

مطالعه رابطه سلامت معنوی با سلامت اجتماعی گردشگران مذهبی شرکت‌کننده در پیاده‌روی اربعین

زهرا معاون^۱، مجید موحدمجد^۲، زینب نیک‌نجات^۳ و سحر حجتی‌فر^۴

چکیده

سلامت معنوی در بردارنده ابعاد مختلف درونی و بیرونی است که با واسطه‌هایی قابل تبدیل به هم است. سلامت معنوی در کنار سلامت اجتماعی معنا می‌یابد. در این مقاله رابطه سلامت معنوی با سلامت اجتماعی گردشگران مذهبی شرکت‌کننده در پیاده‌روی اربعین بررسی می‌شود و سؤال آن نیز عبارت است از: آیا میان سلامت معنوی و سلامت اجتماعی گردشگران مذهبی شرکت‌کننده در پیاده‌روی اربعین رابطه وجود دارد؟ روش تحقیق این مطالعه توصیفی - همبستگی است و جامعه آماری آن نیز تمام شرکت‌کنندگان در پیاده‌روی اربعین هستند. از آنجا که تعداد شرکت‌کنندگان در این مراسم هم مشخص نیست، جامعه آماری آن نامحدود در نظر گرفته شد و حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران برای جامعه نامحدود ۳۸۴ نفر تعیین گردید. یافته‌ها حاکی از این است که سلامت معنوی با سلامت اجتماعی گردشگران مذهبی و نیز ابعاد سلامت معنوی (شناختی، عواطف و کنشی) با سلامت اجتماعی ارتباط معناداری دارد. همچنین وضعیت تأهل با ابعاد سلامت معنوی، و نیز جنسیت با ابعاد

۱. استادیار بخش گردشگری و هتلداری، دانشکده اقتصاد مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز،

ایران (نویسنده مسئول) (z.moaven@shirazu.ac.ir).

۲. استاد بخش جامعه‌شناسی، دانشکده اقتصاد مدیریت و علوم اجتماعی دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

(mmovahed@rose.shirazu.ac.ir).

۳. کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران (niknejat@yahoo.com).

۴. کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران (hojatifar@gmail.com).

شناختی تفاوت معناداری دارد. در نتیجه هرچه میزان سلامت معنوی افزایش یابد، میزان سلامت اجتماعی نیز بیشتر می‌شود.

در تحقیق حاضر مشخص شد که نزدیک به ۳۶ درصد از واریانس (تغییرات) متغیر میزان سلامت اجتماعی توسط متغیر مستقل تبیین می‌شود. پیاده‌روی اربعین با توجه به خصوصیتی که دارد - از جمله حضور داوطلبانه و اختیاری افراد از طبقات مختلف اجتماعی و با سطوح مختلف اعتقادی و باوری - فرصت و زمینه مناسبی را برای ایجاد همبستگی، انسجام و مشارکت اجتماعی فراهم می‌کند که از این طریق می‌توان برای افزایش شکوفایی و پذیرش اجتماعی گام برداشت.

کلیدواژه‌ها: سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، پیاده‌روی اربعین، گردشگران.

مقدمه

واژه سلامت به حالتی از رفاه کامل جسمی، ذهنی و عملکردی یک فرد در محیط طبیعی و اجتماعی خود اشاره دارد. بنابراین از این نظر می‌توان سلامت را مفهومی چندبعدی دانست (تونگتی^۱، ۲۰۱۴م، ص ۱)؛ واژه سلامت خوردن غذاهای خاص، ورزش، خودمراقبتی عاطفی و ذهنی و... را در بر می‌گیرد.

چیزی به نام سلامت معنوی نیز وجود دارد که به همان اندازه مهم است. سلامت معنوی هر چیزی است که به سلامت و تندرستی روح یک فرد مربوط می‌شود. روح را می‌توان در بسیاری از ادیان و فرهنگ‌ها به طرق مختلف تعریف کرد، اما این مفهوم از چیزی در درون فرد نشئت می‌گیرد که نه در بدن دیده می‌شود و نه بخشی از ذهن است. بسیاری بر این باورند که سلامت معنوی کلید تعادل بین اتصال جنبه‌های فیزیکی، ذهنی و اجتماعی روح با خدا (ها)، انرژی جهان یا سیاره/قلمرو/بعد دیگر است.

سلامت معنوی دربردارنده ابعاد مختلف درونی (ارتباط فرافردی و ارتباط درون‌فردی) و بیرونی (ارتباط میان‌فردی و ارتباط برون‌فردی) است که با

1. Tognetti.

واسطه‌هایی قابل تبدیل به هم هستند. فلسفه ارتباط برون‌فردی و ارتباط میان‌فردی برای ارضای نیازهای کمبود (نیازهای فیزیولوژیک و اجتماعی) و فلسفه ارتباط درون‌فردی و فرافردی برای ارضای فرایندها (نیاز خودیابی و حقیقت‌یابی) است؛ به عبارت دیگر سلامت معنوی کنار سلامت اجتماعی معنا پیدا می‌کند (ولف^۱، ۲۰۰۷م، ص ۱). مفهوم سلامت اجتماعی - با وجود اینکه یکی از سه مؤلفه اصلی (جسمی، روانی و اجتماعی) بیشتر تعاریف خود سلامت است - برای اکثر مردم ناآشناست. دلیل این امر ممکن است در این واقعیت باشد که سلامت اجتماعی می‌تواند افزون بر ویژگی‌های فردی به ویژگی‌های جامعه نیز به طور کلی اشاره کند.

سلامت اجتماعی به معنای توانایی تعامل با انسان‌ها و محیط با هدف ایجاد ارتباط رضایت‌بخش بین فردی است. در تعریف کلی سازمان بهداشت جهانی، سلامت اجتماعی بعدی از سلامت است که به کیفیت روابط اجتماعی مربوط می‌شود. از نظر کیز سلامت اجتماعی در قالب درک فرد از سهم داشتن در جامعه، پذیرش از سوی دیگران، قابل پیش‌بینی بودن جامعه و رویدادهای اجتماعی، حس مشارکت در جامعه و پتانسیل و رشد جامعه عملیاتی می‌شود (زمانخانی و همکاران، ۱۳۹۵ش، ص ۲). طبق این تعریف، سلامت اجتماعی دارای ابعاد پنجگانه «سهم داشتن اجتماعی، پذیرش اجتماعی، یکپارچگی اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پیوستگی اجتماعی» است. وی معتقد است اگرچه این پنج مؤلفه بیانگر ارزیابی‌های فردی است، اما با محیط اجتماعی پیوندی ناگسستنی دارد (فیروزبخت و همکاران، ۱۳۹۶ش، ص ۶).

