش زندگی و سیره فراگیر است که اخلاق، ارزش‌ها و فضایل رفتاری را در برمی‌گیرد. از طریق نماز مؤمن با برون‌ریزی هیجانی خود از همه ناپاکی‌ها و افکار منفی تخلیه شده به سوی پالایش روانی خود گام برمی‌دارد. این موضوع را چنین می‌توان تحلیل کرد که نماز مراحل پیوسته‌ای را در طول زندگی فرد، از طریق تأکید بر معنای ذاتی و جاودانه زندگی، به وجود می‌آورد به طوری که فرد احساس آمرزیده شدن توسط خدا را در خود بسط می‌دهد و این احساس موجب کاهش تنیدگی و اضطراب در او می‌گردد. بنابر این براساس یافته‌های این

پژوهش نماز می‌تواند به عنوان یکی از عوامل آرامش‌زا و تنش‌زدا عمل نماید. گرایش به اقامه نماز در واقع برقراری ارتباط معنوی با پروردگار است که کیفیت روابط بین‌فردی و درون‌فردی را بالا می‌برد.

در بُعد روابط اجتماعی لازم به ذکر است که گرایش به اقامه نماز می‌تواند از طریق فراهم نمودن حمایت اجتماعی مؤثر واقع شود. به نظر می‌رسد داشتن روابط اجتماعی صمیمانه و قابل اعتماد با دیگران از عوامل اصلی سلامت است. پژوهش‌های متعددی نشان می‌دهند که دغدغه دینی افراد موجب برخورداری بیشتر آن‌ها از حمایت اجتماعی می‌گردد. در همین راستا می‌توان یادآور شد که گرایش به اقامه نماز ممکن است سلامتی افراد را از طریق ایجاد یا گسترش انسجام اجتماعی افزایش دهد. به نظر می‌رسد ابعاد مختلف گرایش به اقامه نماز از طریق تقویت احساس‌ها و هیجان‌های مثبت (عشق، عزت نفس، امیدواری، شادمانی و خوش‌بینی) در افراد از یک سو موجب پیشگیری از ابتلا به افسردگی و از سوی دیگر موجب کاهش احساس‌ها و هیجان‌های منفی در افراد می‌گردد. علت تأکید اسلام بر ذکر پیوسته خداوند این است که فرد در خلال زندگی دنیوی، لحظه به لحظه ممکن است استرس‌ها و فشارهای روانی گوناگونی را تجربه کند تا جایی که غلبه بر آن‌ها از قدرت روحی و روانی او خارج شود و زمینه را برای ایجاد بیماری‌های خطرناک روانی و گاه جسمی وی فراهم سازد.

یافته دیگر مطالعه این بود که بین متغیر هوش معنوی و سلامت روانی رابطه معناداری وجود دارد و میزان این رابطه به حدی است که از طریق هوش معنوی می‌توان سلامت روانی را پیش‌بینی نمود. این یافته همسو با یافته‌های نوربخش و مولوی (۱۳۹۴)، آقایانی چاوشی و همکاران (۱۳۸۷)، داد‌خواه و همکاران (۱۳۸۸)، صفری و همکاران (۱۳۹۳)، خدابخشی و همکاران (۱۳۹۳)، معلمی و همکاران (۱۳۸۹)، سورا جاکول و همکاران (۲۰۰۸؛ به نقل از غباری بناب و همکاران، ۱۳۸۶)، است. این محققان در پژوهش‌های خود نشان دادند که هر یک از ابعاد هوش معنوی توانایی پیش‌بینی سلامت روان را دارند. در همین راستا می‌توان گفت مبانی نظری نیز این موضوع را تأیید می‌کند که معنویت تأثیر بسیار زیادی بر سلامت ذهن و روح افراد دارد. معنویت ظرفیت‌های سازگاری روانی را در برمی‌گیرد، بر جنبه‌های غیر مادی و غیر جبری بنا شده و در برگزیده ارزش‌ها و ویژگی‌هایی است که عملکرد و تندرستی روزانه را افزایش می‌دهد.

