

ارتباط بین سلامت معنوی و اضطراب رقابتی در ورزشکاران

میرمحمد صالحیان*، عبدالله حمایت طلب^۲ و ابوالفضل نشاطی^۱^۱استادیار، گروه تربیت بدنی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران^۲استادیار، گروه تربیت بدنی، واحد مرند، دانشگاه آزاد اسلامی، مرند، ایران

m_salehian@iaut.ac.ir

چکیده

هدف این پژوهش تبیین ارتباط بین سلامت معنوی و اضطراب رقابتی در ورزشکاران شهرستان تبریز بود. جامعه آماری کلیه ورزشکاران بسیجی شهرستان تبریز بودند که بر اساس جدول مورگان و به صورت تصادفی ساده ۳۸۴ نفر از آنها به عنوان نمونه انتخاب و پرسشنامه سلامت معنوی و اضطراب رقابتی را تکمیل کردند. داده‌های حاصله با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون در سطح اطمینان ۹۵ درصد تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که بین سلامت معنوی با اضطراب رقابتی منفی معنی داری وجود دارد. بدین صورت که سلامت معنوی بالاتر با کاهش اضطراب رقابتی همراه است. از این رو پیشنهاد می‌شود به مواردی که موجب افزایش سلامت معنوی ورزشکاران می‌شود، توجه ویژه‌ای شود، تا از افزایش مؤلفه‌های اضطراب حالتی رقابتی جلوگیری به عمل آید، زیرا اضطراب حالتی رقابتی زیاد بر عملکرد تأثیر سوء می‌گذارد و از بهینه بودن عملکرد می‌کاهد.

کلیدواژه‌ها: سلامت معنوی، اضطراب رقابتی، شناخت، اعتقادات

مقدمه

انسان موجودی چند بعدی، پیچیده و پر رمز و راز است و علم با همه پیشرفت‌ها و گستردگی خود، هم‌چنان در کشف هزاران سرّ از اسرار وجودی انسان ناتوان و حیران مانده است؛ دنیای روان انسان به مراتب از دنیای جسم او ناشناخته‌تر مانده است. این عدم شناخت، به بروز بیماری‌های گوناگون منجر شده است که راه‌حل‌ها و درمان‌های قطعی برای بعضی از آنها حاصل شده است، ولی بسیاری از آنها تاکنون کاملاً شناخته شده نیستند. از آنجایی که پیشگیری به مراتب بهتر از درمان است، لازم است به منظور جلوگیری از افزایش شیوع بیماری‌های روانی، از جمله اضطراب و افسردگی و غیره که منجر به ناتوانایی‌هایی گسترده می‌شوند، اقدامات پیشگیرانه شناسایی و اجرا شود و با توصیه‌های لازم بهداشت روانی، از بروز این بیماری‌ها که در آینده حیات بشریت را تهدید خواهند کرد، جلوگیری گردد (آرین، منصور و دلاور، ۱۳۸۷). شناخت این اقدامات، نیاز به شناخت واقعیت روان انسان دارد تا توصیه‌ها و اقداماتی از جنس و سنخ روان انسان شناسایی و ارائه گردد. این امر مهم تحقق نمی‌یابد مگر اینکه فطرت آدمی با توجه به دستورها و راهنمایی‌های خالق هستی، خوب شناسایی و درک گردد. روان آدمی از نظر فلسفی از مجردات است و موجود مجرد جز از مجردات تأثیر نخواهد پذیرفت. سنگ چون ماده است، از ضربه، باد و آب که جزو مادیاتند، تأثیر می‌پذیرد و خرد می‌شود. انسان که مجرد است، 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 خارج‌کننده 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 نشئت 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).

سلامت معنوی که ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای داخلی فراهم می‌کند، با ویژگی‌های ثبات در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، 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: تبادلات 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).

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^۱ بود. او به همراه راس^۲ 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، رایز^۳، 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

1. Allport
2. Ross
3. OLaories

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 فیزیکی‌داشت (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 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 نوجوانان مؤنث 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 روان-شناختی 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 روان-شناختی نوجوانان در سطوح مختلف دین‌گرایی در خانواده تأثیر معناداری داشت. به عبارت دیگر، نوجوانان خانواده‌های دین‌گرا، عزت نفس بالاتری داشتند (همارا، ۱۹۹۹). یکی از عوامل مهم روانی که بر عملکرد ورزشکاران، به ویژه در موقعیتهای حساس و تعیین‌کننده، بسیار اثر می‌گذارد، اضطراب است. اضطراب، مستلزم مفهوم ناامنی یا تهدیدی است که فرد منبع آن را به وضوح درک نمی‌کند. اضطراب عبارت است از حالت هیجانی منفی همراه با احساس عصبانیت، ناراحتی و تنش‌های ناشی از محیط تشویش‌آور که با فعالیت یا برانگیختگی جسمانی نیز همراه است. اضطراب در ورزش منعکس‌کننده احساسی در ورزشکاران است که بنا بر آن فرد می‌پندارد که ممکن است اشتباهی پیش آید و در نتیجه عملکرد او به شکست منجر شود. توانایی کنارآمدن با فشار و اضطراب بخش جدایی‌ناپذیر ورزش است. از اینرو تحقیق حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به این سوال بود که آیا بین سلامت معنوی با اضطراب رقابتی در ورزشکاران رابطه معنی‌داری وجود دارد.

روش پژوهش

روش تحقیق توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری کلیه ورزشکاران مرد بسیجی شهرستان تبریز بودند که بر اساس جدول مورگان و به صورت تصادفی تعداد ۳۸۴ نفر از آنها به عنوان نمونه انتخاب شدند. در مرحله اجرای پژوهش پس از ارائه توضیحات مقدماتی درباره ابزار اندازه‌گیری و هدف از اجرای آزمون، نحوه پاسخ‌گویی به آزمون‌ها برای شرکت‌کنندگان 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 پژوهش

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

¹. Ball, Armistead & Austin

درجه‌ای لیکرت از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۶ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. نمره خرده مقیاس‌ها 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 اله بخشیان و همکاران (۲۰۱۰) به فارسی برگردانده شده و روایی محتوایی و پایایی ($\alpha = 0/82$) 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 ($CFI = 0/98$, $GFI = 0/99$, $RMSEA = 0/029$, $\chi^2 = 520/52$, $df = 169$, $p < 0/001$). همچنین، ضرایب آلفای کرونباخ به دست آمده برای این پرسشنامه در پژوهش حاضر بیانگر همسانی درونی بالای این ابزار می‌باشد.

پرسش نامه اضطراب صفتی و حالتی: برای اندازه‌گیری اضطراب صفتی و حالتی از پرسشنامه اضطراب صفتی -حالتی اشپیل برگر ۱ (STAI) استفاده شد. این پرسشنامه را در سال 1983 اشپیل برگر به شکل دو فرم جداگانه ساخت که ۴۰ سؤال است که ۲۰ سؤال آن اضطراب صفتی و ۲۰ سؤال اضطراب حالتی را اندازه‌گیری می‌کند و به پاسخ دهنده این امکان را می‌دهد که احساسات خود را با نمره ۱ برای عدم اضطراب و نمره ۴ برای اضطراب بالا رده بندی کند و در مجموع نمرهای بین ۲۰ تا ۸۰ برای هر فرد ثبت می‌شود. پایایی این ابزار را اشپیل برگر و همکاران، برای دانشجویان ۰/۸۶ گزارش کرده اند و در ایران پناهی شهری آن را هنجاریابی کرده است. در سالهای اخیر از این مقیاس به عنوان آزمونی متداول برای ارزیابی اضطراب در داخل و خارج استفاده شده است (کریم الله و آقامحمدی، ۲۰۰۳). جهت تحلیل داده‌ها از آزمون همبستگی و رگرسیون استفاده شد. در کلیه تحلیل‌ها سطح معنی داری $p > 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌های پژوهش

نتایج آزمون کولموگراف اسمینرف حاکی از طبیعی بودن توزیع داده‌ها بود ($p > 0/05$). جهت بررسی رابطه بین متغیرها از همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج در جدول ۱ ارائه شده است. مشاهده می‌شود که بین سلامت معنوی با اضطراب رقابتی رابطه منفی و معنی داری وجود دارد.

جدول ۱. نتایج همبستگی بین متغیرهای تحقیق

صداقت و اضطراب رقابتی		
-۰/۴۶	r	سلامت معنوی
۰/۰۰۲	p	
-۰/۳۸	r	سلامت مذهبی
۰/۰۰	p	
-۰/۳۴	r	سلامت وجودی
۰/۰۰	p	

در پژوهش حاضر برای بررسی قابلیت پیش‌بینی اضطراب رقابتی از روی سلامت معنوی از رگرسیون استفاده شد. مدل رگرسیون اضطراب رقابتی براساس سلامت معنوی از لحاظ آماری معنادار است ($F = 25/37$, $p < 0/001$, $R^2 = 0/339$). این نتایج نشان می‌دهد که سلامت معنوی نقش پیش‌بینی کننده‌ای در اضطراب رقابتی ایفاء می‌کنند، به این معنا که افزایش سلامت معنوی با کاهش اضطراب رقابتی همراه است.

¹ - State – Trait anxiety inventory (STAI)

جدول ۲- خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون

مرحله: متغیر ملاک متغیر پیش‌بین	F	R	R ²	B (S.E.)	β	t
مرحله ۱: اضطراب رقابتی	۲۵/۳۷***	۰/۵۸۳	۰/۳۳۹			
مقدار ثابت				- ۳/۹۴(۰/۴۰)	-	۹/۷۸***
سلامت عنوی				- ۱/۲۷(۰/۳۴)	۰/۵۹	۸/۱۴***

* $p < 0/05$, ** $p < 0/01$, *** $p < 0/001$

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام تحقیق بررسی رابطه بین سلامت معنوی با اضطراب رقابتی در بسیجیان ورزشکار شهرستان تبریز بود. یافته‌ها نشان داد که بین سلامت معنوی با اضطراب رقابتی رابطه معنی داری وجود دارد. بدین صورت که سلامت معنوی بالاتر با اضطراب رقابتی کمتر همراه است. این یافته‌ها با نتایج ظروفی (۱۳۸۸)، حمید (۱۳۸۸)، اکبریان (۱۳۹۵)، مشیریان فراچی 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 محرومیت‌های 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 سلامت معنوی و اضطراب رقابتی رابطه منفی و معنی داری دارد. این یافته‌ها با نتایج گارتر و همکاران (۱۹۹۱) همخوانی دارد. آنها در زمینه 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 رابطه مثبتی وجود دارد. پارک و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند که دینداری موجب غلبه بر افسردگی می‌شود.

رابطه 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. در کل سلامت روانی و جسمانی انسان با زندگی معنوی او رابطه 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).

در مطالعه‌ای که توسط مراویگلیا و همکاران (۲۰۰۸) انجام شد، نشان داد که عبادت یک منبع داخلی با ارزش است که می‌تواند اثر کانسرا کاهش دهد (۱۷)، به بیان دیگر مذهب و عبادت یک منبع خوبی برای تحمل بحران‌های فیزیکی و روانی می‌باشد. بینامین راش روانشناس مشهور عقیده دارد که مذهب آنقدر برای پرورش سلامت روح آدمی اهمیت دارد که مانند هوا برای نفس کشیدن می‌باشد. همچنین مذهب به انسان کمک می‌نماید تا معنای حوادث زندگی خصوصاً حوادثی که درناک و اضطراب‌برانگیز هستند را بفهمد (گودرزی، ۲۰۱۱). از این رو پیشنهاد می‌شود به مواردی که موجب افزایش سلامت معنوی ورزشکاران می‌شود، توجه ویژه‌ای شود، تا از افزایش مؤلفه‌های اضطراب‌حالی رقابتی جلوگیری به عمل آید، زیرا اضطراب‌حالی رقابتی زیاد بر عملکرد تأثیر سوء می‌گذارد و از بهینه بودن عملکرد می‌کاهد.

منابع

- آرین، خدیجه و همکاران، ۱۳۸۷، بررسی رابطه بین دینداری و روان درستی ایرانیان مقیم کانادا، رساله دکتری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ایران.
- اکبریان، فرامرز، ۱۳۹۵، رابطه نگرش مذهبی با شادکامی و خودکارآمدی دانش آموزان دوره ی متوسطه، مجله روانشناسی مدرسه. ش (۲)۵. ص ۱۹-۷
- امیدواری، سیده، ۱۳۸۵، سلامت معنوی؛ مفاهیم و چالش ها، فصلنامه تخصصی پژوهشهای میان رشته ای قرآنی، سال اول، ش ۱.
- 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 پیش، ش ۵ (۴)، ص ۴۷-۸۳.
- رضایی شهسوارلو، 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
- عبدلی، بهروز (۱۳۸۴). مبانی روانی- اجتماعی تربیت بدنی و ورزش. چاپ اول تهران انتشارات ، بامداد کتاب
- 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)
- 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.
- koening, H. 2007. Spirituality and depression. *southern medical journal*. V.7, p. 737-739
- 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.
- Karimollah M, Agha-Mohammadi M. The relationship between religious beliefs and depression in students of medical sciences. *Teb va Tazkieh* .2003; 53: 62-65.
- Humara, M.M. (1999). The Relationship between Anxiety and Performance Cognitive-behavioral Perspective. *The Online Journal of Sport Psychology*, 1, 1-14.
- Me raviglia MG. Prayer in people with cancer. *Cancer Nursing*. 2008; 25: 326-31.
- Goodarzi MA, Shafiei F, Tarikhi AR. The relationship between religious attitude and the symptoms of post traumatic stress disorder in people who experienced the Bam earthquake. *J Fundamentals of Mental Health*. 2011; 13: 182-93.