

ارتباط التزام و اولویت به فریضه نماز با میزان شیوع افسردگی و برخی پارامترهای جمعیت‌شناختی دانشجویان

امیر موسی رضایی^۱، همایون ناجی اصفهانی^۲، نرجس خسروی^۳،
طاهره مومنی قلعه قاسمی^۴، نسرين مسایلی^۵

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 روان و اثر محافظتی و بازدارندگی این مفاهیم در این حوزه اشاره نموده‌اند. از طرفی دانشجویان از اقشاری هستند که در مقایسه با جمعیت عمومی بیشتر در معرض ابتلا به افسردگی می‌باشند. افسردگی در بین دانشجویان مسأله‌ای با اهمیت است، زیرا از موفقیت و پیشرفت تحصیلی آنان می‌کاهد و آنان را از رسیدن به جایگاه ویژه و شایسته باز می‌دارد، از این رو به عنوان هدف پژوهش لحاظ گردید.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی بود که به شکل مقطعی در مدت ۴ ماه اجرا گردید. ۷۱۵ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه شامل فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسش‌نامه استاندارد افسردگی Beck و چک‌لیست نماز بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ و روش‌های آماری آنالیز واریانس دو طرفه، t مستقل، ضریب همبستگی Pearson و Spearman مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میزان شیوع افسردگی در نمونه‌های مورد مطالعه ۴۴ درصد تخمین زده شد. نتایج حاصل از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه بین التزام به ادای فریضه نماز و افسردگی ارتباط آماری معنی‌داری را نشان داد ($P = 0/001$). همچنین یافته‌ها نشان داد که بین میزان افسردگی با متغیر «رعایت اولویت زمان انجام فریضه نماز» ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: نماز خواندن و اهمیت دادن به ادای فریضه نماز در زمان مقرر موجب کاهش چشمگیر میانگین نمره افسردگی دانشجویان شد، از این رو پیشنهاد می‌شود که در راستای پیش‌گیری سطح اول و کاهش آمار اختلالات سلامت روان و از جمله افسردگی در نزد دانشجویان، نسبت به ترویج فرهنگ نماز در دانشگاه‌ها اقدامات جامع‌تری به صورت مدون و به شکل عملیاتی صورت پذیرد.

واژه‌های کلیدی: التزام به فریضه نماز، رعایت اولویت در نماز، افسردگی، پارامترهای جمعیت‌شناختی، دانشجویان

نوع مقاله: پژوهشی

پذیرش مقاله: ۹۱/۱۰/۱۸

دریافت مقاله: ۹۱/۴/۱

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، گروه سلامت بزرگسالان، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
(نویسنده مسؤول)
Email: musarezaie@nm.mui.ac.ir

۲- استادیار، گروه اتاق عمل، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴- کارشناسی ارشد، گروه سلامت بزرگسالان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۵- کارشناس ارشد روان‌شناسی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

امروزه دانشجویان به دلیل نقش مهمی که در اداره آینده کشور به عهده دارند، یکی از قشرهای مهم جامعه به حساب می‌آیند. اهمیت این نقش در این است که دانشجویان نه تنها بخش اصلی متخصصان زمینه‌های گوناگون علمی، فنی و هنری هر کشوری را تشکیل می‌دهند بلکه همچنین این گروه، مدیران اصلی اداره آینده کشور و رهبران سایر اقشار جامعه در هدایت به سمت کمال و اهداف کشور می‌باشند (۱). اهمیت این موضوع زمانی مشخص می‌شود که طبق آمار و ارقام موجود، کشور ایران یک کشور جوان است و بخش عمده جمعیت آن، متشکل از جمعیت جوانان و نوجوان می‌باشد. با توجه به تمام این مسایل، اهمیت سلامت دانشجویان بیش از پیش مشخص می‌شود (۲).

ورود به دانشگاه تغییرات عمده‌ای در زندگی اجتماعی، خانوادگی و فردی به وجود می‌آورد و از این رو، مقطعی بسیار حساس به شمار می‌رود. در کنار این تغییرات باید به انتظارات و نقش‌های جدیدی اشاره کرد که همزمان با ورود به دانشگاه شکل می‌گیرد. قرار گرفتن در چنین شرایطی اغلب با فشارها و نگرانی‌های زیادی توأم است و عملکرد و بازدهی دانشجویان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳-۵). آشنا نبودن بسیاری از دانشجویان با محیط دانشگاه در بدو ورود، جدایی و دوری از خانواده، مشارکت در مسئولیت‌پذیری اجتماعی، ارتباط زمانی این دوره با شرایط نوجوانی و جوانی و فشارهای درسی و تحصیلی، عدم علاقه به رشته تحصیلی و ناسازگاری با سایر افراد در محیط زندگی و کافی نبودن امکانات رفاهی و اقتصادی از جمله شرایطی هستند که می‌توانند مشکلات و ناراحتی‌های روانی بسیاری همچون افسردگی و افت عملکرد را در نزد دانشجویان موجب شوند (۶-۱۲).

در این بین، دانشجویان گروه پزشکی در موقعیت خاصی قرار گرفته‌اند؛ چرا که دانشجویان گروه پزشکی علاوه بر استرس‌های ناشی از محیط‌های آموزش نظری، تحت تأثیر استرس‌های مختلف بیمارستان نیز قرار می‌گیرند. بیمارستان به عنوان یکی از استرس‌زاترین محیط‌های کاری محسوب

می‌شود؛ چرا که در این مکان، مسأله مرگ و زندگی انسان‌ها مطرح است. تنش ناشی از این محیط نه تنها می‌تواند باعث افت تحصیلی شود بلکه بر چگونگی رشد شخصیت دانشجویان نیز اثر می‌گذارد و موجب بروز بسیاری از اختلالات در سلامت روان همچون افسردگی در آنان می‌شود (۱۳).

مطالعات اخیر میزان بالای ابتلای روان‌شناختی، به خصوص افسردگی را در بین دانشجویان در سراسر جهان گزارش کرده‌اند، در مطالعه‌ای در دانشجویان پزشکی مالزی، شیوع افسردگی با استفاده از پرسش‌نامه سلامت عمومی ۱۴/۹ درصد گزارش شده است (۱۴). همچنین با استفاده از همین پرسش‌نامه، ۴۷/۹ درصد از دانشجویان سال دوم رشته پزشکی در آنتالیای ترکیه، مبتلا به اختلالات عاطفی بودند که این میزان بالاتر از دانشجویان اقتصاد (۲۹/۲) و تربیت بدنی (۲۹/۲) بوده است (۱۵)، بنابراین گمان می‌رود که دانشجویان علوم پزشکی در مقایسه با دانشجویان غیر پزشکی با مشکلات عاطفی و روانی بیشتری درگیر باشند.