از نظر کیز فردی از سلامت اجتماعی برخوردار است که اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و بالقوه مفید برای رشد و شکوفایی بداند و احساس کند که به جامعه تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهیم است (ابوالقاسمی و جوانمردی، ۱۳۹۱ش، ص ۱۰).

1. Wulff.

این تعامل منطقی بین ابعاد مختلف سلامت است که به مفهوم سلامت، منتج می‌شود. با این حال سطح کلی سلامت یک فرد صرفاً به مجموع این ابعاد وابسته نیست، بلکه به تعادل بین آنها بستگی دارد (تونگتی، ۲۰۱۴م، ص ۳).

آیین پیاده‌روی اربعین، که همه‌ساله مصادف با ایام منتهی به اربعین شهادت سالار شهیدان حسین بن علی علیه السلام و شهدای کربلا در کشور عراق برگزار می‌شود، در سال‌های اخیر به دلایل مختلف سیاسی و فرهنگی گسترش یافته است و بزرگترین تجمع صلح‌آمیز بشری در جهان محسوب می‌شود. حضور ایرانیان نیز، که از گذشته به محبین آل محمد صلی الله علیه و آله شهره بوده‌اند، در سال‌های اخیر بر کم و کیف آن افزوده و نمایشی میلیونی از حضور شیعیان جهان در مسیر کربلا رقم زده است. این آیین با توجه به پیشینه تاریخی و همچنین کارکردهایی که آیین‌ها در جریان برگزاری خود دارند، به یکی از صحنه‌های اصلی کنش شیعیان مبدل شده است (گیویان و امینی، ۱۳۹۶ش، ص ۸).

در مراسم پیاده‌روی اربعین سال ۹۸ شمسی تقریباً (بر اساس آمار غیر رسمی)، ۲۱ میلیون نفر طی پنجم تا بیستم ماه صفر (چهارم تا نوزدهم اکتبر ۲۰۱۹) 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 (خبرگزاری تسنیم، ۱۳۹۸) و به گزارش خبرگزاری موج، کمیته اطلاع‌رسانی ستاد مرکزی اربعین از ثبت نام ۱،۹۶۷،۸۹۲ نفر ایرانی در سامانه ثبت نام زائران اربعین ۹۸ خبر داد (خبرگزاری موج، ۱۳۹۸).

این مراسم باشکوه با تجمع میلیونی مردم و ماندگاری و تکرار سالانه را می‌توان از پدیده‌های مهم اجتماعی در زمان معاصر دانست. این پدیده اجتماعی پیامدهای مهم معنوی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی بسیاری در پی دارد. صرف نظر از زیبایی‌های معنوی پیاده‌روی اربعین و تصاویر و قاب‌های ماندگار آن، که برای همه الهام‌بخش است، مسئله سلامت معنوی و اجتماعی

مردمی که عاشقانه پا در این مسیر می‌گذارند نیز مهم و ضروری است. مطالب منتشرشده در خبرگزاری‌ها، فضای مجازی و همچنین رادیو و تلویزیون و مصاحبه‌های پخش شده از مردم که در پیاده‌روی اربعین شرکت داشته‌اند، همه از ارتقای سطح معنوی مردم حکایت دارد (جلالی فراهانی حسینی ذیجود، ۱۳۹۸ش، ص ۵۴۷). این ارتقای سطح معنوی مسلماً در سلامت معنوی و اجتماعی تأثیر مثبت دارد.

با توجه به مطالب فوق، این مطالعه به دنبال بررسی رابطه سلامت معنوی با سلامت اجتماعی در میان گردشگران مذهبی شرکت‌کننده در پیاده‌روی اربعین است و سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا میان سلامت معنوی و سلامت اجتماعی گردشگران مذهبی شرکت‌کننده در پیاده‌روی اربعین رابطه‌ای وجود دارد؟

پیرامون موضوع ذکرشده تا جایی که پژوهشگران این مطالعه جست و جو کردند، چه در داخل و چه در خارج، پژوهشی صورت نگرفته بود؛ اما نتایج تحقیقات متعددی که درباره متغیرهای مطالعه‌شده این پژوهش صورت گرفته است، نشان می‌دهد که سلامت معنوی و سلامت اجتماعی در حوزه‌های مختلف دارای اهمیت قابل توجهی است. خالقی و قاسمی در مطالعه‌ای با عنوان «مقایسه میزان هوش معنوی و شادکامی افرادی که در پیاده‌روی اربعین شرکت کرده‌اند با افرادی که شرکت نکرده‌اند» بیان می‌کنند که میزان شادکامی و هوش معنوی افرادی که در پیاده‌روی اربعین شرکت کرده‌اند، به صورت معناداری بیشتر از افرادی است که هرگز در پیاده‌روی اربعین شرکت نکرده‌اند (اصفهان‌خالقی و قاسمی، ۱۴۰۰ش، ص ۹).

همایون و بد به تبیین انگیزه گردشگران در سفرهای معنوی پرداخته‌اند و آن را به انگیزه‌های دینی، شخصی و اجتماعی دسته‌بندی می‌کنند (همایون و بد، ۱۳۹۷ش، ص ۱۸).

عیدی و علیوندی وفا به بررسی رابطه سلامت روانی، بهزیستی اجتماعی و

هیجانی با نقش میانجی بهزیستی معنوی پرداخته‌اند و نتایج مطالعه آنها حاکی از این است که بهزیستی هیجانی و اجتماعی بیشترین تأثیر را بر سلامت روان دارد (عیدی و علیوندی وفا، ۱۴۰۰ش، ص ۵).

یوسفی و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان «بررسی سلامت معنوی و ارتباط آن با سلامت روان در دانشجویان جدیدالورود دانشگاه علوم پزشکی کردستان» بیان می‌کنند که بین سلامت معنوی در دو بعد سلامت مذهبی و سلامت وجودی با سلامت روان آنان رابطه معناداری وجود دارد (یوسفی و همکاران ۱۳۹۸ش، ص ۵).

فرشادنیا و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان «سلامت معنوی به عنوان پیش‌بینی‌کننده اجتماعی و عمومی سلامت در دانشجویان» بیان می‌کنند که سلامت معنوی یک دارایی اصلی در نظر گرفته می‌شود که با درک فرد از وضعیت سلامتی خود مرتبط است. سلامت اجتماعی و سلامت عمومی نیز دو بعد مهم سلامت است که از طریق آن عملکرد فردی و اجتماعی خود را در زندگی می‌سنجیم. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که بین سلامت معنوی و سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. علاوه بر این، سلامت معنوی پیش‌بینی‌کننده معناداری برای سلامت اجتماعی و سلامت عمومی است (فرشادنیا و همکاران، ۲۰۱۸م، ص ۷).

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 زیادی را به خود جلب کرده است؛ با این حال بیشتر تحقیقات در مورد این مفهوم پیچیده و مبهم از روی جهان‌بینی فلسفی یهودی - مسیحی انجام شده است و جامعه مسلمانان که جمعیت زیادی از جهان و به ویژه جمعیت ایرانی را تشکیل می‌دهند، بررسی نشده است (جابری و همکاران، ۲۰۱۹م، ص ۹). دانا و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان «تیین سلامت معنوی و روان‌شناختی بر پایه نگرش مذهبی در ورزشکاران جوان» بیان می‌کنند

که بین نگرش دینی با سلامت معنوی و سلامت روانی رابطه معناداری وجود دارد؛ بدین صورت که نگرش دینی بالاتر، در سلامت معنوی و سلامت روانی افراد نقش قابل توجهی دارد و سلامت معنوی نقش واسطه‌ای در ارتباط نگرش مذهبی و نشانه‌های روان‌شناختی ایفا می‌کند؛ بدین معنا که داشتن نگرش مذهبی به خودی خود تضمین‌کننده کاهش نشانگان روان‌شناختی نیست؛ بلکه نگرش مذهبی باعث ایجاد سلامت معنوی می‌شود و از این طریق بر سلامت روانی اثر می‌گذارد. در کل می‌توان گفت که نگرش دینی نقش بسزایی در سلامت افراد جامعه دارد و با توجه به جنگ نرم کشورهای غربی پیشنهاد می‌شود که نهادهای ذی‌ربط بر تقویت بنیه مذهبی جوانان کشورمان اهتمام ویژه‌تری داشته باشند (دانا و همکاران، ۱۳۹۶ش، ص ۸).

نازک‌تبار و شتابان در مطالعه‌ای با عنوان «رابطه سلامت معنوی با سازگاری اجتماعی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان» بیان می‌کنند که سلامت معنوی به دلیل تأثیر بر کیفیت زندگی و سازگاری فرد با بیماری در زندگی بیماران مبتلا به سرطان می‌تواند نقش مهمی داشته باشد. بر اساس یافته‌ها سلامت معنوی و مؤلفه‌های آن از متغیرهای مهم در زمینه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان است (نازک‌تبار و شتابان، ۱۳۹۸ش، ص ۸).

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

پادهبان و همکاران درباره ارتباط سلامت معنوی با سلامت عمومی و سواد سلامتی در پرسنل نیروی دریایی مطالعه کرده‌اند بیان می‌کنند که معنویت - یکی از ابعاد مهم وجودی انسان - بر ابعاد مختلف سلامت تأثیرگذار است. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که ارتباط معناداری بین

سلامت معنوی با سلامت عمومی و سواد سلامت وجود دارد (پادهبان و همکاران، ۱۳۹۹ش، ص ۱۸).

جعفری و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان «بهبودی معنوی و سلامت روان در دانشجویان» به بررسی رابطه بهبودی معنوی و سلامت روان در دانشجویان پرداختند. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که بین بهبودی معنوی و سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد. همچنین بهبودی روحی و وجودی در زنان به طور معناداری بیشتر از مردان است. همچنین هیچ تفاوتی در رابطه با جنسیت در نمرات سلامت روان وجود نداشت (جعفری و همکاران، ۲۰۱۳م، ص ۹).

آتش‌زاده و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان «رابطه بین سلامت معنوی پرستاران و رفتارهای مراقبتی آنها» بیان می‌کنند که بین میانگین نمره سلامت معنوی و رفتارهای مراقبتی، همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد (آتش‌زاده و همکاران، ۱۳۹۵ش، ص ۱۹). بوژک و همکاران (۲۰۲۰م) در مطالعه‌ای با عنوان «رابطه بین معنویت، رفتار مرتبط با سلامت و بهبودی روانی» بیان شده است که ارتباط مثبت بین معنویت و رفتارهای سلامتی با بهبودی (به ویژه بهبودی ذهنی یا روان‌شناختی) وجود دارد و رابطه با معنویت نیز از طریق رفتارهای مرتبط با سلامتی میانجی‌گری می‌شود (بوژک و همکاران، ۲۰۲۰م، ص ۱۰).

بر اساس مطالب فوق می‌توان گفت که مطالعات انجام شده درباره سلامت معنوی و اجتماعی، بیشتر در حوزه پزشکی است و مطالعات اندک نیز بر روی دانشجویان صورت گرفته است و درباره حوزه گردشگری و رویداد اربعین مطالعه‌ای نشده است. بنابراین مقاله پیش رو جزء نخستین مطالعاتی است که در حوزه سلامت و با تأکید بر گردشگران و رویداد اربعین انجام می‌شود.

چارچوب نظری تحقیق حاضر نظریه سلامت اجتماعی کوری کیز و نظریه سلامت معنوی است.