افراد با نمره معنویت بالا از حد جسم و ماده فراتر رفته، حالات اوج هوشیاری را تجربه و از منابع معنوی برای حل مسائل استفاده و خصوصیتی هم چون تواضع، بخشش، حق‌شناسی و ترحم یا گذشت را تجربه می‌کنند. با دارا بودن این ویژگی‌ها و دید مثبت نسبت به دنیا، این افراد از زندگی خود رضایت دارند و برای بهبودی آن می‌کوشند و به شادکامی می‌رسند (رئسی و همکاران، ۱۳۹۳: ۴۳۶؛ حیدری‌رفعت و عنایتی‌نوبین فر، ۱۳۸۹: ۶۳).

دیگر یافته این پژوهش عدم قدرت متغیر گرایش به اقامه نماز در پیش‌بینی هوش معنوی است. شاید از دلایل عدم این پیش‌بینی همپوشی نسبتاً زیاد این دو سازه با یکدیگر است. هوش معنوی و اهمیت به اقامه نماز دارای رابطه تنگاتنگی بوده و با توجه به تعریفی که از هوش معنوی (یعنی در جستجو و کشف معنا بودن و ارتباط برقرار کردن با مسائل معنوی و در یک کلام معنویت ورزی) وجود دارد، نماز و التزام قلبی و عملی به آن می‌تواند موجب تقویت عنصر معنویت جویی در انسان گردد.

براساس یافته‌های حاصل نقش مدارس و خانواده در گرایش به اقامه نماز فرزندان و دانش‌آموزان بسیار خطیر و حساس است. زیرا خانواده، به ویژه مدرسه جدای از ویژگی‌های منحصر به فرد خود، محل تشویش، اضطراب و نگرانی‌هایی است که هرکدام از آن‌ها به تنهایی می‌توانند به محرک‌های خنثی و محرک‌های فراخوان اضطراب تبدیل شوند. بنابراین ایجاد اصلاحات بنیادی به منظور تغییر در گرایش‌های دانش‌آموزان نسبت به فریضه نماز و معنویت می‌تواند زمینه‌ساز تحولات اساسی در سلامت روان شود.

از این رو با طراحی برنامه‌های فرهنگی به منظور تقویت گرایش به نماز در دانش‌آموزان و هم‌منظور تقویت معنویت و هوش معنوی از پایه ابتدایی می‌توان به ارتقای سلامت روانی دانش‌آموزان کمک نمود. از آن جا که آموزش و پرورش از سال ۹۰ تاکنون تحول بنیادین در نظام آموزش و پرورش را در راس ماموریت خود قرار داده و در سند تحول بنیادین هم راهکارهایی در راستای گسترش فرهنگ اقامه نماز و معنویت در مدارس مطرح شده است بنابراین بر سیاست‌گذاران این حوزه است که ساز و کارهای لازم را در راه گسترش گرایش دانش‌آموزان به اقامه نماز و معنویت فراهم نمایند تا بتوانند زمینه‌ساز سلامت روانی دانش‌آموزان شوند.

استفاده از دیگر روش‌های پژوهش، بویژه روش‌های آمیخته، برای بررسی متغیرهای پژوهش در این زمینه می‌تواند بر کیفیت یافته‌ها بیفزاید. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود پژوهشگران علاقمند در این حوزه در مورد سایر تأثیرات مدرسه بر ابعاد عاطفی، احساسی و رفتاری فریضه نماز و معنویت در دانش‌آموزان به مطالعه بپردازند. از آنجا که جامعه آماری این پژوهش محدود به دانش‌آموزان دبیرستانی در منطقه ۷ شهر تهران می‌باشد لازم است در تعمیم دادن نتایج این پژوهش به دانش‌آموزان سایر مناطق تأمل شود. ابزارهای مورد استفاده برای جمع‌آوری اطلاعات، در این پژوهش، از نوع خود گزارش‌دهی بود و لذا احتمال می‌رود که دانش‌آموزان تمایل بیشتری داشته‌اند که چهره مطلوب‌تری از خود گزارش دهند.



- قرآن کریم، (۱۳۸۶). (ترجمه آیت الله ناصر مکارم شیرازی). مشهد: آستان قدس رضوی.
- آقایانی چاوشی، اکبر؛ طالبیان، داود؛ طرخورانی، حمید؛ صدقی جلال، هما؛ آزرمی، هاله و فتوحی آشتیانی، علی. (۱۳۸۷). بررسی رابطه نماز با جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان. *مجله علوم رفتاری*، ۲(۲)، ۱۴۹-۱۵۶.
- ادیب‌حاج‌باقری، محسن. (۱۳۷۹). آثار مطلوب نماز در بهداشت روان. *نشریه طب و تزکیه*، ۳۹، ۱۰۱-۱۰۵.
- بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۸). پایایی و روایی فرم ۲۸ سؤالی مقیاس سلامت روانی در جمعیت ایرانی. *مجله علمی پزشکی قانونی*، ۱۵(۲)، ۷۸-۹۱.
- پناهی، علی‌احمد. (۱۳۸۲). بررسی رابطه میزان تقید به نماز و سطح اضطراب دانش‌آموزان سال دوم دبیرستان شهرستان قم. رساله کارشناسی ارشد گروه روانشناسی، موسسه آموزشی پژوهشی امام خمینی (ره).
- تقوی، محمدرضا. (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسش‌نامه سلامت عمومی. *مجله روان‌شناسی*، ۵(۴)، ۳۸۱-۳۹۵.
- جان‌بزرگی، مسعود. (۱۳۸۶). جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان. پژوهش در پزشکی. *مجله پژوهشی دانشکده پزشکی*، ۳۱(۴)، ۳۴۵-۳۵۰.
- حسین‌پور، محمدحسن؛ یونسین، علی؛ خسروی، احمد؛ صباغ، یگانه و کلاهدوزان، سکینه. (۱۳۹۴). بررسی چگونگی ارتباط هوش معنوی و هوش هیجانی با سلامت روان در دانشجویان، *مجله دانش و تندرستی*، ۱۷(۲)، ۱۷-۲۱.
- حسین‌چاری، مسعود و ذاکری، حمیدرضا. (۱۳۸۹). تأثیر زمینه‌های تحصیلی دانشگاهی، علوم دینی و هنری بر هوش معنوی، کوششی در راستای رواسازی و پایایی سنجی مقیاس هوش معنوی. *فصل‌نامه اندیشه‌گیری تربیتی*، ۱۱(۱)، ۷۳-۹۳.
- حیدری‌رفعت، ابودر و عنایتی‌نوبین فر، علی. (۱۳۸۹). رابطه بین نگرش دینی و شادکامی در بین دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس. *روان‌شناسی و دین*، ۳(۴)، ۶۱-۷۲.
- خدابخشی، شراره؛ رحیمی‌کیا، امین و جعفری، حسن. (۱۳۹۳). شناسایی رابطه بین هوش معنوی و سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان. *فصل‌نامه دانشگاه علوم پزشکی لرستان*، ۱۶(۱)، ۵۸-۶۵.
- دادخواه، بهروز؛ محمدی، محمدعلی؛ مظفری، ناصر؛ مولایی، بهنام و دادخواه، دلور. (۱۳۸۸). بررسی رابطه نماز با میزان افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. *مجله طب و تزکیه*، ۱۷(۷۴)، ۲۷-۳۲.
- رئیس، پوران؛ رئیس، ناهید و شکوهنده، لیلا. (۱۳۹۳). رابطه سلامت روان پرستاران و میزان انگیزش آن‌ها در انجام وظایف پرستاری در بیمارستان گنجویان دزفول. *نشریه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی شهید بهشتی*، ۲۴(۸۶)، ۳۵-۴۲.
- زارعی‌متین، حسن؛ خیراندیش، مهدی و جهانی، حوریه. (۱۳۹۰). شناسایی و سنجش مؤلفه‌های هوش معنوی در محیط کار؛ مطالعه موردی در بیمارستان لپافی نژاد تهران. *نشریه پژوهش‌های مدیریت عمومی*، ۴(۱۲)، ۷۱-۹۴.
- سجادی، عباس. (۱۳۶۳). وصیت‌نامه شهید سید عباس سجادی. خبرگزاری دانشجویان ایران ایسنا.
- سرماد، زهره؛ بازرگان، عباس و حجازی، الهه. (۱۳۸۶). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. تهران: نشر آگه.
- سمیاری، حسن؛ هروی کریموی، مجتهد؛ نصیری، ملیحه و عربی، فاطمه. (۱۳۹۴). بررسی ارتباط بین هوش معنوی و سلامت عمومی دانشجویان. *نشریه روان‌پرستاری*، ۳(۱)، ۴۷-۵۸.
- صفری، نوش‌آفرین؛ میرآقایی، علی‌عباس؛ قاضی، شیرین و موادی، کبری. (۱۳۹۳). بررسی رابطه گرایش به نماز و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه پیام نور خرم‌آباد. *فصل‌نامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان*، ۱۶(۲)، ۷۱-۷۹.
- طالبان، محمدرضا. (۱۳۹۲). دین‌پژوهی تجربی. تهران: پژوهشکده امام خمینی و انقلاب اسلامی.
- علی‌اکبری‌معلم، رضا. (۱۳۹۳). رابطه پایداری به نماز و سلامت روان در کارکنان شرکت ایران خودرو در غرب تهران. *دو فصل‌نامه دین و سلامت*، ۲(۲)، ۲۹-۴۲.
- غباری بناب، باقر؛ سلیمی، محمد؛ سلیمی، لیلا و نوری مقدم، ثنا. (۱۳۸۶). هوش معنوی. *اندیشه نوین دینی*، ۳(۱۰)، ۱۲۵-۱۴۷.
- قهرمانی، نسترن و نادری، محمدعلی. (۱۳۹۱). رابطه بین مؤلفه‌های مذهبی- معنوی با سلامت روان و امید به آینده در کارکنان بیمارستان‌های دولتی شیراز. *نشریه پرستاری ایران*، ۲۵(۷۹)، ۱-۱۱.
- مجبی، سیامک؛ شاه‌سیاه، مرضیه؛ رجعتی، فاطمه؛ محمدمطلبی، محمدهادی؛ عباسی، مهدی‌اسدی؛ محمدجواد، قاسم‌زاده؛

