

تأثیر «عمره مفرده» بر «سلامت روان، شادکامی و عمل به باورهای دینی» دانشجویان

دکتر محمود گلزاری*

چکیده

فعالیت‌های عبادی با سلامت و بهزیستی افراد رابطه دارند. دین علاوه بر نگرش، ایمان و محبت، دارای جنبه عملی و عبادی نیز هست و حج عمره یکی از این وجوه عبادی است. جامعه آماری این تحقیق کلیه کاروان‌های دانشجویی زیارت حج عمره در تیرماه سال ۱۳۸۳ شهر تهران بوده‌اند. نمونه آماری این پژوهش ۲۳۴ دانشجو بوده‌اند که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از بین دو کاروان دانشجویی زیارت عمره انتخاب شدند. یکی مربوط به دختران دانشجو با ۱۲۳ نفر و میانگین سنی ۲۱/۵ سال ($SD=3$) و دیگری مربوط به پسران دانشجو با ۱۱۱ نفر و میانگین سنی ۲۲/۵ ($SD=5$) بوده‌اند. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش، پرسشنامه عمل به باورهای دینی (معبد)، پرسشنامه شادکامی آکسفورد و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) بوده‌اند.

نتایج پژوهش نشان می‌دهد که شرکت در حج عمره دانشجویی موجب افزایش شادکامی و کاهش اختلال در سلامت روانی، نشانه‌های بدنی، اضطراب، اختلال کنش‌وری اجتماعی و افسردگی وخیم گردیده است.

واژه‌های کلیدی: حج عمره، شادکامی، سلامت روانی و عمل به باورهای دینی

بیان مسئله

تأثیرات مذهب بر سلامت روان سال‌ها مورد بحث بوده است، ولی تنها در نیم‌قرن گذشته این تئوری‌ها به شکل تجربی آزمایش می‌شوند (شریو - نیگر^۱ و ادلستین، ۲۰۰۴م). بیش از صدها بررسی ارتباط میان مذهب و سلامت روانی را نشان داده‌اند (هال^۳ و همکاران، ۲۰۰۸م)، اما این سازه به‌طور قابل ملاحظه‌ای در بررسی‌های کاربردی‌تر سلامت روانی و اضطراب، مورد چشم‌پوشی قرار گرفته است (شریو - نیگر و ادلستین، ۲۰۰۴م).

در بررسی کونینگ^۴ و همکاران (۲۰۰۹م) دینداری، بیش از آنکه از عوامل وراثتی متأثر باشد، ناشی از عوامل محیطی بوده است و تفاوت جنسیتی را با معناداری بالایی نشان نداده است. البته، معنویت و مذهب در زنان و مردان به شکل مختلفی تجربه می‌شود و ممکن است که ارتباط قوی‌تری میان مذهبی بودن و معنوی بودن و سلامت با توجه به جنسیت وجود داشته باشد (مسلکو^۵ و کوبزانسکی، ۲۰۰۶م).

در بررسی‌های دینداری و سلامت، میان جهت‌گیری دینی درونی و بیرونی تفاوت‌های معناداری یافت شده است. گرایش به دینداری بیرونی همبستگی مثبتی با صفات منفی شخصیت داشته است و نیز با تعهدات و عقاید مذهبی همبستگی مثبتی نشان نداده است، اما گرایش به دینداری درونی با ویژگی‌های منفی شخصیتی رابطه معناداری نداشتند (دانهو، ۱۹۸۵^۷م).

برای مثال، بررسی‌ها نشان داده است که بین صفت سخت‌کوشی و دینداری ارتباط معناداری وجود دارد. همچنین سخت‌کوشی و دینداری، پیش‌بینی‌کننده افسردگی و خشم کمتر و حمایت اجتماعی و توانایی مقابله با مشکلات بیشتری در نظامیان و کارکنان دولت هستند (مدی^۸ و همکاران، ۲۰۰۶م).

مالتبی^۹ و دی^{۱۰} (۲۰۰۴م) نشان داده‌اند که دینداری درونی و روش‌های دینی مثبت در فرایند کنار آمدن با مشکلات با توجه به مدل فرگوسن^{۱۱} (۲۰۰۱م) می‌توانند، پیش‌بینی‌کننده سلامت روانی افراد هستند. لازم به ذکر است که مدل فرگوسن (۲۰۰۱م) شامل تلفیقی از صفات شخصیت و عوامل کنار آمدن است که تئوری‌های حیطه شخصیت دینی و سلامت روانی دینی را ترکیب نموده است (مالتبی و دی، ۲۰۰۴م).

1. Shreve-Neiger, A.

3. Hall, D. E.

5. Maselko, J.

7. Donahue, M. J.

9. Maltby, J.

11. Ferguson's model

2. Edelstein, B. A.

4. Koenig, L. B.

6. Kubzansky, L. D.

8. Maddi, S. R.

10. Day, L.

استگر^۱ و فریزر^۲ (۲۰۰۵م) وجود معنا در زندگی را میانجی رابطه میان دینداری، سلامت، اعتماد به نفس و خوش بینی دانسته‌اند. یکی از علل شادکامی در شخصیت‌های شاد دنیا، به کار بردن ارزش‌های معنوی یا مذهبی در مسیرهای مثبت است (گانتلت، ۲۰۰۹م). در پژوهش جعفری و همکاران (۱۳۸۶) بین کارایی خانواده و دینداری و سلامت روانی دانشجویان رابطه معناداری مشاهده شده است و این رابطه در دختران و پسران دانشجو تفاوتی نداشته است. نجفی و همکاران (۱۳۸۵) نیز بین کارایی خانواده و بحران هویت رابطه معکوسی یافته‌اند و دینداری را اصلی‌ترین پیش‌بینی‌کننده کارایی خانواده در سازه‌های نقش‌ها و حل مسئله دانسته‌اند. در بررسی آنان دختران دینداری بیشتری نسبت به پسران داشته‌اند، اما در بحران هویت در دو گروه تفاوت معناداری وجود نداشته است (نجفی و همکاران، ۱۳۸۵).

