

ارتباط سلامت معنوی با سلامت اجتماعی در راهپیمایان اربعین حسینی

فاطمه احمدی بیغش^۱

(تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۹/۲۹ - تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۱۱/۲۹)

چکیده

آرامش معنوی دربرگیرنده ابعاد درونی و بیرونی است که به یکدیگر قابل تبدیل است. مقاله حاضر با روش توصیفی - همبستگی به بررسی رابطه سلامت معنوی با سلامت اجتماعی در پیاده‌روی اربعین پرداخته و در پی آن است تا بررسی کند بین سلامت معنوی و سلامت اجتماعی در پیاده‌روی اربعین چه رابطه‌ای وجود دارد؟ نتایج حاصل از پژوهش حاکی از آن است که سلامت معنوی با سلامت اجتماعی و ابعاد سلامت معنوی با سلامت اجتماعی رابطه معناداری دارد. در نتیجه هر چه میزان سلامت معنوی افزایش یابد، میزان سلامت اجتماعی هم بیشتر می‌شود. در تحقیق حاضر مشخص شد نزدیک ۳۶ درصد از تغییرات متغیر میزان سلامت اجتماعی توسط متغیر مستقل معلوم می‌شود. پیاده‌روی اربعین با توجه به ویژگی‌هایی که دارد زمینه مناسبی برای انسجام و مشارکت اجتماعی فراهم می‌سازد که از این طریق می‌شود برای افزایش شکوفایی و پذیرش اجتماعی گام برداشت.

کلید واژه‌ها: پیاده‌روی اربعین، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، گردشگری مذهبی.

۱. دکتری تفسیر و علوم قرآن، مدرسه علمیه تخصصی حضرت عبدالعظیم حسینی (ع)، تهران، ایران.
yazahra0313@yahoo.com

مقدمه

سلامت به حالتی از رفاه کامل جسمی، ذهنی و عملکرد فرد در محیط طبیعی و اجتماعی اشاره دارد؛ لذا سلامت را می‌توان مفهومی چند بعدی دانست (1: Tognetti, 2014). سلامت معنوی دربرگیرنده ابعاد گوناگون درونی و بیرونی است که با واسطه‌هایی قابل تبدیل به هم هستند. فلسفه ارتباط برون‌فردی و ارتباط میان‌فردی برای رفع نیازهای فیزیولوژیک و اجتماعی و فلسفه ارتباط درون‌فردی و فرافردی برای رفع فرایندها (نیاز خودیابی) است؛ به بیان دیگر سلامت معنوی در کنار سلامت اجتماعی معنی می‌یابد (1: Wulff, 2007).

فرهنگ پیاده‌روی اربعین هر ساله هم‌زمان با ایام منتهی به اربعین شهادت حضرت حسین بن علی علیه السلام و شهدای کربلا در کشور عراق برگزار می‌گردد. این فرهنگ در سال‌های اخیر به دلایل متفاوت سیاسی و فرهنگی به عظیم‌ترین تجمع صلح‌آمیز بشری در جهان معاصر تبدیل شده‌است. پیاده‌روی اربعین با توجه به پیشینه تاریخی و نیز کارکردهایی که آیین‌ها در جریان برگزاری دارند، به یکی از صحنه‌های اصلی رفتار شیعیان تبدیل شده‌است (گیویان و امین، ۱۳۹۶: ۸). در مراسم پیاده‌روی اربعین در سال ۱۳۹۸ شمسی تقریباً ۲۱ میلیون نفر طی پنجم تا بیستم ماه صفر شرکت کردند که هفده میلیون نفر آنها شهروندان عراقی از داخل و خارج این کشور بودند؛ یعنی حدود ۴۰ درصد ساکنان عراق یا حدود ۷۵ درصد جمعیت شیعیان این کشور بودند (خبرگزاری تسنیم، ۱۳۹۸). در همین سال کمیته اطلاع‌رسانی ستاد مرکزی اربعین از ثبت نام ۱،۹۶۷،۸۹۲ فرد ایرانی در سامانه ثبت‌نام زائران اربعین خبر داد (خبرگزاری موج، ۱۳۹۸).