ابوالفضل، مظفری و غلامرضا، شریفی‌راد. (۱۳۹۲). مروری بر سازه‌های سلامت اجتماعی در پرتو کارکردهای آشکار و پنهان نماز (یک مطالعه مروری). *مجله تحقیقات نظام سلامت*، ۹(۸)، ۷۸۲-۷۹۲.

معلمی، صدیقه؛ بخشانی نور، محمد و رقیبی، مهوش. (۱۳۸۹). بررسی رابطه سلامت روان، هوش معنوی و افکار در دانشجویان دانشگاه سیستان و بلوچستان. *اصول بهداشت روانی*، ۱۲(۴)، ۷۰۲-۷۰۹.

مکارم شیرازی، ناصر. (۱۳۷۸). تفسیر نمونه (جلد ۴، ۵ و ۱۷). تهران: دارالکتب الاسلامیه.

میلائی فر، بهروز. (۱۳۷۸). *بهداشت روانی*. ویراست ۲. تهران: نشر قومس.

نوربخش، امین و مولوی، حسین. (۱۳۹۴). رابطه هوش معنوی و باورهای مذهبی با احساس حقارت و خشونت در دانشجویان. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۶(۱)، ۴-۱۲.

- Amram, J.Y. (2009). *The contribution of emotional and spiritual intelligences to effective business leadership*. Institute of Transpersonal Psychology, California.
- Dogan, S., & Sahin, F. (2009). Ruhsallık, duygusal zekâ ve dönüştürücü liderlik davranışları üzerine bir araştırma [A research on spirituality, emotional intelligence and transformational leadership behaviors]. *İş, Güç; Industry İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, Journal of Industrial Relations and Human Resources*, 11(4), 67 – 88.
- Gary, E. R. (2013). Leadership coping skills: Servant leader workplace spiritual intelligence. *Journal of Strategic Leadership*, 4(2), 52-69.
- King, D.B. (2008). *Rethinking claims of spiritual intelligence: A definition, model, and measure*. Unpublished master's thesis. Trent University, Peterborough, Ontario, Canada.
- Koenig, H. G. (2010). Spirituality and mental health. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 7(2), 116-122.
- Ryff, C.D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 99-104.
- Vaillant, G., Templeton, J., Ardel, M., & Meyer, S. E. (2008). The natural history of male mental health: Health and religious involvement. *Social Science & Medicine*, 66, 221-231.
- Williams, A. (2010). Spiritual therapeutic landscapes and healing: A case study of St. Anne de Beaupre, Quebec, Canada. *Social Science & Medicine*, 70(10), 1633-1640.
- World Health Organization (2013). *What is the health definition?* <http://www.businessdictionary.com/>

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
 رتال جامع علوم انسانی