

تبیین سلامت معنوی و روانشناختی بر پایه نگرش مذهبی در ورزشکاران جوان

امیر دانا^۱

اکبر آقازاده^۲

زین العابدین فلاح^۳

امیر حمزه سبزی^۴

چکیده

هدف این پژوهش تبیین سلامت معنوی و روانشناختی بر پایه نگرش مذهبی در ورزشکاران جوان بود. روش تحقیق توصیفی همبستگی بود. جامعه آماری کلیه ورزشکاران جوان ۱۸ تا ۲۵ سال شهرستان گرگان بودند و حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران تعداد ۳۸۴ نفر تعیین گردید. شرکت کنندگان پرسشنامه نگرش مذهبی، مقیاس سلامت معنوی و فهرست ۲۵ نشانه‌ای را تکمیل کردند. داده‌های حاصله با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون سلسله مراتبی در سطح اطمینان ۹۵ درصد تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که بین نگرش دینی با سلامت معنوی و سلامت روانی رابطه معنی داری وجود دارد. بدین صورت که نگرش دینی بالاتر در سلامت معنوی و سلامت روانی افراد نقش قابل توجهی دارد. و سلامت معنوی نقش واسطه‌ای در ارتباط نگرش مذهبی و

۱- گروه تربیت بدنی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)
amirdana@iaut.ac.ir

۲- دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، گروه تربیت بدنی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، آذربایجان غربی
Akbar.aghazade@yahoo.com

۳- گلستان، گروه تربیت بدنی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران تلفن همراه:
zy.fallah@gmail.com ۰۹۱۱۱۷۰۳۵۶۹

۴- استادیار، گروه تربیت بدنی، دانشگاه پیام نور، تهران،
amir.hamze2005@gmail.com

نشانه‌های روانشناختی ایفا می‌کند، بدین معنی که داشتن نگرش مذهبی به خودی خود تضمین‌کننده کاهش نشانگان روانشناختی نیست بلکه نگرش مذهبی باعث ایجاد سلامت معنوی شده و از این طریق بر سلامت روانی اثرگذار است. در کل می‌توان گفت که نگرش دینی نقش بسزایی در سلامت افراد جامعه دارد و با توجه به جنگ نرم کشورهای غربی پیشنهاد می‌شود که نهادهای زیرربط بر تقویت بنیه مذهبی جوانان کشورمان اهتمام ویژه‌تری داشته باشند.

واژگان کلیدی

دینداری، سلامت، ورزشکاران جوان

طرح مسأله

انسان موجودی چند بعدی، پیچیده و پر رمز و راز است و علم با همه پیشرفت‌ها و گسترده‌گی خود، هم‌چنان در کشف هزاران سر از اسرار وجودی انسان ناتوان و حیران مانده است؛ دنیای روان انسان به مراتب از دنیای جسم او ناشناخته‌تر مانده است. عدم شناخت کامل روان انسان، ارائه راه‌حل‌ها و درمان‌های قطعی برای ناهنجاری‌های روان-شناختی و تعیین خط مشی رشدی و تربیتی برای اقدامات پیشگیرانه را با محدودیت روبرو ساخته است (آرین، منصور و دلاور، ۱۳۸۷، ۲۵). شناخت واقعیت روان انسان دارد تحقق محقق نمی‌شود مگر آن که فطرت آدمی با توجه به دستورها و راهنمایی‌های خالق هستی، به درستی شناسایی و درک گردد. روان آدمی از نظر فلسفی از مجردات است و موجود مجرد جز از مجردات تأثیر نخواهد پذیرفت. روان انسان از مجرداتی مثل گناه، غیبت، تهمت، حسد، خوبی، عبادت و عمل خالص و نیت خیر اثر می‌پذیرد. بنابراین، برای پیشگیری از بروز حالات عدم تعادل روانی و خارج شدن انسان از خط صراط مستقیم، باید بازگشت به فطرت پاک الهی را توصیه کرد، تا انسان به دور از عوامل تحریکی خارج کننده از صراط مستقیم، به این راه راست پای‌نهد و منحرف نگردد. اینجا نقطه عطف ارتباط بین دین و بهداشت روانی است؛ زیرا بهداشت روانی نیاز به شناخت کامل روان انسان دارد؛ دین نشأت گرفته از علم الهی است و خالق، از روان مخلوق خود شناخت کامل دارد. بنابراین، دین می‌تواند اطلاعات جامعی درباره روان انسان ارائه کند و آموزه‌های آن می‌تواند راهنمای کاملی برای رعایت بهداشت روانی باشد (چراغی و مولوی، ۱۳۸۵، ۷۸). توجه به این امور در خصوص جامعه ورزشکاران اهمیت فراوان دارد. سلامت روان‌شناختی در ورزشکاران در شکل‌گیری اخلاق حرفه‌ای و رفتارهای جوانمردانه نقش اساسی دارد (ندایی و علوی، ۱۳۸۷) و می‌تواند در پیش‌گیری از بی‌بند و باری اخلاقی (هوج و همکاران^۱، ۲۰۱۳) که متأسفانه امروزه در ورزش حرفه‌ای شایع است ایفای نقش نماید.

سلامت معنوی که ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای داخلی فراهم می‌کند،

با ویژگی‌های ثابت در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشان، خدا، جامه و محیط مشخص شده و یکپارچگی و تمامیت فرار را تعیین می‌کند (گریون و هیرنل، ۲۰۰۳: به نقل از رضایی، سید فاطمی و حسینی، ۱۳۸۵، ۲۹۶). گومز و فیشر (نقل از مودلی، ۲۰۰۸، ۴۹) نیز سلامت معنوی را با اصطلاح حالتی از بودن، واکنش احساسات مثبت، رفتارها و شناخت و ارتباط با خود، دیگران و یک نیروی ماورایی و فطرت تعریف می‌کنند که فرد را متمایل به احساس هویت، کمال، رضایت مندی، لذت، خرسندی، زیبایی، عشق، احترام، نگرش مثبت، آرامش، توازن درونی و هدف و جهت زندگی می‌نماید. با توجه به این مطلب، معنویت و سلامت معنوی می‌تواند روزانه به طریق مختلف تظاهر کنند: تبدلات با دیگران، دلسوزی، تجربیاتی در مورد طبیعت که احساس نزدیکی و اتحاد با دنیای طبیعی را ایجاد کند، ارتباط غیرشخصی با برخی نیروهای برتر یا قدرتی که جهان را هدایت می‌کند یا با یک خدای شخصی که فرد را می‌شناسد و از او مراقبت می‌کند (کرنز، گیرون و مک آلیس، ۱۹۸۸، به نقل از امیدواری، ۱۳۸۵: ۵).

