

بررسی اثر آهنگ زیارت کعبه در سلامت عمومی حجاج

دکتر محمدکریم خداپناهی*، محمود حیدری*

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مطالعه اثر آهنگ زیارت کعبه در سلامت عمومی حجاج طراحی و اجرا گردید. از ۲۰۰ نفر حجاج یکی از کاروانهای حج تمتع سال ۱۳۸۰، ۱۰۰ نفر شامل ۵۸ نفر مرد و ۴۲ نفر زن به عنوان نمونه در دسترس، انتخاب و یک هفته قبل از عزیمت به مدینه منوره، پرسشنامه سلامت عمومی به عنوان پیش‌آزمون و پس از اتمام مناسک حج و یک روز قبل از عزیمت به کشور، مجدداً همان پرسشنامه به عنوان پس‌آزمون جهت سنجش سلامت روان آنان اجرا گردید. داده‌های جمع‌آوری شده بوسیله آزمون t وابسته و t تک نمونه‌ای مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان می‌دهند که نمره کل سلامت عمومی آزمودنیها در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون به‌طور معناداری بیشتر شده است. این تفاوت معنادار در خرده مؤلفه‌های «نشانه‌های بدنی» و «اضطراب و بیخوابی» نیز مشاهده می‌گردد. از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر اینست که عامل جنس و سطح تحصیلات در نتایج به دست آمده مؤثر نبوده‌اند.

کلید واژه‌ها: آهنگ زیارت کعبه، سلامت عمومی، حجاج.



مقدمه

تاریخ بشریت نشان داده است که انسان دین‌ورز^۱ قدمتی دیرینه دارد و آنچنان که از مطالعات باستان‌شناسی و انسان‌شناسی از اعصار بسیار دور برمی‌آید، مذهب به عنوان جزء لاینفک زندگی بشری در تمام اعصار بوده است. ویل دورانت^۲ معتقد است دین به اندازه‌ای غنی، فراگیر و پیچیده است که جنبه‌های مختلف و متفاوت آن برای دیدگاهها و نگرشهای مختلف به گونه‌ای متفاوت جلوه می‌کند. اما آنچه مهم می‌باشد، اینست که هیچ دوره‌ای در تاریخ بشر خالی از اعتقاد دینی نبوده است (صادقی جهانبان و نجم عراقی، ۱۳۷۸).

اینکه حتی یک انسان بی‌اعتقاد به دین در شرایط نامطمئن، بحران روحی و درماندگی بطور ناهشیار به خدا و نیروهای ماوراءالطبیعت می‌اندیشد و از او استمداد می‌طلبد، یک پدیده شناخته شده است. به گفته فرانکل^۳ (۱۳۷۵)، بنیانگذار مکتب معنا درمانگری^۴، در واقع یک احساس مذهبی عمیق ریشه‌دار در اعماق ضمیر ناهشیار هر انسانی و همه انسانها وجود دارد. اسپیکر^۵ و همکاران (۱۹۸۵)، مذهب را به عنوان یک نظام مرجع برای تفسیر وقایع زندگی مورد بحث و بررسی قرار می‌دهند؛ مذهب به عنوان یک نظام با معنا تصور می‌شود که افراد از آن برای کمک به فهم مسایل جهانی، پیش‌بینی و مهار وقایع و حفظ حرمت^۶ خود استفاده می‌کنند. نیومن و پاراگامنت (۱۹۹۰)، نقشهای روانشناختی مهم و بی‌شمار مذهب را که در کمک به مردم برای درک و کنار آمدن با وقایع زندگی به کار می‌روند، توصیف نموده‌اند. به نظر آنها مذهب می‌تواند در ایجاد احساس امید، احساس صمیمیت با دیگران، آرامش هیجانی، فرصت خود شکوفایی، احساس راحتی، مهار تکانه‌ها، نزدیکی با خدا و کمک به حل مشکل مؤثر باشد. آرگیل (۲۰۰۰)، از آداب و رسوم مذهبی به عنوان شکلی از رفتار یاد می‌کند که باعث می‌شود افراد و روابط آنها عوض شوند. آنها به وسیله ارتباطات غیرکلامی و با استفاده نمادین از قسمتهای مختلف بدن و عمل خود به این هدف می‌رسند. سایر آداب و رسوم برای اظهار احساسات و عقاید دینی به کار می‌روند؛ مثل پرستش و قربانی کردن. آداب و رسوم دینی، فعالیت‌هایی گروهی هستند که به اعضای گروه قدرت اجتماعی می‌بخشد و مردم را به سوی گروهها و ارزشهای گروهی سوق می‌دهند. وی اعتقاد دارد که آداب و رسوم و تشریفات دینی، شکل بنیادی فعالیت دینی است که بر بعد بدنی، هیجانی و غیر عقلانی دین تأکید دارد و از باورها، الهیات و اصول عقاید متفاوت است. در حقیقت تشریفات دینی جنبه رفتاری دین است که

