

# تیین رابطه سلامت معنوی با سلامت اجتماعی در پیاده‌روی اربعین

فاطمه احمدی بیغش\*

## چکیده

سلامت معنوی در کنار سلامت اجتماعی معنا پیدا می‌کند. هدف پژوهش بررسی رابطه سلامت معنوی با سلامت اجتماعی مذهبی شرکت‌کنندگان در پیاده‌روی اربعین است؛ اما باید دید آیا بین سلامت معنوی و سلامت اجتماعی مذهبی شرکت‌کنندگان رابطه‌ای وجود دارد؟ آنچه به عنوان راه‌آورد پژوهش از این تحقیق استنباط می‌شود این است که سلامت معنوی با سلامت اجتماعی افراد و نیز ابعاد سلامت معنوی (شناختی، عواطف و کنشی) با سلامت اجتماعی رابطه معناداری دارد. همچنین وضعیت تأهل با ابعاد سلامت معنوی، و نیز جنسیت با ابعاد شناختی تفاوت دارد. در نتیجه هرچه میزان سلامت معنوی افزایش پیدا کند، میزان سلامت اجتماعی بیشتر می‌شود. پیاده‌روی اربعین با توجه به ویژگی‌هایی، که دارد؛ از جمله حضور داوطلبانه اشخاص از طبقات مختلف جامعه با سطوح مختلف اعتقادی، زمینه مناسبی برای ایجاد هم‌بستگی، انسجام و مشارکت اجتماعی فراهم می‌سازد تا بتوان در مسیر افزایش شکوفایی و پذیرش اجتماعی گام برداشت.

**کلیدواژگان:** سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، پیاده‌روی اربعین، شرکت‌کنندگان.

\*. کارشناس ارشد تفسیر و علوم قرآن

«سلامت» به حالتی از رفاه کامل جسمی، ذهنی و عملکرد فرد در محیط طبیعی و اجتماعی گفته می‌شود؛ لذا سلامت را می‌توان مفهومی چندبعدی دانست (تونگتی،<sup>۱</sup> ۲۰۱۴م، ص ۱). کلمه «سلامت» خوردن غذاهای خاص، ورزش، خودمراقبتی عاطفی و ذهنی و مانند آن را در بر دارد. سلامت معنوی هم به همان میزان اهمیت دارد. سلامت معنوی دربرگیرنده ابعاد گوناگون درونی و بیرونی است که با واسطه‌هایی قابل تبدیل به یکدیگرند. فلسفه ارتباط برون فردی و ارتباط میان فردی رفع نیازهای کمبود (نیازهای فیزیولوژیک و اجتماعی)، و فلسفه ارتباط درون فردی و فرافردی رفع فرایندها (نیاز خودیابی) است؛ به بیان دیگر سلامت معنوی کنار سلامت اجتماعی معنا می‌یابد (ولف،<sup>۲</sup> ۲۰۰۷م، ص ۱).

فرهنگ پیاده‌روی اربعین - که هر ساله هم‌زمان با ایام منتهی به اربعین شهادت سید و سالار شهیدان حسین بن علی علیه السلام و شهدای کربلا در عراق برگزار می‌شود - در سال‌های اخیر به دلایل متفاوت سیاسی و فرهنگی گسترش یافته است؛ به طوری که عظیم‌ترین تجمع صلح‌آمیز بشری در جهان معاصر به حساب می‌آید. حضور ایرانی‌ها - که از گذشته به محبان آل محمد صلی الله علیه و آله مشهور بودند - در سال‌های اخیر بر کمیت و کیفیت آن افزوده و نمایشی میلیونی از حضور شیعیان جهان در مسیر کربلا رقم زده است. این آیین با توجه به پیشینه تاریخی و همین‌طور کارکردهای آیین‌ها در جریان برگزاری خود به یکی از صحنه‌های اصلی رفتار شیعیان تبدیل شده است (گیویان و امینی، ۱۳۹۶ش، ص ۸). در سال ۱۳۹۸ هجری شمسی تقریباً ۲۱ میلیون نفر طی پنجم تا بیستم ماه صفر در مراسم پیاده‌روی اربعین شرکت کردند که هفده میلیون آنها شهروندان عراقی از داخل و خارج کشور بودند؛ یعنی حدود چهل درصد ساکنان عراق یا حدود ۷۵ درصد جمعیت شیعیان این کشور (خبرگزاری تسنیم، ۱۳۹۸). به گزارش خبرگزاری موج، کمیته اطلاع‌رسانی ستاد مرکزی

1. Tognetti

2. Wulff

اربعین از ثبت نام ۱ میلیون و ۹۶۷ هزار و ۸۹۲ فرد ایرانی در سامانه ثبت نام زائران اربعین ۱۳۹۸ خبر داد. (خبرگزاری موج، ۱۳۹۸).

این رخداد اجتماعی پیام‌های مهم معنوی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی بسیاری دارد. جدا از زیبایی‌های معنوی پیاده‌روی اربعین و قاب‌های ماندگار آن، که برای همه الهام‌بخش است، مسئله سلامت معنوی و اجتماعی مردمی که با عشق قدم در این راه می‌گذارند ضروری است. مطالب انتشار یافته در رسانه‌ها، فضای مجازی، رادیو و تلویزیون و مصاحبه‌های پخش شده از افراد حاضر در پیاده‌روی اربعین حاکی از بالا رفتن سطح معنوی مردم است. (جلالی فراهانی و حسینی ذیجود، ۱۳۹۸ ش، ص ۵۴۷).