یکی از عوامل مرتبط با این مساله که می‌تواند بر سلامت معنوی تاثیر گذار باشد، اعتقادات و باورهای مذهبی و دینی است، که بر این اساس طی سال‌های اخیر روند پژوهش در مورد مذهب و ابعاد سلامت پیشرفت فزاینده‌ای پیدا کرده است (منصور نژاد و همکاران، ۱۳۸۹، ۱۳۶). تحقیقات همچون مسی (۲۰۱۰، ۱۷) و نووال (۲۰۱۰، ۱۷) نشان می‌دهد که دین و اعتقادات مذهبی که از عوامل مهم و تاثیر گذار در سلامت است، چهره جهان را در نظر فرد معتقد دگرگون می‌سازد و طرز تلقی او را از خود، خلقت و رویدادهای پیرامون تغییر می‌دهد. در کل این فراد حوادث را با تکیه بر ایمان و اعتقاد خود راحت تر می‌گذرانند، کمتر دستخوش استرس و اضطراب می‌شوند و در نتیجه انتظار این افراد از آینده امیدوارانه تر و خوش بینانه تر است (عسگری و همکاران، ۱۳۸۸، ۳). در همین راستا طی تحقیقات مرتبط، بیان می‌شود که اعتقادات دینی و مذهب با انسان آرامش می‌دهد، امنیت فرد را تضمین می‌کند، خلاءهای اخلاقی، عاطفی و معنوی را در فرد و اجتماعات را از بین برده و پایگاه محکمی برای انسان در برابر مشکلات و محرومیت‌های زندگی ایجاد می‌کند (اسدی نوقانی و همکاران، ۱۳۸۴، ۸) که این نکته خود می

تواند از عوامل زمینه ساز و پیش بینی کننده وجود یا ایجاد کننده بهداشت معنوی باشد. اخیراً در میان روان شناسان گرایش هایی پیدا شده، که طرفدار توجه بیشتر به دین برای سلامت روانی و درمان بیماری های روانی است. با پیشرفت روان شناسی و ظهور روان شناسی پیچیده تر که ناظر به جنبه های عاطفی، احساساتی و انفعالی ذهن بود، نظریه هایی درباره دین (مانند نظریه مارت) پدید آمد که تأثیر دین را در نوعی احساس خشوع و خشیت می دید. این احساس پیش از آنکه به صورت امری قدسی یا قدرتی مرموز تجربه شود، به شکل احساس خشیت تلقی می شد. پژوهش هایی که در خصوص تأثیر دین و معنویات بر روی بهداشت روانی صورت گرفته اند نشان می دهند که دین و جهان بینی های توحیدی ساختارهای ذهنی شخصی افراد را وسعت بخشیده، قابلیت، ظرفیت، تفسیر و تحلیل شناختی را بهبود می بخشد و بدین سان، توانایی کل نگرایی افراد افزایش می یابد. در انسان معتقد به دین احساس آشفستگی عدم کنترل و رهاشدگی رخ نمی دهد. دین و جهان بینی های فرهنگی با تدارک زمینه ای که در آن، فرد خودش را با ارزش و با شکوه تصور می کند، عزت نفس نسبتاً پایداری را ایجاد می نمایند (اکبریان، ۱۳۹۵). در سال های اخیر تحقیقات متعددی در زمینه ارتباط بین مذهب و سلامت روان انجام شده است. برای مثال، نتایج البرزی و سامانی نشان داد که با افزایش نگرش مذهبی، میزان افسردگی و اضطراب کاهش می یابد (البرزی و سامانی، ۱۳۷۹). جلیوند (۱۳۸۰) دریافت که رابطه بین عوامل سلامت روان و پای بندی دینی معنادار می باشد. علی رغم اینکه برخی از محققان و نظریه پردازان از جمله فروید و ایس، مذهب را با بیماری روانی مرتبط دانسته اند، اما مطالعات و پژوهش های انجام گرفته در دهه اخیر با تمایز قایل شدن بین مذهبی که زندگی سالم به انسان عرضه می کند و دیگر مذاهب، نقش مؤثر و جایگاه ویژه در قلمرو بهداشت روانی و نیز کارایی آن را در درمان بیماری های روانی به وفور نشان داده اند (جان بزرگی، ۱۳۷۸). تویس^۱ (۱۹۹۹) در پژوهش خود نتیجه گرفت افرادی که دارای اعتقادات مذهبی قوی هستند، از نظر سلامتی جسمانی در حد بالاتری از افراد دیگر می باشند و طول

عمرشان نیز نسبت به آنها بیشتر است. ریسبرگ^۱ (۱۹۹۹) رابطه مثبت معناداری بین باورهای مذهبی افراد و سلامت روانی آنها به دست آورد. استین^۲ (۱۹۹۲) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که شرکت در اجتماعات مذهبی به طور معناداری میزان خودکشی را در جوانان کاهش می‌دهد. در دیدگاه اسلامی ذکر خدا آرامش‌دهنده‌ی دل‌ها و ایمنی‌بخش قلب‌ها است (صادقی و همکاران، ۲۰۰۹، ۶۸). اثرهای مذهب و سلامت معنوی روی سلامت روان بیش‌تر از سلامت جسم می‌باشد (عزیزی، ۲۰۱۴). تحقیقات متعدد نشان داده‌اند که معنویت و دینداری تأثیر انکارناپذیری بر سلامت روان دارد. حتی در اینکه افراد به خاطر عوامل درونی یا بیرونی مذهبی باشند، تفاوت‌های آشکاری در سلامت روان آنها دیده شده است. اولین فردی که به صورت علمی این موضوع را بررسی کرد، گوردن آلپورت^۳ بود. او به همراه راس^۴ مقیاسی را که جهت‌گیری درونی و بیرونی مذهبی را مشخص می‌کرد، ساختند که در تحقیقات بسیاری از آن استفاده شده است. پس از ایشان، محققان دیگری نیز به ساخت آزمون‌های مربوط به دینداری پرداختند. در یک مطالعه مداخله‌ای بالینی، الایز^۵، نقش دعا کردن توسط خود و دیگران بر میزان اضطراب، عزت نفس و افسردگی از طریق شاخص‌های عینی و ذهنی ارزیابی نمود. یافته‌ها نشان داد که در همه‌ی شاخص‌های ذهنی و اکثر میزان‌های عینی، دعا کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش عزت نفس را موجب شده است. الیزابت و همکارانش تحقیقی با عنوان «بررسی رابطه بین باورهای مذهبی و سلامت فیزیکی، روانی و بیماری‌های حاد» انجام دادند. نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیره نشان داد که ارتباط معناداری بین اجزای باورهای دینی و سلامتی وجود دارد. اعمال خصوصی مذهب مثل دعا، تفکر و گوش دادن به برنامه‌های مذهبی، رابطه‌ی معکوس با سلامت فیزیکی داشت (الیزابت و همکاران، ۲۰۰۵). مورفی و ماها لینگام در تحقیق دیگری نشان دادند، اعتقادات دینی و مقید بودن به آن، با نداشتن