هم اکنون در بسیاری از نقاط دنیا رایج است و بخش مهمی از دین را به مثابه پدیده اجتماعی در برمی گیرد. وی معتقد است که دین موجب خوشنودی مردم و رضایت خاطر آنها می شود. افزون بر این، دین به پیروان خود سلامت جسمانی و روانی نیز عطا می کند و با شفاف کردن آلام روحی ارتباط دارد. افراد متدین در جامعه مدرن امروزی، نسبت به سایر افراد سالم ترند، زیرا آنها رفتار سالمی را در پیش می گیرند. همچنین بهداشت روانی با تدین ذاتی و درونی فرد ارتباط دارد و دین از تنیدگی مرتبط با مرگ و زندگی جلوگیری می کند (آرگیل ۲۰۰۰، به نقل از سهرابی ۱۳۸۰).

در سالهای اخیر پژوهشهای متعددی در زمینه ارتباط بین مذهب و سلامت روان انجام شده است. از جمله این پژوهشها می توان به بررسی های الیس^۷ (۱۹۹۴ به نقل از ویتن ۱۹۹۶) و آدلر و کاسل^۸ (۱۹۹۲ به نقل از همان منبع) اشاره کرد. پاره ای دیگر مانند بیکر و گورساج (۱۹۸۲)، برگین و همکاران (۱۹۸۷)، نیلسن (۱۹۹۵) و کالدستد (۱۹۹۵) معتقدند که جهت گیری مذهبی با کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش سلامت روان، حرمت خود و بردباری ارتباط دارد.

علیرغم اینکه برخی از محققین و نظریه پردازان از جمله فروید^۹ و ایس مذهب را با بیماری روانی مرتبط دانسته اند، مطالعات و پژوهشهای انجام گرفته در دهه اخیر با تمایز قائل شدن بین مذهبی که زندگی سالم به انسان عرضه می کند و دیگر مذاهب، نقش مؤثر و جایگاه ویژه در قلمرو بهداشت روانی و نیز کارآیی آن را در درمان بیماری های روانی نشان داده اند (به طور مثال برگین ۱۹۸۳ و استارک ۱۹۷۱ به نقل از جان بزرگی ۱۳۷۸).

افزون بر این از نتایج بررسی های موسوی اصل و همکاران (۱۳۷۸) چنین استنباط می گردد که تأثیر عاطفی یاد خدا موجب آرامش زودرس در روان و جسم فرد می گردد^{۱۰}. یاد خدا تأثیر دیگری نیز بر کل زندگی فرد دارد. در قرآن آمده است «هرکس از یاد خدا روی بگرداند، زندگی تنگ و سختی خواهد داشت»^{۱۱}. دوری از یاد خدا زندگی را دشوار و یاد خدا زندگی را آسان می سازد. تبیین روانشناختی این ویژگی آن است که یاد خدا، فرد را از امیال و تکانشهایی که برای او تنیدگی زاست باز می دارد و سبب می شود که به جای توجه صرف به لذتهای دنیوی که معمولاً ناکامی در بهره گیری از آنها، موجب تنیدگی^{۱۲} است، به تقویت رابطه با خدا و تقرب به او توجه کند. بروز مشکلات برای چنین فردی وی را از هدف اصلی باز نمی دارد و چون خود را در مسیر نیل به مقصود احساس می کند، زندگی را سخت و تنیدگی را تلقی نمی نماید. از سوی دیگر کسی

که خدا را فراموش می‌کند و از یاد او غافل است، ضرورتاً به دنیا دل می‌بندد و زندگی برای او راحت و آرام نیست، زیرا هیچگاه نسبت به آن احساس رضایت نمی‌کند و پیوسته به دنبال رفاه بیشتر است و از این رودائماً در فشار و سختی به سر می‌برد. از جمله راههای معنوی عاطفی یاری جستن از قدرت بی‌نهایت خداوند است^{۱۳}. در انسان این گرایش وجود دارد که در سختی و فشار به قدرتی ماوراءطبیعت پناه ببرد. در تعالیم اسلامی آمده است که وقتی انسان در سختی‌ها از همه اسباب مادی قطع امید می‌کند، متوجه وجودی ماوراءطبیعت می‌شود^{۱۴}. در سوره بونس آیه ۱۲ می‌فرماید: «هنگامی که به انسان آسیبی رسد، ما را در حالتهای خواب، نشسته و ایستاده می‌خواند» و خداوند انسان را از آسیب می‌رهاند.

حج، همانند دیگر عبارتها، آداب، سنن و فرایضی دارد که برای تحصیل صفات ثبوتیه و پرهیز از صفات سلویه است. انسان از آن جهت که خلیفه حق و مظهر جمال و جلال اوست، دارای صفات ثبوتی و سلبی است. از این رو موظف است که به «تخلیه» و «تحلیه» بپردازد، بدین صورت که ابتدا خود را از رذایل اخلاقی خالی کند و سپس به فضایل اخلاقی مزین سازد و جلوه جمال و جلال حقش شود. حج بهترین فرصت برای تأمین این هدف است، زیرا حج برای تهذیب نفس است (جوادی آملی ۱۳۷۸).

سفر حج فرار از غیر خدا بسوی خدا است و چون خدا همه جا هست معنای «سیر الی الله» سیر مکانی یا زمانی نیست. فرار بسوی خدا بدین معنا است که انسان ما بسوی الله را ترک کرده، خدا را طلب کند. بنابراین یکی از اسرار حج آن است که انسان از غیر خدا بریده، به سوی خدا هجرت کند تا به لقای او نایل آید و این از هنگام تهیه مقدمات آغاز می‌شود. کسی که لباس احرام فراهم می‌کند، مالش را تطهیر، وصیتنامه‌اش را تنظیم و از بستگانش خداحافظی می‌کند، همه این امور را با عنوان فرار الی الله انجام می‌دهد، قهراً در همه این حالات با خدا است و سیر چنین کسی «الی الله» است (همان).

در زمان حج، انسان را از شرایط عادی زندگی بیرون می‌برند. بسیاری از چیزهایی را که در شرایط عادی زندگی بر زن و مرد حرام نبود، بر آنها حرام می‌کند. یک دوره پرهیز خاصی است. بعضی از چیزهایی را که بر او واجب نبود، بر آنها حرام می‌کنند، یک سلسله واجبات و محرمات جدیدی که به آن عادت نکرده است. چرا؟ برای اینکه عادت به واجبات و عادت به محرمات آن نقش «پروا» را دیگر تقویت نمی‌کند. اگر انسان عادت ندارد از حرامی پرهیز بکند، کم کم رنگ

تقوی در پرهیز از حرام ضعیف می شود. آن وقت در برخورد با حرامی که تاکنون با آن رویرو نشده، نمی تواند آن تأثیر بازدارنده تقوی را داشته باشد. پس یک نوع تمرین سالیانه لازم است برای اینکه خود را از چیزهایی هم که عادت به پروای از آنها نداشت دور نگهدارد (شهید بهشتی ۱۳۷۸).

برنامه های سازنده حج می خواهد مسلمانی قوی و نیرومند که اراده اش بر همه خواسته های دیگرش مسلط باشد بسازد؛ مسلط بر شهوت، مسلط بر خودخواهی و غضب، مسلط بر تن آسائی، مسلط بر خودآرایی، آماده برای تن دادن به یک زندگی جدی و خشن در هر جا که لازم باشد و جز این هم نمی شود (همان).

سرّ مختص حج، فرار به سوی خدا است. فرار در عرفان، گریز از هر چیزی که بنده را از اطاعت حق باز دارد، یعنی دنیا و بهره های مادی آن، زیرا انسان طالب از جهل و نادانی و غیر حق فرار می کند. حاجی نیز از تمام زشتیها، غفلتها، بی ایمانیها و خلاصه از تمام مظاهر دنیا و شیطان می گریزد و در آغوش رحمت و سعادت جاویدان حق تعالی قرار می گیرد و مهمان او می شود (درویش ۱۳۸۲).

بنابراین پژوهش حاضر برای بررسی این سؤال طرح و اجرا شده است که آیا آهنگ زیارت کعبه می تواند در میزان سلامت عمومی حجاج مؤثر باشد؟

روش

نمونه و شیوه نمونه گیری و ابزار

○ آزمودنیهای این پژوهش را صد نفر از حجاج یکی از کاروانهای حج تمتع سال ۱۳۸۰ تشکیل داده اند که به عنوان نمونه در دسترس انتخاب شده اند.

○ در این پژوهش علاوه بر پرسشنامه مشخصات فردی برای سنجش میزان سلامت روان آزمودنیها از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) شکل ۲۸ سوالی که توسط گلدبرگ و میلر (۱۹۷۹) طراحی شده است و دارای چهار مؤلفه نشانه های بدنی، اضطراب و بیخوابی، ناراساکنشوری اجتماعی و افسردگی است سود جستیم. در این پرسشنامه برای هر یک از مؤلفه ها ۷ ماده در نظر گرفته شده است. تمام پاسخهای پرسشنامه سلامت عمومی چهار گزینه ای هستند و برای هر یک از گزینه ها نمره (۰، ۱، ۲، ۳) در نظر گرفته می شود و در نتیجه نمره آزمودنی بین صفر تا ۸۴ متغیر

خواهد بود.

تقوی (۱۳۸۰)، اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی را با سه روش دوباره سنجی، تصفی و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار داده و به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۷۲، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ بدست آورده است. وی نتایج خود را مشابه نتایج مطالعه لایتون^{۱۵} (۱۹۸۶)، رابینسن^{۱۶} و پرایس^{۱۷} (۱۹۸۲)، گلدبرگ و ویلامز^{۱۸} (۱۹۸۵) و چان^{۱۹} (۱۹۸۷) اعلام می نماید. بنابراین اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی در سطح بسیار رضایت بخشی قرار دارد و می توان برای پژوهشهای روانشناختی از آن استفاده کرد.

به منظور بررسی اثر آهنگ زیارت کعبه بر سلامت عمومی حجاج، در چارچوب طرح پیش - تست پس تست تک گروهی داده ها با استفاده از آزمون آماری t وابسته و تک نمونه ای مورد تحلیل قرار گرفتند.

نتایج

برای مقایسه نتایج پرسشنامه سلامت عمومی در پیش آزمون و پس آزمون از آزمون آماری t وابسته استفاده شد که نتایج در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱- نتایج آزمون t وابسته برای مقایسه میانگین ها در پیش آزمون و پس آزمون.

سطح معناداری	مقدار t	درجه آزادی	انحراف معیار	میانگین	شاخصها	
					گروهها	متغیر
۰/۰۰۰۹	۴/۵۵۸	۹۹	۴/۵ ۷/۸۱	۸/۸۹ ۱۲/۶۶	پیش آزمون	نمره کل GHQ
					پس آزمون	
۰/۰۰۰۹	۷/۲۶۳	۹۹	۱/۴۸ ۳/۴۹	۱/۳۹ ۳/۹۷	پیش آزمون	نشانه های بدنی
					پس آزمون	
۰/۰۰۰۱	۳/۳۷۱	۹۹	۱/۹۳ ۲/۹۴	۱/۵۱ ۲/۵۷	پیش آزمون	اضطراب و بیخوابی
					پس آزمون	
۱	۰/۰۰۰	۹۹	۱/۹ ۲/۱۲	۵/۲۳ ۵/۲۳	پیش آزمون	نارسا کنش روی اجتماعی
					پس آزمون	
۰/۴۷۱	۰/۷۲۴	۹۹	۱/۶۶ ۱/۸۲	۰/۷۴ ۰/۹	پیش آزمون	افسردگی
					پس آزمون	

نتایج مندرج در جدول ۱ نشان می‌دهد که نمره کل پرسشنامه سلامت عمومی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون بطور معناداری ($p < 0/0009$) بیشتر شده است. این تفاوت در خرده مؤلفه‌های نشانه بدنی ($p < 0/0009$) و اضطراب و بیخوابی ($p < 0/001$) نیز مشاهده می‌شود اما در خرده مؤلفه‌های نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی افزایش معناداری مشاهده نگردید. این نتایج مبین آنست که پس از اتمام مناسب حج سطح اضطراب و نشانه‌های بدنی در آزمودنیها افزایش پیدا کرده است و به عبارت دیگر سطح سلامت عمومی آنان کاهش یافته است.

جدول ۲. نتایج آزمون t تک نمونه‌ای برای مقایسه میانگین سلامت عمومی

و خرده مؤلفه‌های آن در پیش‌آزمون با نمره برش.

شاخصها	میانگین	انحراف معیار	ارزش مورد مقایسه	درجه آزادی	مقدار t	سطح معناداری
نمره کل GEQ	۸/۸۹۱	۴/۵	۵۶	۹۹	-۱۰۵/۰۳	۰/۰۰۰۱
نشانه‌های بدنی	۱/۳۹	۱/۴۸	۱۴	۹۹	-۵/۴۷	۰/۰۰۰۱
اضطراب و بیخوابی	۱/۵۱	۱/۹۳	۱۴	۹۹	-۶۵/۶۷	۰/۰۰۰۱
نارساکنش‌وری اجتماعی	۵/۲۳	۱/۹	۱۴	۹۹	-۲۹/۹۴	۰/۰۰۰۱
افسردگی	۰/۷۴	۱/۶۶	۱۴	۹۹	-۸۱/۲۴	۰/۰۰۰۱

برای تبیین یافته‌های مذکور میانگین بدست آمده از پرسشنامه سلامت عمومی و خرده مؤلفه‌های آن در پیش‌آزمون و پس‌آزمون با نمره خط برش در کل پرسشنامه که برابر ۵۶ و در خرده مؤلفه‌های آن که برابر ۱۴ است با آزمون t تک نمونه‌ای مورد مقایسه قرار گرفت که نتایج آن در جدولهای ۲ و ۳ آمده است.

نتایج مندرج در جدولهای ۲ و ۳ نشان می‌دهند که هم در پیش‌آزمون و هم در پس‌آزمون، میانگین نمره سلامت عمومی به طور معناداری پائین‌تر از خط برش در پرسشنامه است که نشان‌دهنده سلامت روانی آنان است و تفاوت میانگین سلامت عمومی، نشانه‌های بدنی و اضطراب و بیخوابی در پس‌آزمون را می‌توان نتیجه پایان مناسب حج و بازگشت زائران به زندگی عادی و دغدغه‌های ناشی از آن تلقی نمود.

جدول ۳. نتایج آزمون t تک نمونه‌ای برای مقایسه میانگین سلامت عمومی

و خرده مؤلفه‌های آن در پس آزمون با نمره خط برش

شاخصها	میانگین	انحراف معیار	ارزش مورد مقایسه	درجه آزادی	مقدار t	سطح معناداری
نمره کل GEQ	۱۲/۶۶	۷/۸۱	۵۶	۹۹	-۵۶/۱۹	۰/۰۰۰۱
نشانه‌های بدنی	۳/۹۷	۳/۲۹	۱۴	۹۹	-۲۸/۰۷	۰/۰۰۰۱
اضطراب و بیخوابی	۲/۵۷	۲/۹۴	۱۴	۹۹	-۳۹/۵	۰/۰۰۰۱
بارسا کنش‌وری اجتماعی	۵/۲۳	۲/۱۲	۱۴	۹۹	-۴۱/۸۷	۰/۰۰۰۱
افسردگی	۰/۹	۱/۸۲	۱۴	۹۹	-۷۳/۱۲	۰/۰۰۰۱

افزون بر این، جهت بررسی تأثیر جنس و سطح تحصیلات در تفاوت نمرات پس آزمون با پیش آزمون، از آزمون t وابسته برای مقایسه میانگین پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک زن و مرد و سطوح تحصیلی بی سواد تا دیپلم و فوق دیپلم به بالا استفاده کردیم، که نتایج در جدولهای ۴ تا ۷ آمده است.

جدول ۴. نتایج آزمون t وابسته برای مقایسه میانگین پیش و پس آزمون در مردان

شاخصها	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	مقدار t	سطح معناداری
نمره کل GHQ	۸/۳۹ پس آزمون ۱۱/۵۸	۳/۷۲ ۷/۶۵	۵۷	-۳/۳۸	۰/۰۰۱
نشانه‌های بدنی	۱/۲ پس آزمون ۳/۵	۱/۰۷ ۳/۲۳	۵۷	-۵/۲۲	۰/۰۰۰۱
اضطراب و بیخوابی	۱/۴۵ پس آزمون ۲/۴۵	۱/۸۸ ۲/۹۴	۵۷	-۲/۴۵	۰/۰۱۷
بارسا کنش‌وری اجتماعی	۵/۱۰ پس آزمون ۵/۰۲	۲/۰۷ ۲/۱۸	۵۷	-۳/۳	۰/۷۴۱
افسردگی	۰/۶۲ پس آزمون ۰/۹۳	۱/۴۱ ۲/۰۲	۵۷	-۱/۱۱	۰/۲۶۷

جدول ۵. نتایج آزمون t وابسته برای مقایسه میانگین‌ها در پیش و پس آزمون در زنان

متغیر	شاخصها		میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	مقدار t	سطح معناداری
	پیش آزمون	پس آزمون					
نمره کل GHQ	۹/۵۲	۱۳/۷۳	۵/۲۳	۸/۱۸	۴۱	-۲/۹۳	۰/۰۳۹
	۱/۷۴	۴/۶۴	۱/۸۷	۳/۷۵	۴۱	-۴/۷۷	۰/۰۰۰۱
نشانه‌های بدنی	۱/۵۵	۲/۷۹	۲/۰۵	۳/۰۸	۴۱	-۲/۴۶	۰/۰۱۶
	۵/۳۳	۵/۵	۱/۶۸	۲/۰۹	۴۱	-۰/۴۸۷	۰/۶۲۸
اضطراب و بیخوابی	۰/۹	۰/۸۱	۱/۹۹	۱/۵۸	۴۱	۰/۲۳۵	۰/۸۱۵
	۰/۹	۰/۸۱	۱/۹۹	۱/۵۸	۴۱	۰/۲۳۵	۰/۸۱۵

نتایج مندرج در جدولهای ۴ و ۵ مبین آن است که در هر دو گروه مردان و زنان، میانگین پس آزمون در نمره کل، نشانه‌های بدنی و اضطراب و بیخوابی نسبت به پیش آزمون تفاوت معناداری دارد، ولی در خرده مؤلفه‌های نارسا کنش‌وری اجتماعی و افسردگی هر دو گروه تفاوت معناداری نیست. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که عامل جنس در نتایج بدست آمده مؤثر نبوده است.

جدول ۶. نتایج آزمون t وابسته برای مقایسه میانگین‌ها در پیش و پس آزمودنیها با سطح تحصیلی دیپلم به پایین

متغیر	شاخصها		میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	مقدار t	سطح معناداری
	پیش آزمون	پس آزمون					
نمره کل GHQ	۸/۷۱	۱۲/۳۸	۴/۶	۷/۱۲	۶۶	-۴/۰۲	۰/۰۰۰۱
	۱/۳۹	۴/۰۹	۱/۵۲	۳/۵۱	۶۶	-۶/۱۶	۰/۰۰۰۱
نشانه‌های بدنی	۱/۵۵	۲/۴۳	۲/۰۴	۲/۷۷	۶۶	-۲/۵۵	۰/۰۱۳
	۴/۹۶	۵/۱۲	۱/۹۷	۱/۹	۶۶	-۰/۶۶	۰/۵۱۱
اضطراب و بیخوابی	۰/۸	۰/۷۸	۱/۶۵	۱/۵۱	۶۶	۰/۰۶	۰/۹۵
	۰/۸	۰/۷۸	۱/۶۵	۱/۵۱	۶۶	۰/۰۶	۰/۹۵

نتایج مندرج در جداول مذکور نشان می‌دهند که میانگین نشانه‌های بدنی و اضطراب و بیخوابی در هر دو گروه تحصیلی در پس‌آزمون افزایش معنادار داشته است و در گروه تحصیلی دیپلم به پائین‌افزون بر آن افزایش میانگین نمره کل در پس‌آزمون نیز معنادار است.

جدول ۷- نتایج آزمون t وابسته برای مقایسه میانگین‌ها در پیش و پس‌آزمون

در آزمودنیهای با سطح تحصیلی فوق‌دیپلم به بالا

سطح معناداری	مقدار t	درجه آزادی	نمرات معیار	میانگین	شاخصها	
					اضطراب و بیخوابی	نمره کل GHQ
۰/۰۵۹	-۲/۰۳	۱۶	۳/۰۰۱	۸/۵۸	پیش‌آزمون	نمره کل GHQ
			۵/۹۲	۱۱/۲۳	پس‌آزمون	
۰/۰۱۷	-۲/۶۴	۱۶	۱/۰۶	۱/۲۱	پیش‌آزمون	نشانه‌های بدنی
			۲/۶۹	۳/۱۲	پس‌آزمون	
۰/۰۳۶	-۲/۲۸	۱۶	۱/۳۹	۰/۹۴	پیش‌آزمون	اضطراب و بیخوابی
			۲/۲۱	۲/۳۵	پس‌آزمون	
۰/۲۶۱	۱/۱۶	۱۶	۱/۷۸	۵/۹۴	پیش‌آزمون	نارسا کنش‌وری اجتماعی
			۲/۲۴	۵/۵۳	پس‌آزمون	
۰/۷۷۳	۰/۲۹	۱۶	۰/۸۵	۰/۲۹	پیش‌آزمون	افسردگی
			۰/۷۵	۰/۲۴	پس‌آزمون	

بحث

● نتایج مربوط به نمرات سلامت عمومی حجاج نشان می‌دهند که نمره کل سلامت عمومی آنان در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون بطور معنی‌داری بیشتر شده است. این تفاوت معنادار در خرده مؤلفه‌های نشانه‌های بدنی و اضطراب و بیخوابی نیز مشاهده می‌شود. افزون‌براین، مقایسه میانگین نمرات سلامت عمومی و خرده مؤلفه‌های آن در پیش و پس‌آزمون، بیانگر آن است که میانگین نمرات سلامت عمومی به طور معناداری پائین‌تر از خط برش است، که نشان‌دهنده سلامت روانی آنان می‌باشد. همچنین با توجه به تفاوت معنادار میانگین نمرات مؤلفه‌های نشانه‌های بدنی، اضطراب و بیخوابی در پس‌آزمون می‌توان چنین استنباط کرد که حجاج در مرحله عزیمت، با کسب آمادگیهای لازم برای زیارت خانه خدا، از علایق زندگی مادی و دنیوی فاصله گرفته و با سرمایه‌گذاری روانی بر موضوع عشق یعنی زیارت کعبه از سطح اضطراب کمتر و

شکایت کمتر ناشی از نشانه‌های بدنی برخوردار بوده‌اند. در حالی که پس از اتمام مناسک حج و دست‌یابی به هدف یا موضوع عشق، خود را مواجه با پایان یافتن مناسک و ملال ناشی از دوری زیارت کعبه و بازگشت به زندگی عادی با همه دغدغه‌های آن می‌بینند و به همین جهت است که افزایش میانگین نمرات آنان در خرده مؤلفه‌های نشانه‌های بدنی و اضطراب و بیخوابی در پس‌آزمون معنادار است.

● برخلاف انتظار، افزایش معنادار میانگین درپس‌آزمون را می‌توان ناشی از عدم تحقق وداع عاشقانه گروه نمونه مورد بررسی تلقی کرد، چرا که روح حاکم بر سراسر حج، فرار از غیرخدا به سوی خدا است و آنگاه که حاجی برای وداع و درود گفتن با بیت الله الحرام می‌رود، زینده است همانند امام علی بن موسی الرضا (ع) به سجده افتد و سپس بایستد و رو به کعبه نماید و بگوید: «خداوندا! من با اعتراف به این نکته که جز تو معبودی نیست، باز می‌گردم» و این بهترین حج و افضل آن است (درویش، ۱۳۸۲).

● از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر این است که در هر دو گروه مردان و زنان، تفاوت نمرات پس‌آزمون در نمره کل، نشانه‌های بدنی و اضطراب و بیخوابی نسبت به پیش‌آزمون معنادار است و با یافته‌های فوق‌الذکر هم آهنگی دارد که در نتیجه می‌توان پذیرفت عامل جنس در نتایج به دست آمده مؤثر نمی‌باشد.

در عامل سطح تحصیلی هم، نمرات گروه‌های تحصیلی با سطح دیپلم به پایین و فوق دیپلم به بالا در مؤلفه‌های نشانه‌های بدنی و اضطراب و بیخوابی درپس‌آزمون افزایش معنادار داشته است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که سطح تحصیلی نیز در نتایج این پژوهش تأثیری نداشته است.

یادداشت‌ها

۱- Homo religious

۳- Frankle, V.

۵- Splika, B.

۷- Ellison, D.

۹- Freud, S.

۱۲- Stress

۱۵- Layton, C.

۲- Durant, W.

۴- Logotherapy

۶- Self-esteem

۸- Cassel, P.

۱۱- طه، آیه ۱۲۴

۱۰- زمر، آیه ۲۳

۱۳- بقره، آیات ۳۵ و ۱۳۵ / اعراف، آیه ۱۲۸

۱۴- یونس، آیه ۲۲، عنکبوت آیه ۶۵، لقمان آیه ۳۲

۱۶- Robinson, R.G.

۱۷- Price, T.R.

۱۸- Willams, R.

۱۹- Chan, D.W.

منابع

- بهشتی، سید محمد. (۱۳۷۸). حج در قرآن، تهران: دفتر نشر فرهنگ اسلامی.
- تقوی، سیدمحمد رضا. (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)، مجله روانشناسی، سال پنجم، شماره ۲۰.
- جوادی آملی، عبدالله. (۱۳۷۸). صهیای حج، قم: مرکز نشر اسراء.
- درویش، عبدالله. (۱۳۸۲). از میقات تا عرفات، تهران: دفتر نشر معارف.
- جان بزرگی، مسعود. (۱۳۷۸). بررسی اثر بخش روان درمانگری کوتاه مدت و آموزش خود مهارگری، یا بدون جهت‌گیری مذهبی بر مهار اضطراب و تنیدگی، رساله دکتری (چاپ نشده)، تهران: دانشگاه تربیت مدرس.
- صادقی جهانبان، محمود و نجم عراقی، لعیا. (۱۳۷۸). تحلیل روان شناختی دین، تهران: انتشارات طریق کمال.
- سهرابی، فرامرز. (۱۳۸۰). روان‌شناسی و دین، فصلنامه علوم انسانی - اجتماعی شماره ۲۹ حوزه و دانشگاه.
- فرانکل، ویکتور. (۱۳۷۵). خدا در ناخودآگاه، ترجمه ابراهیم یزدی، تهران: مؤسسه خدمات فرهنگی رسا.
- موسوی اصل، سیدمهدی، سالاری فر، محمدرضا، آذریایجانی، مسعود و عباسی، اکبر. (۱۳۷۸). روانشناسی سلامت جلد دوم، تهران: انتشارات سمت.

Argyle, M. (2000). *Psychology and Religion*, Routledge, London.

Baker, M. O. & Gorsuch, R. (1982). Trait anxiety and intrinsic-extrinsic religiousness, *Journal for Scientific Study of Religion*, 21.

Bergin, A. E., etal (1987). Religiousness and mental health reconsidered: A study of intrinsically religious sample. *Journal of Counseling Psychology*, 34.

Goldberg, D. P. & Hillier, V. F. (1979). A Scale Version of the General Health Questionnaire, *Psychological Medicine*, 9, 139-145.

Kaldestad, E. (1995). The empirical relationship of the religious orientation to personality, *Scandinavian Journal of Psychology*, 36, 95-108

Newman, J. S. & Pargment, K. I. (1990). The role of religion in the problem-solving process. *Review of Religions*, 31, 390-403.

Nielson, M. E. (1995). Operationalizing Religious Orientation, *Journal of Psychology*, 129 (5).

Weiten, W. (1996). Stress coping and health, In: *Handbook of Psychology*. Brooks/Cole Company.