ریچاردز^۴ و همکاران (۱۹۸۹) میان داشتن عقاید دینی مراجعان مرکز روان‌شناختی با انگیزه درونی بیشتر و کارکرد بهتر رابطه معناداری مشاهده نمودند و عقاید دینی را نشانه‌ای مثبت در طول درمان دانسته‌اند. همچنین در بررسی آنان زنان، شرم و احساس بیشتری را گزارش نموده‌اند. معتمدی و همکاران (۱۳۸۴) نشان داده‌اند که سالمندان موفق، به‌طور معناداری گرایش‌های مذهبی بیشتری داشته‌اند. همچنین در مورد رفتار مثبتی چون اهدای عضو، بررسی رومسی^۵ و همکاران (۲۰۰۳) نشان داده است که یکی از متغیرهای چهارگانه نگرش نسبت به اهدای عضو، وجود عقاید مذهبی بوده است. یانز^۶ و همکاران (۲۰۰۹) نیز در یک بررسی طولی، داشتن معنا و ایمان در زندگی را پیش‌بینی‌کننده سازگاری بهتر با سرطان دانسته‌اند.

علاوه بر تأثیرات ذکرشده، می‌توان به نقش دینداری در کاهش اختلالات روان‌شناختی نیز اشاره نمود (اسمیت^۷ و همکاران، ۲۰۰۳). از جمله می‌توان به بررسی جانستون^۸ و یون^۹ (۲۰۰۹) اشاره نمود که میان تجربه‌های مثبت معنوی، بخشش و سلامت عمومی در مقیاس‌های (SF-36) و (GHQ) رابطه مثبت و معناداری مشاهده نموده‌اند. همچنین، غرایسی و همکاران (۱۳۸۷) میان چهار مقیاس آزمون (GHQ) با مذهب درونی رابطه معناداری مشاهده نمودند. به‌طوری که کاهش مذهب درونی با افزایش نمره‌های این مقیاس‌ها رابطه

1. Steger, M. F.
3. Gauntlett, K. A.
5. Rumsey, S.
7. Smith, T. B.
9. Yoon, D. P.

2. Frazier, P.
4. Richards, P. S.
6. Yanez, B.
8. Johnstone, B.

داشته‌اند؛ ولی، مذهب بیرونی تنها با نمره‌های مقیاس افسردگی و خیم ارتباط معناداری داشته است، بدین ترتیب که افزایش مذهب بیرونی با افزایش میزان افسردگی افراد رابطه داشته است (غرابی و همکاران، ۱۳۸۷).

اسمیت و همکاران (۲۰۰۳) در فراتحلیل پژوهش‌های مرتبط با دینداری و افسردگی، میان افزایش دینداری با کاهش افسردگی رابطه معناداری مشاهده نموده است. در این بررسی ارتباط میان دینداری و افسردگی در مطالعاتی که افراد تحت استرس ناشی از وقایع زندگی بوده‌اند وجود داشته است، ولی قدرتمند نبوده است. همچنین نتایج به درونی یا بیرونی بودن گرایش دینی نیز مرتبط بوده‌اند. بدین ترتیب که جهت‌گیری بیرونی و مقابله دینی منفی چون، اجتناب از طریق فعالیت‌های دینی و مقصر دانستن خدا برای سختی‌ها، با سطوح بالاتر نشانه‌های افسردگی همراه بوده‌اند (اسمیت و همکاران، ۲۰۰۳). با این حال، تحقیقاتی مبنی بر وجود تفکر سواسی و کمال‌گرایی بالاتر، در افرادی که نمره دینداری بالاتری داشته‌اند یافت شده است (سیکا^۱ و همکاران، ۲۰۰۲).

میلر^۲ و همکاران (۲۰۰۱) مشاهده کرده‌اند که والدین معتاد اگر دینداری بالاتری داشته باشند، احتمال مصرف مواد در فرزندانشان کاهش می‌یابد. همچنین، میلر و گور^۳ (۲۰۰۲) میان فراوانی وقایع دینی با افزایش ادراک ریسک در تعامل‌های انسانی رابطه مثبتی را مشاهده نموده‌اند، که به پیشگیری از ایدز و بارداری ناخواسته می‌انجامد و با احساس مسئولیت و برنامه کنترل موالید رابطه داشته است.

اما دین علاوه بر نگرش، ایمان و محبت، جنبه عملی و عبادی نیز دارد (فقیهی و همکاران، ۱۳۸۵). تحقیقات نشان داده است که فعالیت‌های دینی با سلامت و بهزیستی افراد رابطه دارند (مسلکو و کوبزانسکی، ۲۰۰۶؛ هادیان‌فرد، ۱۳۸۴ و نیکوی و سیف، ۱۳۸۴). مسلکو و کوبزانسکی (۲۰۰۶) فعالیت‌های عمومی دینی را در مردان، پیش‌بینی‌کننده سلامت و بهزیستی دانسته‌اند و در بین زنان نیز، فعالیت‌های عمومی دینی و تجارب معنوی را با سلامت و بهزیستی مرتبط دانسته‌اند. هادیان‌فرد (۱۳۸۴) اقامه نمازهای واجب مسلمانان را پیش‌بینی‌کننده نیرومندی برای احساس ذهنی بهزیستی دانسته است. همچنین، انتخاب دوست و همسر مذهبی، پرداخت وجوهات شرعی، تشویق دیگران به مذهبی بودن و بررسی درباره دین را پیش‌بینی‌کننده‌های خوبی برای احساس ذهنی بهزیستی دانسته است.

1. Sica, C.
2. Miller, L.
3. Gur, M.

نیکوی و سیف (۱۳۸۴) همبستگی معناداری بین جهت‌گیری دینی درونی و عمل به باورهای دینی و رضایت زناشویی مشاهده کرده‌اند. در بررسی آنان، متغیر جنسیت با جهت‌گیری دینی و عمل به باورهای دینی رابطه معناداری نداشته است.

جوناس^۱ و فیشر^۲ (۲۰۰۶) جهت‌گیری دینی درونی را موجب تسهیل در دفاع‌های افراد در برابر آگاهی از مرگ دانسته‌اند، اما این تسهیل تنها در شرکت‌کنندگانی که فرصت شهادت دادن کلامی به عقاید دینی‌شان را داشتند، مشاهده شده است. همچنین در پژوهش آنان، شهادت به عقاید دینی باعث کاهش افکار مرگ به دنبال آگاهی از ابدیت، در افرادی با جهت‌گیری دینی درونی، گردیده است.

این یافته‌ها می‌تواند علل متعددی داشته باشد، بدین ترتیب که استگر و فریزر (۲۰۰۵) میانجی رابطه بین رفتارهای دینی روزانه و بهزیستی را داشتن معنا در زندگی می‌داند. مک‌کلاگ^۳ و ویلوگی^۴ (۲۰۰۹) ارتباط بین دینداری و سلامت روانی و بهزیستی را با استفاده از تئوری خودتنظیمی کارور و شیرر^۵ (۱۹۹۸) در افزایش خودکنترلی و خودتنظیمی ناشی از مذهب می‌دانند.

چنان که مشاهده می‌شود پژوهش‌های بسیاری در زمینه ارتباط وجوه مختلف دینداری و سلامت روانی و متغیرهای مرتبط با آن در دنیا و ایران انجام شده است، بدین ترتیب، با توجه به تأثیراتی که دینداری و عمل به باورهای دینی در تحقیقات داشته است، تلاش پژوهش حاضر بر آن است که تأثیر یکی از وجوه دینی مهم مسلمانان یعنی مراسم آیینی حج عمره را بر سلامت روانی و شادکامی و عمل به باورهای دینی دانشجویان ایرانی بسنجد، از این رو به بررسی این ویژگی‌های روان‌شناختی در قبل و بعد از مراسم حج عمره دانشجویی پرداخته است.

روش

۱. آزمودنی

۱-۱. جامعه آماری: جامعه آماری این تحقیق کلیه کاروان‌های دانشجویی زیارت حج عمره شهر تهران در تیرماه سال ۱۳۸۳ بوده‌اند.

1. Jonas, E.
 2. Fischer, P.
 3. McCullough, M.
 4. Willoughby, B. L. B.
 5. Carver and Scheier's Theory of Self-Regulation

نمونه تحقیق

نمونه آماری این پژوهش ۲۳۴ دانشجو بوده‌اند که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از میان دو کاروان دانشجویی حج عمره انتخاب شدند. یکی مربوط به دختران دانشجو با ۱۲۳ نفر و میانگین سنی ۲۱/۵ سال ($S_D=3$) و دیگری مربوط به پسران دانشجو با ۱۱۱ نفر و میانگین سنی ۲۲/۵ ($S_D=5$) بوده‌اند. ۲۱۹ نفر از دانشجویان (۹۳/۶ درصد) مجرد و پانزده نفر (۶/۴ درصد) متأهل بوده‌اند. محل تحصیل ۲۱۶ نفر (۹۲/۳ درصد) تهران و هجده نفر (۷/۷ درصد) خارج از تهران، که اغلب شامل اهواز و آبادان بوده است و رشته تحصیلی ۴۰ درصد آنان مهندسی، ۴۰ درصد علوم انسانی و ۱۹ درصد پزشکی و یا رشته‌های وابسته به آن بوده است.

۲. ابزار

ابزارهای مورد استفاده در پیش‌آزمون - پس‌آزمون این تحقیق به ترتیب ذیل بوده است:

۱-۲. پرسشنامه معبد: این آزمون در سال ۱۳۷۹ از سوی گلزاری ساخته شده است و دارای ۲۵ ماده است که عمل به باورهای دینی را اندازه می‌گیرد. مواد آزمون در چهار حوزه عمل به مستحبات، فعالیت‌های مذهبی، در نظر گرفتن مذهب در تصمیم‌گیری‌ها و انتخاب‌های زندگی قرار دارد. این آزمون بر روی ۸۹۴ دانشجو (۶۲۱ دختر و ۲۷۳ پسر) و ۵۲ جوان زندانی (۲۵ دختر و ۲۷ پسر) جمعاً ۹۴۷ نفر اجرا شده است. پایایی این آزمون از طریق بازآزمایی و دونیمه کردن به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۹۱ به دست آمده است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ این آزمون ۰/۹۴ است. سازنده آزمون بر این باور است که آزمون یادشده به لحاظ اعتبار محتوا (صوری و منطقی) در سطح بالاست. اعتبار وابسته به ملاک این آزمون از طریق مقایسه افراد مذهبی و غیر مذهبی با ضریب اعتبار ۰/۸۴ و ۰/۷۸ به دست آمده است (گلزاری، ۱۳۷۹).

۲-۲. پرسشنامه شادکامی آکسفورد:^۱ این ابزار از سوی آرچیل و همکاران (۱۹۸۹) ساخته شد. پرسشنامه شادکامی آکسفورد دارای ۲۹ ماده چهارگزینه‌ای است که گزینه‌های آن به ترتیب از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود و نمره هر آزمودنی بین صفر تا ۸۷ قرار می‌گیرد. میزان پایایی که آرچیل و همکاران (۱۹۸۹) با ۳۴۷ آزمودنی به دست آوردند ۰/۹۰ و پایایی بازآزمایی آن پس از گذشت هفت هفته برابر ۰/۸۷ گزارش شد.

اعتبار همزمان این پرسشنامه نیز با بهره‌گیری از ارزیابی دوستان افراد درباره شادی آنان، ۰/۴۳ محاسبه شد. رضوان (۱۳۸۵) پایایی این آزمون را به روش بازآزمایی بر روی ۳۰ دانشجوی با فاصله دو هفته، ۰/۸۷ ارزیابی نمود. پرسشنامه شادکامی آکسفورد (آرجیل و همکاران، ۱۹۸۹) در ایران از سوی عابدی و همکاران (۱۳۸۵) بر روی ۷۲۷ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های اصفهان که به روش نمونه‌گیری تصادفی - طبقه‌ای انتخاب شدند، اجرا و هنجاریابی گردیده است. نمره‌های به دست آمده به رتبه درصدی، Z و T تبدیل شده و جدول هنجار درصدی و استاندارد دانشجویان ارائه گردیده است.

۲-۳. پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28): پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی را گلدنبرگ^۱ و هیلیر^۲ (۱۹۷۹) طراحی نمودند. تحلیل عاملی این پرسشنامه نشان دهنده چهار خرده مقیاس بوده که هر خرده مقیاس هفت پرسش را دربر می‌گیرد. این خرده مقیاس‌ها چنین‌اند: علائم بدنی، اضطرابی، اختلال در کارکردهای اجتماعی و افسردگی. این آزمون علائم مرضی و حالت‌های گوناگون تندرستی فرد را از یک ماه پیش از اجرای آزمون ارزیابی می‌کند و بر پایه مقیاس چهاررتبه‌ای لیکرت تنظیم شده است. به دست آوردن نمره بالا در این مقیاس نشان دهنده علائم مرضی بیشتر و به سخن دیگر، سلامت عمومی پایین‌تر است. بالاترین نمره ۸۴ است و نمره برش ۲۳، افراد مشکل‌دار را تشخیص می‌دهد (استورا، ۱۳۷۷).

پایایی این آزمون در پژوهش کافی، بواله‌ری و پیروی (۱۳۷۷)، با بهره‌گیری از ضریب آلفا ۰/۸۹ بوده است. همچنین در بررسی حقیقتی، عطاری، سینا رحیمی و سلیمانی‌نیا (۱۳۷۸)، روایی این آزمون به کمک نمره کل فهرست علائم نودسؤالی بازنگری شده (SCL-90-R)، محاسبه شده و ضریب آلفا برای چهار خرده‌مقیاس به ترتیب برابر با ۰/۸۶، ۰/۸۵، ۰/۷۲ و ۰/۸۲ به دست آمده است. یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) و حسینی (۱۳۷۴) نیز با نقطه برش ۲۳، حساسیت ۸۶ درصد و ویژگی ۸۲ درصد را گزارش کردند. داده‌های به دست آمده به کمک روش‌های آماری توصیفی، میانگین و انحراف استاندارد تحلیل شد.

روش اجرای پژوهش

اجرای پژوهش حاضر در چهار مرحله صورت گرفته است که به ترتیب به آنها اشاره می‌شود:

1. Goldberg
2. Hillier

۱-۳. **مرحله اول:** در فاصله روزهای ۱۱ تا ۱۵ تیرماه ۱۳۸۳، یعنی یک ماه قبل از عزیمت دانشجویان به عربستان، مجری طرح در محل کانون میقات دانشگاه تهران برای دانشجویان دختر و در دانشگاه صنعتی شریف برای دانشجویان پسر کاروان‌های انتخاب‌شده، اهمیت کار علمی - پژوهشی درباره حج و اثرات آن را بیان نمود و آنها را ترغیب نمود که برای انجام یک مطالعه طولی با شرکت در حدود ده جلسه و به مدت حداکثر یک سال همکاری کنند. سپس برگه ثبت نام آزمون‌های معبد و شادکامی را بدون تصریح و توضیح درباره نام و محتوای آزمون‌ها، بین افراد توزیع کرد. در این مرحله ۲۳۴ نفر دانشجو (۱۲۳ نفر دختر و ۱۱۱ نفر پسر) به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند.

۲-۳. **مرحله دوم:** مرحله دوم طرح، در مکه معظمه، از ۲۰ مردادماه تا دهه اول شهریورماه ۱۳۸۳، یعنی دو یا سه روز قبل از پایان سفر دانشجویان شرکت‌کننده در طرح، با اجرای گروهی (در جلسات کاروان‌ها) یا فردی (تماس با دانشجویان در محل اقامت ایشان) انجام شد. در این مرحله ۱۹۴ نفر دانشجو (۱۱۴ نفر زن و ۸۰ نفر مرد) شرکت داشتند.

۳-۳. **مرحله سوم:** مرحله سوم در تهران صورت گرفت. با هماهنگی مدیران دو کاروان دانشجویان دختر و پسر قرار شده بود که یک ماه پس از بازگشت به ایران دانشجویان را گرد هم آورند تا به آزمون‌های مربوط به طرح پژوهش طولی نیز پاسخ دهند.

مدیر کاروان دختران دانشجو، گردهمایی را در روز ۲۹ شهریورماه (سوم شعبان) و از آغاز مغرب تا ساعت ده شب تعیین نمود. دانشجویان که به سفارش قبلی اغلب روزه‌دار بودند، پس از افطار و به جا آوردن نماز مغرب و عشاء به مولودی و مرثیه‌خوانی مداحان گوش دادند و در یک فضای معنوی پرسشنامه‌های طرح را پُر کردند. چون این شرایط عادی نبود و در کار پژوهش خلل ایجاد می‌کرد، به‌رغم جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، پژوهشگر کار را باطل اعلام کرد. یک هفته بعد از آن دوباره و این بار با مراجعه همکار پژوهشگر به دانشکده‌ها، منازل یا محل کار دانشجویان یا دعوت از آنان جهت حضور در کانون متفاوت دانشگاه تهران، از آنان تقاضا شد که پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند. عده‌ای نیز تلفنی یا از طریق پست الکترونیکی به آزمون‌ها پاسخ دادند. این مرحله ده روز طول کشید و ۱۵۷ پرسشنامه جمع‌آوری شد.

۴-۳. **مرحله چهارم:** مرحله چهارم از ۷ آذرماه ۱۳۸۳ یعنی حدود دو ماه پس از مرحله سوم شروع شد و به مدت سه هفته به طول انجامید. در این مرحله با استفاده از تجربه مرحله قبلی سعی شد از پست الکترونیکی جهت ارسال آزمون‌ها و دریافت پاسخ‌ها بیشتر استفاده شود. برای مرحله چهارم ۱۰۶ نفر اعلام همکاری کرده بودند. برای ۵۶ نفر آنان پرسشنامه‌ها از طریق پست الکترونیکی فرستاده شد که ۴۳ نفر پاسخ‌های خود را بازگرداندند. برای دو

نفر که در شهرستان بودند، آزمون‌ها با نامبر ارسال شد. ۵ نفر تلفنی جواب‌های خود را بازگو کردند و بقیه یعنی ۴۳ نفر با حضور در کانون میقات پرسش‌نامه‌ها را تکمیل نمودند.

روش تجزیه و تحلیل نتایج

در این تحقیق برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی، میانگین و انحراف استاندارد برای مقایسه متغیرها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده گردید.

نتایج

الف) نتایج توصیفی مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پژوهش براساس فراوانی و درصد است. همچنین، سن آزمودنی‌ها براساس میانگین و انحراف استاندارد در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول شماره ۱ دربرگیرنده نتایج توصیفی مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی جنس، وضعیت تأهل، شهر و رشته تحصیلی گروه نمونه براساس فراوانی و درصد است. همچنین، سن آزمودنی‌ها براساس میانگین و انحراف استاندارد در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

دیگر شهرها	تهران		سن			مهندسی	پزشکی	علوم انسانی	متاهل	مرد	متغیرها		
			انحراف استاندارد	میانگین	فراوانی						شاخص	جنس	
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	۴/۲	۲۲	۲۳۴	۹۶	۴۴	۹۴	۱۵	۲۱۹	فراوانی	کل
				۴۱	۱۹	۴۰	۶/۴	۹۳/۶	درصد				
۸	۱۸	۹۲	۲۱۶	۵/۰۹	۲۲/۴۵	۱۱۱	۷۷	۱۰	۲۴	۱۰	۱۰۱	فراوانی	مرد
				۶۹/۴۱	۹	۲۱/۶	۸	۹۲	درصد				
				۳/۱۳	۲۱/۵۷	۱۲۳	۱۹	۳۴	۷۰	۵	۱۱۸	فراوانی	زن
				۱۵/۵	۲۷/۶	۵۶/۹	۴	۹۶	درصد				

نگاهی به یافته‌های ارائه‌شده در جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که میانگین سنی دانشجویان شرکت‌کننده در پژوهش ۲۲ سال است. ۹۳/۶ درصد از دانشجویان شرکت‌کننده در تحقیق

مجرد و بقیه آنان متأهل هستند. ۲۱۶ نفر (۹۲ درصد) از دانشجویان در تهران و ۱۸ نفر (۸ درصد) در دیگر شهرها، اهواز و آبادان، قم، قزوین، اصفهان و ابهر مشغول به تحصیل هستند. بیشتر پسران (۷۰ درصد) در رشته‌های مهندسی و پس از آن در رشته‌های علوم انسانی (۲۲ درصد) تحصیل می‌کنند. رشته تحصیلی بیشتر دختران (۵۷ درصد) علوم انسانی و پس از آن علوم پزشکی (۲۸ درصد) است.

ب) نتایج مربوط به متغیرهای پژوهش به تفکیک جنسیت و زمان‌های قبل، حین، بعد از حج و زمان پیگیری مجدد براساس میانگین و انحراف استاندارد در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

جدول شماره ۲ دربرگیرنده نتایج مربوط به متغیرهای دینداری، شادکامی، اختلال در سلامت روانی، نشانه‌های بدنی، اضطراب، اختلال در کنش اجتماعی و افسردگی وخیم به تفکیک جنسیت و زمان‌های قبل، حین، بعد از حج و زمان پیگیری مجدد براساس میانگین و انحراف استاندارد است.

افسردگی وخیم	اختلال در کنش اجتماعی	اضطراب	نشانه‌های بدنی	اختلال در سلامت روانی	شادکامی	دینداری	متغیر	
							جنس	مرحله
۲/۱۹	۶/۴۱	۴/۵۷	۴/۱۹	۱۷/۳۵	۴۳/۳۸	۶۶/۹۵	X	۱. قبل از حج
۳/۱۰	۳/۴۱	۳/۱۸	۳/۲۵	۹/۱۲	۹/۹۱	۱۱/۷۵	S	
۳/۲۷	۷/۹۲	۵/۱۱	۵/۵۹	۲۱/۸۹	۴۱/۱۶	۷۳/۵۵	X	
۴/۲۱	۳/۱۲	۳/۶۵	۴/۰۶	۱۲/۴۰	۱۲/۱۷	۹/۶۶	S	
۲/۸۷	۷/۳۷	۴/۹۱	۵/۰۸	۲۰/۲۳	۴۱/۹۷	۷۱/۱۳	X	
۳/۸۶	۲/۹۶	۳/۴۸	۳/۸۳	۱۱/۴۸	۱۱/۳۹	۱۰/۹۰	S	کل
۱/۳۲	۶/۴۳	۳/۰۳	۳/۴۱	۱۴/۱۹	۴۵/۴۹	۶۹/۲۴	X	۲. زمان انجام حج
۲/۱۰	۱/۹۱	۲/۴۹	۲/۷۲	۶/۳۸	۹/۲۳	۱۱/۵۵	S	
۲/۱۹	۶/۷۰	۳/۵۹	۳/۹۷	۱۶/۴۵	۴۵/۷۲	۷۳/۷۲	X	
۳/۶۲	۳/۰۹	۳/۶۴	۳/۴۱	۱۱/۶۳	۱۲/۶۸	۸/۵۳	S	
۱/۸۷	۶/۶۰	۳/۳۹	۳/۷۶	۱۵/۶۲	۴۵/۶۳	۷۲/۰۸	X	
۳/۱۷	۲/۷۱	۳/۲۶	۳/۱۷	۱۰/۵۵	۱۱/۴۹	۹/۹۳	S	کل

۱/۳۰	۶/۳۵	۳/۷۳	۴/۴۳	۱۵/۸۱	۴۵/۱۹	۶۵/۷۳	X	پسر	۳. بعد از حج
۱/۶۳	۲/۳۱	۳/۲۶	۳/۳۷	۷/۵۷	۱۰/۸۲	۱۷/۱۴	S		
۲/۱۶	۶/۷۵	۳/۴۸	۳/۸۹	۱۶/۲۸	۴۴/۶۶	۷۳/۳۹	X	دختر	
۳/۵۴	۲/۹۹	۲/۸۸	۲/۶۷	۹/۶۱	۱۲/۵۷	۱۳/۲۳	S		
۱/۸۴	۶/۶۰	۳/۵۷	۴/۰۹	۱۶/۱۱	۴۴/۸۵	۷۰/۵۸	X	کل	
۳/۰۱	۲/۷۵	۳/۰۱	۳/۹۴	۸/۸۸	۱۱/۹۱	۱۵/۱۶	S		
۱/۹۷	۶/۴۶	۴/۲۲	۳/۷۸	۱۶/۴۳	۴۵/۳۵	۶۷/۹۲	X	پسر	۴. پیگیری
۲/۵۲	۲/۰۵	۲/۹۹	۲/۶۳	۶/۵۰	۱۱/۱۸	۱۴/۳۹	S		
۲/۲۷	۷/۰۸	۳/۳۹	۴/۳۹	۱۷/۱۳	۴۳/۷۳	۷۴/۵۰	X	دختر	
۳/۶۰	۲/۷۹	۳/۱۲	۲/۹۸	۱۰/۶۴	۱۳/۹۳	۱۰/۴۸	S		
۲/۱۶	۶/۸۵	۳/۶۹	۴/۱۷	۱۶/۸۷	۴۴/۳۳	۷۲/۹۰	X	کل	
۳/۲۴	۲/۵۵	۳/۰۹	۱/۸۶	۹/۵۸	۱۲/۹۵	۱۲/۴۱	S		

نگاهی به یافته‌های ارائه‌شده در جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که متغیر دینداری در دختران در مرحله چهارم، یعنی زمان پیگیری دو ماهه اندکی افزایش داشته است، اما در پسران در مرحله دوم، یعنی انجام حج عمره، افزایش و در مرحله سوم کاهش و سپس در مرحله چهارم مجدداً افزایش می‌یابد و به اندکی بالاتر از مرحله اول، یعنی قبل از انجام حج عمره، باز می‌گردد. همچنین، متغیر شادکامی در دانشجویان شرکت‌کننده در مرحله دوم تحقیق، یعنی زمان انجام حج عمره، افزایش داشته است و این افزایش تا مرحله چهارم، یعنی پیگیری در هر دو جنس به ویژه در پسران، باقی مانده است.

متغیر اختلال در سلامت روانی در مرحله دوم تحقیق، یعنی انجام حج عمره، کاهش یافته است و این کاهش تا مرحله چهارم، یعنی زمان پیگیری در هر دو جنس باقی مانده است. متغیر نشانه‌های بدنی در مرحله دوم، یعنی انجام حج در هر دو جنس کاهش داشته است، ولی در پسران، در مرحله سوم تحقیق، یعنی زمان پس از حج افزایش و سپس در مرحله چهارم، یعنی زمان پیگیری، کاهش نشان داده است. متغیر اضطراب در هر دو جنس در مرحله دوم، یعنی انجام حج، کاهش یافته است و تا مرحله چهارم، یعنی زمان پیگیری دومانه، پایین‌تر از مرحله اول، یعنی زمان قبل از حج، بوده است اما، در پسران از مرحله سوم به بعد تا حدی افزایش نشان داده است. متغیر اختلال در کنش‌وری اجتماعی در طول مراحل چهارگانه در پسران تفاوتی نداشته است، اما در دختران پس از مرحله دوم، یعنی انجام حج عمره، کاهش داشته است و این کاهش تا مرحله چهارم، یعنی پیگیری دومانه،

ادامه داشته است. در نهایت، متغیر افسردگی وخیم در هر دو جنس از مرحله دوم، یعنی زمان انجام حج عمره، کاهش داشته است و این کاهش تا مرحله چهارم، یعنی پیگیری دو ماهه، ادامه داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

چرایی تأثیر حج عمره بر افزایش شادکامی و کاهش اختلال در سلامت روانی، نشانه‌های بدنی، اضطراب، کنش‌وری اجتماعی و افسردگی وخیم از دو بُعد نظری و عملی، قابل تأمل است. در بُعد نظری، تأثیرات حج عمره می‌تواند به دلیل ماهیت عبادی ویژه آن باشد و در بُعد عملی، این یافته‌ها با دیگر پژوهش‌های مربوط به فعالیت‌های دینی (مسلکو و کوزانسکی، ۲۰۰۶، هادیان‌فرد، ۱۳۸۴، نیکوی و سیف، ۱۳۸۴، جانستون و یون، ۲۰۰۹) همسو بوده است. البته نباید فراموش کرد که ما در تحقیق حاضر، گروه‌هایی با مداخلاتی غیر از انجام حج عمره را وارد ننموده‌ایم و پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده به مشاهده تفاوت تأثیرات ناشی از حج عمره بر دانشجویان با گروه‌های کنترل، سایر راهبردها و نیز مقایسه با گروه‌های پلاسیبو پرداخته شود. بدون تردید کاوش در زوایای متعدد حج عمره می‌تواند جنبه‌های دیگری را ترسیم نماید که گشاینده وجوه مبهم آن است، بنابراین، ورود متغیرهای دیگر و پرسشنامه‌های متفاوت می‌تواند مفید باشد.

منابع

- استورا، بنجامین (۱۳۷۷)، تئیدگی یا استرس، بیماری جدید تمدن، ترجمه پریخ دادستان، تهران: انتشارات رشد.
- جعفری، اصغر؛ جمشید صدری و قربان فتحی اقدم (۱۳۸۶)، «رابطه بین کارآیی خانواده و دینداری و سلامت روان و مقایسه آن بین دانشجویان دختر و پسر»، تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، ۶ (۲۲): ص ۱۰۷-۱۱۵.
- حسینی، رشید (۱۳۷۴)، بررسی شیوع اختلال‌های روانی جوانان ۱۵ تا ۲۵ ساله مناطق روستایی طالقان در استان تهران، پایان‌نامه تخصصی روان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران.
- حقیقتی، جمال؛ یوسف‌علی عطاری، سینا رحیمی و سیدعلی سلیمانی‌نیا (۱۳۷۸)، «رابطه سرسختی و مؤلفه‌های آن با سلامت روانی در دانشجویان پسر دوره کارشناسی دانشگاه اهواز»، مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، س ۶، ش ۳ و ۴، ص ۱-۱۸.
- رضوان، شیوا؛ فاطمه بهرامی و محمدرضا عابدی (۱۳۸۵)، «تأثیر تنظیم هیجان بر شادکامی و نشخوار فکری دانشجویان»، فصلنامه روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، دوره ۱۲، ش ۳، ص ۲۵۱-۲۵۷.
- عابدی، محمدرضا؛ سیدابراهیم میرشاه‌جعفری و محمدجواد لیاقت‌دار (۱۳۸۵)، «هنجاریابی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه‌های اصفهان»، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، دوره ۱۲، ش ۲، ص XX.
- غرابی، بنفشه؛ افشین احمدوند، اشرف اکبری دهقی و سعیده زنونیان (۱۳۸۷)، «بررسی ارتباط سلامت روان با مذهب درونی و بیرونی در شهر کاشان»، فصلنامه روان‌شناسی دانشگاه تبریز، ۳ (۱۰): ص ۵۹-۸۳.
- کافی، سیدموسی؛ جعفر بوالهروی و حمید پیروی (۱۳۷۷)، «بررسی رابطه پیشرفت تحصیلی و سلامت روانی دانشجویان»، فصلنامه اندیشه و رفتار، س ۳، ش ۴، ص ۵۹-۶۶.
- گلزاری، محمود (۱۳۷۹)، ساخت مقیاس سنجش ویژگی‌های افراد مذهبی و رابطه این خصوصیات با بهداشت روانی آنها، رساله دکترای چاپ‌نشده، تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.

معتمدی، عبدالله؛ جواد اژه‌ای؛ پرویز آزادفلاح و علیرضا کیامنش (۱۳۸۴)، «بررسی رابطه بین گرایش‌های مذهبی و سالمندی موفق»، دانشور رفتار، دوره جدید، س ۱۲، ش ۱۰. نجفی، محمود؛ حسن احدی و علی دلاور (۱۳۸۵)، «بررسی رابطه کارآیی خانواده و دینداری با بحران هویت»، دانشور رفتار، دوره جدید، س ۱۳، ش ۱۶، ص ۱۷-۲۶. نیکوی، مریم و سوسن سیف (۱۳۸۴)، «بررسی رابطه دینداری با رضایتمندی زناشویی»، تازه‌های پژوهش.

هادیان‌فرد، حبیب (۱۳۸۴)، «احساس ذهنی بهزیستی و فعالیت‌های مذهبی در گروهی از مسلمانان»، اندیشه و رفتار، س ۱۱، ش ۲، ص ۲۲۴-۲۳۲.

یعقوبی، نورالله؛ مهدی نصر اصفهانی و داوود شاه‌محمدی (۱۳۷۴)، «بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه‌سرا (گیلان)»، فصلنامه اندیشه و رفتار، س ۱، ش ۴، ص ۵۵-۶۳.

Argyle, M.; M. R. Martin & J. Crossland (1989), "Happiness as a Function of Personality and Social Encounters", In J. P. Forgas & R. J. M. Innes (eds.), *Recent Advances in Social Psychology: An International Perspective*, North Holland: Elsevier, pp.189-203.

Donahue, M. J. (1985), "Intrinsic and Extrinsic Religiousness: Review and Meta-Analysis", *Personality and Social Psychology*, 48(2): 400-419.

Gauntlett, K. A. (2009), "Characteristics of Late-Life Happiness: The Cognitions, Behaviors, Emotions, and Attitudes of Happy Individuals During Late-Life Development", *A Clinical Research Project Submitted to the Faculty of Argosy University-San Francisco Bay Area in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Psychology*, California: Alameda.

Goldberg, D. P. & V. Hillier (1979), "A Scaled Version of General Health Questionnaire", *Psychological Medicine*, 9, pp.131-145.

Hall, D. E.; H. G. Koenig & K. G. Meador (2008), *Hitting the Target: Why Existing Measures of Religiousness are Really Reverse-Scored Measures of Secularism*.

Johnstone, B. & D. P. Yoon (2009), "Relationships between the Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality and Health Outcomes

- for a Heterogeneous Rehabilitation Population", *Rehabilitation Psychology*, 54(4): 422-431.
- Koenig, L. B.; M. McGue & W. Lacono (2009), "Rearing Environmental Influences on Religiousness: An Investigation of Adolescent Adoptees", *Personality and Individual Differences*, 47(6): 652-656.
- Maddi, S. R.; M. Brow, D. M. Khoshaba & M. Vaitkus (2006), "Relationship of Hardiness and Religiousness to Depression and Anger", *Consulting Psychology: Practice and Research*, 58(3): 148-161.
- Maltby, J. & L. Day (2004), "Should Never the Twain Meet? Integrating Models of Religious Personality and Religious Mental Health", *Personality and Individual Differences*, 36(6): 1275-1290.
- Maselko, J. & L. D. Kubzansky (2006), "Gender Differences in Religious Practices, Spiritual Experiences and Health: Results From the us General Social Survey", *Social Science & Medicine*, 62(11): 2848-2860.
- McCullough, M. E. & B. L. B. Willoughby (2009), "Religion, Self-Regulation, and Self-Control: Associations, Explanations and Implications", *Psychological Bulletin*, 135(1): 69-93.
- Miller, L. & M. Gur (2002), "Religiousness and Sexual Responsibility in Adolescent Girls", *Journal of Adolescent Health*, 31(5): 401-106.
- Miller, L.; M. Weissman; M. Gur & P. Adams (2001), "Religiousness and Substance Use in Children of Opiate Addicts", *Substance Abuse*, 13(3): 323-336.
- Richards, P. S.; S. A. Smith & L. F. Davis (1989), "Healthy and Unhealthy forms of Religiousness Manifested by Psychotherapy Clients: An Empirical Investigation", *Research in Personality*, 23(4): 506-524.
- Rumsey, S.; D. P. Hurford, & A. K. Cole (2003), Influence of Knowledge and Religiousness on Attitudes Toward Organ Donation", *Transplantation Proceedings*, 35(8): 2845-2850.
- Shreve-Neiger, A. & B. A. Edelstein (2004), "Religion and Anxiety: A Critical Review of the Literature", *Clinical Psychology Review*, 24(4): 379-397.

- Sica, C.; C. Novara & E. Sanavio (2002), "Religiousness and Obsessive-Compulsive Cognitions and Symptomts in an Italian Population", *Behaviour Research and Therapy*, 40(7): 813-823.
- Smith, T. B.; M. E. McCullough & J. Poll (2003), "Rreligiousness and Depression: Evidence for a Main Effect and the Moderating Influence of Stressful life Events", *Pshychological Bulletin*, 129(4): 614-636.
- Steger, M. F. & P. Frazier (2005), "Meaning in Life: one Link in the Chain from Religiousness to Well-Being", *Counseling Psychology*, 52(4): 574-582.
- Yanez, B.; D. Edmondson; A. L. Stanton; C. L. Park; P. A. Kwan; P. A. Ganz & T. O. Blank (2009), "Facets of Spirituality as Predictors of Adjustment to Cancer: Relative Contributions of Having Faith and Finding Meaning", *Consulting and Clinical Psychology*, 77(4): 730-741.