افسردگی به دلیل شیوع بالا و پیامدهای بعدی آن یکی از مسایل مهم بهداشتی است (۱۶). بر اساس برآوردهای سازمان جهانی بهداشت، افسردگی دومین علت معلولیت در سال ۲۰۲۰ خواهد بود و بر اساس همان گزارش‌ها، تا سال ۲۰۲۰ این عارضه مهم‌ترین علت بیماری‌ها در کشورهای در حال رشد به شمار خواهد آمد (۱۷). اهمیت افسردگی در دانشجویان به دلیل گسترش این اختلال از مراحل ابتدایی زندگی (مانند نوجوانی و جوانی) به مراحل بعدی می‌باشد. وجود افسردگی در این سنین می‌تواند علاوه بر افسردگی باعث بروز سایر اختلالات روانی، مشکلات تطابقی و ارتکاب به جرم در سنین بالاتر گردد (۱۸).

از طرفی امروزه غالب صاحب‌نظران بر این باورند که مذهب و اعمال مذهبی بدون شک آثاری بر سلامت جسم و دیگر ابعاد زندگی بشر دارد که البته در میان ادیان الهی، دستورات دین مبین اسلام پیرامون بهداشت جسم و روح و سایر امور، کامل‌ترین فرامین است و از نظر روان‌شناسان مسلم است که اکثر بیماری‌های روانی که ناشی از

ناراحتی‌های روحی و تلخی‌های زندگی است، در میان افراد غیر مذهبی بیشتر دیده می‌شود (۹). در بررسی متون دینی و محتوای وحی، یکی از اموری که بیش از چیزهای دیگر در میان دستورات الهی می‌درخشد، نماز است. نماز از مهم‌ترین فرایض دینی و از ضروریات دین مقدس اسلام است (۱۹). نماز یک عملکرد معنوی است که باعث ارتباط با موجود متعالی می‌شود و یک عمل ساده برای برگرداندن ذهن و قلب به سوی مقدسات است (۲۰). در بین تمام برنامه‌ها و قوانین اسلام، نماز از جایگاه والایی برخوردار است و در آیات مختلف، به طور مستقیم به نقش آن در آرام‌سازی درون، شفا بخشی قلب و شادابی روح و روان اشاره شده است (۶).

متون زیادی در رابطه با دین، معنویت و شفا وجود دارد و مشاهده شده است که روی آوردن به امور مذهبی در کمک به بهبود وضعیت سلامت روان از جایگاه خاص و رفیع برخوردار می‌باشد (۲۰). Spilka و همکاران (به نقل از رحیمی و نصیرزاده) علت محبوبیت نماز در زندگی اکثریت مردم را به خاطر نقش مهم آن در مقابله با مشکلات و بحران‌های زندگی می‌دانند (۲۱).

طبق یافته‌های منتج از مطالعات و پژوهش‌های بالینی، افرادی که نماز می‌خوانند، کمتر از اضطراب و افسردگی رنج می‌برند (۱۹). McCullough در مرور متون پزشکی برای تعیین اثرات نماز بر سلامتی بیان کرد که این اثرات از طریق مسیرهای فیزیولوژیکی، روان‌شناختی و معنوی تسهیل می‌شود. بر اساس یافته‌های مطالعات وی، نماز، آرام‌سازی را تسهیل می‌کند و به خلق بهتر، سلامت ذهنی و احساس آرامش منجر می‌شود (۲۲). همچنین بر اساس پژوهش‌های صورت پذیرفته، نماز منجر به بالارفتن خلق و انگیزش می‌شود و احساس هدفمندی را افزایش می‌دهد.

نکته قابل‌تأمل این است که با وجود قدمت باورهای دینی، صاحب‌نظران در حوزه روان‌شناسی مذهب در سطح نظری درباره اثرات اعتقادات دینی بر بهداشت روانی، دیدگاه‌های ضد و نقیضی را مورد بحث قرار داده‌اند (۲۳، ۲۴). به طور مثال Freud و Alis (به نقل از معتمدی و

همکاران) نوعی ارزیابی منفی از نقش و تأثیر مذهب بر سلامت روانی داشته‌اند، اما افرادی چون Jung، Jims، Alport، Adler، Maslow و Feram (به نقل از معتمدی و همکاران) با نگرشی مثبت از پیامدهای جهت‌گیری مذهبی بر بهداشت روانی سخن گفته‌اند (۲۵). مرور پژوهش‌های تجربی نیز حاکی از عدم هماهنگی یافته‌ها در خصوص رابطه بین مذهب و بهداشت روانی است. Ellis (به نقل از سلیمانی‌زاده و آقامولایی) اظهار داشت که تدین با تفکر غیر عقلانی و اختلالات عاطفی همراه است (۲۶)، در حالی که Bergin (به نقل از Pargament) با استفاده از شواهد، همراهی تدین با آسیب‌شناسی روانی را رد می‌کند و Albert و Ellis (به نقل از Pargament) از ۱۱ شیوه مذهبی که از طریق آن مشکلات روانی ایجاد و یا تشدید می‌شوند، نام می‌برند (۲۷). Pargament (۲۷) و نصیرزاده و همکاران (۲۸) با بررسی ۱۳۰ پژوهش، گزارش می‌کنند که ۳۴ درصد از پژوهش‌های مرور شده به رابطه مثبت بین مقابله مذهبی و سازگاری و سلامت روان اشاره داشته است، در حالی که ۴ درصد از این رابطه منفی ارزیابی شده بود و ۶۲ درصد از مطالعات هیچ گونه رابطه‌ای بین این متغیرها گزارش نکرده بودند.