-
1. Risberg
 2. Stein
 3. Allport
 4. Ross
 5. OLaories

افسردگی همبستگی دارد (مورفی و ماها لینگام، ۲۰۰۶) در تحقیق اکس لاین نیز مذهب منبع آرامش تلقی شده و در آن، ارتباط بین متغیرهای مذهبی و پریشانی روانی در میان دو گروه آزمایشی بیماران مراکز درمانی و گروه دانشجویان بررسی شد. نتایج نشان داد آرامش روانی با داشتن مذهب همبستگی مثبت دارد. آزمودنی‌های پژوهش، گرایش به نداشتن مذهب را با سطح بالای افسردگی و افکار خودکشی مرتبط دانستند و آرامش را در داشتن مذهب نشان دادند. در میان دانشجویان، افسردگی با احساس بیگانگی از خدا و تضادهای میان فردی در زمینه‌های مذهبی همراه بود (اکس لاین، ۲۰۰۸). در پاسخ به این نیاز که کدام جنبه از دین، نقش اساسی تری در سلامت عمومی ایفا می‌کند، بال، آرمیستید و آستین^۱ رابطه بین ابعاد دین (خودگرایی دینی، دین‌گرایی خانواده و نرخ حضور در مراسم کلیسا) را با عزت نفس، فعالیت‌های جنسی و کارکرد روانشناختی در بین دختران نوجوان شهری آمریکایی و آفریقایی در سال ۲۰۰۳ مورد بررسی قرار دادند. آنها الگویی از روابط را میان متغیرهای مذکور به شرح زیر گزارش دادند: اول، مقایسه عزت نفس نوجوانان در سطوح مختلف خودپیروی دینی حاکی از یک اثر اصلی معنادار، برای متغیر خودپیروی دینی بود. نوجوانان در سطوح مختلف خودپیروی دینی از لحاظ فعالیت‌های جنسی و عملکرد روان‌شناختی تفاوت معناداری نشان ندادند. دوم، مقایسه عزت نفس و عملکرد روان‌شناختی نوجوانان در سطوح مختلف حضور در مراسم کلیسا، نشانگر تأثیر اصلی معناداری و برای متغیر حضور در کلیسا بود. در نهایت، مقایسه عزت نفس و عملکرد روان‌شناختی نوجوانان در سطوح مختلف دین‌گرایی در خانواده تأثیر معناداری داشت. به عبارت دیگر، نوجوانان خانواده‌های دین‌گرا، عزت نفس بالاتری داشتند (بال و همکاران، ۲۰۰۳). پژوهش‌های انجام گرفته در کشور، حدوداً عمری بیست ساله دارند که در زمینه سلامت عمومی و دین انجام شده است (برای مثال، بهرامی مشعوف ۱۳۷۳؛ اسلامی ۱۳۷۵؛ جان‌بزرگی، ۱۳۷۸). کرمی و همکاران (۱۳۸۵)، پژوهشی با هدف بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه رازی انجام دادند. نتایج رابطه‌ی معناداری را بین این دو متغیر نشان دادند. ظروفی (۱۳۸۸) به بررسی سلامت عمومی و رابطه

آن با گرایش به اعمال مذهبی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد شبستر پرداخت. نتایج نشان داد بین سلامت عمومی و گرایش به اعمال مذهبی رابطه‌ی معناداری وجود دارد. همچنین میزان سلامت عمومی در دانشجویان دختر و گرایش به اعمال مذهبی در دانشجویان پسر بیشتر بود (ظروفی، ۱۳۸۸). حمید (۱۳۸۸)، در پژوهشی بین رشته‌ای، به بررسی رابطه نگرش مذهبی با سلامت عمومی و عملکرد سیستم ایمنی بدن پرداخت. نتایج نشان داد بین نگرش مذهبی و سلامت عمومی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. هم چنین بین نگرش مذهبی و سیستم ایمنی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. از سوی دیگر، بین سلامت عمومی و سیستم ایمنی دانشجویان با نگرش مذهبی پایین و بالاتر تفاوت معنادار وجود داشت (حمید، ۱۳۸۸). رضایی شهسواری و همکاران (۱۳۹۵) به بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و نگرش مذهبی با رضایت از زندگی در سالمندان مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان شهید بهشتی کاشان پرداختند. نتایج آنها نشان داد که رابطه معنی داری بین رضایت از زندگی با سلامت معنوی و نگرش مذهبی عاطفی با رضایت از زندگی وجود دارد. آنها نتیجه گرفتند که سلامت معنوی و نگرش مذهبی تاثیر بسزایی در تامین رضایت از زندگی بیماران سرطانی دارد. اکبریان (۱۳۹۵) به بررسی رابطه بین نگرش مذهبی با شادکامی و خود کارآمدی دانش آموزان دوره ی دوم متوسطه شهرستان آستارا پرداختند. یافته ها نشان داد که بین نگرش مذهبی با شادکامی و خود کارآمدی دانش آموزان رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد. همچنین مشیریان فراحی و همکاران (۱۳۹۵) دریافتند که بین نگرش مذهبی و نمره سلامت روان کارکنان زندان چناران رابطه معکوس و معنی داری وجود دارد. همچنین بین نگرش مذهبی و رضایت زناشویی، رابطه مثبت معنی داری وجود داشت.

همان‌طور که گذشت، در بیشتر مطالعات صورت گرفته روی سلامت روان‌شناختی ورزشکاران، شناسایی ریشه‌های معنوی و دینی دور از توجه پژوهشگران بوده است و مطالعات سلامت روانی با رویکرد عوامل معنوی و دینی روی نمونه‌های غیرورزشکار صورت گرفته است. از این رو تحقیق حاضر ضمن پیمایش نگرش دینی، سلامت معنوی و سلامت روانی در ورزشکاران جوان، به دنبال پاسخ گویی به این سوال بود که آیا سلامت

معنوی و روانشناختی بر پایه نگرش مذهبی در ورزشکاران قابل تبیین است؟

روش پژوهش

روش تحقیق توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری کلیه ورزشکاران جوان ۱۸ تا ۲۵ سال شهرستان گرگان بودند. با توجه به نامشخص بودن تعداد، جامعه آماری نامحدود در نظر گرفته شد و حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران برای جامعه نامحدود به تعداد ۳۸۴ نفر تعیین گردید. در مرحله اجرای پژوهش پس از ارائه توضیحات مقدماتی درباره ابزار اندازه گیری و هدف از اجرای آزمون، نحوه پاسخ گویی به آزمون‌ها برای شرکت کنندگان به طور مفصل شرح داده شد. در خصوص ملاحظات اخلاقی پس از کسب رضایت نامه از افراد و دادن آگاهی‌های لازم، به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات دریافت شده فقط در این پژوهش استفاده خواهد شد و از هرگونه سوء استفاده محفوظ خواهد بود. ابزار استفاده شده در پژوهش حاضر به شرح زیر است:

مقیاس نگرش مذهبی^۱ (RAS): این مقیاس توسط خدایاری فرد و همکاران

(۱۳۷۹) براساس سازه‌های نظری و مفاهیم نگرش ادیان الهی به ویژه اسلام با نمونه‌ای ۳۶۹ نفری از دانشجویان دانشگاه‌های تهران، صنعتی شریف و طلاب حوزه علمیه قم ساخته شد. نسخه نهایی این مقیاس دارای ۴۰ ماده در ۶ حیطه مربوط به نگرش مذهبی متشکل از عبادات (۴ ماده)، اخلاقیات و ارزش‌ها (۷ ماده)، اثر مذهب در زندگی و رفتار (۵ ماده) مباحث اجتماعی (۹ ماده)، جهان‌بینی و باورها (۸ ماده) و علم و دین (۴ ماده) است. پاسخ‌های این مقیاس روی پیوستار پنج درجه‌ای لیکرت از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) نمره‌دهی می‌شوند. با توجه به متفاوت بودن تعداد ماده‌ها در هر حیطه، نمرات هر حیطه از حاصل تقسیم مجموع نمرات گویه‌های هر خرده مقیاس بر تعداد گویه‌ها (میانگین نمرات گویه‌ها در هر خرده مقیاس) به دست می‌آید و بین ۱ تا ۵ متغیر است. همچنین، نمره کل در دامنه ۶ تا ۳۰ متغیر بوده و نمرات بالاتر بیانگر نگرش مثبت‌تر به مذهب و دین است. در بررسی‌های مقدماتی، روایی سازه این مقیاس از طریق تفاوت میانگین نمرات دانشجویان دانشگاه صنعتی شریف و طلاب حوزه علمیه قم بررسی و تأیید شده است.

همچنین، ضریب پایایی تصنیف به روش اسپیرمن-براون و گاتمن به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۹۲ و همسانی درونی با تعیین ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ برای این مقیاس گزارش شده است (خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۷۹). در پژوهش حاضر، نتایج تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول برای بررسی روایی سازه نشان داد که ساختار ۶ عاملی مدل اندازه‌گیری نگرش مذهبی برازش بالایی با داده‌های گردآوری شده دارد (CFI = ۰/۹۵, GFI = ۰/۹۷, RMSEA = ۰/۰۳۱, $\chi^2 = ۱۸۷۷/۷۵$, $df = ۷۲۵$, $p < ۰/۰۰۱$). همچنین، مقادیر آلفای به دست آمده برای این پرسشنامه براساس داده‌های پژوهش حاضر در جدول ۱ آمده است که بیانگر همسانی درونی بالای این مقیاس است.

پرسشنامه سلامت معنوی: این پرسشنامه توسط پولوتزین و الیسون (۱۹۸۲) طراحی شده است که شامل ۲۰ گویه برای سنجش دو بُعد سلامت مذهبی (۱۰ گویه) و سلامت وجودی (۱۰ گویه) است. پاسخ‌های این ابزار روی یک پیوستار شش درجه‌ای لیکرت از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۶ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. نمره خرده‌مقیاس‌ها از مجموع نمرات گویه‌ها و نمره سلامت معنوی از مجموع نمرات این دو حیطه به دست می‌آید که محدوده آن ۱۲۰-۲۰ می‌باشد. این پرسشنامه توسط اله‌بخشیان و همکاران (۲۰۱۰) به فارسی برگردانده شده و روایی محتوایی و پایایی ($\alpha = ۰/۸۲$) آن مورد تأیید قرار گرفته است. در پژوهش حاضر، نتایج تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول برای بررسی روایی سازه نشان داد که ساختار دو عاملی مدل اندازه‌گیری سلامت معنوی برازش بالایی با داده‌های گردآوری شده دارد (CFI = ۰/۹۸, GFI = ۰/۹۹, RMSEA = ۰/۰۲۹, $\chi^2 = ۵۲۰/۵۲$, $df = ۱۶۹$, $p < ۰/۰۰۱$). همچنین، براساس مقادیر جدول ۱، ضرایب آلفای کرونباخ به دست آمده برای این پرسشنامه در پژوهش حاضر بیانگر همسانی درونی بالای این ابزار می‌باشد.

فهرست ۲۵ نشانه‌ای^۱ (SCL-25): این ابزار فرم کوتاه شده فهرست ۹۰ نشانه‌ای (دراگاتیس و همکاران، ۱۹۷۳، ۱۹۷۶) است که توسط نجاریان و داوودی (۱۳۸۰) ساخته

و اعتباریابی شده است و برای سنجش آسیب‌های روانی عمومی کاربرد دارد. این فهرست متشکل از ۲۵ ماده با ساختار تک عاملی است که ۵۰/۴ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کنند. پاسخ‌های این ابزار روی یک پیوستار پنج درجه‌ای از صفر (هیچ) تا ۴ (به شدت) نمره‌دهی می‌شود و نمرات پایین‌تر بیانگر سلامت روانی و نمرات بالاتر نشانه عدم سلامت روانی فرد می‌باشد. دامنه ضرایب همبستگی نمرات فهرست ۲۵ نشانه‌ای با نه بُعد فهرست ۹۰ نشانه‌ای در دامنه ۰/۸۰ تا ۰/۹۵ گزارش شده است (نجاریان و داوودی، ۱۳۸۰). پایایی این ابزار در یک نمونه ۳۱۲ نفری از دانشجویان دانشگاه شهید چمران مورد بررسی قرار گرفته و ضریب آلفای کرونباخ آن برای دختران ۰/۹۷ و پسران ۰/۹۸ و ضریب بازآزمایی آن در دوره ۵ هفته‌ای ۰/۷۸ گزارش شده است (نجاریان و داوودی، ۱۳۸۰). در پژوهش حاضر، نتایج تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول برای بررسی روایی سازه نشان داد که ساختار تک عاملی مدل اندازه‌گیری سلامت روانی (فهرست ۲۵ نشانه‌ای) برازش قابل قبولی با داده‌های گردآوری شده دارد ($CFI = 0.91$, $GFI = 0.92$, $RMSEA = 0.047$), همچنین، $\chi^2 = 849/75$, $df = 275$, $p < 0.001$. برای این ابزار در پژوهش حاضر (جدول ۱) بیانگر همسانی درونی قابل قبول می‌باشد. پس از گردآوری اطلاعات برای طبقه‌بندی و خلاصه‌سازی داده‌ها از میانگین، انحراف استاندارد، فراوانی، جدول و شکل استفاده شد. در تحلیل داده‌ها، از آزمون کالوموگروف-اسمیرنوف^۱ (K-S) جهت بررسی طبیعی بودن توزیع داده‌ها، از ضریب آلفای کرونباخ جهت تعیین همسانی درونی ابزار اندازه‌گیری، از ضریب همبستگی پیرسون برای تعیین همبستگی‌های دوسویه بین متغیرها، از تحلیل عاملی تأییدی برای بررسی مدل-های اندازه‌گیری و از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش سلسله مراتبی جهت تبیین متغیرهای ملاک و تعیین نقش سلامت معنوی در ارتباط ابعاد نگرش مذهبی و نشانه‌های روانشناختی (سلامت روانی) استفاده شد. داده‌ها در سطح اطمینان ۹۵ درصد و با استفاده از بسته آماری برای علوم اجتماعی^۲ (SPSS) تحلیل شدند.

1. Kolmogorov-Smirnov

2. Statistical Package for Social Sciences

یافته‌های پژوهش

بر اساس داده‌های گردآوری شده، سن و سابقه ورزشی شرکت‌کننده‌ها به ترتیب $۲۱/۵۷ \pm ۸/۰۹$ سال و $۷/۲۷ \pm ۴/۷۳$ سال بود. از نظر رشته ورزشی ۴۵ نفر از رشته شنا (۱۱/۷ درصد)، ۳۸ نفر از والیبال (۹/۹ درصد)، ۳۶ نفر از بسکتبال (۹/۴ درصد)، ۵۳ نفر از فوتسال (۱۳/۸ درصد)، ۴۸ نفر از جودو (۱۲/۵ درصد)، ۳۲ نفر از تکواندو (۸/۳ درصد)، ۴۱ نفر از دفاع شخصی (۱۰/۷ درصد)، ۶۲ نفر از کشتی (۱۶/۱ درصد) و ۲۹ نفر از کاراته (۷/۶ درصد) بودند.

جدول ۱ آماره‌های توصیفی و ضرایب همبستگی دو سویه بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. بر اساس اطلاعات این جدول، بالاترین سطح نگرش مذهبی با نمره $۴/۶۹ \pm ۰/۸۶$ در بُعد عبادات و پایین‌ترین سطح نگرش مذهبی با نمره $۴/۲۴ \pm ۰/۶۹$ در بُعد مباحث اجتماعی مشاهده گردید. نمره کل نگرش مذهبی شرکت‌کننده‌ها با نمره $۲۴/۵۱ \pm ۴/۲۷$ در دامنه ۶ تا ۳۰ بالاتر از حد متوسط ۱۸ قرار داشت ($p < ۰/۰۰۱$)، $۱۲/۹۴$ ، $t =$ علاوه بر این، سلامت مذهبی شرکت‌کننده‌ها با نمره $۵۰/۲۹ \pm ۶/۲۹$ بالاتر از سلامت وجودی آنها با نمره $۴۸/۰۶ \pm ۶/۸۲$ بود. همچنین بر اساس نتایج ضریب همبستگی پیرسون، ارتباط سلامت معنوی با تمامی ابعاد و سطح کلی نگرش مذهبی معنادار، مثبت و در حد متوسط تا قوی قرار دارد، اما ارتباط نشانه‌های روان‌شناختی تنها با ابعاد عبادات و جهان‌بینی و باورها و نیز سطح کلی نگرش مذهبی معنادار، منفی و در حد ضعیف قرار دارد. با این حال، ارتباط سلامت مذهبی و سلامت وجودی با سلامت روانی معنادار، منفی و در حد متوسط تا قوی قرار دارد (جدول ۱).

در پژوهش حاضر برای بررسی قابلیت پیش‌بینی نشانه‌های روان‌شناختی بر اساس ابعاد نگرش مذهبی و تعیین نقش سلامت معنوی در ارتباط بین ابعاد نگرش مذهبی و نشانه‌های روان‌شناختی از تحلیل رگرسیون چندگانه سلسله‌مراتبی استفاده شد. بر اساس این روش، سه مدل پیش‌بینی در سه مرحله تحلیل می‌شود. در مرحله اول، مدل پیش‌بینی سلامت معنوی بر اساس ابعاد نگرش مذهبی و در مرحله دوم، مدل پیش‌بینی نشانه‌های روان‌شناختی بر اساس ابعاد نگرش مذهبی و در مرحله سوم، ابعاد سلامت معنوی به مدل پیش‌بینی نشانه‌های روان-

شناختی براساس ابعاد نگرش مذهبی افزوده و تحلیل می‌شود. همان‌طور که در جدول ۲ آمده است، در مرحله اول، مدل رگرسیون سلامت معنوی براساس ابعاد نگرش مذهبی از لحاظ آماری معنادار است ($F(6, 377) = 25/37, p < 0/001, R^2 = 0/339$). در این مدل، ضرایب ابعاد عبادات ($\beta = 0/59, t = 8/14, p < 0/001$)، اخلاقیات و ارزش‌ها ($\beta = 0/41, t = 5/21, p < 0/001$)، مباحث اجتماعی ($\beta = 0/54, t = 7/82, p < 0/001$)، جهان‌بینی و باورها ($\beta = 0/52, t = 7/91, p < 0/001$) و علم و دین ($\beta = 0/55, t = 7/91, p < 0/001$) برای حضور در معادله رگرسیون از لحاظ آماری معنادار می‌باشند. در مرحله دوم، مدل رگرسیون نشانه‌های روان-شناختی براساس ابعاد نگرش مذهبی از لحاظ آماری معنادار است ($F(6, 377) = 5/23, p < 0/05, R^2 = 0/051$). در این مدل، تنها ضرایب ابعاد عبادات ($\beta = -0/31, t = -2/83, p < 0/05$) و جهان‌بینی و باورها ($\beta = -0/24, t = -2/19, p < 0/05$) برای حضور در معادله رگرسیون از لحاظ آماری معنادار می‌باشند. در مرحله سوم، مدل رگرسیون نشانه‌های روان-شناختی براساس ابعاد نگرش مذهبی و سلامت معنوی از لحاظ آماری معنادار می‌باشد ($F(8, 375) = 27/61, p < 0/001, R^2 = 0/354$). علاوه بر این، آماره‌های مربوط به تغییرات نشان می‌دهد که با وارد شدن ابعاد سلامت معنوی، تغییرات مدل در مقایسه با مرحله دوم از لحاظ آماری معنادار است ($\Delta F(2, 381) = 22/38, p < 0/001, \Delta R^2 = 0/303$). در این مدل، ضرایب ابعاد نگرش مذهبی برای حضور در معادله رگرسیون از لحاظ آماری معنادار نیست ($p > 0/05$)، اما ضرایب سلامت مذهبی ($\beta = -0/53, t = -7/21, p < 0/01$) و سلامت وجودی ($\beta = -0/64, t = -8/39, p < 0/001$) برای حضور در معادله رگرسیون از لحاظ آماری معنادار می‌باشند. این نتایج نشان می‌دهد که سلامت مذهبی و سلامت وجودی نقش واسطه‌ای در ارتباط ابعاد نگرش مذهبی و نشانه‌های روان‌شناختی ایفاء می‌کنند، به این معنا که نگرش مذهبی قادر است با افزایش سلامت معنوی، نشانه‌های روان‌شناختی را کاهش دهند.

جدول ۱. همسانی درونی خرده مقیاس‌ها، آماره‌های توصیفی و روابط دو سویه بین

متغیرهای پژوهش ($N = 384$)

متغیرها	آلفا	M±SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱- عبادات	۰/۹۸	±۰/۸۶ ۴/۶۹	-									
۲- اخلاقیات و ارزش‌ها	۰/۹۵	±۰/۷۳ ۴/۳۴	** * ۸ /۵ ۰	-								
۳- اثر مذهب در زندگی و رفتار	۰/۹۱	±۰/۵۵ ۴/۲۹	** * ۸ /۸ ۰	** * ۸ /۷ ۰	-							
۴- مباحث اجتماعی	۰/۸۶	±۰/۶۹ ۴/۲۴	** * ۷ /۲ ۰	** * ۷ /۵ ۰	** * ۸ /۱ ۰	-						
۵- جهان‌بینی و باورها	۰/۹۴	±۰/۸۸ ۴/۳۲	** * ۸ /۴ ۰	** * ۷ /۳ ۰	** * ۸ /۵ ۰	** * ۸ /۸ ۰	-					
۶- علم و دین	۰/۸۹	±۰/۹۸ ۴/۶۳	** * ۷	** * ۸	** * ۸	** * ۷	** * ۷	-				

					۰/۲	۰/۴	۰/۲	۰/۱	۰/۳			
				**	*	**	**	**	**	±۴/۲۷	۰/۹۶	۷- سطح کلی نگرش مذهبی
			-	۸/۲	۸/۱۸	۷/۹	۸/۱۶	۸/۱۵	۸/۹	۲۴/۵۱		
			**	*	**	**	**	**	*			
			۶/۹	۷/۳	۷/۱۱	۶/۱۸	۴/۱۲	۶/۳	۸/۱۸	±۶/۲۹	۰/۸۸	۸- سلامت مذهبی
			-	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۵۰/۲۹		
		**	*	*	**	**	*	*	**			
		۷/۴	۵/۴	۴/۱۸	۴/۹	۵/۱۵	۵/۱۱	۴/۱۸	۵/۱۷	±۶/۸۲	۰/۸۵	۹- سلامت وجودی
		۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۴۸/۰۶		
	**	**	*	**	**	**	**	**	*			
	*	*	*	*	*	*	*	*	*	±۱۰/۵۹	۰/۸۹	۱۰- سلامت معنوی
	۸/۱۵	۸/۱۱	۵/۱۸	۶/۱۲	۵/۹	۶/۱۱	۴/۱۸	۵/۴	۶/۱۶	۹۸/۳۵		
	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰			
	**	**	*	*	*	*	*	*	**			
***	۶/۱۵۷	۵/۱۲	۲/۱۸	۱/۱۸	۳/۱۱	۱/۹	۱/۱۶	۱/۱۵	۳/۱۸	±۹/۳۵	۰/۹۳	۱۱- نشانه‌های روان-شناختی
-	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۱۷/۹۳		
	-	-	-	-	-	-	-	-	-			

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

جدول ۲- خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه سلسله مراتبی ($N = ۳۸۴$)

مرحله: متغیر ملاک	F	R	R ²	ΔF	ΔR	$\frac{\Delta R}{2}$	B (S.E.)	β	t	متغیرهای پیش‌بین
مرحله ۱: سلامت معنوی	۳۷*** ۲۵/	۵۸۳ ۰/	۰/۳۳۹	-	-	-				
مقدار ثابت							(۰/۴۰) ۳/۹۴	-	۷۸*** ۹/	
عبادات							(۰/۳۴) ۱/۲۷	۰/۵۹	۱۴*** ۸/	
اخلاقیات و ارزش‌ها							(۰/۲۵) ۰/۶۴	۰/۴۷	۷۶*** ۵/	
اثر مذهب در زندگی							(۰/۲۷) ۰/۵۷	۰/۴۱	۲۱*** ۵/	
مباحث اجتماعی							(۰/۴۸) ۱/۱۵	۰/۵۴	۸۲*** ۷/	
جهان‌بینی و باورها							(۰/۳۱) ۱/۰۹	۰/۵۲	۶۵*** ۷/	
علم و دین							(۰/۳۵) ۱/۱۸	۰/۵۵	۹۱*** ۷/	
مرحله ۲: نشانه‌های	۵/۲۳*	۲۲۸ ۰/	۰/۰۵۱	-	-	-				

									روان- شناختی
۳۰***	-	(۱/۹۴)							مقدار ثابت
۶/		۱۰/۲۹							
۲/۸۳*	۰/۳۱	(۰/۲۱)							عبادات
-	-	-۰/۵۸							
/۲۴۵	۰/۰۸	(۰/۰۳)							اخلاقیات و ارزش‌ها
-۰	-	-۰/۱۱							
/۲۵۱	۰/۰۹	(۰/۰۴)							اثر مذهب در زندگی
-۰	-	-۰/۱۳							
۱/۵۸	۰/۱۲	(۰/۰۶)							مباحث اجتماعی
-	-	-۰/۱۸							
۲/۱۹*	۰/۲۴	(۰/۱۹)							جهانبینی و باورها
-	-	-۰/۴۷							
۱/۴۹	۰/۱۱	(۰/۰۵)							علم و دین
-	-	-۰/۱۶							
			۳۰۳	۳۶۷	***	/۳۵۴	۵۹۵	۶۱***	مرحله ۳: نشانه‌های روان- شناختی
			۰/	۰/	/۳۸	۰	۰/	۲۷/	
					۲۲				
۳۷***	-	(۲/۸۱)							مقدار ثابت
۵/		۱۵/۱۰							
۱/۷۶	۰/۱۳	(۰/۰۵)							عبادات
-	-	-۰/۱۹							

۱۱۸ /	۰/۰۳	(۰/۰۱)						اخلاقیات و ارزش‌ها
-۰	-	-۰/۰۳						
۱۳۵ /	۰/۰۴	(۰/۰۲)						اثر مذهب در زندگی
-۰	-	-۰/۰۴						
۲۵۹ /	۰/۰۸	(۰/۰۴)						مباحث اجتماعی
-۰	-	-۰/۱۱						
۱/۴۸	۰/۱۱	(۰/۰۶)						جهان‌بینی و باورها
-	-	-۰/۱۵						
۲۰۵ /	۰/۰۶	(۰/۰۲)						علم و دین
-۰	-	-۰/۰۶						
۲۱***	۰/۵۳	(۰/۳۵)						سلامت مذهبی
-۷/	-	-۱/۱۲						
۳۹***	۰/۶۴	(۰/۳۸)						سلامت وجودی
-۸/	-	-۱/۴۹						

* $p < ۰/۰۵$, ** $p < ۰/۰۱$, *** $p < ۰/۰۰۱$

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش تبیین سلامت معنوی و روانشناختی بر پایه نگرش مذهبی در ورزشکاران جوان بود. یافته‌ها نشان داد که بین نگرش دینی با سلامت معنوی و سلامت روانی رابطه معنی داری وجود دارد. بدین صورت که نگرش دینی بالاتر در سلامت معنوی و سلامت روانی افراد نقش قابل توجهی دارد. به طور کلی یافته‌ها نشان داد که سلامت معنوی نقش واسطه‌ای در ارتباط نگرش مذهبی و نشانه‌های روانشناختی ایفا می‌کند، بدین معنی که داشتن نگرش مذهبی به خودی خود تضمین کننده کاهش نشانگان روانشناختی نیست بلکه نگرش مذهبی باعث ایجاد سلامت معنوی شده و از این طریق بر سلامت روانی اثر گذار است. این یافته‌ها با نتایج ظروفی (۱۳۸۸)، حمید (۱۳۸۸)، اکبری‌ان (۱۳۹۵)، شیریان فراحی و همکاران (۱۳۹۵) و رضایی شهسوارلو و همکاران (۱۳۹۵) هم

خوانی دارد.

اعتقادات دینی و مذهب به انسان آرامش می‌دهد، امنیت فرد را تضمین می‌کند، خلأهای اخلاقی، عاطفی و معنوی را در فرد و اجتماعات استحکام داده و پایگاه محکمی برای انسان در برابر مشکلات و محرومیهای زندگی ایجاد می‌کند. در تبیین این یافته می‌توان به مدل شناختی مذهب استناد کرد که باورها و نگرش مذهبی و معنوی بر مؤلفه‌های شناختی افراد از جمله تفسیر وقایع، خوشبینی یا بدبینی و نوع تفکرات آنها تأثیر گذاشته است (پاکزا، ۲۰۰۷). نتایج نشان داد بین میزان نگرش مذهبی و سلامت معنوی همبستگی مثبت معنی داری وجود دارد. به بیان دیگر با افزایش نگرش مذهبی افراد، میزان سلامت معنوی آنان نیز افزایش می‌یابد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که وجود نگرش مذهبی و اعتقادات دینی در افراد سلامت معنوی آنها را می‌تواند در پی داشته باشد. این یافته‌ها با نتایج گارتر و همکاران (۱۹۹۱) همخوانی دارد. آنها در زمینه‌ی سلامت روانی و نگرش مذهبی شش مقوله را مورد بررسی قرار دادند و دریافتند که در تمام این مطالعات بین اعتقادات مذهبی و سلامت روانی رابطه‌ی مثبتی وجود دارد. پارک و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند که دینداری موجب غلبه بر افسردگی می‌شود.

رابطه‌ی بین مذهب و سلامت روان در پژوهش‌های مختلف یافته‌های متناقضی در پی داشته است، برخی پژوهش‌ها این رابطه را به گونه‌ی منفی ارزیابی نموده‌اند (گراف، ۱۹۷۱). استیفوس - هانس همبستگی قوی و مثبتی میان خشکی مذهبی با رفتار نورتیک گزارش می‌کند (الیس، ۱۹۸۸). به هر حال به نظر میرسد ابهام و تناقض موجود در یافته‌های مربوط به مذهب و سلامت روانی، می‌تواند ناشی از اندازه‌گیری ابعاد مختلف دینداری باشد (۲۴). در کل سلامت روانی و جسمانی انسان با زندگی معنوی او رابطه‌ی مثبت دارد و افرادی که اعتقادات مذهبی قویتری دارند، سازگاری بهتری با موقعیت‌های زندگی نشان می‌دهند (کوینگ، ۲۰۰۷). ایجاد ارتباط معنوی با قدرت بیکران به فرد این اطمینان را می‌دهد که نیروی قوی همیشه او را حمایت می‌کند. این افراد حوادث را با تکیه بر ایمان و اعتقاد خود راحتتر می‌گذرانند، کم‌تر دستخوش استرس و اضطراب می‌شوند و در نتیجه انتظار این افراد از آینده، امیدوارانه‌تر و خوشبینانه‌تر است (سلگمن، ۲۰۰۰).

فهرست منابع

- آرین، خدیجه و همکاران، ۱۳۸۷، بررسی رابطه بین دینداری و روان‌درستی ایرانیان مقیم کانادا، رساله دکتری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ایران.
- اکبریان، فرامرز، ۱۳۹۵، رابطه نگرش مذهبی با شادکامی و خودکارآمدی دانش‌آموزان دوره متوسطه، مجله روانشناسی مدرسه، ش ۵(۲)، ص ۱۹-۷.
- اسدی، نوقانی و همکاران، ۱۳۸۴، روان‌پرستاری، چاپ اول، تهران، انتشارات بشری.
- اسلامی، احمد علی، ۱۳۷۵، بررسی نگرش فرد نسبت به مذهبی بودن و رابطه‌ی آن با افسردگی در دانش‌آموزان سال آخر دبیرستان‌های اسلام‌شهر در سال تحصیلی ۷۶-۱۳۷۵. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی. دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- امیدواری، سپیده، ۱۳۸۵، سلامت معنوی؛ مفاهیم و چالش‌ها، فصلنامه تخصصی پژوهش‌های میان رشته‌ای قرآنی، سال اول، ش ۱.
- بهرامی، مشعوف عباس، ۱۳۷۳، بررسی رابطه بین میزان عبادت و سلامت روان در دانشجویان پسر مرکز تربیت معلم همدان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تربیت معلم.
- حمید، نجمه، ۱۳۸۸، بررسی رابطه نگرش مذهبی با سلامت روانی و عملکرد سیستم ایمنی بدن (سلولهای T کمکی، سلولهای T مهای/انهدامی و سلولهای ضد سرطانی NK). مجله مطالعات روان‌شناختی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهرا (س)، ش ۲(۵)، ص ۶۷-۵۳.
- چراغی، مونا و مولوی، حسین، ۱۳۸۵، رابطه بین ابعاد مختلف دینداری و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه اصفهان، پژوهش‌های تربیتی و روان‌شناختی، ش ۲(۲)، ص ۱-۲۲.
- سید فاطمی، نعیمه و همکاران، ۱۳۸۵، اثر دعا بر سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان، فصلنامه پایش، ش ۵(۴)، ص ۴۷-۸۳.
- منصور نژاد، زهرا و همکاران، ۱۳۸۹، بررسی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی (درونی، بیرونی) و جنسیت با اضطراب مرگ در بین دانشجویان، فصلنامه علمی پژوهشی یافته‌های نو در روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، ش ۵(۱۵)، ص ۱۴۳-۱۳۵.
- عسگری، پروین و همکاران، ۱۳۸۸، رابطه اعتقادات مذهبی و خوش‌بینی با سلامت معنوی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی، طرح پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی-واحد اهواز.
- البرزی، محبوبه و سامانی، سیامک، ۱۳۷۹، بررسی رابطه اعتقادات مذهبی با افسردگی، اضطراب و

فشار روانی در نوجوانان، چکیده مقالات، اولین همایش دین و بهداشت روانی، ۲۷-۳۰ فروردین. جلیوند، محمدامین، ۱۳۸۰، بررسی سلامت روان و پای بندی به تقدسات دینی در دانشجویان پزشکی، اولین همایش بین المللی دین و بهداشت روانی.

جان بزرگی، مسعود، ۱۳۷۸، بررسی اثربخشی روان درمانگری کوتاه مدت در آموزش خود مهارگری یا بدون جهت گیری مذهبی بر مهار اضطراب و تنیدگی، پایان نامه دکتری، تهران، دانشگاه تربیت مدرس.

ظروفی، مجید، ۱۳۸۸، بررسی سلامت روانی و رابطه آن با گرایش به اعمال مذهبی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد شبستر. فصلنامه روانشناسی و دین، ش ۴ (۸)، ص ۱۵۶-۱۴۳.

رضایی شهبوارلو، زهرا و همکاران، ۱۳۹۵، ارتباط بین سلامت معنوی و نگرش مذهبی با رضایت از زندگی در سالمندان مبتلا به سرطان، نشریه روان پرستاری، ش ۴ (۱)، ص ۴۷-۵۵.

مشیریان فراچی، سید محمد مهدی و همکاران، ۱۳۹۵، ارتباط نگرش مذهبی با میزان رضایت زناشویی، سلامت روان شناختی و تاب آوری در کارمندان زندان. مجله پژوهش در دین و سلامت. ش ۲ (۲)، ص ۲۴-۳۳.

نجاریان، بهمن و داوودی، ایران، ۱۳۸۰، ساخت و اعتباریابی SCL-25 فرم کوتاه مدت SCL-90-R، روان شناسی، ش ۱۸، ص ۱۴۹-۱۳۶.

ندایی، طاهره و علوی، خلیل، ۱۳۸۷، اخلاق در ورزش با رویکرد بازی منصفانه، نشریه پژوهش-های فلسفی-کلامی، ش ۳۸، ص ۱۸۷-۲۲۰.

خدایاری فرد، محمد و غباری بناب، باقر، ۱۳۷۳، تهیه مقیاس اندازه گیری اعتقادات و نگرش مذهبی دانشجویان، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.

شریفی، طیبه، ۱۳۸۱، بررسی رابطه نگرش مذهبی با افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، سلامت عمومی و شکیبایی در دانشجویان دانشگاه آزاد واحد اهواز، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

کرمی، جهانگیر و همکاران، ۱۳۸۵، بررسی روابط چندگانه ابعاد جهت گیری مذهبی با سلامت روانی در دانشجویان دانشگاه رازی، مجله علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران، ش ۳، ص ۸۸-۹۶.

کرمی، جهانگیر و همکاران، ۱۳۸۵، بررسی روابط چندگانه ابعاد جهت گیری مذهبی با سلامت روانی در دانشجویان دانشگاه رازی، مجله علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران، ش ۳، ص ۸۸-۹۶.

AllahBakhshian, M., Jafarpour, M., Parvizi, M., & Haghani, M. 2010. A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. *Zahedan Journal of Research*

- in Medical Sciences*, 12(3), 20-33. (Persian)
- Azizi, F. 2014. Spiritual health, a new dimension of health. Tehran: Hoghoghi, P. 48. (Text in Persian)
- Elizabeth, A. R., Elizabeth, M. A., & Joseph, J. C. 2005. The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health and panic in a chronic pain population. *Journal of Pain*, v. 116, p. 311-321.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickles, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. 1974. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behaviour Scientist*, v.19, p. 1-15.
- Derogatis, L. R., Rickles, K., & Rock, A. 1976. The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, v. 128, p. 280-289.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S. & Covi, L. 1973. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale - preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, v. 9(1), p. 13-27.
- Ellis, A. 1988. Is religion pathological? *Free Inquiry in Creative Sociology*, v. 18, p. 27-32 .
- Moodley, T. 2008. The Relationship between Coping and Spiritual. Doctoral dissertation (Child Psychology), University of the Free State Bloemfontein.
- Exline, J. J. 2008. Beliefs about god and forgiveness in a Baptist church sample, *Journal of Psychology and Christianity*, v. 27, p. 131- 139.
- Eydi, H., Shabani-Moghaddam, K., & Amiri, J. 2016. Standardization of professional ethics questionnaire of sporting coaches. *Applied Research of Sport Management*, v. 5(1), p. 11-22.
- Graff, R. 1971. POI correlates of religious commitment inventory. *Journal of clinical & Healthpsychology*, p. 27 v. 502-504 .
- Hodge, K., Hargreaves, E. A., Gerrard, D., Lonsdale, C. 2013. Psychological mechanisms underlying doping attitudes in sport: Motivation and moral disengagement. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 35(4), 419-432.
- Hu, L., & Bentler, P. M. 1999. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, v. 6, p. 1-55.
- Joanna, B., Lisa, A., Barbara-jeanne, A. 2003. The relationship between religiosity and adjustment among African-American, female, urban adolescents. *Journal of Adolescence*. V. 26(4), p. 431-446
- koening, H. 2007. Spirituality and depression. *southern medical journal*. V.7, p. 737-739
- Messay, B. 2010. The relationship between quest religious orientation, forgiveness and mental health. Master thesis, University of Dayton.
- Murphy, E. J., & Mahalingam, R. 2006. Perceived congruence Between Expectations and Outcomes: Implications for Mental Health among

Caribbean Immigrants, *American Journal of Orthopsychiatry*, V. 76(1), p120- 127.

Nuval, J. A. 2010. The relationship of with intrinsic and extrinsic components of religiosity in in the older adult female. Ph.D. dissertation, Indiana state University, Terre Haute, Indiana .

Pakeza, A. 2007. Comparison of psychological health of college students and the impact of enabling the concept of spirituality more. A paper presented to the fourth national mental health seminar for students .

Risberg. 1999. Relationships between religion and health, *journal of cancer*, v. 32, p. 274-281.

Stein, D. 1992. Relation between prayer and suicide, *journal of Health social behaviorl*, v. 25, p. 665-672.

Sadeghi, M., BagherzadehLadari, R., & Haghshenas, M. A. 2009. Study Of Religious Attitude And Mental Health In Students Of Mazandaran University Of Medical Sciences. *Journal of Mazandaran University Medical Science*, v. 20(75), p. 71-5. (Text in Persian)

Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. 2000. Positive psychology: An Introduction. *American Psychologist*. P. 55.

Tevis, Ch. 1999. Religion Faith may be good for what ails you? *Journal of successfully farming*, v. 2, p. 33-41.