

حج بعنوان فرصتی برای تغییر باورهای سلامتی

دکتر احمد فیاض بخش^{۱*}، مصطفی ربیعان^۲

چکیده

در این گفتار در ابتدا به سیر تکامل نظریه‌های تغییر رفتار اشاره شده و اضافه می‌گردد که تغییر نوع رفتارهای مرتبط با سلامتی یا همان سبک زندگی به چه عواملی وابسته است. همچنین به اهمیت وجود طول زمانی لازم برای اینکه یک سبک زندگی پرخطر بتواند به سبک‌های مطلوبتر سلامتی تبدیل گردد تاکید می‌شود. سپس به مشخصات سفر حج اشاره شده و اضافه می‌گردد که این دوره زمانی که در زندگی هر مسلمان مستطیع واجب است اتفاق بیفتد، چگونه از خصوصیات مطلوب پیشگفته برخوردار بوده و لذا در طی آن با احتمال موفقیت بالاتری به تغییر دانش، نگرش و رفتارهای مغایر با سلامتی می‌توان مبادرت نمود. در پایان مقاله اشاره می‌شود که تغییر در سلامت مردم ایران با توجه به جمعیت پرشمار صد و ده هزار نفری حاجیان هرساله، متأثر از تغییر هم در رفتار ارائه دهندگان خدمات درمانی هیئت پزشکی و پزشکان کاروانها، و هم در رفتار حجاج عادی بعنوان گیرندگان این خدمات پیشگیرانه، بهداشتی، تشخیصی و درمانی بوده، و نتیجه گیری می‌گردد که سفر حج فرصت کافی برای ایجاد تغییر در رفتار هردو گروه را در اختیار سیاست‌گذاران کشور قرار می‌دهد.

مقدمه

در «نظریه عمل استدلالی (Theory of Reasoned Action)» که توسط مارتین فیشرین و آیسک آیزن در سال ۱۹۷۵ ارائه شد، تنها دو چیز بعنوان عوامل مؤثر بر اینکه کسی بخواهد رفتار خاصی را بروز دهد یا خیر به رسمیت شناخته شده بود:

۱. نگرش مثبت (Positive Attitude) یعنی اینکه فرد خودش از آنکار خوشش بیاید (که این فارغ از تصور فرد از احتمال خوشامد اطرافیان و جامعه است)
۲. درک و برداشت از هنجارها (Subjective Norms) یعنی آنکه فرد احساس کند که سایرینی که برای او مهم هستند نیز احساس خوبی نسبت به بروز آن رفتار در او دارند (یا حد اقل از انجام آن رنجیده نخواهند شد).

اگر هردوی ایندو عامل دانشی، نگرشی و احساسی وجود داشته باشد، قصد انجام رفتار (Behavioral Intention) بصورت خودکار بوجود می‌آید، که آنهم در نهایت به بروز رفتار جدید و عمل (Behavior) منجر خواهد شد. اما بعدها معلوم شد که این نظریه تنها در شرایطی کاربرد مطلق دارد که یک نوع قطعیت در مورد قدرت و توانایی برای اقدام وجود داشته باشد. در پی انتقادات به این تئوری و آشکار شدن ناتوانیهای تفسیری آن، آیزن و همکارانش با الهام گرفتن از نظریه مشهور به خود کفائی (Self-Efficacy Theory) سعی نمودند تا نقص نظریه قبلی را جبران نموده و لذا «نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده (Theory of Planned Behavior)» را در سال ۱۹۸۵ ارائه نمودند. این نظریه که از نگاه طرفدارانش کاملتر و کارا تر بود مواردی را نیز شامل می‌شد که اطمینان صددرصد در

۱- استادیار گروه مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران
 ۲- مربی گروه مدیریت خدمات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
 * نویسنده مسئول: fayaz@tums.ac.ir

مورد احتمال موفقیت در صورت اقدام به عمل (Perceived Behavioral Control) وجود نداشت. در این نظریه به اهمیت میزان کنترل ارادی بر روی رفتار تأکید گردیده و تصریح شده بود که وقتی میزان کنترل ارادی بر یک رفتار کاهش یابد (یعنی فرد علیرغم قصد رفتاری، توانایی انجام آن را نداشته باشد)، احتمال انجام آن عمل پائین خواهد آمد. بصورت خلاصه آنچه از براینده نظریات روانشناسی مذکور در حوزه علوم رفتاری (Behavioral Science) می‌توان نتیجه گرفت آن است که علاوه بر ملاحظه خوشامد خود و سایرین، فرد تنها وقتی به یک عمل اقدام خواهد نمود که احساس کند قدرت انجام آن عمل در حوزه تواناییهای جسمی و عقلی اوست. برای مثال اقدام برای بلند کردن یک وزنه سنگین وقتی عملی خواهد شد که اولاً فرد احساس خوبی به وزنه‌برداری داشته باشد، دوماً تصور کند که اطرافیانش هم از بلند کردن آن وزنه توسط او خوشحال خواهند شد، و نهایتاً اینکه، به درستی یا به غلط، ارزیابی مثبتی از قدرت بدنی خود برای بلند کردن آن وزنه داشته باشد و به احتمال معقول پیش‌بینی کند که وزنه بدست او بلند شدنی است بدون آنکه به بدن او آسیبی وارد شود. هرچه وزنه در این مثال سبکتر شود، احتمال وقوع یک رفتار بیشتر خواهد شد. در این مثال بخوبی دیده می‌شود که وقتی نگرش و هنجارهای ذهنی ثابت باشند (در مورد وزنه‌برداری)، تصور آسانی یا مشکلی انجام آن رفتار (که به سنگینی وزنه بستگی دارد) بر بروز آن رفتار تأثیر قوی خواهد داشت. وزن‌های نسبی این سه سازه در جوامع مختلف و رفتارهای مختلف متفاوت است. آیزن نظریه خود را چنین بیان کرد: فردی که تصور مثبتی از قدرتش برای بروز یک رفتار دارد، و قصد انجام آن رفتار نیز در او وجود دارد به احتمال فراوان آن کار را انجام خواهد داد. نظریات فوق با آنکه در بدو امر توسط روانشناسان ارائه شد، بتدریج در بسیاری از سایر علوم انسانی و اجتماعی نیز از آن استفاده گردید. از جمله این موارد می‌توان علوم سیاسی، اقتصادی، مدیریت (بخصوص شاخه علمی رفتار سازمانی) و آموزش (بصورت خاص شاخه‌های علمی آموزش پزشکی و آموزش بهداشت) را نام برد که در آنها نظریات آیزن طرفداران بسیار دارد.

حج بعنوان فرصتی برای تغییر باورهای سلامتی

در آثار جدید آیسک آیزن در مورد نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده به سه دسته اصلی از باورها بعنوان سبب‌سازان بروز رفتارها اشاره شد: نگرشهای مثبت و باورهای رفتاری (Behavioral Beliefs) همسو، باورهای هنجاری (Normative Beliefs) همسو، و باورهای کنترلی (Control Beliefs) همسو. در مورد یک فرد، مجموعه باورهایش عامل اقدامات مختلف او برای ارتقاء، حفظ و یا تخریب سطح موجود سلامتی‌اش هستند. در مورد یک جامعه نیز، برآیند باورهای سلامتی در یک جامعه، پیش‌زمینه برآیند سبک زندگی و رفتارهای اجتماعی هستند. این باورها، هرچند متفاوت، در تمام اقشار جامعه (شامل عوام و خواص) وجود دارند. هدف اصلی فعالان در حوزه تخصصی «آموزش بهداشت» اصلاح باورهای عوام (عموم مردم) در مورد عوامل ارتقاءبخش یا تخریب‌کننده سطح سلامتی می‌باشد. به همین ترتیب در حوزه تخصصی «آموزش پزشکی» نیز، اصلاح باورهای خواص (اطباء و سایر متخصصین در علوم پزشکی) در مورد اهمیت و درجه اثرگذاری اقدامات بهداشتی و درمانی متنوع در حوزه پیشگیریهای اولیه، ثانویه و ثالثیه است. با توجه به مقدمات فوق در ادامه به دو پرسش اصلی پاسخ خواهیم داد: تغییر باورهای عوام و خواص در حج: آنچه که هست، و آنچه باید باشد.

باورهای سلامتی عموم مردم

در نظام فعلی برگزاری حج تمتع، مشارکت گروهی اکثریت غالب حجاج برای انجام این عمل عبادی در چارچوب یک کاروان (با جمعیت بین چندده نفر تا چند صد نفر) می‌باشد. علیرغم وجود کاستی‌های متعدد در این نظام، به نظر می‌رسد محاسن آن (نسبت به اقدام خانوادگی یا فردی تک تک حجاج برای انجام امور مربوط به این فریضه) بسیار بیشتر و یا حداقل بهینه باشد. به نظر می‌رسد بدلیل همین تجربه تاریخی است که از سالهای بسیار دور، نظام کاروانی در میان حجاج بیشتر کشورهای دنیا شکل گرفته، و در بعضی کشورها مانند ایران بصورت فزاینده‌ای نهادینه شده است. عبارت دیگر در مقایسه با بقیه سفرهای غیر عبادی و یا عبادی (مثل حج عمره یا سفر به عتبات و سوره)، اقدامات گروهی و زندگی جمعی در این سفر لازم‌تر و ضروری‌تر هستند. به نظر می‌رسد

سلائق معیشتی و حتی اعتقادات دینی (بجز فریضه حج) نداشته باشند. این درحالیست که در سایر سفرها، فرد آزادی عمل بیشتری برای انتخاب جمع مشابه با خودش دارد. این عدم قدرت برای انتخاب افراد هم‌سنخ و اجبار برای همراهی با افراد با باورها و سبک زندگی بسیار متفاوت (همراهی گاهگاهی قبل و بعد از سفر و زندگی شبانه روزی با آنها در طی حدود یکماه حضور در سفر)، ضمن اینکه بعنوان یک عامل استرس شدید، می‌تواند به یک «تهدید سلامتی» تبدیل شود، در صورت یک مدیریت صحیح می‌تواند بعنوان یک فرصت نیز تبدیل گردد. مدیریت صحیح در اینجا به معنی توانمند نمودن افراد برای نگاه مثبت به تغییراتی است که در اطراف خود (نسبت به زندگی عادی) مشاهده می‌نمایند. بعبارت دیگر مدیریت صحیح شامل توصیه حجاج به پرداختن به قسمت پر لیوان، و عدم اشتغال مفراط و مخرب به قسمت‌های خالی و دل‌تنگیها (ناشی از ترک فضای قدیم و اطرافیان آشنا) است. در این صورت است که برای حجاج در معرض خطر ناشی از استرس‌های شدید، حج تمتع از یک تهدید به فرصتی برای تغییر آنها به انسانهای سالمتر مبدل می‌گردد. سلامت در اینجا هم جنبه معنوی دارد و هم معیشتی. بعبارت دیگر، حاجی موفق کسی است که از حج برای ارتقاء روح، روان و جسم استفاده نماید. یک بدن سالم، بستر لازم برای یک روان و روح سالم و آماده برای انجام اعمال و فرائض حج است. اگر برای مثال بدن نتواند شرایط جدید در چهار حوزه اصلی معیشتی مذکور در بالا («اقامتگاه و مسکن»، «تدارکات و تغذیه»، «بهداشت و درمان» و «حمل و نقل») را تحمل نموده و با نتواند با آنها و با سایر انسانهای جدید هم‌کاروانی‌اش سازگار شود، بالتبع در انجام درست وظائف دینی‌اش در حج قصور خواهد نمود. اما سازگاری در اینجا به معنی پذیرش کامل سبک زندگی جدید نیست. منظور ما از سازگاری عمدتاً متوجه به قسمت‌های نادرست از باورهای فرد در زندگی عادی (و رفتارهای ناشی از آنها) است که سلامتی جسمی، روانی و روحی را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. بعبارت دیگر، هر فرد ممکن است در زندگی عادی دست به اقداماتی بزند، که از مضر بودن آنها آگاهی نداشته، و یا اگر هم داشته باشد، تغییر آنها را برخلاف باورهای هنجاری (یعنی پذیرش‌های اجتماعی) یا باورهای کنترلی (یعنی اینکه توانایی ترک آنها را دارد) بداند.

با افزایش درک اهمیت حج تمتع و ضرورت انجام گروهی آن در پس از انقلاب اسلامی، حاکمان دین‌محور جدید در کشور ما به تقویت سازمان حج و زیارت برای سازماندهی کاروانها در پرتو ارشادات امام فقید (ره) پرداختند.

با توجه به تراکم روزافزون میلیونها متقاضی از سراسر دنیا برای حضور در محدوده‌های مکانی محدود (عرفات، مشعر، منا و مسجدالحرام) و در یک دوره زمانی محدود (چهار روز میان هشتم تا سیزدهم ذی‌حجه هر سال)، انجام فردی یا خانوادگی حج برای مشارکت‌جویان غیربومی و حتی بومی غیرممکن‌تر شده، و (در مقایسه با کمتر از نیم قرن قبل که زیر صد هزار نفر در سال در حج تمتع شرکت می‌نمودند) به محال نزدیکتر می‌گردد. از مزایای اصلی نظام فعلی (یعنی نظام کاروان محور)، فراهم‌شدن امکان تقسیم کار و امکانات محدود در میان گروه حاضر از حجاج در یک کاروان می‌باشد. برای مثال، مدیر، روحانی، پزشک، آشپز و سایر خدمه یک کاروان تمام مهارت و تجربه خود را برای سازماندهی نیازهای دینی و معیشتی سایر حجاج در گروهشان بسیج می‌نمایند، و البته این بسیج نیروها تنها محدود به زمان برگزاری حج تمتع نبوده، از مدت‌ها قبل تا بعضاً بعد از برگزاری حج بطول می‌انجامد. نیازهای دینی مردم عمدتاً متمرکز بر تکمیل دانش افراد از احکام عمره و حج تمتع بوده، و نیازهای معیشتی شامل نیازهای عاطفی و روانی، و همچنین نیازهای جسمی در چهار حوزه اصلی «اقامتگاه و مسکن»، «تدارکات و تغذیه»، «بهداشت و درمان» و «حمل و نقل» است. البته هر حاجی نیازهای دیگری نیز ممکن است داشته باشد که در حال حاضر در غالب نظام کاروان و یا در خارج آن در طی دوره حج به رفع آن نیازها اقدام می‌نماید (مثلاً در مورد اینکه از کجا سوغات و هدیه برای عزیزانش تهیه نماید، از هم‌کاروانیها و یا سایر حجاج و مراکز اطلاع‌رسانی کسب تجربه می‌نماید). اما زندگی در فضای کاروان چه خصوصیات داشته، و چگونه از فضای زندگی فرد در میان خانواده و در شهر و دیار خود متفاوت است؟

در حال حاضر و حداقل در میان بیشتر کاروانهای ایرانی، آنچه قابل مشاهده است حضور فرد از چند ماه قبل از سفر در میان جمعی می‌باشد که ممکن است از نگاه خود او بجز مشابَهت در هدف (یعنی انجام اعمال حج)، مشابَهت و سنخیت دیگری از جهت فرهنگی، علمی، اقتصادی، عاطفی،

حج بعنوان فرصتی برای تغییر باورهای سلامتی

فرصت نسبتاً طولانی حج نسبت به سایر سفرها از یکسو و انسانهای جدید و بخصوص غریبه بودن آنها از سوی دیگر می‌تواند باعث می‌شود تا حجاج با قدرت و استقامت بیشتری به مقابله باورهای نادرست و اصلاح رفتارهای محل سلامتی اقدام نمایند. برای مثال همه ساله علیرغم نظارت‌های صورت گرفته تعداد قابل توجهی از زوار به حج تمتع اعزام می‌گردند که گرفتار بیماریهای مزمنی مثل آسم، دیابت، فشارخون و نارساییهای کلیه ناشی از آنها و یا نارسایی اولیه بوده، و بعضاً در بیمارستانهای عربستانی و یا ایرانی موجود در شهرهای مکه و مدینه بستری می‌گردند. اگر این بیماران و سالمندان دیگری که در ظاهر سالم هستند، در هنگام حضور خانواده تمایل و یا توانایی «نه گفتن» به خوردن غذاها و نوشیدنیهای شیرین و چرب، و یا کشیدن سیگار را نداشته باشد، با توجه به امکانات موجود در کاروانها می‌تواند درخواست تأمین غذاهای مناسب را نموده، و به کمک فضای متفاوت موجود در کاروانها اقدام بهتر یا کاهش عادات محل سلامتی در مصرف غذای نامناسب و یا دخانیات نماید. در حوزه مسکن و همچنین حمل و نقل نیز، فضای حج فضای دور شدن از امکانات رفاهی افراطی (مانند اتومبیل شخصی) و فضای اقدام به تحرک در حد مناسب (برای مثال در هنگام انجام طواف مستحب) است. برای مثال، با آنکه نباید کسی نیت و قصد انجام ورزش را در هنگام طواف داشته باشد (یعنی باید اصالتاً و بدواً قصد عبادت و تحصیل ثواب را داشته باشد)، آگاهی از اینکه طواف تحرک او را خواه ناخواه بالاتر برده و سبب بهبود مشکلات سلامتی ناشی از کم تحرکی خواهد شد، احساس، نگرش و انگیزه او را نسبت به این عمل عبادی بهتر نموده، و علاوه بر آن بدن او را برای ادامه این رفتار مناسب برای سلامتی (یعنی برای ادامه پیاده‌روی روزانه بعد از بازگشت از حج) آماده خواهد نمود.

باورهای خواص (اطباء و سایر متخصصین در علوم پزشکی) در مورد اولویت اهمیت و قدرت اثرگذاری اقدامات بهداشتی و درمانی رقیب

همه ساله حدود ششصد پزشک کاروان همراه با زوار به حج تمتع مشرف می‌گردند و این علاوه بر حدود دویست نیروی انسانی شامل پزشکان متخصص، پرستاران و مسئولین بهداشت است که در بیمارستانهای ایرانی مکه و مدینه مستقر

می‌باشند. در طی عملیات حج تمتع در سال ۱۳۸۷ تعداد ۵۸۰ پزشک عمومی با همین تعداد کاروان به عربستان اعزام شدند. در این سال جمعیت هر کاروان بین ۹۶ تا ۲۴۰ نفر متغیر بود که این نشانده تفاوت فشار مسئولیتی پزشک در قبل و حین عملیات حج در کاروانهای مختلف می‌باشد. عموم و عوام مردم بیشتر از هر قشر دیگری این پزشکان و گروه پزشکی مستقر در بیمارستانهای مذکور را بعنوان مسئولان اصلی حفظ سلامتی مردم در ایام حج و غیر از آن می‌دانند. آنان انتظار دارند که وزارت بهداشت و واحدهای تابعه آن، ضمن ارائه خدمات سلامتی (بخصوص خدمات درمانی که بعد از شروع فرایند بیماریهای گوناگون ارائه می‌شود)، از پیشرفت بیماریها جلوگیری نموده، و حتی سبب برگشت بیمار به حالت سلامتی کامل قبل از شروع مرض گردند. این مردم کمتر به اهمیت اقدامات پیشگیرانه سطح اول که در قبل از شروع فرایند بیماریها آغاز می‌شود واقف هستند. در مقابل از گروه پزشکی و خواص این انتظار می‌رود که باورهایی غیر از باورهای شایع در عوام داشته، و سعی نمایند تا بجای دارو و درمان محوری، به بهداشت بیشتر اهمیت داده و از این راه، سبب پیشگیری از آغاز بیماریهایی که عامل ایجاد آنها شناخته شده است، گردند. این درحالی است رفتار گروه قابل توجهی از پرسنل پزشکی در تقابل با این اعتقاد تخصصی و علمی است. به نظر می‌رسد در مورد این دسته از خواص، اقبال به بروز رفتارهای تشخیصی و درمانی سودآور، می‌تواند منشأ کاملاً اقتصادی داشته، و یا ممکن است بعلت گرفتار شدن در روزمرگی و عدم فرصت برای اندیشیدن و سنجش اقدامات بالینی‌شان بر اساس آخرین شواهد پژوهشی و علمی باشد. فرصت حج برای کسانی که بعنوان پزشک کاروان یا هیئت پزشکی اعزام شده‌اند فرصت مغتنمی است برای تجربه «عملکرد و پزشکی مبتنی بر شواهد (Evidence Based Medicine and Practice)». این گروه از کادر درمانی می‌توانند در موسم حج به اصلاح باورهای رفتاری، هنجاری و کنترلی خود اقدام نموده، و بدور از انگیزه‌های نهادینه شده اقتصادی در فضای بیمارستان و یا مطب خصوصی‌شان، شروع به انجام اقداماتی نمایند که باعث پیشگیری از آغاز بیماریها و ورود عوامل بیماری‌زا به بدن حجاج گردد. طبیعی است که ممکن از پس بازگشت از حج قسمتی از رفتارها و عادات قبل از سفر

REFERENCES:

1. Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley
 2. Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
 3. Sheppard, B.H.; Hartwick, J. & Warshaw, P.R. (1988). The theory of reasoned action: A meta-analysis of past research with recommendations for modifications and future research. *Journal of Consumer Research*, 15, 325-343
 4. Bandura, A. (1977) Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change, *Psychological Review*, 84, 191-215
 5. Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Action control: From cognition to behavior*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag
 6. Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211
 7. Armitage, C.J., & Conner, M. (2000). Efficacy of the theory of planned behavior: a meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40, 471-499
 8. Ajzen, I., & Fishbein, M. (2005). The influence of attitudes on behavior. In Albarracín, D., Johnson, B.T., Zanna M.P. (Eds.), *The handbook of attitudes*. Lawrence Erlbaum Associates
 9. Henderson, J.C. (2011) Religious Tourism and its management: The Hajj in Saudi Arabia. *International Journal of Tourism Research*, 13, 541-552.
 10. Hollisaz, M.T., Pourheidari G., Saghafinia M., Khanipour-Roshan S., Assari S. (2010). "Hospital admission due to nephrological conditions during Hajj: causes, healthcare use, and short-term outcomes." *Iranian journal of kidney diseases* 4(1): 71-73.
 11. Razavi, S.M., Ziaei Ardakani H, Rajai S., Hollisaz M T., Sadeghipoor H R., Farshad A.A., Shojaezadeh D., Khodai G. (2011). "Trends in Prevalent Injuries among Iranian Pilgrims in Hajj." *Iranian Journal of Public Health* 40(2): 110-115.
۱۲. آمار در انتشارات غیر رسمی معاونت بازرسی، نظارت و ارزیابی عملکرد بعثه مقام معظم رهبری

حج دوباره قسمتی از عملکرد بالینی پزشکان اعزامی گردد، ولی قسمت قابل توجه ویا حتی تمامی عادات مفید جدید بهداشتی می‌تواند در بعضی از حجاج پزشک باقی بماند. ضمناً این عادات باقیمانده می‌تواند به سایر پزشکان حج نرفته نیز در طی تعاملات کاری منتقل گردد. این اثرات مستقیم و غیر مستقیم بر رفتار خواص را می‌توان از فرصتهای حج برای بهبود وضعیت پزشکی و ایجاد سلامتی در جامعه دانست.

نتیجه‌گیری

هرساله حدود یکصد و ده هزار حاجی از کشور ما برای انجام حج تمتع به کشور عربستان اعزام می‌شود. از این تعداد حدود یک درصد یعنی تقریباً هزار نفر گروه درمانگر هستند که در بیمارستانهای ایرانی مکه و مدینه، در درمانگاههای بین شهری و در کاروانها بعنوان پزشک مقیم مشغول به خدمت می‌باشند. تغییر در سلامت مردم ایران با توجه به این جمعیت پرشمار و قابل توجه در هر دو گروه ارائه کننده و دریافت کننده خدمات پیشگیرانه، بهداشتی، تشخیصی و درمانی، امکان پذیر خواهد بود. افراد هر دو گروه متعلق به نقاط خاصی از کشور نبوده و توزیع جمعیتی متوازی داشته و لذا پس از بازگشت می‌توانند از دومیسیر در اتقاء سلامتی نقش آفرینی نمایند: با حفظ سبک رفتاری سالمتر جدید در خود پس از بازگشت از سفر و دوم ترویج رفتارهای سالمتر جدید در میان اطرافیان و بستگان درجه اول. برای مثال اگر اعضاء هیئت پزشکی حج نسبت به روشهای جدید نسخه نویسی در طی این سفر الهی آگاه شده و به آنها عادت می‌نمایند، می‌توانند این آگاهی، نگرش و رفتارهای مبتنی بر شواهد را در خود و گروه درمانگر اطرافشان نهادینه نمایند. سیاست‌گذاران کشور در بخش سلامت با توجه به این فرصت تأثیرگذاری می‌توانند آنرا به خدمت گرفته و از این طریق به اقدامات اصلاحی خود سرعت بخشند.



Hajj Pilgrimage as an opportunity to transform health-related beliefs and lifestyle

Ahmad Fayaz-Bakhsh^{1*}, Seyed Mostafa Rabiian²

Abstract:

In this study, at first a review is made of developments in theories of human behavioral change, and then views are presented on causes of humans changing their health related lifestyle. Also reference is made to the minimum and desirable time durations that are said to be important for changes in humans to actually take place and to be sustained. Then descriptions are made of the characteristics of Hajj pilgrimage. As an obligatory for every capable Muslim once in a lifetime, this ritual is said to have the specifications of time-period previously mentioned to be required for a successful behavior change, in terms of both its duration of almost 40 days and its creation of a very different lifestyle environment for the pilgrim who is far from normal family and friend surrounding. 24-hours a day and close interactions with completely new people and strangers in small hotel rooms, restaurants, buses and inside the holy mosques enable the pilgrims to overcome the usual barriers to change in knowledge, attitude and practices. It is then concluded that due to the large population of pilgrims that annually do the Hajj, this ritual has the potential not only to change directly the people and professional who observe this obligation, but also to transform indirectly many other relatives who interact with them. Therefore, policy makers in Iran can exploit this opportunity and make the necessary changes, at national level, in medical education and practices as well as in health-related lifestyle and education. This in turn will lead to more appropriate, effective and efficient delivery of disease preventive, health promotional, diagnostic, curative, surgical, palliative and rehabilitative services during Hajj and beyond

1*- Assistant Professor, Department of Health Management and Economics, Teheran University of Medical Science, Tehran, Iran
2- Trainer, Department of Health Services Management, Teheran University of Medical Science, Tehran, Iran