با توجه به فراوانی عوامل استرس‌زا در دانشجویان علوم پزشکی و آثار مخرب افسردگی بر زندگی شخصی و حرفه‌ای آن‌ها و از آن جا که دانشجویان هر جامعه دست‌رنج معنوی و انسانی آن جامعه و از سرنوشت‌سازان و سازمان‌دهندگان فردای کشور خویش هستند، با پیشرفت صنعت و فناوری‌های جدید، اختلالات و بیماری‌های روانی و مشکلات جسمانی، افزایش چشمگیری داشته‌اند و با توجه به تأثیرات عمیق و شگرف اعمال مذهبی و در صدر این اعمال، نماز در سلامت روان قشر دانشجو و لحاظ موارد ضد و نقیض در این رابطه، محققین بر آن شدند تا مطالعه‌ای را با عنوان «ارتباط التزام و اولویت به فریضه نماز با میزان شیوع افسردگی و برخی از پارامترهای جمعیت‌شناختی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان» طراحی و اجرا نمایند، تا اطلاعاتی را در اختیار مسؤولین و برنامه‌ریزان آموزشی و فرهنگی دانشگاه برای

ارتقای سطح سلامت روان دانشجویان قرار دهند.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی همبستگی است. نمونه مورد پژوهش در این مطالعه، ۷۱۵ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب گردیدند. در این روش، نمونه تحقیقی به گونه‌ای انتخاب شد که زیرگروه‌ها با همان نسبتی که در جامعه (دانشگاه) وجود دارند، به عنوان نماینده جامعه در نمونه نیز حضور داشته باشند. در این روش درصد آزمودنی‌هایی که به صورت تصادفی از هر گروه انتخاب می‌شوند، با درصد همان گروه در جامعه مورد نظر برابر است. به این صورت که ابتدا دانشجویان دانشگاه به تفکیک رشته دسته‌بندی شدند، سپس متناسب با تعداد دانشجویان دانشگاه، حجم نمونه مشخص گردید. آن گاه نمونه‌ها از دانشجویان به صورت تصادفی انتخاب شدند.

اشتغال داشتن به تحصیل، قرار داشتن در ترم دوم یا بالاتر، مسلمان بودن (شیعه و سنی)، علاقمند بودن به شرکت در پژوهش و عدم ابتلا به بیماری‌های روانی آشکار از معیارهای ورود به مطالعه بود و کسانی که چنین شرایطی را نداشتند، از مطالعه خارج شدند. ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه، شامل فرم اطلاعات دموگرافیک (شامل سن، جنس، رشته و مقطع تحصیلی، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات والدین)، پرسش‌نامه افسردگی Beck و چک‌لیست ارزیابی نماز بود.

پرسش‌نامه افسردگی Beck شامل ۲۱ سؤال است که هر یک ۴ گزینه دارد. برای هر گزینه پایین‌ترین نمره صفر و بالاترین نمره ۳ در نظر گرفته شده است. بنابراین کم‌ترین نمره‌ای که به دست می‌آید، صفر و بیشترین نمره‌ای که حاصل می‌شود، ۶۳ است که دامنه نمره کسب شده از این پرسش‌نامه بین ۰-۶۳ در نظر گرفته می‌شود. واحدهای مورد پژوهش با نمره بین ۲۰-۱۰ در گروه افسردگی خفیف، بین ۳۰-۲۱ در گروه افسردگی متوسط و بالاخره نمره بین

۶۳-۳۱، در گروه افسردگی شدید قرار می‌گیرند. پایایی پرسش‌نامه افسردگی Beck با روش Kuder-Richardson ۷۸ درصد و با روش بازآزمایی ۷۵ درصد گزارش شده است. در ایران نیز پورشهباز (به نقل از نعمتی سوگولی‌تپه و همکاران) ضریب همبستگی این پرسش‌نامه را ۲۳ تا ۶۸ درصد و همسانی درونی آن را ۸۵ درصد برآورد کرده است (۲۹).

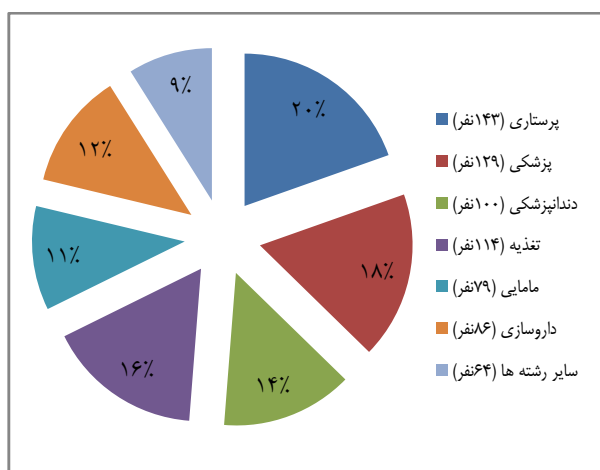
جهت اندازه‌گیری میزان التزام و رعایت اولویت زمانی در انجام فریضه نماز از چک‌لیست محقق ساخته نماز، استفاده شد. این چک‌لیست مشتمل بر ۲ سؤال به صورت لیکرت چهارتایی بود. پاسخ‌گویان مخیر به انتخاب یک گزینه از میان گویه‌های «همیشه نماز می‌خوانم»، «معمولاً نماز می‌خوانم»، «گاهی نماز می‌خوانم»، «نماز نمی‌خوانم» بیانگر میزان التزام عملی به فریضه نماز و انتخاب یک گزینه از میان گویه‌های «کار را قطع کرده و نماز می‌خوانم»، «اگر کاری نداشته باشم اول وقت نماز می‌خوانم»، «فرقی نمی‌کند اول وقت و آخر وقت»، و «همیشه نماز را به تأخیر می‌اندازم» به عنوان رعایت اولویت زمانی در انجام فریضه نماز، بودند.

برای بررسی روایی محتوایی مقیاس از نظر متخصصان و مروری بر مقالات تحقیقی گذشته استفاده شد. تعدادی از روحانیون و استادان دانشگاه، مقیاس را ابزاری مناسب برای اندازه‌گیری میزان التزام و رعایت اولویت زمانی در انجام فریضه نماز دانستند و استفاده از آن را روا دیدند. همچنین برای تعیین پایایی چک‌لیست نماز از روش آزمون مجدد استفاده گردید. جهت انجام این روش از ۴۵ نفر دانشجویان خواسته شد که به فاصله ۱۰ روز، دو بار به سؤالات پرسش‌نامه پاسخ دهند، سپس داده‌های گردآوری شده در دو مرحله، مورد آزمون آماری قرار گرفت و ضریب همبستگی بین دو بار، پاسخ به سؤالات پرسش‌نامه به ترتیب برابر با ۸۰ و ۸۴ درصد برآورد گردید و پایایی پرسش‌نامه مورد تأیید قرار گرفت.

