

« زن و مطالعات خانواده»

سال دهم - شماره سی و هفتم - پاییز ۱۳۹۶

ص: ۸۵-۱۰۵

تاریخ دریافت: ۹۶/۱/۳

تاریخ پذیرش: ۹۶/۳/۱۳

رابطه سلامت معنوی با شادکامی بانوان شاغل در لیگ برتر فوتسال^۱

مریم شیربایی^۲

چکیده

سلامت معنوی هسته مرکزی سلامت در انسان بوده و تاثیر آن بر ابعاد مختلف زندگی همواره مورد بررسی قرار گرفته است. تحقیق حاضر در پی بررسی رابطه سلامت معنوی با شادکامی بانوان ورزشکار حاضر در لیگ برتر فوتسال سال ۹۶-۱۳۹۵ می باشد. این پژوهش با روش پیمایشی مقطعی و با استفاده از پرسشنامه های سلامت معنوی پولوتزین و الیسون (SWBS) و شادکامی آکسفورد انجام شده است. جامعه آماری مورد مطالعه این پژوهش همه بانوان شاغل در لیگ برتر فوتسال در فصل ۹۶/۹۵ (۱۴۴ نفر) می باشد که با استفاده از نمونه گیری تصادفی ساده بدون جایگذاری روش نمونه گیری کوکران و با خطای ۵ درصد تعداد ۸۸ پرسشنامه توزیع گردید. از این تعداد ۶۳ نفر حاضر به پاسخگویی و همکاری با محققان شدند و بقیه به عنوان داده های گمشده در نظر گرفته شد که با ابزارهای داده کاوی پیش پردازش لازم مانند حذف نمونه ها یا برآورد آنها (جایگذاری میانگین دیگر جواب ها به جای آنها) صورت گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS و روش های آماری توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و تحلیلی (آزمون کای اسکور و ضریب همبستگی پیرسون) استفاده گردید. نتایج آزمون کای اسکور نشان می دهد که بین سلامت معنوی و شادکامی و همچنین ابعاد سلامت معنوی (سلامت مذهبی و سلامت وجودی) با شادکامی رابطه معناداری وجود دارد. همچنین وجود ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرها نشان از وجود همبستگی مستقیم و مثبت بین متغیرهای مورد بحث موجود دارد ($P \leq 0/01$). به طور کلی نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که سلامت معنوی با شادکامی و ایجاد نشاط بین بانوان ورزشکار رابطه مستقیم دارد. بنابراین می توان با برنامه ریزی برای ارتقای سلامت معنوی بانوان ورزشکار، شادکامی آنان را نیز افزایش داد.

واژه های کلیدی: سلامت معنوی، شادکامی، فوتسال بانوان، لیگ برتر

۱. این مقاله مستخرج از طرحی است که با حمایت مالی دانشگاه پیام نور با عنوان « رابطه سلامت معنوی با شادکامی بانوان شاغل در لیگ برتر

فوتسال» به تصویب رسیده است.

۲. مربی، گروه علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور

مقدمه

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی^۱ سلامت عبارتست از برخورداری از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری و نقص عضو (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۶). در طول دهه ها سلامتی بر اساس ابعاد خاص سلامت جسمی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی تحلیل شده بود (اتارد، ۲۰۱۴). اما بایستی توجه نمود که سلامتی یک مسأله چند بعدی است و امروزه متخصصان امر در این زمینه علاوه بر بعد جسمی، روانی و اجتماعی، جنبه معنوی را هم در نظر می‌گیرند. سلامت معنوی^۲ یکی از ابعاد مهم سلامت انسان است که ارتباط یکپارچه و درونی بین نیروهای داخلی فراهم می‌آورد (وندر، ۲۰۰۶). سلامت معنوی دربرگیرنده دو بعد سلامت مذهبی و سلامت وجودی است. سلامت مذهبی منعکس کننده ارتباط با خدا یا یک قدرت بی نهایت و سلامت وجودی مطرح کننده ارتباط ما با دیگران، محیط و ارتباط درونی ما است. سلامت وجودی به تلاش برای درک معنا و هدف در زندگی اطلاق می‌گردد (الله بخشیان، ۱۳۸۹).

از طرفی، یکی از عوامل مهم و در ارتباط با سلامت، شادمانی است. که به دلیل تأثیر عمده‌ای که بر زندگی افراد دارد، همواره ذهن انسان را به خود مشغول کرده است. نشاط و شادی از نیازهای اولیه فطری و ضروری انسان به شمار می‌رود و می‌توان آن را از مهم ترین عوامل سلامت خانواده و جامعه انگاشت. روح امید و تلاش و پیشرفت در پرتو یک زندگی شاد و بانشاط است (فرهاد، ۱۳۹۳). با وجود این، شادکامی نشانه فقدان افسردگی افراد نیست، بلکه نشان دهنده وجود شماری از حالت‌های شناختی و هیجانی مثبت است (استفن، ۲۰۰۴). مایرز^۳ (۲۰۰۲) معتقد است که افراد شاد، احساس امنیت بیشتری می‌کنند، آسانتر تصمیم می‌گیرند، روحیه مشارکتی بیشتری دارند و نسبت به کسانی که با آنها زندگی می‌کنند، بیشتر احساس رضایت می‌کنند (مایرز، ۲۰۰۳). کارل^۴ (۲۰۰۶) معتقد است افراد شاد، معمولاً مهارت‌های خود را بهتر ارزیابی کرده و رویدادهای مثبت را بیشتر از رویدادهای منفی، یادآوری نموده و در برنامه های زندگی، تصمیم گیری بهتری دارند (کارل، ۲۰۰۶). ارتباط بین سلامت معنوی و شادکامی و تأثیر هر یک بر زندگی انسان، همواره یکی از موضوعات مهمی است، که توجه زیادی به آن نشده است. در این پژوهش، هدف بررسی رابطه سلامت معنوی با شادکامی بانوان ورزشکار می‌باشد. این موضوع در میان بانوان ورزشکار حائز اهمیت بیشتری است. زیرا زنان ورزشکار اولاً به عنوان الگو برای سایر زنان جامعه مورد انتخاب قرار می‌گیرند، ثانياً به عنوان نماد زن مسلمان در مسابقات بین المللی حضور می‌یابند. همچنین بر اساس مدل شلدون و لیمبومیرسکی^۵ (۲۰۰۴) درباره عوامل تعیین کننده شادی به سه عامل

1. World Health Organization
2. Spiritual health
3. Myers
4. Carel
5. Sheldon & Lyumbomirsky

نقطه شروع ثابت (آمادگی های ژنتیکی)، شرایط (وضعیت اقتصادی_ اجتماعی) و کنش های عمدی اشاره دارد. که عوامل اول و دوم به ترتیب ثابت و نسبتاً ایستا و کنش های عمدی عامل متغیر مدل هستند. کنش های عمدی اشاره به فرآیندهای تلاش مدار و مقصودنگر زندگی فرد دارد که شامل جنبه‌های شناختی (نظیر داشتن نگرش‌های مثبت و کمال‌گرا)، رفتاری(مثل ابراز علاقه به دیگران یا ورزش کردن) و خواست های ارادی(نظیر تعیین و دنبال کردن اهداف شخصی معنادار) هستند. بنابراین کنش های عمدی از بیشترین سطح تغییر و کنترل پذیری برخوردار بوده و تحقیقات انجام شده در زمینه راهکارهای مداخله ای برای افزایش شادی و پرورش خوشبختی حول این عامل انجام شده است(شلدون، لیمومیرسکی، ۲۰۰۴). از دیگر سو گالاهو^۱ (۲۰۰۶) معتقد است فعالیت های ورزشی شاید بتواند از راه‌های متفاوت به احساس مثبت فرد از خود و خودپنداره بهتر در فرد کمک کند. چنین احساسی می‌تواند زمینه و بستر پدید آمدن تغییر و تحول بسیاری از صفات روانی - اجتماعی فرد شود. این احساس خوب و مثبت در دنیای پر فشار امروزی ضروری است و احتمالاً در روش زندگی افراد تاثیر خواهد گذاشت (گالاهو، ۲۰۰۶). بنابراین می‌توان از طریق ورزش و فعالیت های گروهی بسیاری از مفاهیم اخلاقی و ارزشی مانند حس همدلی، روحیه پهلوانی و جوانمردی، رعایت اصول و اخلاق مداری، پایبندی به اصول و ارزش ها، احترام به قراردادهای اجتماعی را آموزش داد. از آنجا که در کشور اسلامی ایران، رشد سجایای اخلاقی و رعایت موازین آن مورد تاکید مسؤولان بوده و از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، بررسی سلامت معنوی و همچنین ارتباط آن با شادی در میان بانوان ورزشکار از مهم‌ترین مسائل و دغدغه‌ها می‌باشد.

مبانی نظری

به اعتقاد فرانکل^۲، سه عامل جوهر وجود انسان را تشکیل می‌دهد: معنویت، آزادی و مسؤولیت. از نظر فرانکل، سلامت روان مستلزم تجربه شخصی این سه عامل است. به باور او، در معنای انسان سالم معنویت مستتر است. وی معتقد است در سایه همین سلامت معنوی است که فرد به کمال می‌رسد و فراتر از ابعاد عینی و مادی زندگی می‌کند(فرانکل، ۱۹۹۳). همچنین بر اساس نظریه مارگارت ویلز (۲۰۰۷) افزون بر خود روانی و خود بدنی، خود معنوی نیز وجود دارد که در مرکز قرار دارد. ویلز معنویت را یک عامل فعال می‌داند که موجب ارتقای سلامتی است. و در مرکزیت سازه سلامت قرار دارد(ویلز، ۲۰۰۷).

سیمپسون و لوانگر (۱۹۸۷) با یک مرور مطالعاتی گسترده ابعاد سلامتی را توصیف کردند. آنها سلامت روانی را سلامت روان‌شناسانه نامیدند که شامل عواطف و منبعی برای قابلیت‌های عقلانی و درک ذهنی است. آنان بعد سلامت روحی یا سلامت معنوی را سلامت شخصی می‌نامند و آن را با

1.Gallahue

2.Frankl

مفهوم تعالی نفس مرتبط می‌دانند که منعکس‌کننده سیستم ارزشی فرد است و ممکن است مربوط به عقیده‌ای در مورد پدیده‌ای ماورایی یا طبیعی باشد و یا قانون عملی و منبع مذهبی (صفاری و شجاعی‌زاده، ۱۳۸۷). همچنین سلامت معنوی در نگرش دینی با سلامت معنوی در نگرش غیردینی متفاوت است در نگاه مادی و اومانیستی یک نگاه حداقلی به سلامت معنوی وجود دارد و تنها به عنوان یک ابزار در اختیار درمان جسمی بیماران قرار می‌گیرد. ولی در نگاه دینی، علاوه بر آنچه در نگاه غیردینی مطرح می‌باشد، برای سلامت معنوی جایگاه وسیع‌تر و گسترده‌تری را قایل است (ابوقاسمی، ۱۳۹۱). هنگلمن^۱ سلامت معنوی را به‌عنوان حسی از ارتباط داشتن، هماهنگی بین خود، دیگران، طبیعت و وجود متعالی از طریق فرآیندی پویا، منسجم و دست‌یافتنی می‌داند که منجر به شناخت از هدف نهایی و معنای زندگی می‌شود (هنگلمن و دیگران، ۱۹۸۵).

سلامت معنوی مفهوم چند بعدی و مراتب گوناگون دارد که در صورت فراهم بودن پیشایندهای وضعیت بودن، مراتب داشتن، وجود ساحت‌های بینش، گرایش، توانایی و ظرفیت‌های فرد در حضور ویژگی‌های رو به تعالی بودن، حصول در سایه هماهنگی همه امکانات درونی، فراهم شدن امکان انتخاب در رفتارهای اختیاری درونی و بیرونی و ارتباط با ساحت‌های چهارگانه الهی، فردی، اجتماعی و طبیعی به هدف غایی و پیامد خود که قرب الهی یا تقرب به خدای متعال است، نائل خواهد شد (حاجی علیانی، ۱۳۹۳). سلامت معنوی هسته مرکزی سلامتی در انسان بوده و ایجاد و پیشرفت احساس سلامت معنوی، می‌تواند یکی از راه‌های مناسب سازگاری با بیماری باشد (رز، ۲۰۱۶). سلامت معنوی با اصطلاح حالتی از بودن، واکنش احساسات مثبت، رفتارها و شناخت ارتباط با خود، دیگران، یک نیروی ماورایی و فطرت تعریف می‌شود که فرد متمایل به احساس هویت، کمال، رضایتمندی، لذت، خرسندی، زیبایی، عشق، احترام، نگرش مثبت، آرامش، توازن درونی، هدف و جهت زندگی می‌شود (گومز، ۲۰۰۳). سلامت معنوی فرآیندی مبهم و پیچیده‌ای از تکامل انسان بوده که رابطه هماهنگ بین نیروهای درونی فرد را فراهم می‌کند. سلامت معنوی با ویژگی‌های ثبات در زندگی، صلح، ارتباط نزدیک با خدا، خود، جامعه و محیط که انسجام و تمامیت فرد را تعیین می‌کنند، مشخص می‌شود (واحدیان، ۲۰۱۳). همچنین شادمانی، از جمله موضوعاتی است که از دیرباز اندیشمندان نظیر ارسطو، زنون و اپیکور به آن پرداخته‌اند. ارسطو، دست کم به سه نوع شادمانی معتقد است. در پایین‌ترین سطح، عقیده مردم عادی است که شادمانی را معادل موفقیت و کامیابی می‌داند و در سطح بالاتر آن، شادمانی مورد نظر ارسطو یا شادمانی ناشی از معنویت قرار می‌گیرد (آیزنک، ۱۹۹۰).

طبق نظریه آرجیل^۲ و همکاران، شادکامی از دو جزء عاطفی و شناختی تشکیل شده است. شادکامی متضاد افسردگی نمی‌باشد اما شرط عدم افسردگی را برای شادکامی لازم می‌داند. آنان بر این باورند

1. Hungelman
2. Argyle

که اگر از مردم سؤال شود که منظور از شادکامی چیست؟ دو نوع پاسخ را مطرح می‌کنند: الف) ممکن است حالات هیجانی مثبت مانند لذت بردن را عنوان کنند. ب) ممکن است به طور کلی آن را راضی بودن از زندگی یا رضایت از بیشتر جنبه های زندگی بدانند. طبق نظریه داینر^۱ و همکاران، شادکامی ارزشیابی هایی است که افراد از خود و زندگیشان به عمل می آورند. این ارزشیابی ها می تواند جنبه شناختی داشته باشد مانند قضاوت هایی که در مورد خشنودی او از زندگی صورت می گیرد و یا جنبه عاطفی که شامل خلق و هیجاناتی است که در واکنش به رویدادهای زندگی ظاهر می شود (داینر و همکاران؛ ۱۹۹۹). طرفداران نظریه نقطه تنظیم شادکامی^۲ معتقدند که شادکامی تا حد زیادی توسط یک آمادگی ذاتی برای اینکه از زندگی لذت ببریم یا نه، مشخص می شود (وین هوون، ۲۰۰۶). در نظریه عاطفی شادکامی، شادکامی محاسبه نمی شود بلکه به اکتشافی بودن آن اشاره می گردد. شادکامی بازتابی از این واقعیت است که ما به طور کلی چگونه احساس خوبی داریم. همچنین شادی از دیدگاه سلیگمن^۳، در سه بعد گذشته (در قالب رضایت و بهزیستی)، حال (در قالب جاری بودن، خوشی، لذت بردن و شادمان بودن) و آینده (در قالب شناخت‌های سازنده، امید، خوش بینی و ایمان) خلاصه می شود. سلیگمن (2005)، هیجانات مثبت را به سه طبقه تقسیم می کند. اگر هیجانات مثبت همراه با زمان آینده بیابند در برگیرنده خوش بینی، امید، اطمینان، وفا، سلامتی و داشتن دورنمای خوب است. اگر با زمان گذشته بیابند شامل رضایتمندی، خشنودی، کمال سرافرازی و آرامش‌اند که هیجان‌های مثبت اصلی هستند اما، اگر با زمان حال همراه شوند، به دو حالت لذت‌های زودگذر و خشنودی بادوام پدید می آیند (سلیگمن، ۲۰۰۵). کیمبل و ویلیز^۴ (۲۰۰۶) عقیده دارند که شادکامی مانند سلامتی یا سرگرمی یک ویژگی خوب با درجه بالاست (کیمبل و ویلیز، ۲۰۰۶). برخی از نظریه پردازان رسیدن به شادکامی را از طریق توجه به ارزش ها و اهداف معنوی، نیازهای اساسی، معنادار بودن زندگی و عشق به خدا امکان پذیر می دانند (مالتبی، لوییز، ۲۰۰۰). از نظر رایس^۵ شادکامی مبتنی بر ارزش، حاکی از معنادار بودن زندگی است و و یکی از مهم ترین و مؤثرترین راه‌ها ارضای امیال، روی آوردن به معنویت می باشد که می تواند میل به احترام و افتخار را برآورده کند. این راه مبتنی بر ارزش ها، به سمت شادکامی های بزرگتر و مهم تر منتهی می شود (رایس، ۲۰۰۱).

-
- 1 . Diener
 - 2 . Happiness set point theory
 - 3 . Seligman's Happiness Theory
 - 4 . Kimball & Willis
 - 5 . Reiss

پیشینه تجربی

پژوهش‌هایی پیرامون سلامت معنوی و شادی صورت گرفته است از جمله فرانسیس^۱ و همکاران با هدف بررسی رابطه بین نگرش دینی و شادکامی در نوجوانان، به کمک مقیاس شادکامی آکسفورد گزارش داده اند که، بین شادکامی و نگرش دینی رابطه ضعیف، اما معناداری وجود داشته است (فرانسیس، ۲۰۰۰). در مطالعه‌ای دیگر بیرد^۲ و همکاران چهار عامل شادکامی و رابطه آن را با تعهد دینی مورد بررسی قرار دادند. آنان دریافتند که تعهد دینی، پیش بینی کننده شادکامی است (بیرد، ۲۰۰۰). مطالعات لوئیس^۳ (۲۰۰۱)، مالتبی^۴ و همکاران (۱۹۹۹)، کارنزارو^۵ و همکاران (۱۹۹۵) نشان دهنده رابطه مثبت معنادار بین شادکامی و خوشبختی با نگرش و باورهای دینی است. همچنین علی محمدی و جان بزرگی به بررسی رابطه بین شادکامی با جهت گیری مذهبی و شادکامی روان‌شناختی و افسردگی پرداختند و به این نتیجه رسیدند که بین شادکامی دینی و شادکامی روان‌شناختی رابطه معنادار مثبت و بین شادکامی دینی و افسردگی یک همبستگی منفی وجود دارد (علیمحمدی، ۱۳۸۷). مظفری نیا (۱۳۹۳) معتقد است که در صورت برنامه ریزی پیرامون ابعاد شناخت معنوی و عواطف دانشجویان، می‌توان میزان شادکامی در این گروه از جوانان جامعه را افزایش داد و امیدوارتر بود که این شادکامی دوام و پایداری بیشتری داشته باشد. عبادی و همکاران در تحقیقی دریافتند که سلامت معنوی با شادکامی در دانشجویان پرستاری رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد (عبادی، ۱۳۹۵).

به طور کلی مرور نتایج تحقیقات گذشته نشان داده است که تاکنون تحقیقی در زمینه بررسی رابطه سلامت معنوی با شادکامی در زنان ورزشکار صورت نگرفته است.

فرضیه‌ها

- بین سلامت مذهبی و شادکامی در زنان ورزشکار حاضر در لیگ برتر فوتسال رابطه وجود دارد.
- بین سلامت وجودی و شادکامی در زنان ورزشکار حاضر در لیگ برتر فوتسال رابطه وجود دارد.
- بین سلامت معنوی با شادکامی در زنان ورزشکار حاضر در لیگ برتر فوتسال رابطه وجود دارد.

ابزار و روش

این پژوهش با روش پیمایشی مقطعی و با استفاده از ابزار پرسش‌نامه انجام می‌گردد. جامعه آماری مورد مطالعه این پژوهش همه بانوان شاغل در لیگ برتر فوتسال در فصل ۹۶-۱۳۹۵ می‌باشد. که لیگ حاضر شامل ۱۲ تیم و هر تیم شامل ۱۲ بازیکن می‌باشد. لذا جامعه آماری تحقیق حاضر ۱۴۴ نفر

- 1 . Francis
- 2 . Byrd
- 3 . Lewis
- 4 . Maltby
- 5 . Cartanzaro

می‌باشد. که با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده بدون جایگذاری به روش نمونه گیری کوکران و با خطای ۵ درصد تعداد ۸۸ پرسش‌نامه توزیع گردید که از این تعداد ۶۳ نفر حاضر به پاسخگویی و همکاری با محققان شدند و بقیه به عنوان داده های گمشده در نظر گرفته شد که با ابزارهای داده کاوی پیش پردازش لازم مانند حذف نمونه ها یا برآورد آنها (جایگذاری میانگین دیگر جواب ها به جای آنها) صورت گرفت.

ابزار تحقیق، اعتبار و پایایی

به منظور گردآوری اطلاعات لازم از پرسش‌نامه های اطلاعات فردی، سلامت معنوی و شادکامی به شرح ذیل استفاده گردید:

۱- پرسشنامه سلامت معنوی پولوتزین و الیسون^۱ (swbs): پرسش‌نامه ۲۰ سؤالی سلامت معنوی پولوتزین و الیسون (swbs) که ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی فرد را می‌سنجد. نمره سلامت معنوی جمع این دو زیر گروه است که دامنه آن بین ۲۰-۱۲۰ می‌باشد. پاسخ این سؤالات به صورت لیکرت ۶ گزینه ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته بندی شده است. در پایان سلامت معنوی افراد به سه دسته پایین (۲۰-۴۰)، متوسط (۴۱-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰) تقسیم بندی می‌شود. عبارت های با شماره فرد سلامت مذهبی و عبارت های با شماره زوج سلامت وجودی را می‌سنجد. این پرسش‌نامه توسط رضایی و همکاران در سال ۱۳۸۷ با ضریب آلفای ۰/۸۲، و همچنین در پژوهش الله بخشیان در سال ۱۳۸۹ با ضریب آلفای ۰/۹۹ در ایران روا و پایا شده است (رضایی، ۱۳۸۷ و الله بخشیان، ۱۳۸۹).

۲- مقیاس شادکامی آکسفورد^۲ (OHI): برای تعیین میزان شادکامی، از مقیاس شادکامی آکسفورد استفاده می‌گردد. این پرسش‌نامه در سال ۱۹۸۹ توسط آرچیل و لو (۱۹۹۰) تهیه شده و شامل ۲۹ سوال می‌باشد. هر یک از سوال های این آزمون ۴ گزینه دارد که از ۰ تا ۳ نمره به آنها اختصاص می‌یابد. بنابراین حداکثر نمره آزمون ۸۷ است. مطابق نظر آرچیل حیطه های این پرسش‌نامه در پنج دسته قابل تفکیک می‌باشند: رضایت از زندگی، حرمت خود، بهزیستی فاعلی، رضایت خاطر، خلق مثبت. این پرسش‌نامه توسط نوربالا با ضریب آلفای ۰/۷۹، و همچنین در پژوهش جوکار با ضریب ۰/۹۰ در ایران روا و پایا شده است (نوربالا، ۱۳۸۷ و جوکار، ۱۳۸۶). همچنین هادی نژاد و زارعی پایایی پرسش‌نامه را از طریق باز آزمایی، با فاصله زمانی چهار هفته ۰/۸۷ و آلفای کرونباخ را ۰/۸۴ گزارش کرده اند (هادی نژاد، ۱۳۸۹). برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS و روش های آماری توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و تحلیلی (آزمون کای اسکور و ضریب همبستگی پیرسون) استفاده گردید. ابتدا آزمون کای اسکور برای تشخیص وجود رابطه معنادار بین سلامت معنوی و شادکامی و همچنین ابعاد سلامت

1 . Pulotsin and Ellison Spiritual Well-being
2 . Oxford Happiness Inventory

معنوی (سلامت مذهبی و سلامت وجودی) با شادکامی استفاده شد. همچنین جهت بررسی وجود همبستگی مستقیم و مثبت بین متغیرهای مورد بحث از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید.

تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

سلامت معنوی

تعریف مفهومی

سلامت معنوی حالتی از بودن، احساس‌های مثبت، شناخت ارتباط فرد با خود، دیگران و یک نیروی ماورایی و نیز فطرت است. که در صورت دارا بودن آن - سلامت معنوی - فرد احساس هویت، کمال، رضایتمندی، عشق، احترام، نگرش مثبت، آرامش، توازن درونی می‌کند و زندگی‌اش هدفمند می‌شود (گومز و فیشر، ۲۰۰۳).

تعریف عملیاتی

در تلاش برای تدوین ابزاری معتبر و پایا در مورد سلامت معنوی، ابتدا مطالعاتی جهت مشخص کردن منظور مردم از کلمه معنویت انجام شد. جهت مشخص شدن درک مردم از احساس خودشان در مورد سلامت معنوی، از جمعیت عمومی خواسته شد تا سلامت معنوی خود را با اصطلاحات خودشان توصیف کنند. مقالات مربوط به موضوع نیز مطالعه شد. از این دو منبع، روشن شد که مردم در مورد احساس خود در باره سلامت معنوی دو گونه نظر می‌دهند، برخی افراد، مشخصاً از زبان مذهبی برای صحبت در مورد آن استفاده می‌کنند و دیگران در مورد احساس خود درباره سلامت معنوی به زبان غیرمذهبی سخن می‌گویند. مشاهده گردید که بعضی اوقات این دو روش صحبت درباره موضوع، همپوشانی دارد، به همین خاطر، عمداً تلاش شد تا ابزاری برای سلامت معنوی تدوین شود که دو خرده مقیاس را شامل شود: یک خرده مقیاس برای اندازه‌گیری سلامت مذهبی و یک خرده مقیاس برای اندازه‌گیری سلامت وجودی (فلسفه وجود انسان).. به هنگام ساخت مقیاس سلامت معنوی به این موضوع نیز توجه شد که ابزار مورد نظر می‌بایست به اندازه کافی عمومی باشد تا قابل استفاده برای مردم با عقاید مذهبی و معنوی متفاوت باشد (امیدواری، ۱۳۸۷). بدین منظور در تحقیق حاضر از پرسش‌نامه ۲۰ سؤالی سلامت معنوی پولوتزین و الیسون (swbs) که ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی فرد را می‌سنجد، استفاده گردید.

شادکامی

تعریف مفهومی

شادکامی عبارت است از مقدار ارزش مثبتی که یک فرد برای خود قائل است. این سازه دو جنبه دارد: یکی عوامل عاطفی که نمایانگر تجربه هیجانی شادی، سرخوشی، خشنودی و سایر هیجان‌های مثبت هستند و دیگری، ارزیابی شناختی رضایت از قلمروهای مختلف زندگی که بیانگر شادکامی و بهزیستی روانی است (وین، هوون، ۲۰۰۵)

تعریف عملیاتی

آرجیل و کروسلند^۱ (۱۹۸۷) به منظور ارائه یک تعریف عملیاتی از شادکامی آن را دارای سه بخش مهم دانسته‌اند: فراوانی و درجه عاطفه مثبت یا احساس خوشی، میانگین سطح رضایت در طول یک دوره، و نداشتن احساس منفی، افسردگی و اضطراب. این تعریف در پرسش‌نامه آکسفورد مبنای اندازه‌گیری شادکامی قرار گرفته است. مطابق نظر آرجیل حیطه‌های این پرسش‌نامه در پنج دسته قابل تفکیک می‌باشند: رضایت از زندگی، حرمت خود، بهزیستی فاعلی، رضایت خاطر، خلق مثبت.

یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار زیر مقیاس‌های سلامت معنوی بانوان فوتسالیست شاغل در لیگ برتر فوتسال درج شده است.

با توجه به نتایج جدول، بعد سلامت مذهبی با میانگین ۴۶/۵ بیشترین میانگین و بعد سلامت وجودی با میانگین ۴۱/۳ کمترین میانگین در مقیاس سلامت معنوی می‌باشد. همچنین میانگین نمره سلامت معنوی ۸۷/۹ و انحراف معیار ۸/۲ می‌باشد. که نشان دهنده نمره سلامت معنوی متوسط به بالا بانوان فوتسالیست شاغل در لیگ برتر فوتسال می‌باشد.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار زیر مقیاس‌های سلامت معنوی

متغیر	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
سلامت مذهبی	۳۶	۵۳	۴۶/۵	۳/۹
سلامت وجودی	۳۰	۵۰	۴۱/۳	۵/۰۱
سلامت معنوی	۶۶	۱۰۱	۸۷/۹	۸/۲

همچنین میانگین و انحراف معیار زیر مقیاس های شادکامی بانوان فوتسالیست شاغل در لیگ برتر فوتسال در جدول ۲ به شرح ذیل می باشد.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار زیر مقیاس های شادکامی

متغیر	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
رضایت از زندگی	۵	۱۹	۱۲/۹	۲/۶
حرمت خود	۷	۱۸	۱۴/۲	۲/۷
بهبودی فاعلی	۳	۱۱	۷/۸	۱/۷
رضایت خاطر	۵	۲۷	۷/۲	۲/۸
خلق مثبت	۴	۱۲	۷/۷	۱/۷
شادکامی	۳۷	۷۷	۵۰/۰۷	۶/۹

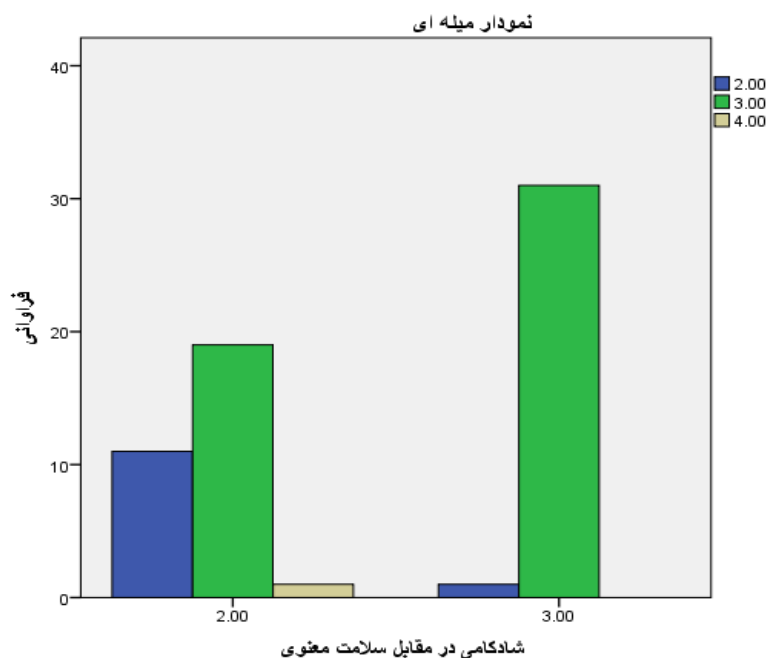
با توجه به نتایج جدول ۲ بین زیر مقیاس های شادکامی، حرمت خود با میانگین ۱۴/۲، بیشترین میانگین و رضایت خاطر با میانگین ۷/۲، کمترین میانگین می باشد. همچنین میانگین نمره شادکامی ۵۰/۰۷ و انحراف معیار ۶/۹ می باشد که نشان دهنده نمره شادکامی متوسط به بالا بانوان فوتسالیست شاغل در لیگ برتر فوتسال می باشد.

اکنون ابتدا بر اساس آزمون کای اسکور به بررسی وجود رابطه معنادار بین دو متغیر اصلی مورد بحث یعنی شادکامی و سلامت معنوی می پردازیم. دسته بندی مورد بحث برای این متغیرها با نتایج آزمون به ترتیب در جدول های ۳ و ۴ آورده شده است.

جدول ۳: دسته بندی های انجام شده برای متغیرهای شادکامی و سلامت معنوی

سلامت معنوی	شادکامی			
	۲	۳	۴	جمع
۲	۱۱	۱۹	۱	۳۱
۳	۱	۳۱	۰	۳۲
جمع	۱۲	۵۰	۱	۶۳

قابل توجه است که در جدول ۳ تعداد افراد با سطح ۱ برای هر دو متغیر صفر بوده است و به این دلیل گزارش نشده است. همچنین نمودار زیر می تواند تصور دیگری از این جدول را ارائه دهد.



نمودار ۱: مقایسه فراوانی متغیرهای شادکامی و سلامت معنوی در رده بندی‌های ایجاد شده

اکنون بر اساس جدول ۴ نتایج آزمون کای اسکور را برای متغیرهای موجود مورد بررسی قرار می‌دهیم:

جدول ۴: نتایج آزمون کای اسکور بین متغیرهای شادکامی و سلامت معنوی

سطح معنی داری	درجه آزادی	آماره آزمون
۰/۰۰۲	۲	۱۲/۲

سطح معناداری مشاهده شده نشان می‌دهد که بین شادکامی و سلامت معنوی ارتباط معنی داری وجود دارد. همچنین بر اساس جدول ۵ آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین سلامت معنوی و شادکامی همبستگی مستقیم و معنادار وجود دارد.

جدول ۵: ضریب همبستگی بین سلامت معنوی و شادکامی

سلامت معنوی		شادکامی
ضریب همبستگی	۰/۳۵	
p-value	۰/۰۰۵	

همچنین بر اساس آزمون کای اسکور به بررسی وجود رابطه معنادار بین زیر متغیر سلامت معنوی یعنی سلامت مذهبی و سلامت وجودی با شادکامی می‌پردازیم. دسته بندی مورد بحث برای این متغیرها به ترتیب در جدول های شماره ۶ و ۷ آورده شده است.

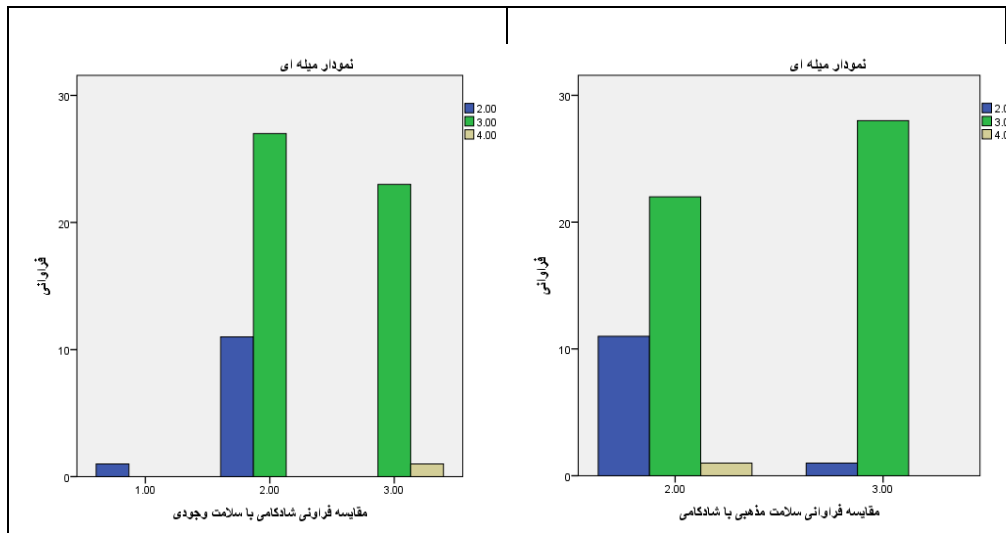
جدول ۶: دسته بندی های انجام شده برای متغیرهای شادکامی و سلامت مذهبی

		شادکامی			
		۲	۳	۴	جمع
سلامت مذهبی	۲	۱۱	۲۲	۱	۳۴
	۳	۱	۲۸	۰	۲۹
	جمع	۱۲	۵۰	۱	۶۳

جدول ۷: دسته بندی های انجام شده برای متغیرهای شادکامی و سلامت وجودی

		شادکامی			
		۲	۳	۴	جمع
سلامت وجودی	۱	۱	۰	۰	۱
	۲	۱۱	۲۷	۰	۳۸
	۳	۰	۲۳	۱	۲۴
	جمع	۱۲	۵۰	۱	۶۳

قابل توجه است که در جدول ۶ و ۷ تعداد افراد با سطح ۱ برای بعضی از متغیرهای موجود صفر بوده است و به این دلیل گزارش نشده است. همچنین نمودار های زیر می‌توانند تصور دیگری از این جدول ها را ارائه دهند.



نمودار ۲: (سمت راست) مقایسه فراوانی سلامت مذهبی با شادکامی
(سمت چپ) سلامت وجودی با شادکامی

اکنون بر اساس جدول ۸ نتایج آزمون کای اسکور را بین متغیرهای موجود مورد بررسی قرار می‌دهیم:

جدول ۸: نتایج آزمون کای اسکور بین متغیرهای شادکامی و سلامت معنوی و سلامت وجودی

متغیر	آماره آزمون	درجه آزادی	سطح معنی داری
سلامت مذهبی	۹,۷۱۸	۲	۰,۰۰۸
سلامت وجودی	۱۳,۵۳۷	۴	۰,۰۰۹

سطح معنی داری مشاهده شده برای هر دو متغیر موجود یعنی سلامت مذهبی و سلامت وجودی نشان می‌دهد که بین شادکامی و سلامت مذهبی و همچنین بین شادکامی و سلامت وجودی ارتباط معناداری وجود دارد.

با توجه به جدول ۹ بین سلامت معنوی و شادکامی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد بدین صورت که با افزایش نمره سلامت معنوی، نمره شادکامی افزایش می‌یابد. همچنین آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین ابعاد سلامت معنوی و شادکامی همبستگی مستقیم و معنادار وجود دارد.

جدول ۹: ضریب همبستگی بین ابعاد سلامت معنوی و شادکامی		
متغیر	ضریب همبستگی پیرسون	p-value
بعد سلامت مذهبی و شادکامی	۰/۳	۰/۰۱۴
بعد سلامت وجودی و شادکامی	۰/۴۴	۰/۰۰۰

به طور کلی نتایج نشان می‌دهد که بین سلامت معنوی و شادکامی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد بدین صورت که با افزایش نمره سلامت معنوی، نمره شادکامی بانوان فوتسالیست شاغل در لیگ برتر فوتسال افزایش می‌یابد.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه بانوان ورزشکار به عنوان الگوی جامعه برای جوانان و همچنین نماد جامعه اسلامی در مسابقات بین‌المللی به عنوان طیف مهم و تاثیر گذار بر جوانان و به خصوص جامع زنان می‌باشند لذا هر گونه مطالعه و سرمایه گذاری در جهت شناخت آنان در شکل‌دهی آینده جامعه موثر می‌باشد. تحقیق حاضر در پی بررسی رابطه سلامت معنوی با شادکامی بانوان ورزشکار حاضر در لیگ برتر فوتسال صورت گرفته است. نتایج این تحقیق نشان داد بین سلامت معنوی و شادکامی بانوان فوتسالیست شاغل در لیگ برتر فوتسال با استفاده از آزمون کای اسکور ارتباط معنادار وجود دارد. همچنین ضریب همبستگی پیرسون نشان داد، هر قدر که سلامت معنوی بانوان فوتسالیست شاغل در لیگ برتر فوتسال بیشتر باشد، شادکامی آنها نیز بیشتر خواهد بود. همچنین بین ابعاد سلامت معنوی (سلامت مذهبی و سلامت وجودی) با شادکامی ارتباط معناداری وجود دارد و این متغیرها نیز با شادکامی دارای ضریب همبستگی مثبت و معنادار می‌باشند. مرور نتایج تحقیقات قبلی نشان می‌دهد تاکنون تحقیقی که به بررسی سلامت معنوی و شادکامی در میان بانوان ورزشکار پرداخته باشد، وجود ندارد. به طوری که مطالعات انجام شده بیشتر بر روی دانشجویان، دانش‌آموزان، کارمندان، بیماران و... صورت گرفته است. اما به طور کلی نتایج تحقیق حاضر با اریچ (۲۰۱۳)، الن (۲۰۱۰)، بارون (۲۰۰۶)، عبادی (۱۳۹۵)، دهقانی (۱۳۹۴)، یارمحمدی (۱۳۹۴)، بحری نجفی (۱۳۹۴)، مظفری نیا (۱۳۹۳) همخوانی دارد. گرین^۱ (۲۰۱۲) این فرضیه را مطرح کرد که افراد دین دار دارای سلامت و شادی بیشتری هستند. همچنین اگلی و وینکاتش^۲ (۲۰۰۸) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که عقاید مذهبی بیشتر، پیش‌بین وجود شادی بیشتر است. اریچ^۳ (۲۰۱۳) در تحقیق خود با عنوان دینداری به عنوان عامل تعیین

1. Green
2. Agili & Venkatesh
3. Erich

کننده شادی، به این نتیجه رسید که همبستگی مثبت بین شادی و احساس خوشبختی با مذهبی بودن وجود دارد. همچنین نتایج پژوهش استاورا^۱ و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که افراد دین دار میانگین شادی و رضایت از زندگی بالاتری دارند. که همگی این نتایج، با نتایج تحقیق حاضر همسو است. در پژوهش موکرجی و برون^۲ (۲۰۰۵) نشان داده شد که هم مذهب و هم جنسیت، نقش مهمی در درجه شادکامی دارد و سطوح پایین رفتارهای مذهبی، شادکامی را کاهش می‌دهد. همچنین مذهبی بودن زنان، سطوح شادکامی آنان را افزایش می‌دهد. نتایج پژوهش الن^۳ (۲۰۱۰) که به بررسی رابطه بین مذهب و شادی پرداخته بود، نشان می‌دهد که وجود مذهب اثر بیشتری بر شادی دارد. لويس^۴ و همکاران (۲۰۰۵) نشان دادند که بین نمرات بالای جهت گیری مذهبی درونی بالا و مقابله مثبت مذهبی با نمرات بالای پرسشنامه شادکامی آکسفورد رابطه معنادار وجود دارد؛ به این معنی که وقتی مذهبی بودن با شادکامی رابطه دارد، با بهزیستی روان شناختی نیز رابطه دارد. دولتیل^۵ و همکاران (۲۰۰۴) در مطالعه‌ای بیان کردند که سطح افسردگی افرادی که معنویت بالایی دارند، پایینتر است. در زمینه تحقیقات داخلی هر چند تحقیقی در میان گروه ورزشکاران صورت نگرفته است، اما نتایج تحقیقات عبادی (۱۳۹۵) بین دانشجویان پرستاری، دهقانی (۱۳۹۴) بین کارکنان اداری، یارمحمدی (۱۳۹۴) بین مراقبین سالمندان، بحری نجفی (۱۳۹۴) بین معلمان ابتدایی، مظفری نیا (۱۳۹۳) بین دانشجویان حاکی از آنست که بین سلامت معنوی و شادکامی رابطه معناداری وجود دارد، که با نتایج تحقیق حاضر همخوانی دارد. سلامت معنوی نگرش افراد را نسبت به دنیای اطرافشان بهبود می‌بخشد و موجب کاهش احساسات منفی، تنش‌ها و ایجاد حس استقلال و قدرت می‌شود (طیپی و همکاران، ۱۳۹۰). به طور کلی، سلامت معنوی می‌تواند باعث احساس امیدواری، هدفمندی، آرامش، ایجاد نگرش مثبت نسبت به دنیا و قدرت سازگاری بالا در افراد شود و باعث افزایش توانایی فرد در انجام کارها و نیز داشتن معنا و هدف در زندگی در نهایت، سلامت فرد را موجب می‌شود (رجایی، ۱۳۹۲). از طرفی بر اساس مدل شلدون، لیمبومیرسکی (۲۰۰۴) شرکت در ورزش و فعالیت های بدنی مداوم از عوامل رفتاری کنش های عمدی هستند که بر شاد بودن فرد تاثیر مثبت دارد (شلدون، لیمبومیرسکی، ۲۰۰۴). همچنین گالاهو معتقد است فعالیت های ورزشی به احساس مثبت فرد از خود و خودپنداره بهتر در فرد کمک می‌کند. میانگین نمرات بالای شادکامی در تحقیق حاضر موید این مسأله می‌باشد. همچنین ایتزن و سیج^۶ (۱۹۹۷) معتقدند ارزش‌های دینی در جهان بینی ورزش نهفته هستند؛ به این معنا که ورزش مظهر ارزش‌های دینی از جمله توسعه شخصیت، سخت کوشی، ایستادگی و استقامت بوده و مانند مذهب این ویژگی‌ها و رفتارها را ترویج می‌دهد. از این رو چندین اصل ذاتی بین

1. Stavrova
2. Mookerjee & Beron
3. Ellen
4. Lewis
5. Doolittle
6. Eitzen & Sage

ورزش و دین وجود دارد. به عنوان مثال شخصیت سازی، نظم و انضباط، رقابت، آمادگی جسمی، عملکرد ثابت، تناسب اندام، بی طرفی، بازی کردن با توجه به قوانین و ملی گرایی (ایتزن، سیج، ۱۹۹۷). مطالعات ورنایچیا^۱ و همکاران (۲۰۰۰) و وریزبرگ^۲ و همکاران (۲۰۰۴) نشان دادند که برخی از ورزشکاران عقاید و اعمال مذهبی خود را به شکلی پررنگ همراه خود به زمین بازی می‌برند و دین برای برخی از قهرمانان ورزشی به عنوان راهی برای آمادگی، عملکرد و ارزیابی آنها از ورزش‌شان دارای اهمیت است (ورنایچیا، ۲۰۰۰ و وریزبرگ، ۲۰۰۴). در واقع جایگاه دین در زندگی ورزشکاران و در نتیجه ورزش، چندوجهی، مشترک و قدرتمند است. به نظر می‌رسد عقاید و باورهای مذهبی در جاهای مختلفی برای مقابله با فراز و نشیب‌های ورزشی به ورزشکاران کمک می‌کند و به آنها درک عمیق‌تری نسبت به تجربیات‌شان می‌دهد. بنابراین جمع شدن ورزشکاران در محافل برای دعا قبل از شروع بازی امر غیرمعمولی نمی‌باشد و بیشتر این بازیکنان اغلب برای کسب موفقیت با خدا ارتباط برقرار می‌کنند. در واقع ارتباط بین ورزش و دین را تقریباً در هر بخشی از جهان می‌توان یافت (جون، ۲۰۱۳). باورهای مذهبی و اینگونه مراسم و آیین‌ها در ورزشکاران می‌تواند منجر به تقویت روحی، از بین بردن اضطراب، کمک به تمرکز و اعتماد به نفس در مواجهه با رقیبان گردد (پریش، ۱۹۹۳).

به طور کلی نتایج این تحقیق نشان داد که سلامت معنوی با شادکامی بانوان فوتسالیست شاغل در لیگ برتر فوتسال رابطه معنادار دارد. بنابراین در صورت برنامه ریزی و ارائه برنامه‌هایی مرتبط با ابعاد سلامت معنوی در بین بانوان ورزشکار، می‌توان میزان شادکامی در این گروه مهم جامعه را افزایش داد و امیدوارتر بود که این شادکامی دوام و پایداری بیشتری داشته باشد. همچنین با توجه به اهمیت سلامت معنوی مربیان و مشاوران ورزشی می‌توانند محیطی را فراهم کنند که در آن ورزشکاران بتوانند به معنویات خود توجه و اهمیت بیشتری کنند. همچنین از آنجا که این پژوهش در بین بانوان شاغل در لیگ فوتسال انجام شده است پیشنهاد می‌گردد رابطه بین متغیرهای سلامت معنوی با شادکامی و دیگر مولفه‌های روانی بین سایر ورزشکاران رشته‌های ورزشی اعم از زن و مرد مطالعه گردد و نتایج مورد مقایسه قرارگیرد. نخستین و مهم‌ترین محدودیت این مطالعه استفاده از روش همبستگی است. لذا روابط کشف شده را نمی‌توان به عنوان روابط علی فرض کرد. دانش ما درباره بعضی از الگوهای رفتاری اندک است. و بسیاری از این روابط پیچیده اند شاید این روابط ناشی از اثر سایر متغیرها باشد. همچنین در این پژوهش به منظور زمینه‌یابی از پرسش‌نامه استفاده گردید، در نتیجه ممکن است برخی از افراد از ارائه پاسخ واقعی خودداری کرده و پاسخ غیر واقعی داده باشند. از طرفی افراد ممکن است خویشتن‌نگری کافی نداشته باشند و مسؤولانه به گویه‌ها پاسخ ندهند. از این رو تفسیر نتایج مطالعه با در نظر گرفتن مقطعی بودن مطالعه و نمونه‌های پژوهش، باید با شرایط خاص صورت گیرد و قابل تعمیم نیست.

1. Vernacchia
2. Wrisberg

Reference

- Abolghasemi, M, (2012) The Concept of Spiritual Health and Its Extent in Religion. **Medical Ethics Journal**, Vol. ۶, No. ۲۰: 45-68, (in Persian).
- Agili ,M, Venkatesh Kumar G,(2008)Relationship between religious attitude and happiness among professional employees. **Journal of the Indian academy of applied psychological**,34:9-66.
- Alimohammadi, K, Janbozrgi, M (2009),The Relationship between happiness and religious orientation and mental happiness and depression. **In dealing with the psychology of religion**. first year, No. 2, 131- 144, (in Persian).
- Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H (2010), **Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients**. ZJRMS, 12 (3) :29-33,URL: <http://zjrms.ir/article-1-676-fa.html>,(in Persian).
- Attard, J, Baldacchino, DR, Camilleri, L(2014), Nurses' and midwives' acquisition of competency in spiritual care: A focus on education. **Nurse Education Today**: 34(12), 1460-1466.
- Argyle, M, Lu, L(2001), **The psychology of happiness**. London: Rutledge.
- Ayatollah Khamenei (2014),**Supreme Leader's meeting Olympic and Paralympic medalists** .<http://www.leader.ir/langs>,(in Persian).
- BahriNajafi, F, Mirshahjafari, S(2015), The Effect of Different Aspects of Religious Belief on the Elementary Teachers' Happiness in the Working Environment. **Knowledge & Research in Applied Psychology**, Vol 16, No. 4 (Continuous No. 62): 106-113,(in Persian).
- Byrd, K, Lear, D, Schwenka, S (2000), Mysticism as a predictor of subjective well-being. **International Journal for the Psychology of Religion**,10(4):259-69.
- Cartanzaro, S, Horaney, F, Creasy, G, Hassles (1995),Coping and depressive symptoms in an elderly community sample: The role of mood regulation expectancies. **Journal of Counseling Psychology**,42(3):359-65. doi: 10.1037/0022-0167.42.3.259.
- Carel, E, Positive psychology. (H. Sharifi, J. Najafi, Persian trans) (2006), Tehran: **Sokhan Publication**,(in Persian).

Dehghani, E, Nejat, S, Yasiri, M (2015), The Correlation between Spiritual Well-being and Happiness in the Administrative Staff of Semnan University of Medical Sciences. **Religion and Health**, Vol: 3, No: 2: 9-18,(in Persian).

Doolittle, BR, Farrell, M(2004), The Association Between Spirituality and Depression in an Urban Clinic. **Prim Care Companion J Clin Psychiatry**, 6(3):114-8. PMID: 15361925.

Diener, E (1999), Subjective well-being: Three decades of progress. **Psychological Bulletin**, 125: 276-301.

Ebadi, B, Hosseini, MA, Rahgoia, F,et al(2016),The Relationship Between Spiritual Health and Happiness Among Nursing Students. **Journal of nursing education**, Volume 5, Issue 5:23-29, (in Persian).

Eitzen, D. S , Sage, G. H, (1997). **Sociology of North American Sport**. (6)th ed Boston: McGraw-Hill.

Ellen, C(2010), Religious Attendance and Happiness: Examining Gaps in the Current Literature-A Research Note. **Journal for the Scientific Study of Religion**, Volume 49, Issue 3:550-560.

Erich, G, Matthias, O(2013), Religiosity as a Determent of Happiness. **Journal of Review of Development Economics**: 523-539.

Farahzad, H(2013), **Happiness**. Tobay mohebat publications 2013,(In Persian).

Francis, L, Jones, H, Wilcox, C(2000), Religiosity and Happiness: during adolescence, young adulthood and later life. **Journal of Psychology and Christian**, 19:245-57.

Eysenck, Michael w, (1990). **Happiness: Facts and myths**.(Z. Chelongar, Persian trans), Tehran: Nasle nav andish Publishing, (in Persian).

Frankl, V, Emeil, (1993), **Physician and Spirit**.(B. Farrokh Seif, Persian trans) Tehran: Dorsa Publishing, (in Persian).

Jona, I. N, Okou, F. T (2013),Sports And Religion. **Asian Journal OF Management Sciences And Education**. Vol. 2, No. 1:28-41.

Jowkar, B (2007), Relationship between goal setting and happiness. **Journal of Psychology of Tabriz University**, 5(2):18-28,(in Persian).

Gallahue, D, Ozmun, J (2006), **Good way Jacqueline**. Understanding Motor Development :Infants, Children, Adolescents. 7th Edition.

Gomez, R, Fisher, JW(2003), Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. **Personality and Individual Differences**, 35: 1975-1991.

Green, M, Elliott, M, (2010), Religion, health, and psychological well being. **Journal of religion and health**, 49(2):63-149.

Hadi nejad H, Zare, F(2009), Reliability, validity Oxford Happiness Questionnaire survey. **Psychological research**, 12(1):262-77,(in Persian).

Hajiesmaeili M.R, Abbasi, M, Jonaidi Jafari, N, et al(2015), Spiritual Health Concept: A Hybridized Study. **History of Medicine Journal (Quarterly)**,6(21):15-47,2015,(in Persian).

Hungelman, J, et al (1985), Spiritual well-being in older adults: harmonious interconnectedness. **Journal of Religion Health**, 24: 147 – 53.

Kimball, M, Willis, R (2006), **Utility and happiness**. Michigan: University of Michigan.

Lewis, CA(2001),Cultural stereotype of the effects of religion on mental health. **Br J Med Psycho**, 74(Pt 3):359-67.

Lewis, C.A, J. Maltby, L. Day, (2005), Religious Orientation, Religious Coping and Happiness among UK Adults. **Personality and Individual Differences**, 38: 1193-1202.

Maltby, J, Lewis, C, Day, L(1999), Religious orientation and psychological well-being: The role of the frequency of personal prayer. **British Journal of Health Psychology**,4(4):363-78.

Maltby, J, Lewis, C, Day, L (2000),Religious orientation and psychological well-being: The role of the frequency of personal prayer. **British Journal of Health Psychology**, 4(4): 363-78.

Mookerjee, R, Beron, K (2005), Gender, Religion and Happiness. **The Journal of Socio-Economics**, 34: 674-685.

Mozafarina, F,Amin-Shokravi,F. (2015), Relationship between Spiritual Health and Happiness among Students. **Iranian Journal of Health Education and Health Promotion**, Volume 2, Number 2.97-108, (in Persian).

Myers, PG.(2002), **Happy and health**. Psychology Science, 70: 97-98.

Noorbala, A(2011), Psychosocial health and strategies for improvement. **Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology**, 17(2):151-6,(in Persian).

Omidvari, S,(2008), Spiritual Health, Concepts and Challenges. **Interdisciplinary quaranic studies**, Volume 1, Issue 1: 17-58(in Persian).

Prebish, C. S(1993), Religion and sport: The meeting of the sacred and the profane. **Westport**, CT: Greenwood Press.

Rajai, A, Saeidahmadian, A, (2014), **The relationship between spiritual intelligence and positive psychological states**. The second National Conference on Mental Health and Islamic lifestyle, Iran, Ghoochan, (in Persian).

Reiss, s (2001), Secrets of happiness. **Journal of Today Psychology**,3: 50-55.

Ross, L, Giske, T, Van Leeuwen, R, Baldacchino, et al(2016),Factors contributing to student nurses'/ midwives' perceived competency in spiritual care. **Nurse Education Today**. 36(1):445-451.

Rezaei, M, Seyedfatemi N, Hosseini, F (2010), spiritual health in cancer patients undergoing chemotherapy. **Journal of Life**, Volume 14, Issue 3-4: 33 -39, (in Persian).

Safairad, Iraj and others (2010), The relationship between spiritual well-being and mental health of students. **Journal of Sabzevar University of Medical Sciences and Health Services**, Volume ۱۷, Number ۴: ۲۷۴-۲۸۰, (in Persian).

Seligman, M. E. P, Steen. (2005), Positive psychology progress, empirical validation of interventions. **The American Psychological Association**,60(5), 410-421.

Sheldon, KM, Lyumbomirsky, S(2004), **Achieving sustainable new happiness: prospects** .In P.A, Linley, & S.Joseph, Positive Psychology in practice, New Jersey:John Wiley, Hoboken.

Stavrova O, Fetchenhauer D, Schlosser T. (2013), Why are religious people happy? The effect of the social norm of religiosity across countries. **Social science research**,42(1):90-105.

Stephen, J.P. A. Linley, J. Harwood, C.A. Lewis , P. McCollam (2004), Rapid Assessment of Well-being: The Short Depression-Happiness Scale

(SDHS). *Psychology and Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 77: 463-478.

Tayebi, M, Ahmari, H, Arabshahi, K (2013),the Association between Spiritual Health and Academic Achievement in Medical Students of Qom University of Medical Sciences. *Qom Univ Med Sci J*.7(Suppl 1): 72-78,(in Persian).

Vahedian azimi, A, Rahimi, A(2013),Concept of Spirituality: A Conventional Content Analysis. *Journal of qualitative Research in Health Sciences*, 2(1): pp:11-20,(in Persian).

Vader, JP(2006), Spiritual health: the next frontier. *The European Journal of Public Health*, 16(5): 457.

Veen hoven, R(2005),Advances in Understanding Happiness. *Revue Quebecoise de Psychologies*, 18: 29-74.

Vernacchia, R. A, McGuire, R. T, Reardon, J. P, Templin, D. P(2000),Psychosocial characteristics of Olympic track and field athletes. *International Journal of Sport Psychology*, 31: 5-23.

Wills, M (2007), Connection, action and hope, an invitation to reclaim the spiritual in health care. *Journal of Religious Health*, 8, 18:423- 436.

World Health Organization(2015),**Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health**. Physical Activity and Women 2016 updated 2016;cited 2015 23 November. Available from:http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_women/en/.

Wrisberg, C, Fisher, L, Thompson, C, Hayes, G (2004), The experience of Christian prayer in sport- an existential phenomenological investigation. *Journal of Psychology and Christianity*, 2: 1-19.

YarMohammadi, S, Makarem, A, HosseiniM.A, Bakhshi, E, Bakhtyari, V(2016), The relationship between spiritual health, happiness and job satisfaction among elderly caregivers at nursing homes of Tehran. *Journal of Geriatric Nursing*, Volume 2:9-24(in Persian).