طبق نظریه پولوتزین و الیسون^۱ (۱۹۸۲م) سلامت معنوی دارای دو بعد

1. Polotzin, Elison.

عمودی و افقی است. بعد عمودی آن شامل احساس سلامتی در ارتباط با خدا (سلامت مذهبی) و بعد افقی آن شامل احساس رضایت و هدفدار بودن در زندگی است (سلامت وجودی). رضایی، سیدفاطمی و ادیب حاج‌باقری (۲۰۰۸م) در این باره می‌نویسند:

سلامت معنوی تعادل بین جنبه‌های جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی فرد است که باعث آرامش ذهن و احساس تمامیت و رفاه می‌شود و فرایندی از پیشرفت فرد به سوی ارتباطی هماهنگ است که از نیروهای درونی فرد سرچشمه می‌گیرد. سلامت معنوی در مراحل بالای هرم نیازهای مازلو قرار دارد و نمایانگر کیفیت زندگی فرد در بعد معنوی است. زمانی که فردی اظهار سلامتی واقعی می‌کند، بدین معناست که او علاوه بر داشتن سلامت جسمی، به حقیقت و بنیان قوی معنوی در خود پی برده است (جلالی فراهانی و حسینی ذیحود، ۱۳۹۸ش، ص ۵۴۷).

جامع‌ترین مدلی که درباره مفهوم سلامت اجتماعی وجود دارد متعلق به کوری کیز است. کیز سلامت اجتماعی را تلقی افراد از کیفیت رابطه‌شان با دیگران، هم نوعان و اجتماع اطراف تعریف می‌کند و آن را بعدی از سلامت ذهنی می‌داند (تاج‌الدین، ۱۳۹۶ش، ص ۷۰). این نظریه از یک اصل جامعه‌شناختی و روان‌شناختی نشئت می‌گیرد. بر اساس نظریه کوری کیز حلقه مفقوده در تاریخچه مطالعات مربوط به سلامت (به خصوص سلامت ذهن) 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 بدین ترتیب سلامت اجتماعی را ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در اجتماع تعریف می‌کند و عملکرد اجتماعی خوب در زندگی را چیزی بیش از سلامت روانی و جسمی می‌داند که چالش‌های اجتماعی را نیز در برمی‌گیرد (پولوتزین و ایسون، ۱۹۸۲م، ص ۱).

مواد و روش‌ها

روش تحقیق این مطالعه توصیفی - همبستگی است. جامعه آماری کلیه شرکت‌کنندگان در پیاده‌روی اربعین در سال ۱۳۹۸ شمسی هستند. با توجه به نامشخص بودن تعداد شرکت‌کنندگان، جامعه آماری نامحدود در نظر گرفته شد و حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران برای جامعه نامحدود ۳۸۴ نفر تعیین شده برای اجرای پژوهش، توضیحاتی درباره مطالعه و هدف از انجام آن برای شرکت‌کنندگان مطرح شد. پس از کسب رضایت از افراد و آگاهی دادن نسبت به اینکه اطلاعات دریافت‌شده فقط در این پژوهش استفاده می‌شود، اطلاعات جمع‌آوری شد.

ابزار استفاده‌شده در این مطالعه به شرح زیر است:

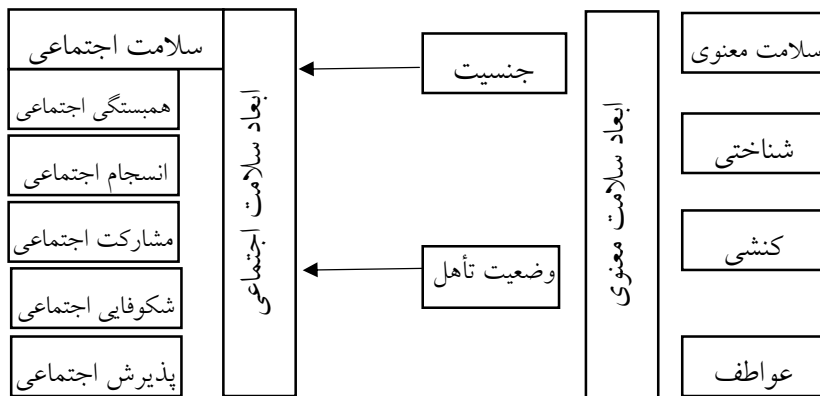
پرسشنامه سلامت معنوی: پرسشنامه بیست سؤالی سلامت معنوی پولوتزین و الیسون که ده سؤال آن سلامت مذهبی و ده سؤال دیگر سلامت وجودی فرد را می‌سنجد. نمره سلامت معنوی، جمع این دو زیرگروه است با دامنه‌ای بین ۲۰ - ۱۲۰ است. پاسخ این سؤالات به صورت لیکرت ۶گزینه‌ای از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» دسته‌بندی شده است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ است.

- پرسشنامه سلامت اجتماعی: کیز و شاپیرو^۱ (۲۰۰۴م) معتقدند که سلامت اجتماعی، ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی است که وی خود را عضوی از آن‌ها می‌داند؛ به عبارت دیگر توانایی فرد در تعامل مؤثر با دیگران و اجتماع به منظور ایجاد روابط ارضاکنده شخصی و به انجام رساندن نقش‌های اجتماعی است. کیز (۲۰۰۴م) سلامت اجتماعی را مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه بزرگ‌تر (تمامیت شخص در شبکه اجتماعی او) دانسته است.

1. Shpiro.

پرسشنامه استاندارد سلامت اجتماعی دارای ۳۳ سؤال است که کیز و همکارانش در سال ۱۹۹۸ میلادی طراحی و ساخته‌اند و هدف از این پرسشنامه سنجش میزان سلامت اجتماعی در ابعاد مختلف است که دارای پنج مؤلفه (همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پذیرش اجتماعی) است و بر اساس طیف لیکرت (از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم») نمره‌گذاری شده است.

– مدل تحقیق:



شکل ۱: مدل تحقیق

– فرضیه‌های تحقیق:

- بین بعد شناختی سلامت معنوی و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد.
- بین بعد کنش سلامت معنوی و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد.
- بین 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.
- براساس وضعیت تأهل سلامت اجتماعی گردشگران متفاوت است.
- براساس جنسیت سلامت اجتماعی گردشگران متفاوت است.

- یافته‌ها:

تعداد ۴۰۰ پرسشنامه بین گردشگران مذهبی توزیع شد و در مجموع ۳۸۴ پرسشنامه به صورت کامل تکمیل گردید. یافته‌های پژوهش حاکی از این است که بیشترین تعداد نمونه در بازه سنی ۳۰ تا ۴۰ قرار دارد. از کل نمونه‌ها ۲۰۰ نفر مرد و ۱۸۴ نفر 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
جنسیت	مرد	۲۰۰
	زن	۱۹۲
مدرک تحصیلی	بی‌سواد	۱۶
	زیر دیپلم	۹۰
	دیپلم	۱۲۰
	فوق دیپلم	۱۰
	کارشناسی	۵۷
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۱۳

براساس نتایج جدول ۲، در بین سه زیرمقیاس بیشترین میانگین، نمره ۳,۷۵ مربوط به زیرمقیاس بعد کنش و کمترین میانگین، نمره ۳,۵۵ مربوط به زیرمقیاس بعد عواطف است. در بین ۵ زیرمقیاس سلامت اجتماعی، بیشترین میانگین مربوط به مشارکت اجتماعی نمره ۳,۴۴ و کمترین، نمره ۲,۹۴ مربوط به زیرمقیاس پذیرش اجتماعی است (جدول ۳).

جدول ۲: درصد، میانگین و انحراف معیار نمرات زیرمقیاس‌های سلامت معنوی گردشگران مذهبی

زیرمقیاس	سوالات	میانگین	انحراف معیار
بعد شناختی	نمی‌دانم که هستم، از کجا آمده‌ام و به کجا خواهم رفت.	۳,۶۵	۱,۱۸۶۲
	عقیده دارم که خداوند مرا دوست دارد و مراقب من است.	۳,۱۹	۰,۹۷۳
	معتقدم خداوند غیر قابل تجسم است و به من و زندگی روزانه من توجه ندارد.	۳,۷۰	۱,۰۶۹
	باور دارم که خداوند به فکر مشکلات من است.	۳,۷۵	۱,۰۸۹
	زندگی معنای زیادی ندارد.	۳,۴۸	۱,۲۱۵
	معتقدم هدف خاصی برای زنده بودنم وجود دارد.	۳,۷۵	۱,۰۸۹
	کل	۳,۷۰	۴,۸۰
بعد عواطف	در دعا و خلوت با خداوند احساس رضایت زیادی نمی‌کنم.	۳,۷۵	۰,۹۵۱
	احساس می‌کنم زندگی یک تجربه مثبت است.	۳,۷۲	۱,۰۹۱
	احساس می‌کنم آینده نامعلومی دارم.	۳,۴۵	۱,۱۷
	در زندگی به حد کمال رسیده‌ام و از زندگی رضایت دارم.	۳,۶۱	۱,۰۵۳
	نسبت به مسیر زندگی که در پیش رو دارم، احساس خوبی می‌کنم.	۳,۵۸	۱,۰۶۵
	از زندگی‌ام لذت زیادی نمی‌برم.	۳,۵۸	۱,۰۹۴
	نسبت به آینده‌ام احساس خوبی دارم.	۳,۷۲	۱,۰۱۰
	ارتباط با خداوند به من کمک می‌کند تا احساس تنهایی نکنم.	۳,۱۹	۰,۹۵۱
	احساس می‌کنم زندگی پر از نامالایمات و ناخوشی‌ها است.	۲,۶۹۰	۱,۱۷۲
	کل	۳,۵۵	۶,۷۴۳

۱,۰۳۷	۳,۷۱	با خداوند ارتباط معنادار خاصی دارم.	بعد کنش
۱,۰۱۴	۳,۵۹	از خداوند نیرو و حمایت زیادی دریافت نمی‌کنم.	
۱,۱۳۰	۳,۷۸	ارتباط فردی رضایت‌بخشی با خداوند ندارم.	
۰,۹۷۴	۳,۸۲	وقتی رابطه صمیمی و نزدیک با خداوند دارم، احساس کمال می‌کنم.	
۱,۰۵۱	۳,۸۸	ارتباط با خداوند در احساس سلامتی من نقش دارد.	
۳,۹۶۵	۳,۷۵	کل	

جدول ۳: درصد، میانگین و انحراف معیار نمرات زیرمقیاس‌های سلامت اجتماعی گردشگران مذهبی

انحراف معیار	میانگین	سؤالات	زیرمقیاس
۱,۲۷۶	۳,۴۲	دنیا برای من بیش از اندازه پیچیده است.	انسجام اجتماعی
۱,۲۳۸	۳,۶۰	دانشمندان تنها کسانی هستند که می‌توانند چگونگی عملکرد دنیا را درک کنند.	
۱,۱۳۷	۳,۶۱	نمی‌توانم بفهمم که در دنیا چه می‌گذرد	
۱,۱۵۴	۲,۸۸	بیشتر فرهنگ‌ها آنقدر بیگانه‌اند که نمی‌توانم آنها را درک کنم.	
۱,۰۲۱	۳,۵۸	فکر می‌کنم فهمیدن دنیایی که در آن زندگی می‌کنم، ارزشمند است.	
۱,۱۵۴	۲,۸۸	پیش‌بینی آنچه بعداً در جامعه اتفاق خواهد افتاد، برایم دشوار است.	
۴,۵۲۶	۳,۴۲	کل	
۱,۲۹۲	۳,۷۰	احساس می‌کنم به چیزی که آن را جامعه می‌نامم، تعلق ندارم.	انطباق اجتماعی
۱,۰۵۲	۳,۳۷	احساس می‌کنم بخش مهمی از جامعه هستم.	

۱,۱۶۷	۳,۲۷	معتقدم اگر حرفی برای گفتن داشته باشم، افراد جامعه به من گوش خواهند داد.	
۱,۰۷۳	۳,۲۷	با سایر افراد جامعه‌ام احساس صمیمیت و نزدیکی می‌کنم.	
۱,۱۵۴	۳,۳۱	من جامعه‌ام را منبع آسایش و راحتی در نظر می‌گیرم.	
۱,۱۳۴	۳,۳۴	فکر می‌کنم اگر حرفی برای گفتن داشته باشم، جامعه آن را جدی نمی‌گیرد.	
۱,۳۸۶	۲,۵۸	معتقدم سایر افراد جامعه برای من ارزش قائلند.	
۴,۴۲۱	۳,۲۶	کل	
۱,۰۸۱	۳,۵۲	رفتار من بر رفتار سایر افراد جامعه اثر می‌گذارد.	
۱,۲۳۶	۳,۳۵	فکر می‌کنم چیز باارزشی برای ارائه دادن به دنیا دارم.	
۱,۰۵۱	۳,۴۷	احساس می‌کنم هیچ چیز مهمی برای مشارکت در جامعه ندارم.	
۱,۲۳۶	۳,۳۵	فعالیت‌های روزمره من نتیجه ارزشمندی برای جامعه ندارد.	مشارکت اجتماعی
۱,۲۶۸	۳,۳۹	من وقت و انرژی ارائه هیچ چیزی به جامعه‌ام را ندارم.	
۱,۰۷۴	۳,۳۳	فکر می‌کنم کار من نتیجه مهمی برای جامعه دارد.	
۵,۱۹۶	۳,۴۴	کل	
۱,۲۲۸	۳,۵۰	معتقدم که پیشرفت جامعه متوقف شده است.	
۱,۲۵۳	۳,۳۵	جامعه برای افرادی مثل من رو به توسعه نیست.	
۱,۲۳۵	۳,۳۲	فکر نمی‌کنم نهادهای اجتماعی نظیر قانون و دولت بتوانند وضع زندگی مرا بهبود ببخشند.	
۱,۱۸۴	۳,۵۵	به نظر من جامعه پیوسته در حال رشد است.	
۱,۲۴۷	۳,۲۹	فکر می‌کنم جامعه ما برای همه، مکان مولدی است.	
۱,۲۰۳	۳,۱۲	به نظر من چیزی به عنوان پیشرفت اجتماعی وجود ندارد.	شکوفایی اجتماعی
۱,۳۱۵	۳,۲۸	فکر می‌کنم دنیا دارد مکان بهتری برای همه می‌شود.	
۶,۵۲۶	۳,۳۴	کل	

۱,۳۱۵	۳,۱۱	فکر می‌کنم دیگران غیر قابل اعتماد هستند.	پذیرش اجتماعی
۱,۳۶۳	۲,۶۴	معتقدم مردم مهربان هستند.	
۱,۰۸۳	۲,۹۲	معتقدم مردم خودمدار هستند.	
۱,۲۲۳	۲,۹۲	فکر می‌کنم افراد فقط برای خودشان زندگی می‌کنند.	
۱,۳۷۸	۳,۰۶	معتقدم این روزها افراد متقلب‌تر شده‌اند.	
۱,۲۵۴	۲,۸۸	فکر می‌کنم افراد نگران مشکلات دیگران هستند.	
۱,۳۶۳	۳,۰۲	احساس می‌کنم مردم قابل اعتماد نیستند.	
۴,۵۷۶	۲,۹۴	کل	

جهت آزمون فرضیه‌های تحقیق از آزمون‌های همبستگی و رگرسیون استفاده شد. با توجه به نتایج جداول ۴، ۵، ۶ و آزمون فرضیات اصلی پژوهش، مشاهده می‌شود که فرضیات تحقیق در سطح اطمینان ۹۹ درصد تأیید می‌شوند.

جدول ۴: ماتریس ضریب همبستگی بین «سلامت معنوی» و «سلامت اجتماعی»

سلامت اجتماعی		سلامت معنوی
ضریب همبستگی	۰/۵۶۳	
p-Value	/۰۰۰	

جدول ۵: ماتریس ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای ابعاد سلامت معنوی و سلامت اجتماعی

نام متغیر	ضریب همبستگی پیرسون	p-Value
بعد شناختی سلامت معنوی و سلامت اجتماعی	۰/۵۵۴	۰/۰۰
بعد عواطف سلامت معنوی و سلامت اجتماعی	۰/۵۷۷	۰/۰۰
بعد کنش سلامت معنوی و سلامت اجتماعی	۰/۴۲۷	۰/۰۰

جدول ۶: ضریب همبستگی بین ابعاد سلامت معنوی و ابعاد سلامت اجتماعی

پدیرش اجتماعی	شکوفایی اجتماعی	مشارکت اجتماعی	انطباق اجتماعی	انسجام اجتماعی		
۰/۴۶۴	۰/۵۵۴	۰/۵۰۴	۰/۴۹۹	۰/۳۶۷	ضریب همبستگی پیرسون	بعد شناخت سلامت معنوی
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	P-Value	
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	
۰/۳۵۵	۰/۴۴۸	۰/۳۶۳	۰/۳۹۴	۰/۲۷۴	ضریب همبستگی پیرسون	بعد کنش سلامت معنوی
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	P-Value	

آزمون F Test نشان می‌دهد که وضعیت تأهل با سلامت اجتماعی تفاوت معناداری دارد (sig=000/03) و جنسیت نیز با سلامت اجتماعی (sig=03) تفاوت معنادار دارد.

به منظور پیش‌بینی سهم سلامت معنوی و ابعاد آن در میزان سلامت اجتماعی از رگرسیون چندمتغیره (و با روش Enter) استفاده شده است.

جدول ۷: مشخص‌کننده‌های کلی تحلیل رگرسیونی سهم سلامت معنوی و ابعاد آن در میزان سلامت اجتماعی

سطح معناداری	F	R ² تعدیل شده	R ²	ضریب همبستگی (R)	شاخص آماری مدل رگرسیون
۰/۰۰۰	۷۰٫۹۸۸	۰/۳۵۴	۰/۳۵۹	۰/۵۹۹	۱

جدول فوق، ضریب همبستگی سهم سلامت معنوی و ابعاد آن در میزان سلامت اجتماعی را نشان می‌دهد. ضریب همبستگی بین این دو متغیر ۰/۵۹ و دارای سطح معناداری بسیار بالا ($p=۰/۰۰۰$) است؛ به این معنا که هرچه میزان سلامت معنوی افزایش یابد، میزان سلامت اجتماعی نیز افزایش می‌یابد. منظور از R^2 میزان برآورد واریانس میزان سلامت اجتماعی است که توسط متغیر مستقل تبیین می‌شود و در تحقیق حاضر مشخص شد که نزدیک به ۳۶ درصد از واریانس (تغییرات) متغیر میزان سلامت اجتماعی توسط متغیر مستقل تبیین می‌گردد.

جدول ۸: ضریب رگرسیونی سهم ابعاد سلامت معنوی بر میزان سلامت اجتماعی

سطح معناداری	T	بتای استاندارد شده	خطای استاندارد	ضرایب رگرسیون	شاخص آماری مدل
۰/۰۰۰	۱۰,۴۲۳	-	۴,۶۳۵	۴۸,۳۰۸	عدد ثابت
۰/۰۰۰	۳,۶۴۰	۰/۳۳۴	۴۲۲,	۱,۵۳۶	شناختی
۰/۰۰۰	۵,۴۱۷	۰/۴۷۶	۲۸۲,	۱,۵۲۸	عواطف
۰/۰۰۴	-۲,۹۲۰	-۰/۲۲۴	۰/۴۲۷	-۱,۲۴۶	کنش

بر اساس جدول فوق می‌توان گفت که ابعاد شناختی، عواطف و کنش به ترتیب از عوامل مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی است. تأثیر دو بعد شناختی و عواطف فزاینده است. ابعاد شناختی و عواطف بیشترین تأثیر و بعد کنش کمترین تأثیر را بر میزان سلامت اجتماعی دارد. ضریب ۰/۳۳۴ شناختی به این معناست که به ازای هر واحد تغییر در انحراف معیار شناختی، ۰/۳۳۴ واحد تغییر در انحراف معیار میزان سلامت اجتماعی به وجود می‌آید و از آنجا که رابطه مثبت است، تغییر نیز به صورت فزاینده است.

بحث

پژوهش حاضر رابطه سلامت معنوی با سلامت اجتماعی در میان گردشگران مذهبی شرکت‌کننده در پیاده‌روی اربعین را بررسی کرده است. همان‌طور که در جداول خروجی (۴، ۵، ۷)، نتایج نشان داده شده است، می‌توان بیان کرد که فرضیه‌های پژوهش در سطح اطمینان ۹۹ درصد تأیید شده است؛ به این معنا که سلامت معنوی با سلامت اجتماعی گردشگران مذهبی رابطه دارد.

همان‌طور که در بخش‌های قبل بیان شد پژوهشی مشابه پژوهش حاضر انجام نشده است. اما نتایج این فرضیه با نتایج تحقیق عیدی و علیوندی و فاهم‌راستاست. این محققان دریافتند که نتایج مطالعه آنها حاکی از این است که بهزیستی هیجانی و اجتماعی بیشترین تأثیر را بر سلامت روان و ابعاد سلامت معنوی (شناختی، عواطف و کنشی) با سلامت اجتماعی ارتباطی معنادار دارد.

همان‌طور که فرشادنیا و همکاران (۲۰۱۸م) در مطالعه‌شان بیان می‌کنند بین سلامت معنوی و سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد؛ علاوه بر این، سلامت معنوی پیش‌بینی‌کننده معناداری برای سلامت اجتماعی و سلامت عمومی است که یافته‌های این مطالعه نیز بیانگر همین موضوع است. همچنین ابعاد سلامت معنوی (شناختی، عواطف و کنشی) با ابعاد سلامت اجتماعی (همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پذیرش اجتماعی) رابطه‌ای معنادار دارد. یافته‌های پژوهش بیانگر این است که هرچه میزان سلامت معنوی افزایش یابد، میزان سلامت اجتماعی نیز افزون می‌شود. در تحقیق حاضر مشخص شد که نزدیک به ۳۶ درصد از واریانس (تغییرات) متغیر میزان سلامت اجتماعی توسط متغیر مستقل تبیین می‌شود. بر اساس جدول فوق می‌توان گفت که ابعاد شناختی، عواطف و کنش به ترتیب از عوامل مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی است. تأثیر دو بعد شناختی و عواطف فزاینده، ابعاد شناختی و عواطف بیشترین تأثیر و بعد کنش کمترین تأثیر را بر

میزان سلامت اجتماعی دارد. ضریب $0/3334$ شناختی به این معناست که به ازای هر واحد تغییر در انحراف معیار شناختی، $0/3334$ واحد تغییر در انحراف معیار میزان سلامت اجتماعی به وجود می‌آید و از آنجا که رابطه مثبت است، تغییر به صورت فزاینده است.

آزمون F Test نشان می‌دهد که وضعیت تأهل با ابعاد سلامت معنوی تفاوت معناداری دارد ($\text{sig} = 000/0$) و جنسیت با ابعاد شناختی ($\text{sig} = 02$) و کنش ($\text{sig} = 02$) تفاوت معناداری دارد، اما با بعد عاطفی تفاوت معناداری ندارد ($\text{sig} = 07$).

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش فوق می‌توان گفت از آنجا که سلامت معنوی با سلامت اجتماعی رابطه دارد و این ارتباط در بعد شناختی بیشترین میزان را به خود اختصاص می‌دهد، می‌توان با برنامه‌ریزی میزان سلامت معنوی و اجتماعی را در جامعه افزایش داد.

پیاده‌روی اربعین با توجه به ویژگی‌ها و خصوصیاتش که دارد - از جمله حضور داوطلبانه و اختیاری افراد از طبقات مختلف اجتماعی و با سطوح مختلف اعتقادی - فرصت مناسبی را برای ایجاد همبستگی، انسجام و مشارکت اجتماعی فراهم می‌کند که از این طریق می‌توان در راستای افزایش شکوفایی و پذیرش اجتماعی گام برداشت و این مهم میسر نمی‌شود مگر از طریق برنامه‌ریزی مناسب نسبت به ابعاد سلامت معنوی. مطمئناً هر اندازه اعضای یک جامعه از میزان شناخت، عواطف و کنش سلامت معنوی بیشتری برخوردار باشند، میزان سلامت اجتماعی در یک جامعه بیشتر و پایدارتر خواهد بود. اما متأسفانه دست اندرکاران و برنامه‌ریزان این حوزه به اهمیت و اثرات این ابرویداد چندان توجه ندارند.

پیشنهادات تحقیق:

پیشنهاد می‌شود که مطالعه‌ای با عنوان کنونی به روش کیفی و همچنین در سایر مناطق کشور و میان سایر گروه‌ها (از جمله بیماران) نیز چنین مطالعه‌ای انجام شود تا تفاوت‌ها مشخص شود.

منابع

۱. آتش‌زاده شوریده، فروزان و دیگران (۱۳۹۵ش)، «رابطه بین سلامت معنوی پرستاران با رفتارهای مراقبتی آنان»، پژوهش در دین و سلامت، سال ۳، شماره ۱، صص ۱۷-۱۰.
۲. ابوالقاسمی، عباس و جوانمردی، لیلا. (۱۳۹۱ش). «نقش مطلوبیت اجتماعی، سلامت روانی و خودکارآمدی در پیش‌بینی پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان دختر»، روان‌شناسی مدرسه و آموزشگاه، سال ۱، شماره ۲، صص ۲۰-۶.
۳. اسلزنندی، مینو و دیگران (۱۳۹۹ش). «ارزیابی تطبیقی رفتارهای سلامت معنوی مردم ایران در پاندمی کووید-۱۹ با شواهد دینی»، مجله طب نظامی، سال ۲۲، شماره ۸، صص ۸۷۲-۸۶۴.
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».
۵. پادهبان، ولی‌الله و دیگران (۱۳۹۹ش)، «ارتباط سلامت معنوی با سلامت عمومی و سواد سلامتی در پرسنل نیروی دریایی در سال»، مجله طب دریا، شماره ۳، صص ۱۶۳-۱۵۷.
۶. تاج‌الدین، محمد (۱۳۹۶ش). «تعیین‌کننده‌های سلامت اجتماعی شهروندان منطقه دوازده تهران»، برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ۸ (۳۲)، صص ۹۶-۶۱.
۷. جلالی فراهانی، علیرضا و حسینی ذیجود، سیدرضا (۱۳۹۸ش). «پژوهش و پژوهشگران حوزه بهداشت، درمان و سلامت در خدمت پیاده‌روی اربعین»، مجله طب نظامی، شماره ۲۱، صص ۵۴۸-۵۴۷.
۸. دانا، امیر و دیگران (۱۳۹۶ش)، «تبیین سلامت روحی و روانی بر اساس نگرش مذهبی در ورزشکاران جوان»، فصلنامه پژوهش‌های اعتقادی کلامی، سال ۷، شماره ۱، صص ۲۸۲-۳۰۲.
۹. زمانخانی، فریبا و دیگران (۱۳۹۵ش)، «تحلیل وضعیت سلامت اجتماعی کلیه استان‌های جمهوری اسلامی ایران».

مطالعات اسلام و روان‌شناسی،

شماره ۲۸، صص ۲۷۲-۲۵۵.

معنوی با سازگاری اجتماعی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان»، *مجله سلامت و مراقبت*. سال ۲۱، شماره ۴، ص ۲۸۳-۲۹۲.

۱۵. همایون، محمدحسین و بد، محبوبه (۱۳۹۷ش)، «تیین 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*، سال ۶، شماره ۴، ص ۱۰۰-۱۰۹.

17. Božek A, Nowak PF and Blukacz M (2020) The Relationship Between Spirituality, Health-Related Behavior, and Psychological Well-Being. *Front*
18. Farshadnia, E., Koochakzadeh, M., Borji, M. et al. Spiritual Health as a Predictor of Social and General Health in University Students? A Study in Iran, 2018.

- فصلنامه سلامت جامعه**. سال ۳، شماره ۳، ص ۱۸۹-۱۸۱.
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، مژگان و دیگران (۱۳۹۶ش)، «بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی زنان: یک مطالعه مروری در مجلات فارسی»، *سلامت اجتماعی*، سال ۴، شماره ۳، ص ۲۰۰-۱۹۰.
۱۲. گیویان، عبدالله و امین، محسن (۱۳۹۶ش)، «محبت و هویت در آیینه نمایش جهانی اربعین؛ مطالعه ماهیت، کارکردها و ساختار پیاده‌روی اربعین از منظر ارتباطات آیینی»، *فصلنامه دین و ارتباطات*، ش ۵۲، ص ۱۹۴-۱۶۷.
۱۳. مدیری، فاطمه و دیگران (۱۳۹۶ش)، «بررسی سلامت اجتماعی و عوامل اثرگذار بر آن»، *توسعه اجتماعی*، ص ۷-۲۸.
۱۴. نازک‌تبار، حسین و شتابان، نیلوفر (۱۳۹۸ش)، «بررسی رابطه سلامت

- Brim, Healthing are you? A national study of well-being of Midlife. University of Chicago press, 350-37127.
23. 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.
24. Rezaei M, Adib-Hajbaghery M, Seyedfatemi N, Hoseini F. (2008). Prayer in Iranian cancer patients undergoing chemotherapy. Complementary therapies in clinical practice. 14 (2):90-7.
25. Tognetti M. (2014) Social Health. In: Michalos A.C. (eds) Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research. Springer, Dordrecht.
26. Wulff DM (2007). Psychology of religion: Classic and contemporary. Dehghani M, translator. Tehran: Roshd.
19. Jaberi, A., & MOMENNASAB, M., & CHERAGHI, M., & YEKTATALAB, S., & EBADI, A. (2019). Spiritual Health as Experienced by Muslim Adults in Iran: A Qualitative Content Analysis. SHIRAZ E MEDICAL JOURNAL, 20 (12), 1-10.
20. 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.
21. Moaven Z, Movahed M, Iman M T I, Tabiee M. (2017) Spiritual Health through Pilgrimage Therapy: A Qualitative Study. Health Spiritual Med Ethics. 2017; 4 (4):39-31
22. Keyes, C. L. M & Shapiro, A. (2004), Social well-being in the United States: A Descriptive Epidemiology, In Orville