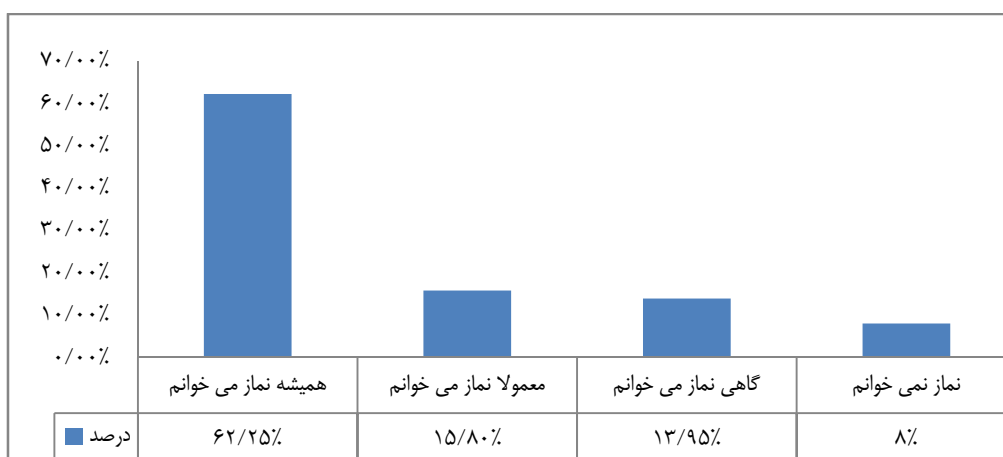
پس از توزیع پرسش‌نامه و در اختیار قرار دادن اطلاعات لازم پیرامون اهداف پژوهش، پرسش‌نامه‌ها به صورت خودایفا توسط دانشجویان تکمیل گردید. پس از جمع‌آوری داده‌ها، جهت تجزیه و تحلیل از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸

نمونه‌های مورد مطالعه بود که ۲۵ درصد در گروه افسردگی خفیف (نمره بین ۱۰-۲۰)، ۷۰ درصد در گروه افسردگی متوسط (نمره بین ۳۰-۴۱) و بالاخره ۵ درصد در گروه افسردگی شدید (نمره بین ۶۳-۳۱) قرار داشتند.

اغلب واحدهای مورد پژوهش با ۶۲/۲۵ درصد گزینه «همیشه نماز می‌خوانم» و اقلیت آن‌ها با ۸ درصد گزینه «نماز نمی‌خوانم» را گزارش کردند (نمودار ۲). همچنین اطلاعات مربوط به توزیع فراوانی میزان تقید دانشجویان نسبت به رعایت الویت زمان ادای فریضه نماز در نمودار ۳ ارائه شده است.



نمودار ۱. توزیع فراوانی نمونه‌های مورد پژوهش به تفکیک رشته تحصیلی



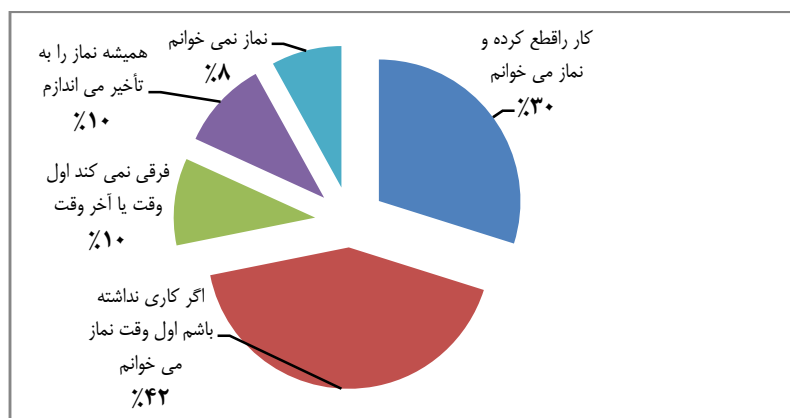
نمودار ۲. میزان التزام دانشجویان نسبت به ادای نماز

(version 18, SPSS Inc., Chicago, IL) و روش‌های آمار توصیفی، آنالیز واریانس یک طرفه، t مستقل و ضریب همبستگی Pearson و Spearman استفاده شد. حدود اطمینان در مطالعه حاضر ۹۹ درصد در نظر گرفته شد. بی‌نام و نشان بودن پرسش‌نامه‌ها یکی از موارد جهت رعایت امنیت اخلاقی در تحقیق مزبور بود. در ضمن به تمامی دانشجویان اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محفوظ خواهد ماند و در اختیار هیچ شخص یا منبعی قرار نخواهد گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه از مجموع ۷۱۵ نفر حجم نمونه مورد بررسی، ۷۰ درصد (۵۰۰ نفر) دختر و ۳۰ درصد (۲۱۵ نفر) پسر بودند که توزیع فراوانی نمونه‌های مورد پژوهش به تفکیک رشته تحصیلی در نمودار ۱ آورده شده است. دامنه سنی واحدهای مورد پژوهش بین ۱۸-۴۰ سال (با میانگین ۲۲/۸ و انحراف معیار ۲/۵۷) بود که ۹۰ درصد مجرد و ۱۰ درصد از آن‌ها متأهل بودند. از نظر مقطع تحصیلی ۲۹/۱ درصد در مقطع دکتری، ۵/۵ درصد در مقطع فوق لیسانس و ۶۵/۴ درصد در دوره لیسانس مشغول به تحصیل بودند. دامنه ترم تحصیلی آن‌ها ۲-۱۲ را در بر می‌گرفت و اکثریت دانشجویان در ترم چهارم تحصیلی مشغول بودند.

نتایج حاکی از میزان شیوع ۴۴ درصدی افسردگی در



نمودار ۳. میزان تقید دانشجویان نسبت به رعایت الویت زمان ادای فریضه نماز

جدول ۱. مقایسه میانگین نمره افسردگی بر حسب میزان تقید دانشجویان نسبت به رعایت الویت زمان ادای فریضه نماز

شاخص آماری	تزام به ادای نماز	کار را قطع کرده و نماز می خوانم	اگر کاری نداشته باشم اول وقت نماز می خوانم	فرقی نمی کند اول وقت یا آخر وقت	همیشه نماز را به تأخیر می اندازم	شاخص آماری
متغیرها	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	۷/۷۶*	۳/۰۱	۱۵/۳۰**	۴/۰۴	۲۷/۲۵***	۶/۶۵
					۴۷/۵۰****	۸/۵۹
						P = ۰/۰۰۱
						F = ۵۱/۵۴

*, **, *** و **** در هر ردیف نشان دهنده تفاوت بین گروهی در سطح اطمینان ۹۵ درصد با آزمون Duncan می باشد.

با رعایت الویت زمان ادای فریضه نماز، ارتباط آماری معنی دار وجود داشت ($P < ۰/۰۰۱$). آزمون Duncan نشان داد که افرادی که التزام بیشتری به ادای فریضه نماز در زمان اول وقت داشتند، افسردگی کمتری را تجربه نموده اند. جزئیات تفاوت بین گروه ها از نظر افسردگی افراد در ۴ گروه الویت زمانی در سطح اطمینان ۹۵ درصد با آزمون Duncan در جدول ۱ ارائه شده است.

بر اساس نتایج حاصل از نتایج آزمون Pearson، ارتباط معنی دار آماری بین میزان افسردگی دانشجویان با میزان التزام دانشجویان نسبت به ادای فریضه نماز وجود داشت ($P = ۰/۰۰۱$, $r = -۰/۶۱$). در جدول ۲ به مقایسه میانگین نمره افسردگی دانشجویان با میزان التزام دانشجویان نسبت به ادای فریضه نماز پرداخته شده است. بر اساس یافته های این جدول، گروهی که «همیشه نماز می خوانند»، میانگین نمره افسردگی پایین تری را گزارش نمودند؛ به طوری که میانگین نمره افسردگی در این گروه $۲/۳۷ \pm ۷/۰۷$ بود.

بر اساس نتایج حاصل از نتایج آزمون Pearson، ارتباط معنی دار آماری بین میزان افسردگی دانشجویان با میزان تقید دانشجویان نسبت به رعایت الویت زمان ادای فریضه نماز وجود داشت ($P < ۰/۰۰۱$, $r = -۰/۶۵$). مقایسه میانگین نمره افسردگی بر حسب میزان تقید دانشجویان نسبت به رعایت الویت زمان ادای فریضه نماز در جدول ۱ ارائه شده است، همان طور که در جدول نیز نمایان می باشد، تفاوت میانگین نمره افسردگی بین گروهی که با فرا رسیدن زمان نماز، کار را قطع نموده اند، با گروهی که همیشه زمان ادای فریضه نماز را به تأخیر می اندازند، قابل توجه است. بر اساس یافته های این جدول، گروهی که گزینه «کار را قطع کرده و نماز می خوانم» را انتخاب نموده بودند، نمره افسردگی پایین تری را گزارش نمودند؛ به طوری که میانگین نمره افسردگی در این گروه $۷/۷۶ \pm ۳/۰۱$ بود. سایر اطلاعات مربوط به گروه های دیگر در همین جدول ارائه شده است. بر اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه بین افسردگی

جدول ۲. مقایسه میانگین نمره افسردگی دانشجویان نسبت به میزان التزام دانشجویان نسبت به ادای فریضه نماز

التزام به ادای نماز	همیشه نماز می‌خوانم	معمولاً نماز می‌خوانم	گاهی نماز می‌خوانم	نماز نمی‌خوانم	شاخص آماری
شاخص آماری	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	P
افسردگی	۷/۰۷*	۲/۳۷	۱۴/۷۳**	۳/۱۸	۶۲/۸
			۲۹/۳۰***	۴/۶۵	P = ۰/۰۰۱
			۴۶/۶۶****	۵/۱۶	

*, **, و **** در هر ردیف نشان دهنده تفاوت بین گروهی در سطح اطمینان ۹۵ درصد با آزمون Duncan می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، بین افسردگی دانشجویان با متغیر «میزان التزام دانشجویان نسبت به ادای فریضه نماز»، ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که بین میزان افسردگی دانشجویان با متغیر «رعایت اولویت زمان انجام فریضه نماز» ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد.

در تأیید نتایج حاصل از این مطالعه، محتشمی‌پور و همکاران در مطالعه خود با هدف تعیین ارتباط نماز با میزان افسردگی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دریافتند که بین نگرش دانشجویان به انجام فریضه نماز و میزان افسردگی آن‌ها ارتباط معکوس وجود دارد (۳۰). همچنین نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های مطالعه کریمی و گلچین به طور کامل همخوانی دارد؛ به طوری که در آن مطالعه نیز شرکت‌کنندگان مقید به نماز، از سطح بالاتری از سلامت روان برخوردار بوده‌اند و میزان افسردگی در آن‌ها پایین‌تر بود (۱۹). همین طور نتایج تحقیق حاضر با نتایج مطالعه ابهری (به نقل از کریمی و گلچین) نیز همسو می‌باشد. ابهری در مطالعه خود به این نتیجه رسید که ۱۳ درصد از گروه مبتلایان به افسردگی اساسی، بی‌نماز بوده‌اند (۱۹). از دیگر مطالعاتی که با نتایج پژوهش انجام شده، همخوانی داشت و مؤید یافته‌های مطالعه حاضر می‌باشد، می‌توان به مطالعات سیاح، نوربالا و همکاران، ابراهیمی و نصیری (به نقل از محتشمی‌پور و همکاران) اشاره نمود. آن‌ها در تحقیقات خود نشان دادند که بین انجام تکالیف و عملکردهای دینی با کاهش افسردگی رابطه معنی‌دار وجود دارد (۳۰). همچنین نتایج مطالعه هاشمی محمدآباد و همکاران نیز نشان داد که

این در حالی است که بیشترین میزان نمره افسردگی در دانشجویان مورد مطالعه در گروه «نماز نمی‌خوانم» وجود داشت (۵/۱۶ ± ۴۶/۶۶). بر اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه بین افسردگی با متغیر التزام به ادای فریضه نماز، ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت (P = ۰/۰۰۱). آزمون Duncan نشان داد که افرادی که التزام بیشتری به ادای فریضه نماز داشتند، افسردگی کم‌تری را تجربه نموده‌اند. جزئیات تفاوت بین گروه‌ها از نظر افسردگی افراد در ۴ گروه التزام به فریضه نماز در سطح اطمینان ۹۵ درصد با آزمون Duncan در جدول ۲ نشان داده شده است.