مشارکت بخش جوهری رشد انسان و توسعه اعتماد به خود، ابتکار، سربلندی، فعالیت، مسئولیت‌پذیری و تعاون اجتماعی است. بدون چنین توسعه و تحولی درون مردم، تلاش برای امحای فقر و توسعه نیافتگی، اگر تا ممکن نباشد، دست‌کم با مشکلات عدیده‌ای مواجه خواهد بود (بورکلی، ۱۹۹۶ م، ص ۵۶). به نظر گائوتری، «مشارکت فرایندی اجتماعی، عمومی، یکپارچه، چندگانه، چندبعدی و چندفرهنگی است که هدف آن کشاندن همه مردم به ایفای نقش در همه مراحل توسعه است» (ازکیا و غفاری، ۱۳۸۳، ص ۲۹۰). مشارکت اجتماعی کنار حوزه اقتصادی، فرهنگی، سیاسی و مانند اینها قرار می‌گیرد. در تعریف مشارکت اجتماعی گفته شده است:

مشارکت اجتماعی عبارت است از شرکت آگاهانه، ارادی، خودانگیخته و هدفمند گروه‌ها و افراد در فرایندها و امور اجتماعی جامعه به منظور تسهیم و نقش داشتن در کارها، تسهیل و تسریع امور جامعه و بهره‌برداری از نتایج آنها و کمک به اهداف توسعه اجتماعی جامعه (انصاری، ۱۳۸۳، ص ۶۲).

با توجه به مطالب ذکر شده، این پژوهش در پی بررسی رابطه سلامت معنوی با سلامت اجتماعی بین شرکت‌کنندگان در پیاده‌روی اربعین است. سؤال اصلی پژوهش این است که آیا بین سلامت معنوی و اجتماعی افراد حاضر در پیاده‌روی اربعین رابطه‌ای وجود دارد؟

## پیشینه پژوهش

درباره موضوع ذکرشده تا جایی که پژوهشگران این تحقیق جست و جو کردند، چه در داخل و چه در خارج، پژوهشی انجام نشده، ولی نتیجه بررسی های متعدد درباره متغیرهای مطالعه شده این تحقیق نشان می دهد سلامت معنوی و سلامت اجتماعی در زمینه های گوناگون اهمیت بسیاری دارد.

خالقی و قاسمی در مطالعه ای با عنوان «مقایسه میزان هوش معنوی و شادکامی افرادی که در پیاده روی اربعین حضور داشتند با افرادی که شرکت نکردند» بیان می کنند که میزان شادکامی و هوش معنوی افراد حاضر در پیاده روی اربعین به طور معناداری بیشتر از کسانی است که هیچ گاه در پیاده روی اربعین شرکت نکردند (اصفهانی خالقی و قاسمی، ۱۴۰۰ش، ص ۹). همایون و بد به روشنگری انگیزه گردشگران در سفرهای معنوی پرداخته و آن را به انگیزه دینی، شخصی و اجتماعی تقسیم بندی می کنند (همایون و بد، ۱۳۹۷ش، ص ۱۸). عیدی و علیوندی وفا به بررسی رابطه سلامت روانی، بهزیستی اجتماعی و هیجانی با نقش میانجی بهزیستی معنوی پرداختند و نتیجه گرفتند که بهزیستی هیجانی و اجتماعی بیشترین اثر را بر سلامت روان دارد (عیدی و علیوندی وفا، ۱۴۰۰ش، ص ۵). یوسفی و همکاران در مطالعه ای با عنوان «بررسی سلامت معنوی و ارتباط آن با سلامت روان در دانشجویان جدیدالورود دانشگاه علوم پزشکی کردستان» بیان می کنند که میان سلامت معنوی در دو بعد سلامت مذهبی و سلامت وجودی با سلامت روان آنها رابطه معناداری وجود دارد (یوسفی و دیگران، ۱۳۹۸ش، ص ۵). نازک تبار و شتابان در بررسی ای با عنوان «رابطه سلامت معنوی با سازگاری اجتماعی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان» بیان می کنند که سلامت معنوی می تواند به علت تأثیر بر کیفیت زندگی و سازگاری فرد با بیماری در زندگی بیماران مبتلا به سرطان نقشی ضروری ایفا کند. با توجه به نتایج به دست آمده، سلامت معنوی و مؤلفه های آن از متغیرهای مهم در زمینه کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان است (نازک تبار و شتابان، ۱۳۹۸ش، ص ۸). اسدزندی به چگونگی تأثیر سلامت معنوی بر

سایر ابعاد سلامت (جسمانی و روانی) می‌پردازد. سلامت معنوی با ایجاد شبکه حمایت اجتماعی در بعد اجتماعی، مدیریت استرس‌ها و معنا بخشیدن به حوادث زندگی در بعد روانی، و ایجاد رفتارهای سالم بهداشتی در بعد جسمی بر سلامت تأثیر دارد (اسدزندی، ۱۳۹۹ش، ص ۹).

جابری و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان «تجربه سلامت معنوی بزرگسالان مسلمان در ایران: تحلیل محتوای کیفی» بیان می‌کنند که سلامت معنوی در علوم مرتبط با سلامت و پرستاری توجه بسیاری را به خود جلب کرده است؛ با وجود این بیشتر تحقیقات درباره این مفهوم مبهم از روی جهان بینی فلسفی یهودی - مسیحی بوده و جامعه مسلمانان - که جمعیت بزرگی از جهان به خصوص جمعیت ایرانی را تشکیل می‌دهد بررسی نشده است (جابری و همکاران، ۲۰۱۹م، ص ۹).

جعفری و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان «بهبودی معنوی و سلامت روان در دانشجویان» به جست‌وجوی رابطه بهبودی معنوی و سلامت روان در دانشجویان پرداخته‌اند. نتایج تحقیق نشان می‌دهد میان بهبودی معنوی و سلامت روان ارتباط معناداری وجود دارد. همچنین بهبودی روحی و وجودی در زنان به شکل معناداری بیش از مردان بود و هیچ تفاوتی مربوط به جنسیت در نمرات سلامت روان وجود نداشت (جعفری و همکاران، ۲۰۱۳م، ص ۹).

بر اساس مطالب ذکرشده می‌توان گفت مطالعات درباره سلامت معنوی و اجتماعی بیشتر در زمینه پزشکی است و مطالعات کمی نیز بر روی دانشجویان صورت گرفته و درباره حوزه گردشگری و واقعه اربعین مطالعه‌ای نشده است؛ بنابراین مقاله حاضر از اولین مطالعات در حوزه سلامت، و با تأکید بر گردشگران و واقعه اربعین است.

چارچوب نظری تحقیق نظریه سلامت اجتماعی کوری کییز و نظریه سلامت معنوی است. زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد. عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت روانی است و تکالیف و چالش‌های

اجتماعی را نیز در نظر می‌گیرد. فرد سالم از نظر اجتماعی، زمانی عملکرد خوب دارد که اجتماع را به صورت مجموعه‌ای معنادار و قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند و احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی خود است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهم بداند (کییز، ۲۰۰۴م، ص ۹). کییز بر اساس بعد اجتماعی و سطح تحلیل اجتماعی پنج بعد و شاخص اساسی برای سلامت اجتماعی پیشنهاد کرده است: ۱. شکوفایی اجتماعی؛ ۲. پیوستگی اجتماعی؛ ۳. پذیرش اجتماعی؛ ۴. مشارکت اجتماعی؛ ۵. انسجام اجتماعی.

### سلامت اجتماعی

مفهوم سلامت اجتماعی برای بیشتر افراد آشنا نیست؛ زیرا شاید سلامت اجتماعی می‌تواند افزون بر ویژگی‌های فردی به ویژگی‌های جامعه نیز اشاره کند. سلامت اجتماعی به معنای توانایی تعامل با اشخاص و محیط با هدف ایجاد ارتباط رضایت بخش میان فردی است. در تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت اجتماعی بعدی از سلامت است که به کیفیت روابط اجتماعی مربوط است.

از منظر کییز، سلامت اجتماعی در قالب درک فرد از سهم داشتن در جامعه، پذیرش از سمت دیگران، قابل پیش بینی بودن جامعه و رخداد‌های اجتماعی، حس شرکت در جامعه و پتانسیل و رشد جامعه عملیاتی می‌شود (زمانخانی و دیگران، ۱۳۹۵ش، ص ۲). با توجه به این تعریف، سلامت اجتماعی دارای بعد پنج‌گانه «سهم و پذیرش اجتماعی، رشد و پیوستگی اجتماعی و یکپارچگی جامعه» است؛ بنابراین گرچه این پنج شاخصه بیان‌کننده ارزیابی‌های فردی است با محیط اجتماعی پیوندی جدانشدنی دارد (فیروزبخت و دیگران، ۱۳۹۶ش، ص ۶). از دیدگاه کییز شخصی سلامت اجتماعی دارد که اجتماع را مجموعه‌ای معنادار، قابل درک و بالقوه مؤثر در جهت نمو و شکوفایی بداند و احساس کند به جامعه متعلق است، و در سوی جامعه پذیرفته شده و در رشد آن شریک است (ابوالقاسمی و جوانمردی، ۱۳۹۱ش، ص ۱۰). این تعامل منطقی میان ابعاد مختلف سلامت است که به

مفهوم سلامت می‌رسد. با این اوصاف سطح کلی سلامت به این ابعاد بستگی ندارد، بلکه به تعادل میان آنها وابسته است (تونگتی، ۲۰۱۴م، ص ۳).

انسجام مقوله‌ای اجتناب‌ناپذیر، سیال، نسبی و خودجوش است که با همفکری، همیاری و هماهنگی داوطلبانه افراد جامعه در مناسبات گوناگون فرهنگی، مذهبی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی پیش روی افراد قرار می‌گیرد (ازکیا، ۱۳۷۶، ص ۲۶). انسجام موقعیتی است که در آن افراد جامعه با تعهدات مشترک اجتماعی و فرهنگی به یکدیگر پیوند می‌خورند (میتچل، ۱۹۸۹، ۱۸۰). انسجام اجتماعی مجموعه‌ای از عوامل و عناصر است که امکان ارتباط درونی و پیوستگی افراد یک کشور را در واکنش به مسائل خاص، از جمله پایداری در قبال مسائل مهم امنیتی در ابعاد مختلف، فراهم می‌کند و به این ترتیب استحکام و ثبات جامعه را میسر می‌سازد (ازکیا، ۱۳۷۶، ۲۶).

کامل‌ترین مدل درباره مفهوم سلامت اجتماعی متعلق به کوری کییز است. کییز سلامت اجتماعی را تفکر افراد از کیفیت رابطه‌شان با دیگران، و اجتماع اطراف تعریف می‌کند و آن را بعدی از سلامت ذهنی می‌داند (تاج‌الدین، ۱۳۹۶ش، ص ۷۰). این نظر از یک اصل جامعه‌شناختی و روان‌شناختی نشئت می‌گیرد. بر اساس نظریه کوری کییز حلقه گم شده در تاریخ مطالعات مربوط به سلامت پاسخ به این سؤال است که آیا کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را بدون توجه به معیارهای اجتماعی می‌توان ارزیابی کرد؟ از نظر کییز بهزیستی بنیان اجتماعی دارد و به این ترتیب سلامت اجتماعی را ارزیابی شرایط و عملکرد شخص در اجتماع تعریف می‌کند و عملکرد اجتماعی مثبت در زندگی را چیزی بیش از سلامت روانی و جسمی می‌داند که چالش‌های اجتماعی را در بر می‌گیرد (پولوتزین و الیسون، ۱۹۸۲م، ص ۱).

از جمله مفاهیم کلیدی در مطالعات اجتماعی و جامعه‌شناختی مفهوم هم‌بستگی اجتماعی است. هم‌بستگی اجتماعی در زبان لاتین معادل «social solidarity» به کار رفته و در لغت به معنای وحدت، وفاق و وفاداری است که ناشی از علائق، احساسات،

همدلی و کنش‌های مشترک است. این واژه با واژه «social cohesion» مترادف است و با واژه‌های دیگری همچون یکپارچگی اجتماعی (social Integration)، وحدت (unity)، وفاق اجتماعی (social harmony) و نظم اجتماعی (social order) از یک خانواده‌اند. بر اساس مطالب ذکرشده درباره هم‌بستگی اجتماعی تعاریف مختلفی ارائه شده است؛ از جمله به احساس مسئولیت متقابل بین چند نفر یا چند گروه که از آگاهی و اراده برخوردار باشند و شامل پیوندهای انسانی و برادری بین انسان‌ها به طور کلی و حتی وابستگی متقابل حیات و منافع آنها باشد، هم‌بستگی اجتماعی می‌گویند. به زبان جامعه‌شناختی هم‌بستگی پدیده‌ای را می‌رساند که بر پایه آن در سطح یک گروه یا یک جامعه، اعضا به یکدیگر وابسته، و به طور متقابل نیازمند یکدیگرند (باقی نصرآبادی، ۱۳۸۴، ص ۱۶۵).

### سلامت معنوی

سلامت معنوی هر چیزی است که به سلامت روح فرد مربوط می‌شود. روح را می‌توان در مذاهب و فرهنگ‌ها به روش‌های گوناگون تعریف کرد؛ ولی این مفهوم از چیزی درون فرد نشئت می‌گیرد که نه در بدن و نه بخشی از ذهن است. بسیاری معتقدند سلامت معنوی کلید تعادل میان جنبه‌های فیزیکی، ذهنی و اجتماعی روح با خدا (ها)، انرژی و جهان دیگر است. این سطح معنوی قطعاً بر سلامت معنوی و اجتماعی اثر مثبتی دارد. طبق نظریه پولوتزین و الیسون<sup>۱</sup> (۱۹۸۲م) سلامت معنوی دو بعد عمودی و افقی دارد. بعد عمودی شامل حس سلامت در ارتباط با خدا (سلامت مذهبی)، و بعد افقی شامل حس رضایت و هدفدار بودن در زندگی است (سلامت وجودی).

رضایی، سیدفاطمی و ادیب حاج‌باقری (۲۰۰۸م) در این زمینه می‌نویسند: سلامت معنوی تعادل میان جنبه‌های جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی شخص است که به آرامش ذهن و حس تمامیت و رفاه می‌انجامد و فرایندی از پیشرفت شخص به سوی

1. Polotzin, Alison.

ارتباطی هماهنگ است که از نیروهای درونی فرد سرچشمه می‌گیرد. سلامت معنوی در مراحل بالای هرم نیازهای مازلو قرار دارد و نشان‌دهنده کیفیت زندگی شخص در بعد معنوی است (رضایی و دیگران، ۲۰۰۸م، ؟؟؟)

هنگامی که فرد اظهار سلامت حقیقی می‌کند، به این معناست که افزون بر سلامت جسمی به واقعیت و بنیان قوی معنوی در خویش (جلالی فراهانی و حسینی ذیجود، ۱۳۹۸ش، ص ۵۴۷). شکوفایی و پذیرش اجتماعی رسیده است. شکوفایی اجتماعی (social actualization) از ارزیابی پتانسیل‌ها و مسیر تکامل جامعه و باور به این است که اجتماع در حال تکاملی تدریجی است و توانمندی‌های بالقوه‌ای برای تحول مثبت دارد. این افراد به آینده جامعه امیدوارند و معتقدند خود و دیگران از پتانسیل‌هایی برای رشد اجتماعی بهره‌مند و جهان می‌تواند برای آنها و دیگران بهتر شود (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴م، ص ۶۷).

منظور از پذیرش اجتماعی درک فرد از جامعه با توجه به خصوصیات سایر افراد است. پذیرش اجتماعی شامل پذیرش تکثر با دیگران، اعتماد به خوب بودن ذاتی دیگران و نگاه مثبت به ماهیت انسان‌هاست که همگی آنها باعث می‌شود فرد کنار سایر اعضای جامعه انسانی احساس راحتی کند. کسانی که دیگران را می‌پذیرند به این درک رسیده‌اند که افراد به‌طور کلی سازنده‌اند. همان‌گونه که سلامت روانی شامل پذیرش خود می‌شود، پذیرش دیگران در جامعه هم می‌تواند به سلامت اجتماعی بینجامد (کییز، ۱۹۹۸م، ص ۱۲۱-۱۴۰). افراد برخوردار از این بعد سلامت، اجتماع را به صورت مجموعه‌ای عمومی درک می‌کنند که از افراد مختلف تشکیل شده است و دیگران را افرادی با ظرفیت و مهربان می‌بینند و به آنها اعتماد و اطمینان دارند و باور دارند که مردم می‌توانند ساعی و مؤثر باشند. این افراد دیدگاه مطلوبی درباره ماهیت انسان دارند و با دیگران احساس راحتی می‌کنند. پذیرش اجتماعی مصداق پذیرش از خود است. در پذیرش اجتماعی، فرد نگرش مثبت و احساس خوبی به خودش و زندگی گذشته‌اش دارد و با وجود ضعف‌ها و ناتوانایی‌هایش همه جنبه‌های خود را می‌پذیرد (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴م، ص ۱۹-۳۱).

## متدها و عناصر

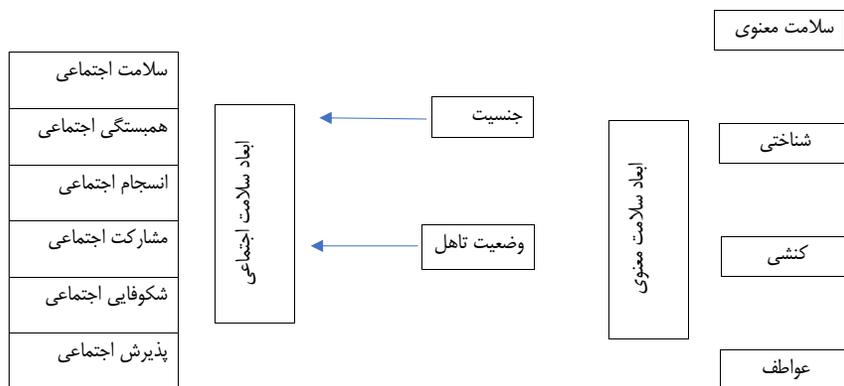
روش تحقیق این پژوهش توصیفی همبستگی است. جامعه آماری نیز تمامی شرکت‌کنندگان در پیاده‌روی اربعین در سال ۱۳۹۸ شمسی اند. با توجه به نامشخص بودن تعداد شرکت‌کنندگان، جامعه آماری نامحدود است و حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران برای جامعه نامحدود ۳۸۴ نفر مشخص شده است. برای اجرای پژوهش توضیحاتی درباره مطالعه و هدف آن برای شرکت‌کنندگان بیان شد. پس از کسب رضایت افراد و آگاهی به اینکه اطلاعات دریافتی فقط در این پژوهش استفاده می‌شود، اطلاعات جمع‌آوری شد. ابزار استفاده‌شده در این مطالعه به شرح زیر است:

پرسشنامه سلامت معنوی: پرسشنامه بیست سؤال سلامت معنوی پولوتزین و الیسون با ده سؤال سلامت مذهبی، و با ده سؤال سلامت وجودی شخص را می‌سنجد. نمره سلامت معنوی، جمع این دو زیرگروه با دامنه‌ای میان ۲۰ تا ۱۲۰ است. جواب این سؤالات به شکل لیکرت پنج گزینه‌ای از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» تقسیم‌بندی شده است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ است.

پرسشنامه سلامت اجتماعی: کیز و شاپیرو (۲۰۰۴م) معتقدند سلامت اجتماعی بررسی و شناخت فرد از چگونگی عملکرد او در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی است که او خود را عضوی از آنان می‌داند؛ به عبارت دیگر سلامت اجتماعی توانایی فرد در رویارویی مؤثر با دیگران و اجتماع به جهت ایجاد رابطه ارضاکننده شخصی و به انجام رساندن نقش‌های اجتماعی است. کیز (۲۰۰۴م) سلامت اجتماعی را مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر فرد از خویش به عنوان عضوی از جامعه بزرگ‌تر دانسته است. پرسشنامه استاندارد سلامت اجتماعی ۳۳ سؤال دارد که کبیز و همکارانش در سال ۱۹۹۸ میلادی طراحی کرده‌اند. هدف از این پرسشنامه سنجش میزان سلامت اجتماعی در ابعاد گوناگون است که پنج مؤلفه (هم‌بستگی اجتماعی،

1. Shpiro.

انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پذیرش اجتماعی) دارد و بر اساس طیف لیکرت از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» نمره‌گذاری شده است.



شکل ۱: مدل تحقیق

### فرضیه‌های تحقیق

- میان بعد شناختی سلامت معنوی و سلامت اجتماعی رابطه‌ای وجود دارد.
- میان بعد کنش سلامت معنوی و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد.
- میان بعد عواطف سلامت معنوی و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد.
- سلامت معنوی شناختی، عواطف و کنشی با سلامت اجتماعی هم‌بستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پذیرش اجتماعی رابطه دارد.
- بر اساس وضعیت تأهل، سلامت اجتماعی گردشگران متفاوت است.
- بر اساس جنسیت، سلامت اجتماعی گردشگران متفاوت است.

### یافته‌ها

تعداد چهارصد پرسشنامه بین گردشگران مذهبی توزیع شد و در مجموع ۳۸۴ پرسشنامه به طور کامل تکمیل شد. یافته‌های پژوهشی حکایت از آن می‌کند که

بیشترین تعداد نمونه در بازه سنی ۳۰ تا ۴۰ است. از همه نمونه‌ها ۲۰۰ نفر مرد و ۱۸۴ نفر زن بودند و بیشترین تعداد مدرک تحصیلی دیپلم بود.

جدول ۱: فراوانی واحدهای پژوهش بر اساس مشخصات دموگرافیک

متغیر	سال	تعداد
سن	۲۰ تا ۳۰	۱۱۷
	۳۰ تا ۴۰	۱۲۳
	۴۰ تا ۵۰	۵۸
	۵۰ تا ۶۰	۳۷
	۶۰ تا ۷۰	۴۹
جنس	مرد	۲۰۰
	زن	۱۹۲
تحصیلات	بی‌سواد	۱۶
	زیر دیپلم	۹۰
	دیپلم	۱۲۰
	فوق دیپلم	۱۰
	کارشناسی	۵۷
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۱۳

بر اساس نتیجه جدول شماره ۲ میان سه زیرمجموعه بیشترین میانگین، نمره ۳,۷۵ مربوط به زیرمجموعه بعد کنش و کمترین، نمره ۳,۵۵ مربوط به زیرمجموعه بعد عواطف است. در میان پنج زیرمقیاس سلامت اجتماعی، بیشترین میانگین مربوط به مشارکت اجتماعی نمره ۳,۴۴ و کمترین آن نمره ۲,۹۴ مربوط به زیرمقیاس پذیرش اجتماعی است.

جدول ۲: درصد، میانگین و انحراف معیار نمره‌های زیرمقیاس‌های سلامت معنوی

گردشگران مذهبی

زیر مقیاس	سؤالات	میانگین	انحراف معیار
بعد شناختی	نمی دانم که هستم، از کجا آمدم و به کجا خواهم رفت.	۶۵.۳	۱۸۶۲.۱
	عقیده دارم خدا مرا دوست دارد و مراقبم است.	۸۹.۳	۹۷۳.۰
	معتقدم خدا غیر قابل تجسم است و به من زندگی روزانه ام توجه ندارد.	۷۰.۳	۰۶۹.۱
	باور دارم خدا به فکر من و مشکلاتم است.	۷۵.۳	۰۸۹.۱
	زندگی معنای زیادی ندارد.	۴۸.۳	۲۱۵.۱
	معتقدم هدف خاصی برای زنده بودن وجود دارد.	۷۵.۳	۰۸۹.۱
	کل	۷۰.۳	۸۰.۴
بعد عواطف	در دعا و خلوت با خدا حس رضایت زیاد ندارم.	۷۵.۳	۹۵۱.۰
	حس می کنم زندگی تجربه مثبتی است.	۷۲.۳	۰۹۱.۱
	احساس می کنم آینده ام نامعلوم است.	۴۵.۳	۱۷.۱
	در زندگی به کمال رسیدم و رضایت دارم.	۶۱.۳	۰۵۳.۱
	از مسیر زندگی، که در پیش دارم، رضایت دارم.	۵۸.۳	۰۶۵.۱
	از زندگی لذت زیاد نمی برم.	۵۸.۳	۰۹۴.۱
	به آینده احساس خوبی دارم.	۷۲.۳	۰۱۰.۱
	ارتباط با خدا به من کمک می کند تا حس تنهایی نکنم.	۸۹.۳	۹۵۱.۰
	احساس می کنم زندگی پر از ناخوشی هاست.	۶۹۰.۲	۱۷۲.۱
کل	۵۵.۳	۷۴۳.۶	

زیر مقیاس	سؤالات	میانگین	انحراف معیار
بعد کنش	با خدا ارتباط معنی دار خاصی دارم.	۷۱.۳	۰۳۷.۱
	از خدا حمایت زیاد دریافت نمی‌کنم.	۵۹.۳	۰۱۴.۱
	ارتباط رضایت بخش با خدا ندارم.	۷۸.۳	۱۳۰.۱
	وقتی رابطه صمیمی با خدا دارم حس کمال دارم.	۸۲.۳	۹۷۴.۰
	ارتباط با خدا در سلامت من نقش دارد.	۸۸.۳	۰۵۱.۱
	کل	۷۵.۳	۹۶۵.۳

جهت آزمایش فرضیه‌های پژوهش از آزمون‌های هم‌بستگی و رگرسیون استفاده شد. با توجه به نتایج و آزمون فرضیه‌های اصلی تحقیق، مشاهده می‌شود که فرضیات تحقیق در سطح اطمینان ۹۹ درصد تأیید می‌شوند.

جدول ۳: ماتریس ضریب هم‌بستگی پیرسون میان متغیرهای ابعاد سلامت معنوی و سلامت اجتماعی

نام متغیر	ضریب هم‌بستگی پیرسون	p-value
بعد شناختی سلامت معنوی و اجتماعی	۵۵۴.۰	۰۰.۰
بعد عواطف سلامت معنوی و اجتماعی	۵۷۷.۰	۰۰.۰
بعد کنش سلامت معنوی و اجتماعی	۴۲۷.۰	۰۰.۰

جدول ۴: ضریب هم‌بستگی میان ابعاد سلامت معنوی و ابعاد سلامت اجتماعی

پدیرش اجتماعی	شکوفایی اجتماعی	مشارکت اجتماعی	انطباق اجتماعی	انسجام اجتماعی	ضریب هم‌بستگی پیرسون	بعد شناخت سلامت معنوی
۴۶۴.۰	۵۵۴.۰	۵۰۴.۰	۴۹۹.۰	۳۶۷.۰	ضریب هم‌بستگی پیرسون	بعد شناخت سلامت معنوی
۰,۰۰۰	۰,۰۰۰	۰,۰۰۰	۰,۰۰۰	۰,۰۰۰	p-value	

پذیرش اجتماعی	شکوفایی اجتماعی	مشارکت اجتماعی	انطباق اجتماعی	انسجام اجتماعی		
۰,۴۶۴	۰,۵۵۴	۰,۵۰۴	۰,۵۱۱	۰,۳۹۶	ضریب هم‌بستگی پیرسون	بعد عواطف سلامت معنوی
۰,۰۰۰	۰,۰۰۰	۰,۰۰۰	۰,۰۰۰	۰,۰۰۰	p-value	
۳۵۵/۰	۴۴۸/۰	۳۶۳/۰	۳۹۴/۰	۲۷۴/۰	ضریب هم‌بستگی پیرسون	بعد کنش سلامت معنوی
۰,۰۰۰	۰,۰۰۰	۰,۰۰۰	۰,۰۰۰	۰,۰۰۰	p-value	

ضریب همبستگی میان اینها حاکی از رابطه‌ای مثبت، مستقیم و متوسط است. به جهت پیش‌بینی سهم سلامت معنوی و ابعاد آن در میزان سلامت اجتماعی از رگرسیون چندمتغیره با روش «Enter» استفاده شده است.

جدول ۵: تعیین‌کننده‌های کلی تحلیل رگرسیونی سهم سلامت معنوی و ابعاد آن در میزان سلامت اجتماعی

شاخص آماری- مدل رگرسیونی	ضریب هم‌بستگی (R)	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> تعدیل شده	F	سطح معناداری
۱	۵۹۹/۰	۳۵۹/۰	۳۵۴/۰	۷۰,۹۸۸	۰۰۰/۰

جدول بالا ضریب هم‌بستگی سلامت معنوی و ابعاد آن در میزان سلامت اجتماعی را نشان می‌دهد. ضریب هم‌بستگی میان این دو متغیر ۵۹/۰ و دارای سطح معناداری بسیار بالاست؛ بدین معنا که هرچه میزان سلامت معنوی افزایش یابد، میزان سلامت اجتماعی هم افزایش می‌یابد. میزان برآورد واریانس میزان سلامت اجتماعی است که توسط ۲ منظور از R متغیر مستقل تبیین می‌شود و در پژوهش حاضر معلوم شد نزدیک به ۳۶ درصد از تغییرات متغیر میزان سلامت اجتماعی توسط متغیر مستقل معلوم می‌شود.

جدول ۶: ضریب رگرسیونی سهم ابعاد سلامت معنوی بر میزان سلامت اجتماعی

شاخص آماری	ضرایب رگرسیونی	خطای استاندارد	بتای استاندارد شده	T	سطح معناداری
عدد ثابت	۴۸,۳۰۸	۶۳۵.۴	-	۱۰,۴۲۳	۰۰۰.۰
شناختی	۵۳۶.۱	۴۲۲	۳۳۴.۰	۶۴۰.۳	۰۰۰.۰
عواطف	۵۲۸.۱	۲۸۲	۴۷۶.۰	۴۱۷.۵	۰۰۰.۰
کنش	-۲۴۶.۱	۴۲۷	-۲۲۴	-۹۲۰.۲	۰۰۴.۰

با توجه به جدول بالا می‌توان گفت ابعاد شناختی، عواطف و کنش به ترتیب از عوامل تأثیرگذار بر میزان سلامت اجتماعی است. اثر دو بعد شناختی و عواطف فزاینده است. ابعاد شناختی و عواطف بیشترین اثر، و بعد کنش کمترین اثر بر میزان سلامت اجتماعی را دارد. ضریب ۳۳۴/۰ شناختی بدین معناست که به ازای هر واحد تغییر در انحراف معیار شناختی، ۳۳۴/۰ واحد تغییر در انحراف معیار میزان سلامت اجتماعی ایجاد می‌شود و از آنجا که رابطه مثبت است، تغییر هم به شکل مثبت است.

### نتیجه‌گیری

در این مقاله رابطه سلامت معنوی با سلامت اجتماعی در پیاده‌روی اربعین را بررسی کردیم. همان‌طور که نتیجه جداول خروجی (۳ و ۵) نشان داده، می‌توان گفت فرضیه‌های تحقیق در سطح اطمینان ۹۹ درصد تأیید شده است؛ بدین معنا که سلامت معنوی با سلامت اجتماعی افراد رابطه دارد. همان‌طور که گفتیم، پژوهشی مانند مقاله حاضر انجام نشده، ولی نتیجه این فرضیه با نتیجه تحقیق عیدی و علیوندی و فاهم جهت است. نتایج مطالعه آنها حکایت از آن می‌کند که بهزیستی هیجانی و اجتماعی بیشترین اثر را بر سلامت روان دارد و ابعاد سلامت معنوی با سلامت اجتماعی رابطه معناداری دارد. فرشادانیا و همکاران (۲۰۱۸م) در بررسی‌شان بیان می‌کنند میان سلامت معنوی و سلامت

اجتماعی رابطه معناداری برقرار است. افزون بر این، سلامت معنوی پیش‌بینی‌کننده معناداری بر سلامت اجتماعی است که یافته‌های این تحقیق بیانگر این موضوع است (فرشادنیا و دیگران، ۲۰۱۸م، ص ۷). همچنین ابعاد سلامت معنوی با سلامت اجتماعی ارتباط معناداری دارد. یافته‌های پژوهش بیانگر آن است که هرچه میزان سلامت معنوی افزایش پیدا کند، میزان سلامت اجتماعی هم بیشتر می‌شود. در پژوهش حاضر معلوم شد نزدیک به ۳۶ درصد از واریانس (تغییرات) متغیر میزان سلامت اجتماعی توسط متغیر مستقل معلوم می‌شود. بر اساس جدول بالا می‌توان گفت ابعاد شناختی، عواطف و کنش به ترتیب از عوامل تأثیرگذار بر میزان سلامت اجتماعی است.

اثر دو بعد شناختی و عواطف فزاینده بیشترین اثر، و بعد کنش کمترین اثر را بر میزان سلامت اجتماعی دارد. ضریب  $334/0$  شناختی به این معناست که به ازای هر واحد تغییر در انحراف معیار شناختی،  $334/0$  واحد تغییر در انحراف معیار میزان سلامت اجتماعی ایجاد می‌شود و از آنجا که رابطه مثبت است، تغییر به شکل فزاینده است؛ لذا می‌توان میزان سلامت معنوی و اجتماعی را در جامعه با برنامه‌ریزی افزایش داد. پیاده‌روی اربعین با توجه به خصوصیتی، از جمله حضور اختیاری افراد از طبقات مختلف جامعه با سطوح مختلف اعتقادی، فرصت مناسبی برای ایجاد هم‌بستگی، انسجام و مشارکت اجتماعی فراهم می‌آورد تا بتوان در مسیر افزایش شکوفایی و پذیرش اجتماعی قدم برداشت. این امر صورت نمی‌گیرد، مگر از طریق برنامه‌ریزی مناسب در ابعاد سلامت معنوی. قطعاً هر اندازه اعضای جامعه از میزان شناخت، عواطف و کنش سلامت معنوی بیشتری برخوردار باشند، میزان سلامت اجتماعی در جامعه بیشتر و بادوام‌تر خواهد بود؛ ولی متأسفانه دست‌اندرکاران در این زمینه به اهمیت و تأثیرات این رویداد عظیم چندان توجهی ندارند.

## منابع

۱. ابوالقاسمی، عباس و جوانمردی، لیلا (۱۳۹۱ش)، «نقش مطلوبیت اجتماعی، سلامت روانی و خودکارآمدی در پیش‌بینی پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان دختر»، روانشناسی مدرسه و

- آموزشگاه، ش ۱، ش ۲، ص ۶-۲۰.
۲. ازکیا، مصطفی و غلامرضا غفاری (۱۳۸۰)، «بررسی رابطه بین انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی سازمان یافته روستاییان در نواحی روستایی شهر کاشان»، *مجله اقتصاد کشاورزی و توسعه*، س ۹، ش ۳۶۵.
۳. اسدزندی، مینو و دیگران (۱۳۹۹ش)، «ارزیابی تطبیقی رفتارهای سلامت معنوی مردم ایران در پاندمی کووید - ۱۹ با شواهد دینی»، *مجله طب نظامی*، س ۲۲، ش ۸، ص ۸۶۴-۸۷۲.
۴. اصفهانی خالقی، آتنا و قاسمی، سیدامیرحسین (۱۴۰۰ش)، «مقایسه میزان هوش معنوی و شادکامی افرادی که در پیاده‌روی اربعین شرکت کرده‌اند با افرادی که شرکت نکرده‌اند»، *مطالعات اسلام و روانشناسی*، ش ۲۸، صص ۲۵۵-۲۷۲.
۵. انصاری، حمید (۱۳۸۳)، *نظریه‌های مشارکت*، جزوه درسی کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران.
۶. باقی نصرآبادی، علی (۱۳۸۴)، «همبستگی اجتماعی و مشارکت عمومی (دیدگاه‌ها، عوامل تقویت، تهدیدها و راهکارها)»، *حصون*، ش ۶، ص ۱۶۵.
۷. تاج‌الدین، محمد (۱۳۹۶ش)، «تعیین‌کننده‌های سلامت اجتماعی شهروندان منطقه دوازده تهران»، *برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، دوره ۸، ش ۳۲، ص ۶۱-۹۶.
۸. جلالی فراهانی، علیرضا و حسینی ذیجود، سیدرضا (۱۳۹۸ش)، «پژوهش و پژوهش‌گران حوزه بهداشت، درمان و سلامت در خدمت پیاده‌روی اربعین»، *مجله طب نظامی*، ش ۲۱، ص ۵۴۷-۵۴۸.
۹. زمانخانی، فریبا و دیگران (۱۳۹۵ش)، «تحلیل وضعیت سلامت اجتماعی کلیه استان‌های جمهوری اسلامی ایران»، *فصلنامه سلامت جامعه*، س ۳، ش ۳، ص ۱۸۱-۱۸۹.
۱۰. عیدی، روح‌انگیز و علیوندی‌وفا، مرضیه (۱۴۰۰ش)، «بررسی رابطه سلامت روانشناختی و بهزیستی اجتماعی و عاطفی با نقش میانجی بهزیستی معنوی»، *پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ش ۶۴، ص ۱-۱۰.
۱۱. فیروزبخت، مرگان و دیگران (۱۳۹۶ش)، «بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی زنان: یک مطالعه مروری در مجلات فارسی»، *سلامت اجتماعی*، س ۴، ش ۳، ص ۱۹۰-۲۰.
۱۲. گیویان، عبدالله و امین، محسن (۱۳۹۶ش)، «محبت و هویت در آیین‌های نمایش جهانی اربعین؛ مطالعه ماهیت، کارکردها و ساختار پیاده‌روی اربعین از منظر ارتباطات آیینی»، *فصلنامه دین*

و ارتباطات، ش ۵۲، ص ۱۶۷-۱۹۴.

۱۳. مدیری، فاطمه و دیگران (۱۳۹۶ش)، «بررسی سلامت اجتماعی و عوامل اثرگذار بر آن»، توسعه اجتماعی، ص ۷-۲۸.

۱۴. نازک تبار، حسین و شتابان، نیلوفر (۱۳۹۸ش)، «بررسی رابطه سلامت معنوی با سازگاری اجتماعی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان»، مجله سلامت و مراقبت، س ۲۱، ش ۴، ص ۲۸۳-۲۹۲.

۱۵. همایون، محمدحسین و بد، محبوبه (۱۳۹۷ش)، «تبیین انگیزه‌های معنوی گردشگران در سفرهای معنوی: مطالعه موردی رویداد پیاده‌روی اربعین»، مجموعه مقالات سمینار علمی جایگاه گردشگری در اقتصاد مقاومتی، ص ۱-۲۰.

۱۶. یوسفی، فایق و دیگران (۱۳۹۸ش)، «بررسی سلامت معنوی و ارتباط آن با سلامت روان در دانشجویان جدیدالورود دانشگاه علوم پزشکی کردستان»، مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت، س ۶، ش ۴، ص ۱۰۹-۱۰۰.

17. Jaberi, A. & MOMENNASAB, M. & CHERAGHI, M. & YEKTATALAB, S. & EBADI, A. (2019) Spiritual Health as Experienced by Muslim Adults in Iran: A
18. Božek A., Nowak PF. and Blukacz M. (2020), "The Relationship Between Spirituality, HealthRelated Behavior, and Psychological Well-Being". Front
19. Burkely, Stan (۱۹۹۶) people first a guide to self-reliant participatory Rural development. London: zedbooks.
20. Farshadnia, E., Koochakzaei, M., Borji, M. et al. (2018) Spritual Health as a Predictor of Social and General Health in University Students? A Study in Iran.
21. Jafari N., Zamani A., Farajzadegan Z., Bahrami F., Emami H., Loghmani A.(2013) The effect of spiritual therapy for improving the quality of life of women with breast cancer: A randomized controlled trial "Psychol Health Med". 18 (1):56-69.
22. Keyes, C. M. and Shapiro, A. (2004), Social Well-being IN The U.S. A Descriptive Epidemiology, Orville Brim.
23. Keyes, C. L., M. (1998). "Social well- being" Social Psychology Quarterly, 2, P:p:121-140.
24. Keyes, C. L. M & Shapiro, A. (2004), Social well-being in the United States: A Descriptive Epidemiology, "In Orville Brim, Healthing are you? A national study of well-being of Midlife. University of Chicago press, 350-37127.

25. Keyes, C. Lee, M. & Shapiro, Adam, (2004) Social well-being in the united states: A Descriptive Epidemiology.
26. Moaven Z, Movahed M, Iman M T I, Tabiee M. (2017), Spiritual Health through Pilgrimage Therapy: A Qualitative Study. Health Spiritual Med Ethics. 4 (4):39-31
27. Paloutzian, R. F. & Ellison, C. W. (1982), "Spiritual wellbeing scale" In P. C. Hill & R. W. Hood (Eds.), Measures of religiosity, Birmingham, AL: Religious Education Press, p. 382-385.
28. "Qualitative Content Analysis", SHIRAZ E MEDICAL JOURNAL, 20 (12), 1-10.
29. Rezaei M., Adib-Hajbaghery M., Seyedfatemi N., Hoseini F. (2008), "Prayer in Iranian cancerpatients undergoing chemotherapy" Complementary therapies in clinical practice, 14 (2):90-7.
30. Shapiro, A. & Keyes, C. (2007), "Marital Status and Social Well-Being: Are the Married Always Better Off?", Springer Science+Business Media B.V., No. 5, P154-167.
31. Tognetti M. (2014), "Social Health". In: Michalos A. C. (eds), Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research, Springer, Dordrecht.
32. Wulff DM. (2007), Psychology of religion: Classic and contemporary, Dehghani M. translator, Tehran: Roshd.