# بررسی رابطه بین التزام و الویت فریضه نماز و ارتقاء سلامت روانی و اجتماعی در بین دانشجویان تربیت معلم شهید بهشتی زنجان

## مرسل شکری

## کارشناسی ارشد رشته عاوم اجتماعی - کارشناس قرآن، نماز و عترت آموزش و پروش منطقه کندوان

## حامد حنیفه

## دانشجوی مقطع کارشناسی دانشگاه تربیت معلم شهید بهشتی زنجان

چکیده

زمینه و هدف : نماز یکی از دستورات الهی و از جمله عباداتی است که در ایجاد آرامش روانی در انسان نقش اساسی دارد. متون زیادی در رابطه با دین، معنویت و شفا وجود دارد که در بسیاری از آنها به ارتباط بین نماز و سلامت روانی و اجتماعی و اثرمحافظتی و بازدارندگی این مفاهیم در این حوزه اشاره نموده اند. از طرف دیگر دانشجویان از اقشاری هستند که در مقایسه با جمعیت عمومی بیش تر در معرض ابتلا به بیماری های روانی و اجتماعی می باشند و این مسأله در بین دانشجویان با اهمیت است؛ زیرا از موفقیت و پیشرفت تحصیلی آنان می کاهد و آنان را از رسیدن به جایگاه ویژه و شایسته باز می دارد. هدف از تحقیق حاضر، بررسی رابطه بین انجام فریضه نماز و سلامت روانی و اجتماعی دانشجویان تربیت معلم شهید بهشتی زنجان می باشد.

روش و ابزار: مطالعه حاضر از نوع پیمایشی و کاربردی است که به شکل مقطعی اجرا گردید. 80 نفر از دانشجویان تربیت معلم شهید بهشتی زنجان به شکل تصادفی طبقه ای از بین کل دانشجویان این دانشگاه(جامعه آماری) که در حدود 764 نفر بودند؛ انتخاب گردید. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته بود که در تهیه آن از پرسشنامه سایر محققان بهره جستیم. این پرسشنامه متشکل از 40 سوال در طرح لیکرت بود و ضريب آلفای کرونباخ براي سلامت روانی و اجتماعی 914/0 مي باشد. داده ها پس از جمع آوری با نرم افزار Spss نسخه 18 و روش آماری t مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها : یافته های حاصل از این مطالعه نشان می دهد که بین نمرات دانشجویانی که مقید به انجام فریضه نماز[[1]](#footnote-1) هستند و دانشجویانی که مقید نیستند و در انجام آن سستی و تنبلی می کنند؛ در مقیاس هاي پرسش نامۀ سلامت روانی و اجتماعی تفاوت معناداري وجود دارد. بدین نحو که دانشجویان مقید به انجام فرضیه نماز، در مقایسه با دانشجویانی که مقید نیستند از سلامت روانی و اجتماعی بیش تری برخوردارند.

نتيجه گيری: با توجه به نقش نماز و جهت گيرى مذهبى در سلامت روانی و اجتماعی، به نظر می­رسد مسئولين فرهنگى جامعه، به ويژه مسئولين فرهنگى دانشگاه، بايد به آن توجه ويژه نمايند و برنامه هاى خاصى در اين راستا پيش بينى كنند. یافته هاي پژوهش حاضر می تواند در برنامه ریزي نظام آموزش عالی مفید واقع شود.

کلید واژه ها : نماز، سلامت روانی، سلامت اجتماعی، دانشجویان تربیت معلم.

مقدمه

بی تردید انسان در حیات اجتماعی خویش از عوامل متعددی تأثیر می پذیرد و خود نیز در یک تعامل پیوسته با آنها بر محیط پیرامون خویش اثر می گذارد؛ به گونه ای که در دریای موّاج محیط، گاهی به تلاطم می افتد و تحت تأثیر موج های سنگین قرار می گیرد؛ حرکت می کند و گاهی از حرکت باز می ایستد؛ گاه نظاره می کند، به عقب برمی گردد یا به جلو می رود؛ گاهی نگران و ملول است و آرامش قلبی ندارد و به آینده امیدوار نیست. گاهی نیز نورانی و با نشاط است و با اطمینان خاطر، وظایف انسانی خود را انجام می دهد.

انسان ها به طور طبیعی، افزون بر تأثیرپذیری های پیرامونی، از باورها و عملکردهای خود نیز تأثیر می پذیرند. در واقع، انگیزه های درونی به باورهای درونی و واکنش افراد وابسته است. از این رو، برخی افراد با انگیزه های بسیار قوی در حیات بشری خود فعالیت می کنند و بعضی نشاط و شادابی کم تری دارند و بیش تر گرفتار نگرانی هستند.

در میان آموزه های دینی، عبادت و ذکر خدا از جایگاه ویژه ای برخوردار است و در ایجاد بهداشت روانی و آرامش روانی افراد نقش اساسی دارد؛ چنان که بعضی از بزرگان فرموده اند : تا زمانی که سلامت و بهنجاری حاصل نشود سلامت روانی هم حاصل نمی گردد (مطهری، 1374، 34). از نظر روانشناسان بیش تر بیماری های روانی که از فشار های روانی و ناکامی های زندگی برمی خیزد، در میان افراد غیر مذهبی بیش تر دیده می شود. کارل یونگ[[2]](#footnote-2) می گوید : در طول سال ها درمان بیماری های روانی، حتی یک بیمار را ندیدم که مشکل اساسی اش نیاز به به گرایش دینی در زندگی نباشد. به جرأت می توان گفت همه بیماران روانی به این دلیل بیمار شده اند که از درون مایه های دینی در زندگی بی بهره بودند و تنها وقتی به طور کامل درمان شدند که به دین و دیدگاه های دینی بازگشتد(پناهی، 1384، 159).

دين وجه اصلي امتياز بشر است. تاكنون هيچ حيواني نشانه اي از وجود حيات ديني بروز نداده است و يا هيچ كاري نكرده است كه بتوان آن را به عنوان تمهيدي براي زندگي پس از مرگ او به حساب آورد؛ برعكس در تاريخ بشر هيچ قبيله اي را نمي توان يافت كه به گونه اي دين نداشته باشد(هیوم، 1369).

اسلام برنامه سالم سازي است، اين سلامت در سايه تسليم در برابر مشيت الهي و اجراي دستورات و قوانين حيات بخش او بدست مي آيد. بنابراين بديهي است كه همه قوانين، مقررات و برنامه هاي اسلام، راه را براي آرامش خيال و سلامت روان انسان و تحقق خليفة الله بودن او، هموار و آماده مي سازد. از اين ديدگاه در بين تمام برنامه ها و قوانين اسلام، نماز از جايگاه والايي برخوردار است و در آيات مختلف، مستقيما به نقش آن در آرام سازي درون، شفابخشي قلب و شادابي روح و روان اشاره شده است؛ از جمله در سوره طه آيه 14(اقم الصلوه لذكري) و سوره رعد آيه 28 (الا بذكر الله تطمئن القلوب). نماز و نیایش ارتباط صمیمانه ای است میان انسان و خداوند، تسلی بخش و آرامش گر دل های مضطرب و خسته، مایه ی صفای باطن و روشنی بخشِ روان(رعنائی ودیگران، 1388، 76).