پیاده‌روی اربعین با تجمع میلیونی مردم و تکرار سالانه آن را می‌توان از رویدادهای مهم اجتماعی در عصر معاصر دانست. این رخداد اجتماعی پیام‌های مهم معنوی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی دارد. جدای از زیبایی‌های معنوی پیاده‌روی اربعین و قاب‌های ماندگار آن، که برای همه الهام‌بخش است، مسئله سلامت معنوی و اجتماعی مردمی که با عشق پا در این راه می‌گذارند هم ضروری است. مطالب انتشار یافته در رسانه‌ها، فضای مجازی، رادیو و تلویزیون، مصاحبه‌های پخش شده از افرادی که در



پیاده‌روی اربعین حضور داشتند، حاکی از بالا رفتن سطح معنوی مردم است (جلالی فراهانی و حسینی ذیجود، ۱۳۹۸: ۵۴۷). مشارکت، بخش جوهری و اساسی رشد انسان و توسعه اعتماد به خود، ابتکار، سربلندی، فعالیت، مسئولیت‌پذیری و تعاون اجتماعی است. بدون چنین توسعه و تحولی، تلاش و اقدام برای امحای فقر و توسعه نیافتگی، اگر غیرممکن نباشد، دست‌کم با مشکلات عدیده‌ای مواجه خواهد بود (Burkely, 1996: 56). 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: ۲۹۰). مشارکت اجتماعی در کنار حوزه اقتصادی، فرهنگی و سیاسی قرار می‌گیرد. در واقع 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: ۶۲).

پژوهش حاضر در پی بررسی رابطه سلامت معنوی با سلامت اجتماعی بین گردشگران مذهبی شرکت کننده در پیاده‌روی اربعین است. سؤال اصلی پژوهش این است که آیا بین سلامت معنوی و اجتماعی گردشگران مذهبی حاضر در پیاده‌روی اربعین رابطه‌ای وجود دارد؟

چارچوب نظری تحقیق، نظریه سلامت اجتماعی کوری کیز 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 برمی‌گیرد. فرد سالم از نظر اجتماعی، زمانی عملکرد خوب دارد که اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار و قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند (Keyes, 2004: 9). کیز 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 و ۵- انسجام اجتماعی.

پیشینه پژوهش

پیرامون موضوع محوری جستار حاضر پژوهشی صورت نگرفته است؛ ولی بررسی‌های متعددی درباره متغیرهای مطالعه شده این تحقیق، به انجام رسیده است. اصفهانی خالقی و قاسمی (۱۴۰۰: ۹) معتقدند که میزان شادکامی و هوش معنوی افرادی که در پیاده‌روی اربعین حضور داشتند به‌طور معناداری بیشتر از کسانی است که هیچ‌گاه در پیاده‌روی اربعین شرکت نکردند. همایون و بد (۱۳۹۷: ۱۸) به روشنگری انگیزه گردشگران در سفرهای معنوی پرداخته و آن را به انگیزه دینی، شخصی و اجتماعی تقسیم‌بندی کرده‌اند. عیدی و علیوندی وفا (۱۴۰۰: ۵) به بررسی رابطه سلامت روانی، بهزیستی اجتماعی و هیجانی با نقش میانجی بهزیستی معنوی پرداختند و نتیجه بررسی آنان حاکی از آن است که بهزیستی هیجانی و اجتماعی بیشترین اثر بر سلامت روان را دارد. یوسفی و همکاران (۱۳۹۸: ۵) معتقدند میان سلامت معنوی در دو بعد سلامت مذهبی و سلامت وجودی با سلامت روان آنها رابطه معناداری وجود دارد. نازک‌تبار و شتابان (۱۳۹۸: ۸) بیان می‌کنند که سلامت معنوی در زندگی بیماران مبتلا به سرطان می‌تواند نقش ضروری ایفا کند. با توجه به نتایج پژوهش آنها، سلامت معنوی و مؤلفه‌های آن از متغیرهای مهم در زمینه کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان است. اسدزندی (۱۳۹۹: ۹) به چگونگی تأثیر سلامت معنوی بر سایر ابعاد سلامت (جسمانی - روانی) پرداخته است. سلامت معنوی با ایجاد شبکه حمایت اجتماعی در بعد اجتماعی، مدیریت استرس‌ها و معنی بخشیدن به حوادث زندگی در بعد روانی و ایجاد رفتارهای سالم بهداشتی در بعد جسمی بر سلامت تأثیر دارد. جابری و همکاران^۱ (۲۰۱۹: ۹) در مطالعه‌ای با موضوع «تجربه سلامت معنوی بزرگسالان مسلمان در ایران: تحلیل محتوای کیفی» بیان می‌کنند که سلامت معنوی در علوم مرتبط با سلامت و پرستاری توجه زیادی به خود جلب کرده با این وجود بیشتر تحقیقات در مورد این مفهوم مبهم از روی جهان‌بینی فلسفی یهودی - مسیحی انجام گشته و جامعه مسلمانان که جمعیت



زیادی از جهان به خصوص جمعیت ایرانی را تشکیل می‌هند، بررسی نشده است. جعفری و همکاران^۱ (۲۰۱۳: ۹) در مطالعه‌ای با عنوان «بهبودی معنوی و سلامت روان در دانشجویان» به جست‌وجوی رابطه‌ی 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 است و هیچ تفاوتی در رابطه با جنسیت در نمرات سلامت روان وجود نداشت. همانطور که مشخص است، بیشتر مطالعات انجام شده درباره سلامت معنوی و اجتماعی، بیشتر در زمینه پزشکی است و درباره حوزه گردشگری و واقعه اربعین مطالعه‌ای انجام نشده است. بنابراین مقاله حاضر جزو اولین مطالعاتی است که در حوزه سلامت و با تأکید بر گردشگران اربعین انجام می‌شود.

سلامت اجتماعی

مفهوم سلامت اجتماعی برای بیشتر افراد آشنا نیست. علت آن ممکن است این باشد که سلامت اجتماعی علاوه بر ویژگی‌های فردی به ویژگی‌های جامعه نیز مرتبط است. سلامت اجتماعی به معنی توانایی تعامل با اشخاص و محیط با هدف ایجاد ارتباط رضایت‌بخش میان فردی است. در تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت اجتماعی بعدی از سلامت است که به کیفیت روابط اجتماعی مربوط است. از منظر کبیر سلامت اجتماعی در قالب درک فرد از سهم داشتن در جامعه، پذیرش از سمت دیگران، قابل پیش‌بینی بودن جامعه و رخدادهای اجتماعی، حس شرکت در جامعه و پتانسیل و رشد جامعه عملیاتی می‌گردد (زمان‌خانی و همکاران، ۱۳۹۵: ۲). با توجه به این تعریف، سلامت اجتماعی دارای بعد پنجگانه «سهم و پذیرش اجتماعی، رشد و پیوستگی اجتماعی و یکپارچگی جامعه» است. او اعتقاد دارد گرچه این پنج شاخصه بیان‌کننده ارزیابی‌های فردی است، ولی با محیط اجتماعی پیوند جدانشدنی دارد

(فیروزبخت و همکاران، ۱۳۹۶: ۶). از دیدگاه کیز شخصی دارای سلامت اجتماعی است که اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل درک و بالقوه مؤثر در جهت نمو و شکوفایی بداند و احساس کند به جامعه متعلق است، از سوی جامعه پذیرفته شده و در رشد آن شریک است (ابوالقاسمی و جوانمردی، ۱۳۹۱: 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 (Tognetti, 2014: 3).

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 برابر افراد قرار می‌گیرد (ازکیا، ۱۳۷۶: ۲۶). انسجام موقعیتی است که در آن افراد جامعه با تعهدات مشترک اجتماعی و فرهنگی به یکدیگر پیوند می‌یابند (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 کیز است. کیز سلامت اجتماعی را تفکر افراد از کیفیت رابطه‌شان با دیگران و اجتماع اطراف تعریف می‌کند و آن را بعدی از سلامت ذهنی می‌داند (تاج‌الدین، ۱۳۹۶: ۷۰). این نظر از یک اصل جامعه‌شناختی و روان‌شناختی نشأت می‌گیرد. بر اساس این نظریه حلقه گم‌شده 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 کیز بهزیستی یک اساس و 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 بیشتر از سلامت روانی و جسمی می‌داند که چالش‌های اجتماعی را در برمی‌گیرد (Paloutzian & Ellison, 1982: 1).

از جمله مفاهیم برجسته و کلیدی در مطالعات اجتماعی، مفهوم «همبستگی

اجتماعی^۱ است. همبستگی اجتماعی در لغت به معنای وحدت، وفاق و وفاداری ناشی از علائق، احساسات، همدلی و کنش‌های مشترک است. این واژه با واژه social cohesion مترادف است و با واژه‌های دیگری هم‌چون یکپارچگی اجتماعی^۲، وحدت^۳، وفاق اجتماعی^۴ و نظم اجتماعی^۵ از یک خانواده هستند. در مورد همبستگی اجتماعی تعاریف مختلفی ارائه شده‌است، از جمله: احساس مسئولیت متقابل بین چند نفر یا چند گروه که از آگاهی و اراده برخوردار باشند و شامل پیوندهای انسانی به‌طور کلی و حتی وابستگی متقابل حیات و منافع آنها باشد... به زبان جامعه‌شناختی همبستگی پدیده‌ای را می‌رساند که بر پایه آن در سطح یک گروه یا یک جامعه، اعضا به یکدیگر وابسته و به‌طور متقابل نیازمند یکدیگر هستند (باقی نصرآبادی، ۱۳۸۴: ۱۶۵).

سلامت معنوی

سلامت معنوی به سلامتی و تندرستی روح فرد مربوط می‌شود. روح را می‌توان در مذاهب و فرهنگ‌ها به روش‌های گوناگون تعریف کرد؛ ولی این مفهوم از چیزی درون فرد نشأت 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^۶ (۱۹۸۲م.....ص....) سلامت معنوی دارای دو بعد عمودی و افقی است. بعد عمودی شامل حسن سلامتی در ارتباط با خدا (سلامت مذهبی) و بعد افقی شامل حسن رضایت و هدف‌دار بودن در زندگی (سلامت وجودی) است. رضایی^۷ و همکاران (۲۰۰۸:ص.....) در این مورد می‌نویسند: سلامت معنوی تعادل میان جنبه‌های جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی شخص است که منجر به آرامش ذهن و

1. social solidarity.
2. Social Integration.
3. Unity.
4. social harmony.
5. social order.
6. Polotzin & Elison.
7. Rezaei and et al.

حس تمامیت و رفاه می‌گردد و فرایندی از پیشرفت شخص به سوی ارتباطی هماهنگ است که از نیروهای درونی فرد سرچشمه می‌گیرد. سلامت معنوی در مراحل بالای هرم نیازهای مازلو قرار دارد و نشانگر کیفیت زندگی شخص در بعد معنوی است. هنگامی که فرد اظهار سلامتی حقیقی می‌کند، به این معنی است که افزون‌بر سلامت جسمی، به واقعیت و بنیان قوی معنوی در خویش رسیده است (جلالی فراهانی و حسینی ذیچود، ۱۳۹۸: ۵۴۷).

شکوفایی اجتماعی^۱ عبارت است از ارزیابی پتانسیل‌ها و مسیر تکامل جامعه و باور به اینکه اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی‌های بالقوه‌ای برای تحول مثبت دارد. این افراد به آینده جامعه امیدوارند و معتقدند که خود و دیگران از پتانسیل‌هایی برای رشد اجتماعی بهره‌مند هستند و جهان می‌تواند برای آنها و دیگران بهتر شود (Keyes & Shapiro, 2004: 67). 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 انسان‌ها است که همگی آنها باعث می‌شوند فرد در کنار سایر اعضای جامعه انسانی، احساس راحتی کند. کسانی که دیگران را می‌پذیرند به این درک رسیده‌اند که افراد به‌طور کلی سازنده هستند. همان‌گونه که سلامت روانی شامل پذیرش خود می‌شود، پذیرش دیگران در جامعه هم می‌تواند به سلامت اجتماعی بینجامد (Keyes, 1998: 121-140). افراد برخوردار از این بعد سلامت، اجتماع را به صورت مجموعه‌ای عمومی درک می‌کنند که از افراد مختلف تشکیل شده و به دیگران به‌عنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند و معتقدند 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 خود است. در پذیرش اجتماعی، فرد نگرش مثبت و احساس خوبی نسبت به خود و زندگی گذشته‌اش دارد و با وجود ضعف‌ها و ناتوانایی‌هایی که دارد، همه جنبه‌های خود را می‌پذیرد (Keyes & Shapiro, 2004: 19-31).

1. Social actualization.



پیاده‌روی اربعین؛ هویت و الگوسازی

مفهوم غیریت در مبحث هویت ملی شرایطی را ایجاد می‌کند تا اشخاص با تأکید بر مشترکات و مالک‌های ارتباط دهنده، پیرامون محوری واحد، متحد و متعهد شوند. پیاده‌روی اربعین در هویت‌سازی شیعیان نقش مؤثری دارد و باعث شده تا شیعیان در فضای شور حسینی با کنار زدن وجوه افتراق نژادی، قومی و زبانی حول محور مفهومی مقدس به نام امام حسین علیه السلام و مغناطیس قوی عشق او گرد هم آیند و هویت واقعی خود را بازشناسند. هویتی که می‌تواند از مسیر تعامل، اعتمادسازی، مشارکت و چند جانبه‌گرایی بر امنیت ملی جمهوری اسلامی تأثیرگذار باشد. در بعد منطقه‌ای و جهانی نیز این هویت‌آفرینی موجب شده تا نام امام حسین علیه السلام و حدیث کربلای او شعار همبستگی و همگرایی و نقطه عطفی برای وحدت شیعیان و مظلومان بی‌پناه و مستضعفان جهان شود و کینه مقدس مبارزه با ظلم و انتقاد از ظالم را در دل ستم‌دیدگان، ریشه‌دارتر کرده و عواطف بشری را در تقویت مبانی اعتقادی و عقلانی به هم ارتباط دهد (هواسی، ۱۴۰۲: ۶۱).

درباره پیاده‌روی اربعین در الگوسازی و تأثیر آن بر امنیت ملی باید گفت که در حال حاضر نظام‌های سلطه‌گر با توجه به شرایط روز، نفوذ فرهنگی را جایگزین لشکرکشی نظامی کرده و در این باره از خبرگزاری‌ها، مطبوعات، رادیو، تلویزیون، تئاتر و سینما استفاده می‌شود تا با حذف الگوی مقاومت بدترین الگوهای ضد اسلامی را به جامعه معرفی و تحمیل کنند. همین موضوع ضرورت الگوسازی را واضح می‌سازد. پیاده‌روی اربعین در صدد الگوسازی و بازسازی ایمانی و فرهنگی از طریق معرفی یکی از اسوه‌های کامل و الگوهای همه‌جانبه است که نه صرفاً الگوی جهاد و ظلم‌ستیزی، بلکه الگوی عبودیت، جوانمردی، ارزش‌گرایی و آزادگی انسان است (همان، ۶۳).

متدها و عناصر

روش تحقیق پژوهش حاضر توصیفی - همبستگی است. جامعه آماری، تمامی شرکت‌کنندگان در پیاده‌روی اربعین سال ۱۳۹۸ شمسی هستند. با توجه به نامشخص

بودن تعداد شرکت‌کنندگان، جامعه آماری نامحدود و حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران برای جامعه نامحدود ۳۸۴ نفر مشخص و برای اجرای پژوهش، توضیحاتی درباره مطالعه و هدف آن برای شرکت‌کنندگان بیان شد. بعد از کسب رضایت افراد و آگاهی نسبت به این‌که اطلاعات دریافت شده فقط در این پژوهش استفاده می‌شود، اطلاعات جمع‌آوری شد.

ابزار استفاده شده در این مطالعه به شرح زیر است: الف) پرسشنامه سلامت معنوی: پرسشنامه بیست سؤالی پولوتزین و الیسون که ده سؤال سلامت مذهبی و ده سؤال سلامت وجودی شخص را می‌سنجد. نمره سلامت معنوی، جمع این دو زیرگروه با دامنه‌ای میان ۲۰-۱۲۰ است. جواب این سؤالات به شکل لیکرت ۵ گزینه‌ای از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» تقسیم‌بندی شده است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ است. ب) پرسشنامه سلامت اجتماعی: کیز و شاپیرو (۲۰۰۴، ص.....) معتقد هستند که 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 توانایی فرد در رویارویی مؤثر با دیگران و اجتماع به جهت ایجاد رابطه ارضاکنده شخصی و به انجام رساندن نقش‌های اجتماعی است. کیز (۲۰۰۴، ص.....) سلامت اجتماعی را مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر فرد از خویش به‌عنوان عضوی از جامعه بزرگتر دانسته است. پرسشنامه استاندارد سلامت اجتماعی دارای ۳۳ سؤال است که کیز و همکارانش در سال ۱۹۹۸ میلادی طراحی و ساخته‌اند. هدف از این پرسشنامه سنجش میزان سلامت اجتماعی در ابعاد گوناگون است که دارای پنج مؤلفه (همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پذیرش اجتماعی) است و براساس طیف لیکرت از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» نمره‌گذاری شده است.



یافته‌ها

تعداد ۴۰۰ پرسشنامه بین گردشگران مذهبی توزیع و در مجموع ۳۸۴ مورد تکمیل شد. یافته‌های پژوهشی حکایت از آن دارد که بیشترین تعداد نمونه در بازه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال است. از همه نمونه‌ها ۲۰۰ نفر مرد و ۱۸۴ زن بودند و بیشترین تعداد مدرک تحصیلی دیپلم بود.

جدول ۱: فراوانی واحدهای پژوهش براساس 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
	زیردیپلم	۹۰
	دیپلم	۱۲۰
	فوق دیپلم	۱۰
	کارشناسی	۵۷
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۱۳

در 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 ۵ زیرمقیاس سلامت اجتماعی، بیشترین میانگین مربوط به مشارکت اجتماعی نمره ۳،۴۴ و کمترین آن نمره ۲،۹۴ مربوط به زیرمقیاس پذیرش اجتماعی است (نک. جدول ۲).



جدول ۲: زیرمقیاس‌های سلامت معنوی گردشگران مذهبی

انحراف معیار	میانگین	سوالات	زیر مقیاس
۱,۱۸۶۲	۳,۶۵	نمی‌دانم هستم، از کجا آمدم به کجا خواهم رفت.	بعد شناختی
۰,۹۷۳	۳,۸۹	عقیده دارم خدا مرا دوست دارد و مراقبم است.	
۱,۰۶۹	۳,۷۰	معتقدم خدا غیر قابل تجسم و به من و زندگی روزانه‌ام توجه ندارد.	
۱,۰۸۹	۳,۷۵	باور دارم خدا به فکر من و مشکلاتم است.	
۱,۲۱۵	۳,۴۸	زندگی معنی زیادی ندارد	
۱,۰۸۹	۳,۷۵	معتقدم هدف خاصی برای زنده بودن وجود دارد.	
۴,۸۰	۳,۷۰	کل	
۰,۹۵۱	۳,۷۵	در دعا و خلوت با خدا حس رضایت زیاد ندارم.	
۱,۰۹۱	۳,۷۲	حس می‌کنم زندگی تجربه مثبت است.	
۱,۱۷	۳,۴۵	احساس می‌کنم آینده‌ام نامعلوم است.	
۱,۰۵۳	۳,۶۱	در زندگی به کمال رسیدم و رضایت دارم	
۱,۰۶۵	۳,۵۸	نسبت به مسیر زندگی که در پیش دارم رضایت دارم.	
۱,۰۹۴	۳,۵۸	از زندگی لذت زیاد نمی‌برم.	
۱,۰۱۰	۳,۷۲	نسبت به آینده احساس خوبی دارم.	
۰,۹۵۱	۳,۸۹	ارتباط با خدا بهم کمک می‌کند تا حس تنهایی نکنم.	
۱,۱۷۲	۲,۶۹۰	احساس می‌کنم زندگی پر از ناخوشی‌هاست.	
۶,۷۴۳	۳,۵۵	کل	

۱,۰۳۷	۷۱,۳	با خدا ارتباط معنادار خاصی دارم.	بعد کنش
۱,۰۱۴	۳,۵۹	از خدا حمایت زیاد دریافت نمی‌کنم.	
۱,۱۳۰	۳,۷۸	ارتباط رضایت‌بخش با خدا ندارم.	
۰,۹۷۴	۳,۸۲	وقتی رابطه صمیمی با خدا دارم حس کمال دارم.	
۱,۰۵۱	۳,۸۸	ارتباط با خدا در سلامتی من نقش دارد.	
۳,۹۶۵	۳,۷۵	کل	

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

جدول ۳: 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	۴,۶۳۵	-	۱۰,۴۲۳	۰,۰۰۰
شناختی	۱,۵۳۶	۴۲۲	۰,۳۳۴	۳,۶۴۰	۰,۰۰۰
عواطف	۱,۵۲۸	۲۸۲	۰,۴۷۶	۵,۴۱۷	۰,۰۰۰
کنش	-۲۴۶,۱	۴۲۷	-۲۲۴	-۲,۹۲۰	۰,۰۰۴

با توجه به جدول بالا می‌توان گفت ابعاد شناختی، عواطف و کنش به ترتیب از عوامل تأثیرگذار بر میزان سلامت اجتماعی است. ابعاد شناختی و عواطف بیشترین اثر و بُعد کنش کمترین اثر را بر میزان سلامت اجتماعی دارد. ضریب ۳۳۴/۰ شناختی بدین معنا است 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.



نتیجه

پژوهش حاضر رابطه سلامت معنوی با سلامت اجتماعی در پیاده‌روی اربعین را مورد بررسی قرار داد. فرضیه‌های تحقیق در سطح اطمینان ۹۹ درصد تأیید شد؛ بدین معنا که سلامت معنوی با سلامت اجتماعی افراد رابطه دارد. یافته‌های پژوهش بیانگر آن است که هر چه میزان سلامت معنوی افزایش پیدا کند، میزان سلامت اجتماعی هم بیشتر می‌گردد. در پژوهش حاضر معلوم شد نزدیک به ۳۶ درصد از واریانس (تغییرات) متغیر میزان سلامت اجتماعی توسط متغیر مستقل معلوم می‌شود. ابعاد شناختی، عواطف و کنش به ترتیب از عوامل تأثیرگذار بر میزان سلامت اجتماعی هستند. ضریب ۳۳۴/۰ شناختی به این معنی است 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 به شکل فزاینده است. لذا می‌توان با برنامه‌ریزی میزان سلامت معنوی و اجتماعی را در جامعه افزایش داد. پیاده‌روی اربعین با توجه به خصوصیتی که دارد - از جمله حضور اختیاری افراد از طبقات مختلف جامعه با سطوح مختلف اعتقادی - فرصت مناسبی را برای ایجاد همبستگی، انسجام و مشارکت اجتماعی فراهم می‌کند که از این مسیر می‌توان در راستای افزایش شکوفایی و پذیرش اجتماعی قدم برداشت و این امر تنها از طریق برنامه‌ریزی مناسب نسبت به ابعاد سلامت معنوی صورت می‌گیرد. قطعاً هر اندازه اعضای جامعه از میزان شناخت، عواطف و کنش سلامت معنوی بیشتری دارا باشند، میزان سلامت اجتماعی در جامعه بیشتر و با دوام‌تر خواهد بود. ولی متأسفانه دست‌اندرکاران این زمینه به اهمیت و تأثیرات این رویداد عظیم توجه کافی ندارند.

منابع

- ابوالقاسمی، عباس و لیلا جوانمردی (۱۳۹۱ش)، «نقش مطلوبیت اجتماعی، سلامت روانی و خودکارآمدی در پیش‌بینی پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان دختر»، روانشناسی مدرسه و آموزشگاه، سال ۱، شماره ۲، ص ۶-۲۰.

- 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، سال نهم، شماره ۳۶۵.
- اسدزندی، مینو و همکاران (۱۳۹۹ش)، «ارزیابی تطبیقی رفتارهای سلامت معنوی مردم ایران در پاندمی کووید-۱۹ با شواهد دینی»، مجله طب نظامی، سال ۲۲، شماره ۸، ص ۸۶۴-۸۷۲.
- اصفهانی خالقی، آتنا و سیدامیرحسین قاسمی (۱۴۰۰ش)، «مقایسه میزان هوش معنوی و شادکامی افرادی که در پیاده‌روی اربعین شرکت کرده‌اند با افرادی که شرکت نکرده‌اند»، مطالعات اسلام و روانشناسی، شماره ۲۸، ص ۲۵۵-۲۷۲.
- انصاری، حمید (۱۳۸۳)، نظریه‌های مشارکت، جزوه درسی کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران.
- باقی نصرآبادی، علی (۱۳۸۴)، «همبستگی اجتماعی و مشارکت عمومی (دیدگاه‌ها، عوامل تقویت، تهدیدها و راهکارها)»، حصون، شماره ۶، ص ۱۶۵-.....
- تاج‌الدین، محمد (۱۳۹۶ش)، «تعیین‌کننده‌های سلامت اجتماعی شهروندان منطقه دوازده تهران»، برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ۸ (۳۲)، ص ۶۱-۹۶.
- جلالی فراهانی، علیرضا و سیدرضا حسینی ذیجود (۱۳۹۸ش)، «پژوهش و پژوهشگران حوزه بهداشت، درمان و سلامت در خدمت پیاده‌روی اربعین»، مجله طب نظامی، ش ۲۱، ص ۵۴۷-۵۴۸.
- زمانخانی، فریبا و همکاران (۱۳۹۵ش)، «تحلیل وضعیت سلامت اجتماعی کلیه استان‌های جمهوری اسلامی ایران»، فصلنامه سلامت جامعه، سال ۳، ش ۳، ص ۱۸۱-۱۸۹.
- عیدی، روح‌انگیز و مرضیه علیوندی‌وفا (۱۴۰۰ش)، «بررسی رابطه سلامت روانشناختی و بهزیستی اجتماعی و عاطفی با نقش میانجی بهزیستی معنوی»، پژوهش‌های نوین روانشناختی، ش ۶۴، ص ۱-۱۰.
- فیروزیخت، مژگان و همکاران (۱۳۹۶ش)، «بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی زنان: یک مطالعه مروری در مجلات فارسی»، سلامت اجتماعی، سال ۴، ش ۳، ص ۱۹۰-۲۰۰.
- گیویان، عبدالله و محسن امین (۱۳۹۶ش)، «محبت و هویت در آیین نمایش جهانی اربعین؛ مطالعه ماهیت، کارکردها و ساختار پیاده‌روی اربعین از منظر ارتباطات آیینی»، فصلنامه دین و ارتباطات، ش ۵۲، ص ۱۶۷-۱۹۴.

- نازک‌تبار، حسین و نیلوفر شتابان (۱۳۹۸ش)، «بررسی رابطه سلامت معنوی با سازگاری اجتماعی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان»، مجله سلامت و مراقبت، سال ۲۱، ش ۴، ص ۲۸۳-۲۹۲.
- همایون، محمدحسین و محبوبه بد (۱۳۹۷ش)، «تبیین انگیزه‌های معنوی گردشگران در سفرهای معنوی: مطالعه موردی رویداد پیاده‌روی اربعین»، مجموعه مقالات سمینار علمی جایگاه گردشگری در اقتصاد مقاومتی.
- هواسی، علی (۱۴۰۲ش)، «بررسی تأثیر پیاده‌روی اربعین بر دیپلماسی فرهنگی جمهوری اسلامی ایران»، مطالعات علوم اسلامی انسانی، سال ۹، ش ۳۶، ص ۶۱ و ۶۳.
- یوسفی، فایق و همکاران (۱۳۹۸ش)، «بررسی سلامت معنوی و ارتباط آن با سلامت روان در دانشجویان جدیدالورود دانشگاه علوم پزشکی کردستان»، مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت، سال ۶، ش ۴، ص ۱۰۹-۱۰۰.
- Jaberi, A., & MOMENNASAB, M., & CHERAGHI, M., & YEKTATALAB, S., & EBADI, A. (2019). Spiritual Health as Experienced by Muslim Adults in Iran: A
- Burkely, Stan (1996), people first a guide to self-reliant participatory Rural development, London, zedbooks.
- Jafari N, Zamani A, Farajzadegan Z, Bahrami F, Emami H, Loghmani A. The effect of spiritual therapy for improving the quality of life of women with breast cancer: A randomized controlled trial. *Psychol Health Med*. 2013, 18 (1):56-69.
- Keyes, C., M. and Shapiro, A. (2004). Social Well-being IN The U.S. A Descriptive Epidemiology, Orville Brim.
- Keyes, C. L., M. (1998). Social well- being. *Social Psychology Quarterly*. 2, P.p:121-140.
- 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.
- Keyes, C. Lee, M. & Shapiro, Adam. (2004) Social well-being in the united states: A Descriptive Epidemiology.
- 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
- 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
- Tognetti M.(2014) Social Health.In: Michalos A.C.(eds) *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Springer, Dordrecht.
- Wulff DM (2007), *Psychology of religion: Classic and contemporary*, Dehghani M, translator, Tehran, Roshd.



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی