

ارتباط بین سلامت روانشناختی با تقید به نماز در ورزشکاران جوان

امیر دانا*^۱، امیر حمزه سبزی^۲، زین العابدین فلاح^۳

۱ گروه تربیت بدنی، واحد علی آباد کتول، دانشگاه آزاد اسلامی، علی آباد کتول، ایران
 ۲ استادیار، گروه تربیت بدنی، دانشگاه پیام نور، صندوق پستی ۳۶۹۷-۱۹۳۹۵، تهران، ایران
 ۳ گروه تربیت بدنی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران
 *نویسنده مسئول: amirdana@iaut.ac.ir

چکیده

هدف این پژوهش بررسی ارتباط بین سلامت روانشناختی با تقید به نماز 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 سلامت روانشناختی فهرست ۲۵ نشانه‌ای و تقید به نماز را تکمیل کردند. داده‌های حاصله با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون در سطح اطمینان ۹۵ درصد تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که نمره کل سلامت روانشناختی شرکت‌کننده‌ها در سطح مطلوبی بود. همچنین ارتباط نمرات سلامت روانشناختی و کلیه ابعاد آن با تقید به نماز رابطه‌ای معنادار، منفی و در حد متوسط تا قوی وجود داشت. بدین صورت که تقید به نماز بالاتر در سلامت روانشناختی افراد نقش قابل توجهی دارد. در کل می‌توان گفت که تقید به نماز نقش بسزایی در سلامت افراد جامعه دارد لذا پیشنهاد می‌شود که مربیان با تقویت بنیه مذهبی جوانان هم سبب افزایش سلامت روانشناختی و هم سبب بهبود عملکرد ورزشی بشوند.

واژه‌های کلیدی: سلامت روانشناختی، تقید به نماز، ورزشکار، اعتقادات مذهبی

مقدمه

اخیراً در میان روان‌شناسان گرایش‌هایی پیدا شده، که طرفدار توجه بیشتر به دین برای سلامت روانی و درمان بیماری‌های روانی است. با پیشرفت روان‌شناسی و ظهور روان‌شناسی پیچیده‌تر که ناظر به جنبه‌های عاطفی، احساساتی و انفعالی ذهن بود، نظریه‌هایی درباره دین (مانند نظریه مارت) پدید آمد که تأثیر دین را در نوعی احساس خشوع و خشیت می‌دید. این احساس پیش از آنکه به صورت امری قدسی یا قدرتی مرموز تجربه شود، به شکل احساس خشیت تلقی می‌شد. پژوهش‌هایی که در خصوص تأثیر دین و معنویات بر روی بهداشت روانی صورت گرفته‌اند نشان می‌دهند که دین و جهان‌بینی‌های توحیدی ساختارهای ذهنی شخصی افراد را وسعت بخشیده، قابلیت، ظرفیت، تفسیر و تحلیل شناختی را بهبود می‌بخشد و بدین‌سان، توانایی کل‌نگری افراد افزایش می‌یابد. در انسان معتقد به دین احساس آشفتنگی عدم کنترل و رهاشدگی رخ نمی‌دهد. دین و جهان‌بینی‌های فرهنگی با تدارک زمینه‌ای که در آن، فرد خودش را با ارزش و با شکوه تصور می‌کند، عزت نفس نسبتاً پایداری را ایجاد می‌نمایند (اکبریان، ۱۳۹۵). در سال‌های 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 می‌یابد (البرزی و سامانی، ۱۳۷۹). جلیوند (۱۳۸۰) دریافت که رابطه بین عوامل سلامت روان و پای‌بندی دینی معنادار می‌باشد. علی‌رغم اینکه برخی از محققان و نظریه‌پردازان از جمله فروید و ایس، مذهب را با بیماری روانی مرتبط دانسته‌اند، اما مطالعات و پژوهش‌های انجام گرفته در دهه اخیر با تمایز قایل شدن بین مذهبی که زندگی سالم به انسان عرضه می‌کند و دیگر مذاهب، نقش مؤثر و جایگاه ویژه در قلمرو بهداشت روانی و نیز کارایی آن را در درمان بیماری‌های روانی به وفور نشان داده‌اند (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 می‌باشند و طول عمرشان نیز نسبت به آنها بیشتر است. ریسبرگ^۲ (۱۹۹۹) رابطه مثبت معناداری بین باورهای مذهبی افراد و سلامت روانی آنها به دست آورد. استین^۳ (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). 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^۴ بود. او به همراه راس^۵ 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، الرایز^۶، 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 افسردگی همبستگی دارد (مورفی و ماها لینگام، ۲۰۰۶) در تحقیق اکس‌لاین 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 (اکس‌لاین، ۲۰۰۸). در پاسخ به این نیاز که کدام جنبه از دین، نقش اساسی‌تری در سلامت

1. Tevis

2. Risberg

3. Stein

4. Allport

5. Ross

6. OLaories

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 خودپسندی دینی حاکی از یک اثر اصلی معنادار، برای متغیر خودپسندی دینی بود. نوجوانان در سطوح مختلف خودپسندی 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 دین-گرا، عزت نفس بالاتری داشتند (Joanna و همکاران، ۲۰۰۳).

اسلام برای تأمین بهداشت روانی، انجام اموری را پیشنهاد کرده است. یکی از راهکارهای رفتاری برای تأمین بهداشت روان، انجام اعمال مذهبی و از جمله نماز است. نماز در بردارنده شاخصه‌هایی است که انجمن کانادایی بهداشت روانی برای بهداشت روان، مطرح کرده است. یعنی نماز هم موجب تسلط بر هیجان‌های خود می‌شود و هم احساس مسولیت در برابر دیگران را در انسان تقویت می‌کند و هم حس مسؤلیت‌پذیری را در آدمی زنده می‌سازد. نماز عملی است که نشان دهنده رابطه‌ای میان انسان و پروردگار است. قیام خاشعانه و خاضعانه انسان در نماز، در برابر خداوند متعال به او نیرویی معنوی می‌بخشد که حس صفای روحی و آرامش قلبی، امنیت روانی و سلامت روانی را در او پدید می‌آورد (Mehdizadegan & Raeesi, 2015). انسان در نماز با همه اعضای بدن و حواس خود متوجه خدا می‌شود و از همه اشتغالات و مشکلات زندگی روی برمی‌گرداند و همین حالت روی گردانی کامل از مشکلات زندگی و نیندیشیدن به آن در میان نماز، موجب آرامش روان و سلامت روانی می‌شود. این حالت آرامش روانی، در ایجاد وضعیت سلامت روانی تأثیر بالایی دارد و موجب کاهش شدت فشارهای عصبی روزانه و تنیدگی‌ها و تنش‌هایی که بسیاری از مردم دچار آن هستند، می‌شود. قرآن مجید می‌فرماید: "در زندگی از صبر و نماز کمک بگیرید". (بقره (۲) آیه ۴۵). امام صادق (ع) می‌فرماید: "هنگامی که مشکل مهمی برای علی (ع) پیش می‌آمد، به نماز بر می‌خاست" سپس آیه فوق را تلاوت فرمود. از نظر روان‌پزشکان، اضطراب با یک احساس منتشر و مبهم دلواپسی که اغلب ناخوشایند و بدون دلیل است مشخص می‌شود که معمولاً با یک یا چند مشکل جسمی همراه می‌گردد. از جمله شخص ممکن است علامت‌های جسمی چون احساس تپش قلب، تنگی نفس و درد قفسه سینه، خالی شدن سردل، تعریق، سردرد، تکرر ادرار، اسهال، گزگز دست و پاها، لرزش و... را نیز به همراه داشته باشد. اضطراب، گاهی به شکل طبیعی در اشخاص سالم بروز می‌کند و گاهی به صورت بیمارگونه و دائمی در می‌آید که نیاز به درمان و مراقبت پزشکی دارد. با اینکه دلایل علمی گوناگونی از دیدگاه‌های مختلف به عنوان دلایل بروز اضطراب و تشدید آن ارائه شده است اما همچنان دور شدن از ایمان مذهبی، به عنوان یک عامل مهم در بروز اضطراب نقش غیرقابل انکاری دارد از آن جا که انسان در نماز با همه اعضای بدن و حواس خود متوجه خدا می‌شود و از همه اشتغالات و مشکلات زندگی روی برمی‌گرداند، به هیچ چیز جز خدا و آیات قرآن که در نماز به زبان می‌آورد فکر نمی‌کند. همین حالت روی گردانی کامل از مشکلات زندگی و نیندیشیدن به آن در میان نماز موجب آرامش روان و سلامت روانی می‌شود. با رویکرد روان‌شناختی، این حالت آرامش روانی در ایجاد وضعیت سلامت روانی تأثیر بالایی دارد و موجب کاهش شدت فشارهای عصبی روزانه و تنیدگی‌ها و تنش‌هایی که بسیاری از مردم دچار آن هستند، می‌شود. انسان بلافاصله پس از نماز، به ذکر دعا و تسبیح می‌پردازد که این تداوم همان حالت آرامش و سلامت روانی را موجب می‌شود (Jafari & Sadri, 2010). اصولاً انسان در دعا با خدای خود به مناجات می‌پردازد و از مشکلاتی که او را در زندگی مضطرب و افسرده می‌کند به او پناه می‌برد و با بازگو کردن مشکلات اضطراب‌انگیز در چنین حالتی از سلامت روانی برخوردار می‌شود. علاوه بر مسائلی که ذکر شد، بیان مشکلات و مسائل پس از نماز موجب آرامش روانی می‌شود. این زمان، یک زمان طلایی است که فقط در اختیار افرادی که به اقامه نماز می‌پردازند، قرار می‌گیرد. از اینرو تحقیق حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به این سوال بود که آیا بین سلامت روانی و تقید به نماز رابطه معنی‌داری وجود دارد.

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 اندازه‌گیری و هدف از اجرای آزمون، نحوه

1. Ball, Armistead & Austin

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 آگاهی های 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:

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). این عوامل شامل: شکایت جسمانی، وسواس، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی، روان گسسته گرایی و پرخاشگری است. 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 = ۰/۹۱، RMSEA = ۰/۰۴۷، GFI = ۰/۹۲، $p < ۰/۰۰۱$ ، $df = ۲۷۵$ ، $\chi^2 = ۸۴۹/۷۵$). همچنین، ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برای این ابزار در پژوهش حاضر (جدول ۱) بیانگر همسانی درونی قابل قبول می‌باشد.

پرسش‌نامه تقید به نماز: این پرسش‌نامه توسط پناهی (۱۳۸۲) ساخته شده است که متشکل از ۲۰ ماده روی یک عامل واحد می‌باشد. پاسخ‌های پرسش‌نامه روی پیوستار پنج درجه‌ای لیکرت از ۱ (بسیار کم) تا ۵ (بسیار زیاد) نمره‌دهی می‌شود. اعتبار و روایی این پرسشنامه در حد مطلوب و همسانی درونی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش شده است که بیانگر روایی و پایایی قابل قبول این ابزار است (پناهی، ۱۳۸۲). در پژوهش حاضر، نتایج تحلیل عاملی تأییدی برای بررسی روایی سازه نشان داد که مدل اندازه‌گیری تقید به نماز برازش بالایی با داده‌های گردآوری شده دارد (CFI = ۰/۹۷، RMSEA = ۰/۰۲۸، GFI = ۰/۹۸، $p < ۰/۰۰۱$ ، $df = ۱۷۰$ ، $\chi^2 = ۴۹۴/۷$). همچنین، همسانی درونی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

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^۲ (K-S) جهت بررسی طبیعی بودن توزیع داده‌ها، از ضریب آلفای کرونباخ جهت تعیین تعیین همسانی درونی ابزار اندازه‌گیری، از ضریب همبستگی پیرسون برای تعیین همبستگی‌های دوسویه بین متغیرها استفاده شد. داده‌ها در سطح اطمینان ۹۵ درصد و با استفاده از بسته آماری برای علوم اجتماعی^۳ (SPSS) نسخه ۲۲ تحلیل شدند.

یافته‌های پژوهش

براساس داده‌های گردآوری شده، سن و سابقه ورزشی شرکت‌کننده‌ها به ترتیب $21/57 \pm 8/09$ سال و $7/27 \pm 4/73$ 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 فوتبال (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 دوسویه بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. براساس اطلاعات این جدول، نمره کل سلامت روانشناختی شرکت‌کننده‌ها با نمره $17/22 \pm 1/34$ پایین‌تر از نقطه برش ۷۰ قرار داشت بدین معنی که شرکت کنندگان از سلامت روانشناختی مطلوبی برخوردار بودند. لازم به ذکر است در این مقیاس هر چه نمره پایین‌تر باشد نشان دهنده سلامت روانشناختی بالاتر است. علاوه بر این، تقید به نماز شرکت کنندگان $3/71 \pm 1/02$ بود که نمره خوبی به حساب می‌آید. همچنین براساس نتایج ضریب همبستگی پیرسون، تقید به نماز ارتباط معنادار و منفی و در حد ضعیف تا متوسط با نشانگان آسیب‌های روانشناختی یا عدم سلامت روانشناختی دارد.

1. Sypptoms Checklist - 25

2. Kolmogorov-Smirnov

3. Statistical Package for Social Sciences

جدول ۱. همسانی درونی خرده مقیاس‌ها، آماره‌های توصیفی و روابط دوسویه بین متغیرهای پژوهش (N= ۲۸۴)

متغیرها	آلفا	M±SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱- شکایت جسمانی	۰/۹۸	۱/۳۱±۰/۵۲	-									
۲- وسواس	۰/۹۵	۲/۳۸±۰/۶۸	۰/۸۲***	-								
۳- حساسیت در روابط متقابل	۰/۹۱	۲/۳۱±۰/۷۱	۰/۸۶***	۰/۸۶***	-							
۴- افسردگی	۰/۸۶	۲/۳۸±۰/۶۸	۰/۷۴***	۰/۶۹***	۰/۸۲***	-						
۵- اضطراب	۰/۹۴	۲/۲۴±۰/۸۲	۰/۸۳***	۰/۷۵***	۰/۸۱***	۰/۸۱***	-					
۶- ترس مرضی	۰/۸۹	۲/۲۲±۰/۷۴	۰/۷۱***	۰/۸۱***	۰/۸۳***	۰/۷۲***	۰/۷۱***	-				
۷- افکار پارتوئیدی	۰/۹۶	۲/۱±۰/۶۵	۰/۸۶***	۰/۸۳***	۰/۸۲***	۰/۷۶***	۰/۸۷**	۰/۸۱***	-			
۸- روان گسسته گرایی	۰/۸۸	۱/۲±۰/۵۵	۰/۷۸***	۰/۶۸**	۰/۶۱***	۰/۶۶***	۰/۷۴***	۰/۷۵***	۰/۷۹**	-		
۹- پریشانی	۰/۸۵	۱/۰۸±۰/۶۷	۰/۶۸**	۰/۵۲*	۰/۵۲*	۰/۵۸***	۰/۵۹***	۰/۵۸*	۰/۵۷***	۰/۷۲***	-	
۱۰- شناختگان آسیب‌های روانشناختی	۰/۸۹	۱/۷۲±۱/۳۴	۰/۶۹***	۰/۵۱***	۰/۵۸***	۰/۶۰***	۰/۶۹***	۰/۶۸**	۰/۶۲***	۰/۷۱***	۰/۷۱***	-
۱۱- تقید به تراز	۰/۹۳	۲/۷۱±۱/۰۲	۰/۳۷**	۰/۳۱**	۰/۲۶**	۰/۲۹**	۰/۳۲*	۰/۲۸**	۰/۳۱*	۰/۳۲***	۰/۳۲***	۰/۵۶***

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

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش بررسی ارتباط بین سلامت روانشناختی با تقید به نماز در ورزشکاران جوان بود. یافته‌ها نشان داد که نمره کل سلامت روانشناختی شرکت‌کننده‌ها در سطح مطلوبی بود. همچنین ارتباط نمرات سلامت روانشناختی و کلیه ابعاد آن با تقید به نماز رابطه ای معنادار، منفی و در حد متوسط تا قوی وجود داشت. بدین صورت که تقید به نماز بالاتر در سلامت روانشناختی افراد نقش قابل توجهی دارد. این یافته‌ها با نتایج ظروفی (۱۳۸۸)، حمید (۱۳۸۸)، اکبری (۱۳۹۵)، مشیریان فراخی و همکاران (۱۳۹۵) و رضایی شهسوارلو و همکاران (۱۳۹۵) هم خوانی دارد. اعتقادات دینی و مذهب به انسان آرامش می دهد، 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 محرومیت‌های زندگی ایجاد میکند. ایمان به خدا و راز و نیاز با او به انسان امید و توان می دهد و انسان احساس می کند به پناهگاه مطمئن و با قدرتی متکی است و از این رو، احساس نشاط و توانمندی می کند و اگر این ارتباط با آن منبع عظمت و رحمت قطع باشد، احساس دل‌تنگی و نگرانی در او ایجاد می شود و به بیماری‌های روانی گرفتار می آید (پروا، ۱۳۸۰). در تبیین این یافته می توان به مدل شناختی مذهب استناد کرد که باورها و نگرش مذهبی و معنوی بر مؤلفه های شناختی افراد از جمله تفسیر وقایع، خوشبینی یا بدبینی و نوع تفکرات آنها تأثیر گذاشته است (پاکزا، ۲۰۰۷). رابطه ی بین مذهب و سلامت روان در پژوهش های مختلف یافته های متناقضی در پی داشته است، برخی پژوهش ها این رابطه را به گونه یی منفی ارزیابی نموده اند (گراف، ۱۹۷۱). استیفوس- هانس همبستگی قوی و مثبتی میان خشکی مذهبی با رفتار نورتیک گزارش میکنند (الیس، ۱۹۸۸). به هر حال به نظر میرسد ابهام و تناقض موجود در یافته های مربوط به مذهب و سلامت روانی، میتواند ناشی از اندازه گیری ابعاد مختلف دینداری باشد. در کل سلامت روانی و جسمانی انسان با زندگی معنوی او رابطه ی مثبت دارد و افرادی که اعتقادات مذهبی قویتری دارند، سازگاری بهتری با موقعیت های زندگی نشان می دهند (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، کم تر دستخوش استرس و اضطراب می شوند و در نتیجه انتظار این افراد از آینده، امیدوارانه تر و خوشبینانه تر است (سلگمن، ۲۰۰۰).

منابع

- 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.
- اکبری، فرامرز، ۱۳۹۵، رابطه نگرش مذهبی با شادکامی و خودکارآمدی دانش آموزان دوره ی متوسطه، مجله روانشناسی مدرسه. ش ۲(۲)، ص ۱۹-۷
- پروا، مهدی، روان شناسی یکتاپرستی، تهران، نشر انتشار، ۱۳۸۰، ص ۷۸
- 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 روان شناختی دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه الزهرا (س)، ش ۲(۵)، ص ۶۷-۵۳.

- 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 ۵۵-۴۷.
- 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 ۳۳-۲۴.
- نجاریان، بهمن و داوودی، ایران، ۱۳۸۰، ساخت و اعتباریابی SCL-25 فرم کوتاه مدت SCL-90-R، روان شناسی، ش ۱۸، ص ۱۴۹-۱۳۶.
- 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.
- Ellis, A. 1988. Is religion pathological? *Free Inquiry in Creative Sociology*, v. 18, p. 27-32 .
- Exline, J. J. 2008. Beliefs about god and forgiveness in a Baptist church sample, *Journal of Psychology and Christianity*, v. 27, p. 131- 139.
- Graff, R. 1971. POI correlates of religious commitment inventory. *Journal of clinical & Healthpsychology*, p. 27 v. 502-504 .
- Jafari, A., & Sadri, J. (2010). The relationship of religious beliefs with psychological health (A case study of Islamic Azad University's student). *Journal of behavioral Sciences*, 2(3), 123-138. (Persian).
- 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
- koenig, H. 2007. Spirituality and depression. *southern medical journal*. V.7, p. 737-739
- Mehdizadegan, A., Raeesi, N. (2015). The relationship of religious beliefs, identity styles, and personality traits with depression in female students. *Scientific Research Quarterly of Woman and Culture*, 26,33-54. (Persian).
- 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.
- 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 .
- Panahi, A. A. (2003). *The relationship of adherence to prayer and anxiety in second year high school students of Qom city – 16 years old in 2002-2003* (master thesis), Imam Khomeini Education and Research Institute. (Persian).

- 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.