ارتقاي سلامتي افراد جامعه كه يكي از مهم ترين مسائل اساسي هر كشوري محسوب مي شود، بايد از چهاربعد جسمي، رواني، اجتماعي و معنوي مد نظر قرار گيرد. طبق تعريف سازمان جهاني بهداشت؛ بهداشت رواني علمي است كه با آن انسان ها قابليت ارتباط موزون و هماهنگ با ديگران را خواهند داشت و قادر به تغيير و اصلاح محيط فردي و اجتماعي، حل تضادها و تمايلات شخصي به طور منطقي، عادلانه و متناسب مي شوند.

خداوند در قرآن کریم می فرماید: ألَّذینَ آمَنوا وَ تَطمَئِنُّ قلوبُهُم بِذِکرِ اللّهِ تَطمَئِنُّ القُلُوبُ. (رعد : 28) آنها که به خدا ایمان آورده اند، دل هاشان به یاد خدا آرام می گیرد. آگاه باشید که تنها یاد خدا آرام بخش دلهاست. پیامبر اکرم (ص) نیز مَثَل خانه ای که در آن از خدا یاد می شود و خانه ای که در آن یادی از خدا به میان نمی آید را مَثُل زنده و مرده معرفی می کند­­(طبرسی، 1371، 311).

بیان مسئله

سلامت روان به عنوان يكي از دو ركن سلامتي، لازمه ي يك زندگي مفيد، موثر و رضايت بخش فردي است، و سلامت روانی و اجتماعی افراد يك جامعه، خصوصا اقشار موثر و سازنده ي آن، لازمه ي پويايي، بالندگي و اعتلاي آن جامعه است. روانشناسي بهداشت در سال هاي اخير اهميت زيادي براي نقش راهبردهاي مقابله و سبك زندگی افراد در چگونگي وضعيت سلامت جسماني، اجتماعی و رواني آنها قائل شده است. شيوه هاي مقابله ای، توانايي هاي شناختي و رفتاري اي هستند كه فرد مضطرب به منظور كنترل نيازهاي خاص دروني و بيروني فشارآور به كار مي گيرد. يكي از شيوه هايي كه اخيراً روند رو به گسترشي پيدا كرده است، شيوه ي مقابله ي مذهبي و معنوي است. در شيوه ي مقابله ي مذهبي از منابع مذهبي براي مقابله با مشكلات استفاده مي شود. رفتارهاي مذهبي ارزش مثبتي در پرداختن به نكات معني دار زندگي دارند. رفتارهايي از: قبيل توكل به خداوند، زيارت و... مي توانند از طريق ايجاد اميد و تشويق به نگرش هاي مثبت، موجب آرامش دروني فرد شوند. يافته هاي اخير نشان داده اند از آن جايي كه اين نوع مقابله ها هم منبع حمايت عاطفي و هم وسيله اي براي تفسير مثبت حوادث زندگي هستند مي توانند مقابله هاي بعدي را تسهيل نمايند، بنابراين به كارگيري آنها براي اكثر افراد سلامت ساز است)آكوچكيان، 1382؛ حسينيان و همكاران، 1383؛ سردارپور گودرزي و سلطاني زرندي، 1381).

هدف بهداشت رواني پيشگيري، درمان و بازتواني بيماران است. طب دنياي امروز و فردا طب پيشگيري و برنامه ريزي براي بهتر زيستن است. در عين حال، آرامش دروني تمناي دايمي انسان و حلقه مفقوده جوامع امروزي است. در جوامعي كه از مذهب و اخلاق فاصله گرفته اند، هر چه اين جدايي بيشتر است بيماري هاي رواني نيز به همان اندازه افزايش يافته است. بنابراين در پيشگيري اوليه بايد به مسائل تأثيرگذار بر شخصيت براي كاهش تظاهرات هيجاني و عاطفي و عوامل استرس زا توجه شود)برخوردار و نجفی، 1380).

چاهن (1991. م) سلامت روانی را وضعیتی از بلوغ روان شناختی تعبیر می کند که عبارت است از حداکثر اثربخشی و رضایت به دست آمده از تقابل فردي و اجتماعی که شامل احساسات و بازخوردهاي مثبت نسبت به خود ودیگران می شود. انجمن کانادایی بهداشت روانی، سلامت روانی را در سه بخش تعریف کرده است: بخش اول، بازخوردهاي مربوط به خود (تسلط بر هیجان هاي خود، آگاهی از ضعف هاي خود و رضایت از خوشی هاي خود)؛ بخش دوم، بازخوردهاي مربوط به دیگران (علاقه به دوستی هاي طولانی وصمیمی، احساس تعلق به یک گروه و احساس مسئولیت در مقابل محیط انسانی و مادی)؛ بخش سوم، بازخوردهاي مربوط به زندگی (پذیرش مسئولیت ها، ذوق توسعه امکانات وعلایق خود، توانایی گرفتن تصمیم هاي شخصی و ذوق خوب کار کردن) (موسوی و دیگران، 1390، 105).

در روانشناسی اسلامی، سلامت معنوي انسان از طریق اعتقاد به نیرویی برتر که در زندگی از او حمایت می کند، تأمین می شود. برقراري ارتباط با سرچشمۀ هستی و استمداد از او به تقویت قواي روحی و جسمی انسان کمک می کند. دیدگاه هاي معنوي علاوه بر تأثیر بر نگرش و رفتار، روي فیزیولوژي و سلامت تن نیز اثر می گذارند و این تأثیر را تندرستی معنوي می نامند. به طور کلی دستیابی به سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوي نیاز اصلی هر انسان است و نماز از جمله راه هاي ذکر خدا و بهترین راه ارتباط با منشأ هستی است. امروزه براي کاهش تنش و اضطراب و حتی درمان بیماري ها از روش هاي مختلفی، مثل آرام سازي[[3]](#footnote-3) و مراقبه[[4]](#footnote-4) استفاده می شود که همگی آنها در نماز وجود داشته و به بهترین وجه می توان به آنها دست یافت(همان،106).

نکته اساسی این است که از نگاه قرآن کریم و اندیشۀ پیشوایان معصوم سخن گفتن از بهداشت روانی و اجتماعی و به کارگیري آن در مسیر سعادت خود و جامعه، بدون باور به مبدأ و معاد (خدا و معاد) و ارتباط مستمر با خداوند امکانپذیر نیست، زیرا آفرینش آدمی به گونه اي است که بدون باور به خدا نمی توان شادکامی و رضایت از زندگی را تجربه کرد و نمی توان با دیگران، انسانی و اخلاقی برخورد کرد. کسی که خود را گم کرده و به جز خدا در پی همه چیز است و براي ارضاي نیازهاي جسمانی، شهرت طلبی، دنیاخواهی و زیباسازي و لوکس کردن چهره و خانه، از هیچ اقدامی دریغ نمی ورزد و معتقد است که هیچ چیز (حتی دین و اخلاق) نباید مانع لذت خواهی و خواسته ها ي فردي شوند، او نمی تواند از مدیریت و کنترل روابط مؤثر میان فردي سخن بگوید. او نمی تواند ز دگی را زیبا ببیند و در فشارها و سختی هاي زندگی آرامشش را حفظ کند و به یأس و ناامیدی گرفتار نشود. خداوند در سورة معارج می فرماید : تنها کسا نی که نماز را برپا می دارند، می توانند نیروهاي درونی را مدیریت و کنترل کنند در حقیقت، دنیاي آدم هاي بی خبر از خدا و معنویت، دنیایی است سراسر رنج و بی هویتی، از این رو خداوند متعال در قرآن می فرماید : هر کس از هدایت من (که سبب یاد نمودن از من درهمه امور است) روي بگرداند، براي او زندگی تنگ (و سختی) خواهد بود و روز قیامت او را نابینا محشور می کنیم (طه: 124). اما اهل ایمان چون زندگی را معنادار و هدفمند می بینند، هیچ گاه مأیوس نمی شوند و یأس تنها از آنِ کافران و پیروان مکتب مادي است :”از رحمت خدا مأیوس نباشید زیرا جزمردم کافر از رحمت خدا مأیوس نمی شوند» (یوسف: 87)

امروزه روشن شده که تأمین نیازهاي روانی و عاطفی در گرو معنویت و دین نهفته است. اجراي اعمال و فرایض دینی علاوه بر این که احساسات معنوي را تحریک می کند، موجب کاهش ناملایمات و ناراحتی هاي روزمره نیز می شود. هرچند افراد مذهبی و غیرمذهبی میزان فشار روانی مشابهی را تجربه می کنند ولی افراد مذهبی می توانند با رویدادهاي منفی زندگی و عوامل تنش زاي روانی مقابله کنند؛ زیرا واکنش آنها براي مقابله با فشار روانی تحت تأثیر مذهب به دلیل نقشی است که اعتقادات دینی در فرایند ارزشیابی مشکلات دارد(احدی، 1380، 28). نماز یک روش زندگی و سیره فراگیر است که اخلاق، ارزش ها و فضایل رفتاري را در بر می گیرد. از طریق نماز مؤمن با برون ریزي هیجانی خود از همه ناپاکی ها و افکار منفی تخلیه شده به سوي پالایش روانی خود گام بر می دارد و نتیجه پالایش روحی، سلامت روحی و روانی فرد خواهد بود(حسینی، 1381).

هدف این تحقیق؛ یافتن رابطه احتمالی بین التزام و الویت فریضه نماز و ارتقاء سلامت روانی و اجتماعی در بین دانشجویان تربیت معلم شهید بهشتی زنجان بوده و در پی یافتن پاسخ بدین سوال که آیا بین سلامت روانی و اجتماعی مقیدان و عدم مقیدان به انجام فریضه نماز اول وقت تفاوتی وجود دارد؟ و در صورت وجود تفاوت، آیا فریضه نماز و التزام بدان تأثیری بر سلامت روانی و اجتماعی دارد؟

اهمیت و ضرورت تحقیق

قرن 21 از سوي برخی از پژوهشگران و اندیشمندان ”عصر دانایی” و ”جامعۀ اطلاعاتی” و از سوي برخی دیگر، ”عصر بازگشت به معنویت” نام گرفته است (معین، 1380). در عصر دانش و انفجار اطلاعات، از سویی نوعی سرگشتگی و ابهام ناشی از تراکم اطلاعات حاصل می شود و ازسویی دیگر، ساخت ها و عرصه هاي جدیدي بر روي بشر گشوده می شود. برتري در این عرصه با کسانی است که به بینشهاي منسجم و تبیین کننده اي نسبت به انسان، هستی، طبیعت و جامعه مجهز باشند، تا هدف هاي انسانی را در چشم اندازي همه جانبه و واقع گرا بیابند. علاوه بر این، در جهان جدید، با وجود فرصت هاي مذکور، تهدیدها و آسیب هایی از نظر فکري، ارزشی و اجتماعی نیز بروز می کند که انسان را در معرض بحرانها و تنهایی هاي نوینی قرار می دهد. این بحران ها و انزواهاي مفرط، عطش انسان را به ارتباط با یک مبداء متعالی بیش تر می کند (نصیرزاده، 1392). بشر در تاریخ شناخته شدة خود، در هیچ مقطعی آسوده از دغدغه هاي دینی و پرستش نبوده است(معین،1380).

قرآن، عبادت را راز خلقت انسان و در صدر برنامه هاي انبیا عنوان فرموده و انسان کامل را عبد نامیده است. اگر عبادت را آمیزه اي از پرستش، نیایش، پناه جویی، رازگویی، نیازخواهی و عشق بدانیم، نماز بالاترین مصداق آن است. در واقع؛ نماز از مهم ترین فرایض دینی و از ضروریات دین مقدس اسلام، نخستین عبادتی که پس از بعثت تشریح شد، نقطۀ اوج عبادات، عمود دین و مرز بین کفر و ایمان، وسیلۀ قرب الهی و تکامل انسان است که از درخشندگی و برجستگی خاص و جایگاهی رفیع برخوردار است که بدون آن، سایر اعمال انسان پذیرفته نیست.

انسان سعادتمند کسی است که خداوند متعال را عبادت کند تا در پناه قرب الهی به کمال خویش برسد؛ همسو با این دیدگاه، اریک فروم معتقد است که متعهد شدن به یک عقیده، ایدئولوژی[[5]](#footnote-5) و. . . از جمله منابع نیرومند سلامت روانی[[6]](#footnote-6) و خودشکوفایی[[7]](#footnote-7) انسان محسوب می شود. (سید محمدی، 1377، به نقل از بشلیده و دیگران،1382، 65) ابراهام مزلو از دیگر روانشناسان انسان گرا، روان نژندی[[8]](#footnote-8) را محصول انحراف از ارزشهای ذاتی انسان می داند و روان درمانی را هدایت انسان به سوی این ارزش ها برمی شمارد (همان، 349). بنابراین در زندگی عقلایی، عبودت و بندگی خداوند، رکن اساسی دستیابی به قرب الهی است. منظور از عبادت ایجاد نوعی رابطه خاضعانه و ستایشگرانه انسان با خالق هستی است.

اهمیت پرداختن به موضوع نماز و ارتباط آن با سلامت روانی و اجتماعی در بین دانشجویان تربیت معلم شهید بهشتی زنجان را چندین عامل لازم و ضروری می نماید: 1) نماز در آموزه های دینی مسلمانان به عنوان اصلی ترین و اساسی ترین رکن به حساب آمده و از سوی دیگر مهم ترین راه ارتباط با معبود است. 2) دانشجویان از اقشاری هستند که در مقایسه با جمعیت عمومی بیش تر در معرض ابتلا به بیماری های روانی و اجتماعی می باشند و این مسأله در بین دانشجویان با اهمیت است؛ زیرا از موفقیت و پیشرفت تحصیلی آنان می کاهد و آنان را از رسیدن به جایگاه ویژه و شایسته باز می دارد. 3) دانشجویان تربیت معلم به عنوان آموزگاران و دبیران آموزش و پرورش به زودی با دانش آموزان به عنوان آینده سازان کشور ارتباط نزدیکی برقرار خواهند کرد. آموزش و پرورش مطلوب و صحیح آینده سازان کشور در زمینه های اجتماعی و روانی و. . . می تواند سلامت آینده کشور را تضمین نماید.

پیشینه تحقیق

بر اساس آیه شریفه فَطَر َاللّهُ التی فَطَرَ النّاسُ عَلیها لا تَبدیلَ لَخَلقِ اللّه (روم، آیه 30) سرشت انسان گرایش به خداشناسی و خداگرایی دارد. بنابراین برای حصول بدین هدف، پرستش خداوند متعال امری ضروری و حتمی است. به طوری که در طول تاریخ حیات انسان آئینهای عبادی به صور مختلف خود را نشان داده اند. با استناد به آیه شریفه؛ ما خَلَقتَ الانسِ و الاجِن الّا لِیَعبُدون (ذاریات، آیه 56)

بتز[[9]](#footnote-9) به نقل از پزشک فرانسوي کارل[[10]](#footnote-10) می نویسد: نماز موجب سلامت و نشاط روانی و معنوي مشخصی در افراد می شود و همین حالت است که احتمالاً منجر به شفاي سریع برخی از بیماران در زیارتگاه ها و معابد می شود (Baetz. 2004. 818-822). هم چنین بوت[[11]](#footnote-11) نظریه ویلیام جیمز[[12]](#footnote-12) را درباره نماز مورد تأکید قرار داده و گفته است: ما به واسطه نماز وارد انبار بزرگی از نشاط عقلانی و سلامت روانی می شویم که در شرایط عادي یاراي وصول به آن نیست (کاپلان و دیگران، 1375).

نتایج مطالعه ناوارا و جيمز (2005)؛ نشان داد افرادي كه در مقياس جهت گيري مذهبي بيروني نمرات بالاتري را كسب كرده بودند استرس بيشتري داشتند ولى افراد كه نمرات بالايى در جهت گيري مذهبي دروني داشتند، استرس كمتري را نشان می دادند.

برگين و همكاران (1998)؛ با فراتحليل 24 مقاله پژوهشي به بررسي رابطه بين مذهب با سلامت رواني پرداختند و نشان دادند كه بين مذهب وسلامت رواني رابطه مثبت وجود دارد. بدين معنا كه افراد داراي جهت گيرى مذهبى دروني يعني افرادي كه معتقدند مذهب در ذات آنها ريشه دارد، در مقايسه با افرادي كه جهت گيرى مذهبى بيروني دارند، يعني مذهب را وسيل هاي براي دستيابي به چيزهاي ديگر مي دانند، سلامت رواني مثبت تري دارند.

نتايج تحقيق واتسون و همكاران (1994)؛ اين فرضيه اليس را كه اظهار داشته بود، ديندار بودن ميزان ناسازگاري را افزايش مي دهد تأييد نكرد. آنها با نمونه اي متشكل از 351 آزمودني به اين نتيجه رسيدند كه افراد داراي جهت گيري مذهبي دروني از نظر شناختي منطقي تر هستند، سازش يافتگي بيشتري از خود نشان مي دهند و از سلامت رواني بيشتري برخوردارند.

لاري و نيتس) 1995) نيز رابطة بين مذهب و بهداشت روان را بررسي كردند. در اين تحقيق رابطة بين شاخص معيارهاي مذهبي و شاخص هاي سلامت روان مورد بررسي قرار گرفته است. يافته ها نشان مي دهد، افرادي كه مذهب را وسيله مي پندارند سلامتي رواني شان چندان محرز نيست، اما افرادي كه مذهب را هدف و غايت مي دانند از سلامت رواني بيشتري برخوردارند (واعظي، 1386).

گارتر و همكاران (1991) در زمينه سلامت رواني و باورهاي مذهبي شش مقوله را مورد بررسي قرار دادند و دريافتند كه در تمام اين مطالعات بين اعتقادات مذهبي و سلامت رواني رابطه مثبتي وجود دارد (غباري بناب، 1386)

پژوهش هايي كه اخيراً در مورد اثر باورهاي مذهبي بر سلامت روان اجرا شده است نشان دهنده اثر مثبت اين باورها بر سازگاري و بهداشت رواني هستند؛ مثلا نس و وينتروپ(1980) برگين، ماسترز و ريچاردز (1990)، لارسون و هكمن (1991) اثر مثبت باورهاي مذهبي بر سلامت روان، كاهش علائم بيماري و كاهش ناراحتي و آشفتگي را گزارش داده اند و از وجود رابطة مثبت بين باورهاي مذهبي و بهداشت رواني حمايت مي كنند)بولهري، 1386).

طهماسبي پور و كمانگيري(1375)؛ ضمن تحقيقي كه در زمينه بررسي ارتباط نگرش مذهبي با ميزان اضطراب، افسردگي و سلامت روان گروهي از بيماران سه بيمارستان تهران بعمل آوردند، به اين نتيجه رسيدند كه نگرش مذهبي با دو مقوله اضطراب و افسردگي همبستگي منفي و با سلامت روان همبستگي مثبت دارد.

بيرشك و همكاران(1380)؛ به بررسي رابطه تنيدگي، افسردگي و اضطراب از يك سو و مذهب از سوي ديگر پرداختند. نتايج نشان داد كه بين مذهبي بودن و اضطراب رابطه منفي وجود دارد.

فرضیه های تحقیق

فرضیه اصلی تحقیق

بین نماز و ارتقاء سلامت روانی و اجتماعی رابطه مستقیمی وجود دارد.

فرضیه های فرعی

بین نماز و کاهش اضطراب رابطه مستقیمی وجود دارد.

بین نماز و کاهش افسردگی رابطه مستقیمی وجود دارد.

بین نماز و کاهش پرخاشگری رابطه مستقیمی وجود دارد.

بین نماز و افزایش اعتماد به نفس رابطه مستقیمی وجود دارد.

بین نماز و کاهش اختلالات عاطفی، اجتماعی و شخصیتی رابطه مستقیمی وجود دارد.

روش و ابزار تحقیق

تحقیق حاضر از نظر هدف یک مطالعه کاربردی، از نظر زمان مطالعه مقطعی و از نظر گردآوری داده ها یک بررسی پیمایشی است که از دو روش پیمایش اینترنتی و مطالعه کتابخانه ای بهره گرفته ایم.

 واحد تحلیل در این تحقیق، فرد است. جامعه آماري در این تحقیق کلیه دانشجویان تربیت معلم شهید بهشتی زنجان در سالتحصیلی جاری می باشد. که مجموع آنها 684 نفر در سال جاری می باشد و حجم نمونه براساس فرمول کوکران،80 نفر است. براي انتخاب نمونه از جامعه آماري از روش نمونه گیري تصادفی طبقه بندي شده استفاده شد. حجم نمونه تحقیق حاضر با استفاده از فرمول کوکران تعیین گردید که به شرح زیر می باشد: n=(N×t2×p×q)÷(N×d2+t2×p×q) در فرمول فوق معمولاٌ؛ حداکثر اشتباه مجاز (d) معادل05/0، ضريب اطمينان 95/0، 96/1= t و مقادير p و q نيز هرکدام معادل 5/0 و حجم جامعه N در نظر گرفته می‌شود. مقدار P برابر با 5/0 در نظر گرفته می‌شود. زيرا اگر 5/.P= باشد n حداکثر مقدار ممکن خود را پيدا مي‌کند و اين امر سبب مي‌شود که نمونه به حد کافي بزرگ باشد(سرمد و همکاران،1388،186).

ابزار اندازه گیری پرسشنامه محقق ساخته بود که در ساخت آن از پرسشنامه گلدبرگ و هیلیر، بک[[13]](#footnote-13)و موسوی[[14]](#footnote-14) بهره مند شدیم که شامل 31 سؤال در طیف لیکرت است که به‌صورت همیشه(3)، معمولا(2)، گاهی اوقات(1) و هرگز(0) نمره گذاري شدند. هم چنین 9 سوال نیز در باب التزام و الویت فریضه نماز (در سه بعد شناختی، عاطفی و رفتاري) بر عکس سایر سوالات نمره گذاری شدند.

در مطالعه حاضر ضمن ارایه مستندات لازم از تحقیقات دیگران، برای سنجش اعتبارمتغیرها از اعتبار محتوایی و هم چنین در اين بررسي براي شناخت انسجام دروني(پايايي) گويه هاي متغير، از آلفاي كرونباخ استفاده شد كه ضريب آن براي سلامت روانی و اجتماعی 914/0 مي باشد، همچنين براي هر يك از ابعاد متغير سلامت روانی و اجتماعی ضريب آلفاي كرونباخ در جدول زير آورده شده است. كه اين ضرايب نشانگر مناسب بودن ميزان انسجام دروني گويه ها مي باشد.

**جدول (1) میزان آلفای کرونباخ (مولفه های سلامت روانی و اجتماعی)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ابعاد** | **ضریب آلفا** | **تعداد گویه** |
| اضطراب | 788/0 | 6 |
| افسردگی | 724/0 | 6 |
| پرخاشگری | 810/0 | 6 |
| اعتماد به نفس | 741/0 | 6 |
| اختلالات عاطفی، اجتماعی و شخصیتی | 709/0 | 7 |
| کل گویه ها (سلامت روانی و اجتماعی) | 914/0 | 31 |

به‌منظور تجزيه و تحليل داده‌ها از نرم‌افزار آماري spss استفاده شد. با توجه به اینکه روش تحقیق از نوع پیمایشی هست از آمار توصیفی (توزيع فراواني، شاخص هاي مركزي و پراكندگي) و در آمار استنباطی از آزمونt مستقل استفاده شد.

یافته ها

توزيع فراواني نمونه آماري پژوهش : بر اساس نمونه آماري تعيين شده، 80 نفر به سئوال های تحقيق جواب دادند. 55 درصد پاسخ گویان مجرد و 45درصد متأهل بوده اند. هم چنین 41درصد آنها در مقطع کارشناسی ناپیوسته و 59درصد آنها در مقطع کارشناسی پیوسته مشغول تحصیل می باشند. جدول 2 توزيع فراواني نمونه آماري را نشان می‌دهد :

**جدول (2) توزيع فراواني نمونه آماري پژوهش**

|  |  |
| --- | --- |
| **گروه** | **تعداد** |
| دانشجو | کارشناسی پیوسته | مجرد | 43 |
| متأهل | 12 |
| کارشناسی ناپیوسته | مجرد | 2 |
| متأهل | 23 |
| جمع كل | 80 |

**جدول(3) توصيف آماري متغيرهای سلامت روانی و اجتماعی**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **وضعیت** | **دامنه** | **حداقل نمره** | **حداكثر نمره** | **ميانگين** | **انحراف معيار** | **واريانس** |
| اضطراب | عدم مقیدان انجام فریضه نماز | 15 | 4 | 19 | 90/11 | 98/2 | 92/8 |
| مقیدان به فریضه نماز | 15 | 2 | 17 | 22/9 | 87/2 | 27/8 |
| افسردگی | عدم مقیدان انجام فریضه نماز | 17 | 1 | 18 | 46/10 | 07/3 | 45/9 |
| مقیدان به فریضه نماز | 18 | 0 | 18 | 24/9 | 15/3 | 94/9 |
| اعتماد به نفس | عدم مقیدان انجام فریضه نماز | 16 | 2 | 18 | 25/9 | 12/3 | 77/9 |
| مقیدان به فریضه نماز | 17 | 1 | 18 | 32/10 | 04/3 | 24/9 |
| پرخاشگری | عدم مقیدان انجام فریضه نماز | 11 | 1 | 12 | 08/7 | 47/2 | 14/6 |
| مقیدان به فریضه نماز | 11 | 1 | 12 | 27/6 | 92/2 | 56/8 |
| اختلالات عاطفی، اجتماعی و شخصیتی | عدم مقیدان انجام فریضه نماز | 18 | 4 | 22 | 27/12 | 30/3 | 92/10 |
| مقیدان به فریضه نماز | 19 | 2 | 21 | 04/11 | 70/3 | 69/13 |
| كل متغيرها(سلامت روانی و اجتماعی) | عدم مقیدان انجام فریضه نماز | 64 | 15 | 79 | 97/50 | 76/12 | 95/162 |
| مقیدان به فریضه نماز | 61 | 10 | 71 | 09/46 | 99/11 | 93/143 |

همان طوري كه در جدول (3) مشاهده می‌شود، ميانگين نمره درابعاد اضطراب، افسردگی، پرخاشگری، اختلالات عاطفی، اجتماعی، شخصیتی در عدم مقیدان انجام فریضه نماز بيشتر از مقیدان به انجام فریضه نماز هست، اما ميانگين نمره در بعد اعتماد به نفس در مقیدان به فریضه نماز بيشتراز مقیدان به فریضه نماز هست. اما به‌ طوركلي، ميانگين نمره در عدم مقیدان انجام فریضه نماز بيشتر از مقیدان به انجام فریضه نماز هست و این بدان معناست که افرادی که مقید به انجام فریضه نماز هستند و نسبت بدان تنبلی و سستی ندارند بیش تر از افرادی که مقید به انجام فریضه نماز در اول وقت نیستند و نسبت بدان تنبلی و سستی می کنند، از سلامت روانی و اجتماعی برخوردارند.

**جدول(4)آزمون t مستقل برای مقایسه سلامت روانی و اجتماعی مقیدان و عدم مقیدان انجام فریضه نماز**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام متغیر** | **وضعیت** | **میانگین** | **df** | **t** | **Sig****(2-tailed)** |
| اضطراب | عدم مقیدان انجام فریضه نماز | 90/11 | 398 | 15/9 | 000/0 |
| مقیدان به فریضه نماز | 22/9 |
| افسردگی | عدم مقیدان انجام فریضه نماز | 46/10 | 398 | 91/3 | 001/0 |
| مقیدان به فریضه نماز | 24/9 |
| اعتماد به نفس | عدم مقیدان انجام فریضه نماز | 25/9 | 398 | 47/3- | 001/0 |
| مقیدان به فریضه نماز | 32/10 |
| پرخاشگری | عدم مقیدان انجام فریضه نماز | 08/7 | 398 | 005/3 | 003/0 |
| مقیدان به فریضه نماز | 27/6 |
| اختلالات عاطفی، اجتماعی و شخصیتی | عدم مقیدان انجام فریضه نماز | 27/12 | 398 | 52/3 | 000/0 |
| مقیدان به فریضه نماز | 04/11 |

همان طوری که درجدول شماره(4) مشاهده می شود، برای بررسی معنی داری تفاوت های میانگین مولفه های سلامت روانی و اجتماعی دربین مقیدان به فریضه نماز و عدم مقیدان انجام فریضه نماز از آزمون t مستقل استفاده شد. با توجه به سطح معنی داری حاصله فرضیه های تحقیق تایید شده، بدین گونه که میانگین مولفه های یادشده(به غیر از میانگین اعتماد به نفس) دربین عدم مقیدان انجام فریضه نماز بیش تراز مقیدان انجام فریضه نماز می باشد. بدین معنا که افراد سست و تنبل که مقید به انجام فریضه نماز اول وقت نیستند بیش تر دچار اضطراب و افسردگی و پرخاشگری و اختلالات عاطفی و اجتماعی و شخصیتی می باشند و از اعتماد به نفس کم تری برخوردارند.

بحث و نتیجه گیری

فرضیه اول؛ بین نماز و کاهش اضطراب رابطه مستقیمی وجود دارد.

در این تحقیق و بر طبق جدول شماره (4)، میانگین اضطراب در عدم مقیدان به انجام فریضه نماز 90/11 و در مقیدان به انجام فریضه نماز 22/9 می باشد. بنابراین میانگین اضطراب در عدم مقیدان به انجام فریضه نماز بیش تر می باشد. پس نماز موجب کاهش اضطراب می شود.

این یافته تحقیق با نتایج تحقیقات؛ ناوارا و جيمز(2005)، برگين و همكاران(1998)، تحقيق واتسون و همكاران(1994)، لاري و نيتس) 1995)،گارتر و همكاران (1991)، بيرشك و همكاران(1380) همسو می باشد.

فرضیه دوم؛ بین نماز و کاهش افسردگی رابطه مستقیمی وجود دارد.

در این تحقیق و بر طبق جدول شماره (4)، میانگین افسردگی در عدم مقیدان به انجام فریضه نماز 46/10 و در مقیدان به انجام فریضه نماز 24/9 می باشد. بنابراین میانگین افسردگی در عدم مقیدان به انجام فریضه نماز بیش تر می باشد. پس نماز موجب کاهش افسردگی می شود.

این یافته تحقیق با نتایج تحقیقات؛ برگين و همكاران(1998)، تحقيق واتسون و همكاران(1994)، لاري و نيتس) 1995)،گارتر و همكاران (1991)، طهماسبي پور و كمانگيري(1375) همسو می باشد.

فرضیه سوم؛ بین نماز و کاهش پرخاشگری رابطه مستقیمی وجود دارد.

در این تحقیق و بر طبق جدول شماره (4)، میانگین پرخاشگری در عدم مقیدان به انجام فریضه نماز 08/7 و در مقیدان به انجام فریضه نماز27/6 می باشد. بنابراین میانگین پرخاشگری در عدم مقیدان به انجام فریضه نماز بیش تر می باشد. پس نماز موجب کاهش پرخاشگری می شود.

این یافته تحقیق با نتایج تحقیقات؛ ناوارا و جيمز(2005)، برگين و همكاران(1998)، تحقيق واتسون و همكاران(1994)، لاري و نيتس) 1995)،گارتر و همكاران (1991) همسو می باشد.

فرضیه چهارم؛ بین نماز و افزایش اعتماد به نفس رابطه مستقیمی وجود دارد.

در این تحقیق و بر طبق جدول شماره (4)، میانگین اعتماد به نفس در مقیدان به انجام فریضه نماز 32/10و در عدم مقیدان به انجام فریضه نماز 25/9 می باشد. بنابراین میانگین اعتماد به نفس در عدم مقیدان به انجام فریضه نماز

بیش تر می باشد. پس نماز موجب افزایش اعتماد به نفس می شود.

این یافته تحقیق با نتایج تحقیقات؛ ناوارا و جيمز(2005)، برگين و همكاران(1998)، تحقيق واتسون و همكاران(1994)، لاري و نيتس) 1995)،گارتر و همكاران (1991) همسو می باشد.

فرضیه پنجم؛ بین نماز و کاهش اختلالات عاطفی، اجتماعی و شخصیتی رابطه مستقیمی وجود دارد.

در این تحقیق و بر طبق جدول شماره (4)، میانگین اختلالات عاطفی، اجتماعی و شخصیتی در عدم مقیدان به انجام

فریضه نماز 27/12و در مقیدان به انجام فریضه نماز 04/11 می باشد. بنابراین میانگین اختلالات عاطفی، اجتماعی و شخصیتی درعدم مقیدان به انجام فریضه نماز بیش تر می باشد. پس نماز موجب کاهش اختلالات عاطفی، اجتماعی و شخصیتی می شود.

این یافته تحقیق با نتایج تحقیقات؛ ناوارا و جيمز(2005)، برگين و همكاران(1998)، تحقيق واتسون و همكاران(1994)، لاري و نيتس) 1995)،گارتر و همكاران (1991) همسو می باشد.

فرضیه اصلی پژوهش؛ بین نماز و ارتقاء سلامت روانی و اجتماعی رابطه مستقیمی وجود دارد.

در این تحقیق و بر طبق جدول شماره (3)، میانگین كل متغيرهای سلامت روانی و اجتماعی) در عدم مقیدان به انجام فریضه نماز 97/50 و در مقیدان به انجام فریضه نماز 09/46 می باشد. بنابراین دانشجویانی که در انجام فریضه نماز سستی کرده و در اول وقت آن را بجا نمی آورند، در پرسش نامه سلامت روانی و اجتماعی، نمره هاي بالاتري در مقایسه با دانشجویانی که مقید به انجام این فریضه هستند، به دست آورده اند و از آن جا که نمره هاي بالا در مقیاس هاي این پرسش نامه، بیانگر وجود اختلال در آن مقیاس است، می توان گفت دانشجویانی که این فریضه را بجا می آورند در مقایسه با آنهایی که در انجام این فریضه، کوتاهی می کنند از سلامت روانی و اجتماعی بیش تري بهره مندند. این یافته با نتا یج تحقیقات بی شماري که در این زمینه انجام شده است، هم سو می باشد.

نماز خواندن، بلکه داشتن نگرش مثبت به نماز یا احساس خوشایند نسبت به آن در افزایش سلامت روانی و اجتماعی)نقش دارد. توجه به مقدار همبستگی ها نشان می دهد که این رابطه، زمانی به حداکثر میزان خود می رسد که هر سه بعد شناختی، عاطفی و رفتاري، هم زمان به کار گرفته شوند. افراد مذهبی به هر نسبت که ایمان محکمی داشته باشند، از بیماری روانی و اجتماعی دورتر هستند. از این رو یکی از پیامدهای زندگی در عصر حاضر که برآمده از ضعف ایمان مذهبی است، افزایش بیماری های روانی و اجتماعی و حتی عصبی است. این گونه پژوهش ها نشان می دهد که وقتی فرد با خداوند متعال ارتباط معنوی دارد و با یاد او در عبادت مأنوس است، آرامش بالایی دارد و نگرانی ها و تشویق ها را به وسیله ارتباط با خدا تعدیل می کند و به سبب پیوند با آن اقیانوس بی کرانه رحمت و عظمت، به اطمینان و آسایش می رسد.

انسان خواهان سعادت و لذت پایدار است؛ ولی راه رسیدن بدان را به درستی نمی داند. در بینش الهی و از منظر قرآن، یاد خداوند از آن رو که تأمین کننده سعادت انسان است به اطمینان و آرامش دل می انجامد. عکس این معنا نیز درباره ترک ذکر الهی صادق است. از آن رو که ترک یاد خداوند، زمینه ساز شقاوت و بریده شدن از اصل خویش می شود و به از دست دادن سعادت می انجامد، تشویش خاطر، ناراحتی و اضطراب فرد را در پی می آورد.

وَ مَن أعرَضَ عَن ذِکرِی فَإنَّ لَهُ مَعِیشَهءً ضَنکاً. (طه:124) و هر کس از یاد من دل بگرداند، در حقیقت زندگی دشواری خواهد داشت.

انجام فرایض دینی بخصوص نماز موجب فراگیري اخلاق، ارزش ها و فضایل رفتاري در فرد می شود و شخص نمازگزار با برون ریزي هیجانات و تخلیه خود از ناپاکی ها و افکار منفی به سوي پالایش روانی گام بر می دارد. نماز خواندن اگر با اجبار و سهل انگاري همراه باشد، اثر آرامبخش براي فرد نخواهد داشت؛ به طوري که در قرآن کریم نیز به آن اشاره شده است: (واي بر نمازگزاران، آنها که در نماز سهل انگارند و آنها که ریا می کنند.. . ). اما اگر نماز در حضور اجتماع مسلمین و در اوقات نماز و اول وقت به پا داشته شود، نقش سازنده اي در آرامش روانی انسان خواهد داشت و در روایات اسلامی به عنوان یکی از ملاك هاي انتخاب همسر، بر شرکت در نماز جماعت تأکید شده است.

اعتقادات مذهبی در چیره شدن بر مشکلات و فشارهای روحی مؤثرند. یعنی مطالعات یک رابطه ی معنی دار را بین اعتقاد مذهبی و کاهش اضطراب، افسردگی، تنش، خودکشی، طلاق، سوء مصرف دارو و اختلالات روحی و روانی و اجتماعی، نشان داده اند. از دیدگاه اسلامی، اعتقاد دینی جزء سرشت و فطرت انسان است و از انسان به عنوان موجودی دین ورز یاد شده است. از نظر روان شناسان نیز آرامش روحی و احساس رضایت از زندگی از ویژگی های اساسی انسان سالم است. روحیات فرد مؤمن نیز نشانه ای از آرامش خاطر و صفای درونی او است. می توان گفت که افراد مذهبی دارای پشتوانه معنوی و آرامش اند، و احساس بی هدفی نمی کنند و این باعث کاهش احتمال بیماری های روانی و اجتماعی می شود.

جامعه اي که فضیلت هاي معنوي را کمال مطلوب می شمارد، یقیناً نظام تعلیم و تربیت خود را در جهت رسیدن به این هدف، سامان می دهد. از یک سو، نماز در فرهنگ اسلامی ما از مهم ترین فرایض دینی و از ضروریات دین مقدس اسلام، نقطۀ اوج عبادات، عمود دین و مرز بین کفر و ایمان، وسیلۀ قرب الهی و تکامل انسان است. اهمیت و آثار تربیتی نماز خواندن نیز در آیات و روایات دینی بسیاري مورد تأکید قرار گرفته است و به طور کلی، اهمیت نماز در فرهنگ اسلامی و نقش تربیتی و معنوي و اجتماعی آن در بین مسلمانان، عنصري روشن و بدیهی است. لذا تأثیري که توسعۀ فرهنگ نماز در شخصیت و شیوه هاي رفتاري، مناسبات زندگی و فرهنگ عمومی جامعه کنونی ما می تواند به جا بگذارد، حائز اهمیت است. از سوي دیگر، دانشگاه همواره به عنوان نهادي تربیتی و هنجارآفرین مطرح بوده است. علاوه بر این، بحث انگیزش و تأثیر آن بر شیوة تفکر و رفتار فرد، یکی از مباحث عمدة پژوهشهاي تربیتی به شمار می رود. بنابر این، مطالعۀ انگیزه هاي نماز خواندن، اهمیت و نقش این انگیزه ها و تأثیر انگیزه هاي مذکور بر نگرش و ادراك افراد در خصوص موانع و محدودیتهاي اقامۀ نماز، به عنوان یک شاخص مهم گرایش به معنویت در جهت برنامه ریزي هاي آیندة نظام تعلیم و تربیت مفید خواهد بود. پژوهش حاضر با تمرکز بر تأثیر انجام فریضه نماز اول وقت بر سلامت روانی و اجتماعی، کوشید تا سطري نو بر دانش کنونی ما در این حوزه بیفزاید. ضمن آنکه یافته هاي پژوهش حاضر می تواند علاوه بر برنامه ریزي نظام تربیتی، در پرورش نسلی که عهده دار ادارة جامعه اي بر اساس ارزش هاي اسلامی است، نیز مفید واقع شود.

پیشنهادات

از آن جا که بر اساس این مطالعه و مطالعات متعدد دیگر نماز خواندن و نگرش مثبت نسبت به نماز با آرامش روحی و کاهش بیماری های روانی و اجتماعی همراه بوده است و بسیاری از روانشناسان باورها و اعمال مذهبی را به عنوان نیروی حمایت کننده در کاهش فشارهای روانی، تعهد و پایبندی به امور و امید به آینده معرفی کرده اند و این که این باورها موجب افزایش رضایت از زندگی و شادابی نسل جوان می گردد، لازم است مسؤولین دانشگاه به ویژه مسؤولین فرهنگی دانشگاه به نقش نماز توجه بیش تری داشته باشند و برنامه های خاصی را در این رابطه پیش بینی کنند. هم چنین با ایجاد برنامه های آموزشی متنوع و مناسب در جهت تقویت نگرش مذهبی، شرکت در مراسم و انجام فرایض دینی را افزایش دهند. مراکز مشاوره ی دانشجویی در سطح دانشگاه نیاز به تقویت دارند و به نظر می آید حضور متخصصین روان شناسی در این مراکز لازم باشد. هم چنین غربالگری دانشجویان از نظر وجود مشکلات روحی در بدو ورود به دانشگاه و سپس در دوران تحصیل، به منظور تشخیص و درمان به موقع این مشکلات ضروری به نظر می رسد.

باید توجه داشت که موضوع پژوهش، جنبۀ ارزشی و اخلاقی دارد. افراد در رویارویی با چنین پژوهشهایی ممکن است تا حدودي از خود مقاومت نشان دهند. بنابراین، نتایج این گونه پژوهشها را بهتر است با احتیاط تفسیر کرد و تعمیم داد. در این راستا پیشنهاد می شود در آینده، موضوعاتی مانند بررسی تأثیر انگیزه هاي نماز خواندن بر مؤلفه هاي بهداشت روانی، هم چنین پژوهشی با مطرح کردن انگیزه هاي دیگري مانند برآورده شدن حاجات، خودسازي، به جا آوردن شکر پروردگار و مقایسۀ بین فرهنگی انگیزه هاي نماز خواندن، توسط جوانان علاقه مند این آب وخاك به بوتۀ آزمایش سپرده شود.

منابع فارسی

قرآن کریم (کلام الهی) ترجمه آیت الله مکارم شیرازی

آكوچكيان. ش (1385)، مسؤوليت ديني و بحران هويت نوجوان، جوان و آرامش روان، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، چاپ دوم.

احدي. ح(1380)، بهداشت روانی و عبادت، فصلنامه روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی تهران، شماره 2.

بشلیده. ک؛ مکتبی. غ؛ تقی پور. م؛ شکرکن. ح(1382)، بررسی عوامل موثر درون مدرسه ای جذب دانش آموزان مقطع متوسطه استان خوزستان به نماز، مجله علوم تربیتی و روانشناسی، دوره سوم، سال دهم، شماره 3و4.

برخوردار. ن؛ نجفي. ف (1380)، بررسي بهداشت روان در قرآن كريم و نهج البلاغه، تهران، همايش بين المللي نقش دين در بهداشت روان.

بولهري. ج) 1385)، بررسي وضعيت سلامت روان دانشجويان روان شناسي ورودي 84، تهران، مجله انديشه و رفتار، دوره اول، ش4.

بيرشك. ب؛ بخشايي. ن م؛ بيان زاده. س ا (1380)، بررسي نقش مذهب در تجربه و رتبه بندي استرس هاي زندگي، افسردگي و اضطراب) چكيده مقالات اولين همايش بين المللي نقش دين در بهداشت روان)، سال پنجم، شماره 19.

پناهی. ع ا (1384)، آرامش در پرتو نیایش، قم، انتشارات آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره).

حسينيان. س؛ منوچهري. ك؛ علوي. ز(1383)، بررسي و مقايسه رابطه سلامت روان و احساس معناجويي در دانشجويان دختر خوابگاهي مقاطع كارشناسي و كارشناسي ارشد دانشگاه الزهرا. مقاله ارائه شده به دومين سمينار سراسري بهداشت رواني دانشجويان، دانشگاه تربيت مدرس.

حسینی. ع(1381)، بررسی بینش تیم بهداشتی به نقش احکام اسلامی نماز بر سلامت جسم و روان، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز.

رعنائی. ف؛ اردلان. ف؛ ظاهری. ف(1388)، بررسی نگرش و عملکرد دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان نسبت به نماز و ارتباط آن با افسردگی در سال 88، مجله طب و تزکیه، دوره ی 19، شماره ی 4.

سردار پور گودرزي. ش؛ و سلطاني زرندي. ا (1381)، روزه داري در ماه مبارك رمضان و سلامت رواني. مجله انديشه و رفتار دوره هشتم، شماره دوم.

سرمد. ز؛ بازرگان، ع؛ حجازی، ا (1388) روش های تحقیق در علوم رفتاری، تهران، نشر آگه.

طبرسی. ر (1371)، مکارم الاخلاق، قم، انتشارات الشریف الرضی.

طهماسبي پور. ن؛ كمانگيري. م(1375)، بررسي ارتباط نگرش مذهبي با ميزان اضطراب، افسردگي و سلامت روان گروهي از بيماران (بيمارستانهاي شهداي هفتم تير و مجتمع رسول اكرم (ص))، مجله انديشه و رفتار، دوره اول، ش4 .

غباري بناب. ب) 1376)، باورهاي مذهبي و اثرات آنها در بهداشت روان، تهران، مجله انديشه و رفتار، دوره اول، ش4.

مطهری. م (1374)، فلسفه اخلاق، تهران، انتشارات صدرا.

معین. م(1380)، عصر دانایی و بازگشت به معنویت، فصلنامه نیایش، شماره 8 .

موسوی. ر؛ موحدی نیا. ع (1390)، مطالعۀ رابطۀ بین انجام فریضه نماز و سلامت عمومی در بین دانشجویان دانشگاه هاي شهر کرمان، مجله روانشناسی دین، سال چهارم، شماره اول.

نصیرزاده. ر؛ نصیرزاده. م؛ نصیرزاده. م ه (1392)، انگیزه هاي نماز خواندن و تأثیر آن بر ادراك محدودیت هاي فردي، اجتماعی و محیطی اقامۀ نماز در دانشجویان، مجله فرهنگ در دانشگاه اسلامی، سال سوم، شماره اول.

کاپلان. ه؛ سادوك. ب(1375)، خلاصه روانپزشکی علوم رفتاري و روانپزشکی بالینی، ترجمه: ناصر پورافکاری، تبریز، انتشارات تابش تبریز جلد اول،.

هيوم. ر(1369)، اديان زنده جهان، مترجم: عبدالرحيم گواهي، دفتر نشر فرهنگ اسلامی.

واعظي. س ا(1386)، مروري بر برخي مطالعات جديد در ارتباط و تداخل مذهب و بهداشت رواني، مجموعه چكيده 40 سخنراني دفتر مطالعات اسلامي در بهداشت رواني وزارت بهداشت.

منابع خارجی

-Baetz M, Griffin R, Bowen R, Koenig HG, Marcoux E(2004). The association between spiritual and religious involvemenand depressive symptoms in a Canadian population. J Nerv Ment Dis.

-Bergin, A.E., Masters, K.S. & Richards, P. S, (1988). Religiousness and mental health reconsidered : A Study of an intrinsically religious sample. Journal of Counseling Psychology.

-Navara,G.S. James, S, (2005). Acculturative stress of missionaries: Does religious orientation affect religious coping and adjustment? International Journal of Intercultural Relations.

-Watson, D. L. & Thrap , R. G , (1994). Self- directed behavior: Self- modification for personal adjustment. Pacific Grove, California: Books Pub 1

1. . در این جا مقصود ما نماز اول وقت است. [↑](#footnote-ref-1)
2. 4. Carl Jung [↑](#footnote-ref-2)
3. 5. Relaxation [↑](#footnote-ref-3)
4. Meditation 6. [↑](#footnote-ref-4)
5. 7. Ideology [↑](#footnote-ref-5)
6. 8. Mental health [↑](#footnote-ref-6)
7. 9. Self-actualization [↑](#footnote-ref-7)
8. 10 . Nervous [↑](#footnote-ref-8)
9. 11. Baetz [↑](#footnote-ref-9)
10. 12. Karel [↑](#footnote-ref-10)
11. 13. Sierll Bout [↑](#footnote-ref-11)
12. 14. William Jame [↑](#footnote-ref-12)
13. 15. Back [↑](#footnote-ref-13)
14. . سید حمزه موسوی ؛ فارغ التحصیل مقطع کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد تبریز رشته روانشناسی . [↑](#footnote-ref-14)