در زمینه ارتباط بین برخی از پارامترهای جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها با افسردگی، بر اساس نتایج حاصل از آزمون t مستقل، یافته‌ها حاکی از عدم وجود ارتباط معنی‌دار آماری بین میزان افسردگی دانشجویان با نوع جنسیت بود (P > ۰/۰۵)، همچنین آزمون Spearman نشان داد که بین افسردگی با میزان تحصیلات والدین دانشجویان ارتباط معنی‌دار آماری وجود ندارد (P > ۰/۰۵)، لیکن دیگر نتایج مطالعه حاضر با استفاده از آزمون Spearman، حاکی از وجود ارتباط معنی‌دار بین افسردگی با مقطع تحصیلی دانشجویان بود (P = ۰/۰۲، r = -۰/۵۵). پیرامون وجود ارتباط بین افسردگی با متغیر رشته تحصیلی با این که میزان افسردگی در برخی از رشته‌ها بیشتر بود، اما ارتباط آماری، معنی‌دار نشد (P > ۰/۰۵). از دیگر یافته‌های مطالعه حاضر، می‌توان به معنی‌دار شدن افسردگی بر اساس وضعیت تأهل اشاره نمود؛ به طوری که میزان افسردگی در گروه دانشجویان مجرد بالاتر بود (P < ۰/۰۵).

دانشجویانی که پای‌بند به باورهای دینی هستند و فرایض دینی را به طور منظم به جا می‌آورند، از میزان افسردگی کم‌تری رنج می‌برند (۳۱).

در رابطه با نقش مذهبی و عملکرد دینی و به خصوص نماز با میزان افسردگی، تحقیقاتی در سال‌های اخیر در کشورمان انجام شده است، از جمله موسوی و همکاران (به نقل از محتشمی‌پور و همکاران) پژوهشی تحت عنوان بررسی رابطه پباداری نماز با اختلال افسردگی اساسی بر روی بیماران مراجعه کننده به کلینیک بیمارستان خورشید اصفهان انجام دادند که نتایج پژوهش مبین وجود رابطه معنی‌داری بین نحوه پباداری نماز در ۶ ماه قبل از ابتلا به افسردگی اساسی با ابتلا به این بیماری بود (۳۰). به علاوه نتایج مطالعه کیفی انجام شده توسط اخبارده با هدف تعیین نقش اعتقادات معنوی و نماز در اعتلای سلامت نشان داد که اعتقادات مذهبی در شرکت‌کنندگان اثر حمایتی دارد و به شکل نوعی مکانیزم سازگاری احساسی باعث کاهش افسردگی در افراد می‌شود (۳۲). مطالعه Laloe و Ganesan نیز حاکی از رضایت ۹۰ درصد بیماران از به کارگیری روش‌های غیر دارویی از قبیل انجام فرایض دینی (نماز، روزه، مناجات) برای تسکین و کنترل افسردگی می‌باشد (۳۳).

میزان شیوع افسردگی در بین دانشجویان در مطالعه حاضر ۴۴ درصد بود که با نتایج مطالعه احمدی همخوانی داشت. بر اساس یافته‌های مطالعه اخیر، میزان افسردگی در گروه دانشجویان از ۱۰/۵۴ تا ۶۲/۹ درصد برآورد شده است (۳۴). در زمینه ارتباط بین برخی از پارامترهای جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها با افسردگی، یافته‌ها حاکی از عدم وجود ارتباط معنی‌دار آماری بین میزان افسردگی دانشجویان با نوع جنسیت و میزان تحصیلات والدین دانشجویان بود، نتایج مطالعه هاشمی محمدآباد و همکاران از این یافته حمایت می‌کند (۳۱).

بر طبق دیگر نتایج مطالعه حاضر، ارتباط معنی‌داری بین افسردگی با مقطع تحصیلی دانشجویان وجود داشت که نتایج حاصل از مطالعه رشیدی زاویه با هدف تعیین میزان افسردگی در دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی زنجان نیز مؤید همین مطلب است (۳۵). پیرامون وجود ارتباط بین

افسردگی با متغیر رشته تحصیلی با این که میزان افسردگی در برخی از رشته‌ها بیشتر بود، اما ارتباط آماری معنی‌دار نشد که این موضوع با برخی از دیگر مطالعات انجام شده همخوانی دارد (۳۶). همچنین در مطالعه حاضر میزان افسردگی در گروه دانشجویان مجرد بالاتر بود که با نتایج مطالعه قریشی‌زاده و نوری (به نقل از قریشی‌نژاد) که بر روی ۲۱۵ دانشجوی مختلف پزشکی در ترم‌های مختلف انجام شد، مطابقت دارد (۳۷).

در مجموع از یافته‌های این پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که خواندن نماز و نگرش مثبت به نماز در زندگی، در میزان آرامش روحی و کاهش افسردگی دانشجویان تأثیر دارد و هر چه میزان تقید به ادای نماز اول وقت بیشتر باشد، میزان کاهش افسردگی نیز بیشتر خواهد بود لیکن نکته مهم و قابل تأمل این است که صرف نماز خواندن اگر با سهل‌انگاری و اجبار و اکراه باشد، اثر آرامش‌بخش در زندگی نخواهد داشت و این موضوع در قرآن کریم نیز مزمت شده است، فویل للمصلین* الذین هم عن صلاتهم ساهون* الذین هم یراوون (سوره مبارک الماعون، آیات شریفه ۴-۶).

امروزه بسیاری روان‌شناسان دریافته‌اند که دعا، نماز و داشتن یک ایمان محکم به دین، اضطراب، افسردگی و ترس را که زمینه‌ساز بسیاری از بیماری‌ها است، برطرف می‌کند (۳۸). به نظر می‌رسد که افراد مذهبی و غیر مذهبی میزان فشار روانی مشابهی را تجربه می‌کنند لیکن افراد مذهبی می‌توانند با رویدادهای منفی زندگی و عوامل فشارزای روانی مقابله کنند، زیرا واکنش آن‌ها به فشار روانی تحت تأثیر مذهب برای مقابله با فشار روانی به خاطر نقشی است که در فرایند ارزشیابی دارد.

از جمله محدودیت‌های این تحقیق می‌توان به مطالعه رابطه بین متغیرها بر روی یک گروه دانشجویی (گروه علوم پزشکی) اشاره کرد، توصیه می‌شود که این بررسی بر روی سایر گروه‌های سنی، تحصیلی و قومی نیز انجام شود. جنبه ارزشی و اخلاقی موضوع حاضر و امکان این که افراد در رویارویی با چنین پژوهش‌هایی تا حدودی از خود مقاومت نشان دهند، از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود.

نماز را فراهم آورند تا فعالیت این مرکز به حالتی فعال و اثرگذار در دانشگاه تبدیل شود؛ چرا که اعتقاد بالایی دانشجویان به اصل نماز و پایبندی به آن، نیازمند تدوین برنامه‌های جامع و مدون و ارتقای جایگاه ستاد اقامه نماز در دانشگاه است. همچنین به نظر می‌رسد که به موازات سیاست‌گذاری در این راستا، تبلیغات مستمر و استفاده از مبلغان دینی در دانشگاه برای اقامه نماز امری ضروری است. همچنین پیشنهاد می‌شود که ارتباط و تأثیر نماز بر دیگر شاخصه‌های سلامت روان همچون استرس، اضطراب، پرخاشگری و اعتماد به نفس دانشجویان در پژوهش‌های آتی با حجم نمونه بالاتر مورد ارزیابی قرار گیرد.

سیاسگذاری

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند که از همکاری صمیمانه کلیه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که در انجام این پژوهش، صادقانه همکاری نمودند، جهت به ثمر رسیدن این پژوهش، تشکر و قدردانی نمایند. هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

نتایج پژوهش حاضر، بیانگر ارتباط مثبت بین نگرش نسبت به امور مذهبی و افسردگی می‌باشد، از این رو می‌تواند رهنمودی برای برنامه‌ریزان و مسؤولین دانشگاه‌های کشور باشد، تا در برنامه‌ریزی آموزشی خود جهت دانشجویان بر نقش اعتقادات مذهبی در بهداشت روان تأکید بیشتری داشته باشد و از عنصر راه‌بردی مذهب و از مصادیق بارز آن یعنی نماز برای دانشجویان جهت ارتقای سلامت روان خاصه کنترل افسردگی در این قشر آینده‌ساز، استفاده بهینه‌ای نمایند. نتایج این پژوهش می‌تواند مورد توجه مسؤولین محترم دانشگاه، واحدهای مشاوره دانشجویی و مورد عنایت دانشجویان عزیز در راستای شناخت خویشتن و کمک به رشد و تعالی آن‌ها قرار گیرد.

از آن جا که اقامه نماز یکی از ضروریات دین و نشانه حکومت صالحان است و با توجه به نتایج مطالعه حاضر مبنی بر ارتباط نماز با افسردگی دانشجویان، برای اسلامی شدن دانشگاه‌ها که محور فکر و اندیشه جامعه می‌باشند، پیشنهاد می‌شود که مسؤولین محترم امر سیاست‌گذاری در دانشگاه‌ها موجبات گسترش فعالیت دفتر فرهنگ اسلامی و ستاد اقامه

References

1. Azad Marzabadi A. The role of stress in students' mental health. Proceedings of the Second Seminar of Students mental health; 2-3 March, 2005, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran. p. 1-4.
2. Vahedi Sh, Eskandari F. The validation and multi-group confirmatory factor analysis of the Satisfaction with Life Scale in nurse and midwife undergraduate students. IJNR 2010; 5(17): 68-79. [In Persian].
3. Hosseini SH, Kazemi SH, Shahbaznezhad L. Evaluation of mental health in athletic and nonathletic students. J Mazandaran Univ Med Sci 2006; 16(3): 97-104. [In Persian].
4. Asadi MH, Barati SF, Bahmani B, Sayah M. A study on general health and self-esteem of sportman medical University in 2nd sports olympiad. Teb va Tazkiyeh 2002; 11(1): 43-9. [In Persian].
5. Azimi H, Jannati Y, Mahmoudi G. Textbook of mental health nursing. Tehran, Iran: Salami Publication; 2002. p. 118-29. [In Persian].
6. Chavoshi A, Talebian D, Tarkhorani H, Sedqi Jalal H, Azarmi H, Fathi Ashtiani A. The relationship between prayers and religious orientation with mental health. Journal of Behavioral Sciences 2008; 2(2): 149-56. [In Persian].
7. Hosanei SH, Mosavy MH. The comparative study of health status of medical students and para-medical students trainee. J Gorgan Uni Med Sci 2004; 6(1): 101-7. [In Persian].
8. Hosseini SH, Mousavi SE. Mental health status of newly Admitted students of Mazandaran university of medical sciences in 1999-2000 Academic year. J Mazandaran Univ Med Sci 2000; 10(28): 23-32. [In Persian].
9. Eslamei AA, Vakili MA, Faraji J. The study of the rate of depression and its relation to kind of free time activity among the medical students. J Gorgan Uni Med Sci 2002; 4(1): 52-9. [In Persian].
10. Dadkhah B, Mohammadi M, Mozaffari N. Mental health status of the students in Ardabil University of Medical Sciences, 2004. J Ardabil Univ Med Sci 2006; 1(6): 31-6. [In Persian].

11. Rettek SI. Cultural differences and similarities in cognitive appraisals and emotional responses. New York, NY: New School for Social Research; 1990.
12. Vaghei S. Survey on psychological secure status of the students. J Sabzevar Univ Med Sci 1998; 4(3): 83-8. [In Persian].
13. Fathi M. Incidence rate and sources of stress among nurses working in intensive care unit of kurdistan university of medical sciences. Sci J Kurdistan Univ Med Sci 2003; 7(28): 53-62. [In Persian].
14. Sherina MS, Lekhraj R, Nadarajan K. Prevalence of emotional disorders among medical students in a Malaysian university. Asia Pacific Family Medicine 2003; 2(4): 213-7.
15. Aktekin M, Karaman T, Senol YY, Erdem S, Erengin H, Akaydin M. Anxiety, depression and stressful life events among medical students: a prospective study in Antalya, Turkey. Med Educ 2001; 35(1): 12-7.
16. Noble RE. Depression in women. Metabolism 2005; 54(5 Suppl 1): 49-52.
17. Ozdemir H, Rezaki M. General Health Questionnaire-12 for the detection of depression. Turk Psikiyatri Derg 2007; 18(1): 13-21. [In Turkish].
18. Rezaie Adrini M, Azadi A, Ahmadi F, Vahedian Azimi A. Comparison of depression, anxiety, stress and quality of life in dormitories students of Tarbiat Modares Universit. Iran J Nurs Res 2007; 2(4-5): 31-8. [In Persian].
19. Karimi M, Golchin M. An elementary study on prayer and health of youths. J Fundam Ment Health 2004; 5(18): 45-56.
20. Yamey G, Greenwood R. Religious views of the 'medical' rehabilitation model: a pilot qualitative study. Disabil Rehabil 2004; 26(8): 455-62.
21. Rahimi Ch, Nasirzade R. The effects of praying motives on students' attitudes toward performing their prayers. Developmental Psychology 2006; 2(6): 121-30. [In Persian].
22. McCullough ME. Prayer and health: Conceptual issues, research review, and research agenda. Journal of Psychology and Theology 1995; 23(1): 15-29.
23. Maltby J, Day L. Depressive symptoms and religious orientation: examining the relationship between religiosity and depression within the context of other correlates of depression. Personality and Individual Differences 2000; 28(2): 383-93.
24. Unruh AM, Versnel J, Kerr N. Spirituality unplugged: a review of commonalities and contentions, and a resolution. Can J Occup Ther 2002; 69(1): 5-19.
25. Moatamedi A, Ejei J, Azadfallah P, Kyamanesh AR. The relationship between religious tendency and successful aging. Daneshvar Raftar 2005; 1(10): 43-56. [In Persian].
26. Soleimanizadeh L, Agamolaei T. The relation of depression and individual perception about being religious in Bandar Abbas Nursing, Midwifery and Health Students in 2000. J Arak Univ Med Sci 2002; 5(2): 11-5. [In Persian].
27. Pargament KI. The psychology of religion and coping: Theory, research, practice. New York, NY: Guilford Publications; 1997.
28. Nasirzadeh R, Rassolzadeh Tabatabaie K. Religious beliefs and coping strategies in students. Ofogh-e-Danesh Journal 2009; 15(2): 36-45. [In Persian].
29. Nemat Sogolitappeh F, Aliloo MM, Babapur Kheyroddin J, Toufan Tabrizi M. Effectiveness of group life skills training on decreasing anxiety and depression among heart patients, after bypass surgery. IJPCP 2009; 15(1): 50-6. [In Persian].
30. Mohtashami Pour E, Mohtashami Pour M, Hassanabadi H. The survey of pray and depression rate relationship in paramedical and health students of Mashhad University. Ofogh-e-Danesh Journal 2003; 9(1): 76-81. [In Persian].
31. Hashemi Mohammad Abad N, Zadeh Bagheri Gh, Ghaffarian Shirazi HR. A survey on some etiologic factors related to depression among university students in Yasuj. Journal of Medical Research of Shiraz University of Medical Sciences 2003; 2(1): 19-27. [In Persian].
32. Akhbardeh M. Role of spiritual beliefs and prayer in health promotion of chronic patients: A qualitative study. Journal of Quran and Medicine 2011; 1(1): 5-10. [In Persian].
33. Laloe V, Ganesan M. Self-immolation a common suicidal behaviour in eastern Sri Lanka. Burns 2002; 28(5): 475-80.
34. Ahmadi J. A study of depression in medical students. Andeesheh Va Raftar 1995; 1(4): 6-12. [In Persian].
35. Rashidi F. Study of the range of depression in students of Zanjan Nursing and Midwifery Faculty. J Zanjan Univ Med Sci 2001; 9(36): 44-54. [In Persian].
36. Fardadi A, Amini F. The survey of prevalence of depression and impact on performance academic students in Lorestan Medical Students. Yafteh 1998; 1(3): 21-6. [In Persian].

37. Ghorayshinejad S. The Survey of Prevalence of Depression in Iran Medical Students. [Thesis]. Tehran, Iran: Iran University of Medical Sciences. 1999. p. 2-17. [In Persian].
38. Khayati N. Prayer in the scope of family. Tehran, Iran: Olya va Morabian Publication; 1997. [In Persian].

Relationship between commitment and priority to prayer with depression and some demographic parameters

Amir Musarezaie¹, Homayoon Naji- Esfahani², Narjes Khosravi³,
Tahereh Momeni- Ghaleghasemi MSc⁴, Nasrin Masaali MSc⁵

Abstract

Aim and Background: Prayer is one of the commandments of God and has an essential role in human's mental relaxation. Many texts about religion, spirituality and healing exist, and in many of them the relationship between prayer and mental health and the protective effect of these concepts have been noted. Depression is more common among students. It decreases their academic success and achievements and keeps them from reaching their goals. This study aimed to determine the relationship between prayer and depression and some demographical parameters.

Methods and Materials: This cross-sectional study was conducted during four months. 715 students from Isfahan University of Medical Sciences were randomly chosen. Data gathering tool included demographic information form, Beck depression questionnaire and prayer checklist.

Findings: Depression incidence among students was 44%. There was a statistically significant relationship between obligation to prayer and depression ($P = 0.001$). Also findings revealed that there was a statistically significant relationship between depression and respecting the priority of prayer time ($P < 0.001$).

Conclusions: Praying and respecting the priority of prayer time significantly decreased depression among students. It is suggested in order to achieve primary prevention and decrease the prevalence of students' depression disorders, more comprehensive actions should be performed to promote prayer culture.

Keywords: Commitment to prayer, Depression, Demographic parameters, Priority to prayer, Students

Type of article: Original

Received: 21.06.2012

Accepted: 07.01.2013

1. MSc Student, Department of Adult Health Nursing, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: musarezaie@nm.mui.ac.ir
2. Assistant Professor, Department of Operating Room, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3. MSc Student, Department of Psychonursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
4. Department of Adult Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
5. Psychologist, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran