

اثر روزه داری بر سلامت روان

منصورة السادات صادقی*، دکتر محمد علی مظاهری**

چکیده

پژوهش حاضر باهدف مطالعه «اثر روزه داری بر سلامت روان دانشجویان» طراحی و اجرا گردید. ۱۶۲ نفر دانشجو (۱۰۲ دختر و ۶۰ پسر) به عنوان نمونه در دسترس، انتخاب و یک تا دو هفته قبل از ماه مبارک رمضان، «پرسشنامه سلامت روان» (GHO) را به عنوان پیش آزمون و یک تا دو هفته پس از اتمام ماه رمضان، مجدداً همان پرسشنامه را به عنوان پس آزمون، تکمیل نمودند. نمرات به دست آمده در پیش آزمون و پس آزمون کسر و نمره‌ای که میزان و جهت تغییرات «سلامت روان» را در قبل و بعد از ماه رمضان نشان می‌دهد به دست آمد. سپس این نمرات توسط تجزیه و تحلیل واریانس یکراهه مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان می‌دهند که روزه ماه رمضان در تمامی خرده مؤلفه‌ها و نمره کل «سلامت روان» مؤثر بوده است. بدین صورت که این تفاوت معنادار در زیر مقیاس‌های «نشانه‌های بدنی»، «اضطراب و بیخوابی»، «نارساکنش‌وری اجتماعی»، «افسردگی و نهایتاً نمره کلی «پرسشنامه سلامت روان» برای گروه‌هایی که در «ماه رمضان تمام روزه‌های خود را گرفته‌اند» و یا «به طور تفننی تعداد محدودی از روزها را روزه گرفته‌اند»، حاکی از بهبود وضعیت سلامت عمومی در بعد از ماه رمضان و برای گروه‌هایی که «به دلیل عذر شرعی یا پزشکی روزه نگرفته‌اند» و یا «اصلاً روزه نگرفته‌اند»، حاکی از کاهش سطح سلامت روان پس از ماه رمضان می‌باشد.

کلید واژه‌ها: روزه داری، ماه رمضان، مناسک دینی، سلامت روان



● مقدمه

به لحاظ تاریخی بین «دین» و «سلامت» پیوندهای محکمی وجود داشته و دارد. اما در روانشناسی علمی این مسئله که آیا واقعا دین با سلامت روانی ارتباطی دارد، موضوع نظریه‌پردازیها و مطالعات فراوانی شده و نتایج و پیامدهای متفاوت و حتی معارضی را نیز به همراه داشته است؛ در حالی که برخی از نظریه‌پردازیها اساساً اعتقاد به دین را به منزله بیماری روانی تلقی کرده‌اند، اعمال دینی را نابهنجار قلمداد کرده و از آن تحت عنوان «نوروزهای وسواسی» نام بردند (به عنوان مثال فروید^۲، ۱۹۲۷/۱۹۶۴؛ الیس^۳، ۱۹۸۰، به نقل از ونتیس، ۱۹۹۵)، بسیاری از نظریه‌پردازیها در موضعی کاملاً متضاد نقش دین را در نیل به سلامت روانی مورد توجه فراوان قرار داده‌اند (از جمله آرگیل^۴، ۲۰۰۰، و اسکوبی^۵، ۱۹۷۵، ولف^۶، ۱۹۹۷، ریوز^۷ و بورسما^۸، ۱۹۸۹-۱۹۹۵، به نقل از اسپیلکا، هود، هانزبرگر و گورساج، ۲۰۰۳).

جالب اینکه در چارچوب مطالعات تجربی نیز همین تعارض حاکم است! بسیاری از تحقیقات نقش و تأثیر مثبت دین را در بهداشت روانی نشان داده‌اند. به عنوان مثال می‌توان به پژوهش اپل^۹ (۱۹۴۹، به نقل از اسپیلکا و همکاران، ۲۰۰۳) و پژوهش‌های فرال^{۱۰}، کوال^{۱۱} و کوئینگ^{۱۲} (۱۹۸۸، به نقل از مک‌فادن، ۱۹۹۵)، و کونینگ^{۱۳}، پارگامنت^{۱۴} و نیلسن^{۱۵} (۱۹۸۸) به نقل از اسپیلکا و همکاران، ۲۰۰۳، و همچنین مطالعه کلینیکی کنترل شده پراپست^{۱۶}، استروم^{۱۷}، و اتکیتز^{۱۸}، دین^{۱۹} و ماشبرن^{۲۰} (به نقل از ونتیس، ۱۹۹۵)، اشاره نمود. در این پژوهش افسردگی اشخاص مذهبی را با یکی از این ۴ رویکرد درمان کردند: «درمان شناختی-رفتاری با محتوای مذهبی» (RCT)، «درمان شناختی-رفتاری معیار» (NRCT)، «مشاوره بایک‌کشیش به‌طور معمولی» (PCT) و «گروه انتظار یا لیست کنترل» (WLC). گروه RCT مجموعه‌ای از تعالیم منطقی و عقلی مسیحی را برای درمان دریافت کردند، بحث‌های مذهبی برای مقابله با افکار غیرمنطقی داشتند و از تصورات مذهبی برای مقابله با افسردگی استفاده می‌کردند. گروه NRCT با کاربرد روشهای سنتی مانند بک^{۲۱}، راش^{۲۲}، شاو^{۲۳} و امری^{۲۴}، (۱۹۷۹، به نقل از همان منبع) درمان شدند. در انتها پس از ۱۸ جلسه یک ساعته گروه RCT تنها گروهی بود که نسبت به بقیه گروهها پس از اجرای «سیاهه بک» تفاوت معنی‌داری با گروه کنترل داشت (نقل از ونتیس، ۱۹۹۵). این درحالی است که برخی از تحقیقات نیز پیامدهای منفی دین را در بهداشت روانی گزارش کرده‌اند. به عنوان مثال دیتز^{۲۵} (۱۹۶۹، به نقل از هانزبرگر، ۱۹۹۵)، وچسن^{۲۶} (۱۹۷۲، به نقل از اسپیلکا و همکاران، ۲۰۰۳)، نشان داده‌اند که ارتباط بین مذهب و سلامت روان منفی است. اندرسن^{۲۷}، باک^{۲۸} و وارن^{۲۹} (۱۹۷۲)، به نقل از اسپیلکا و همکاران، ۲۰۰۳، نیز نقش «دین» را در اختلالات روانی و رفتاری مؤثر دانستند.

همچنین استیفس - هانسن^{۳۰} (۱۹۹۴)، به نقل از همان منبع) نیز در یک مطالعه تجربی به این نتیجه رسیدند که بیماری «نوروز»^{۳۱} با «دینداری سخت»^{۳۲} و انعطاف ناپذیر رابطه مستقیم دارد.

محققین بسیاری در جستجوی توضیح و تفسیری برای این تعارضها برآمده‌اند و در این چارچوب عوامل و مؤلفه‌های مختلفی مورد بررسی قرار گرفته است که از جمله مهمترین آنها کیفیت یا نوع دینداری و نیز توجه به جنبه‌ها یا عناصر مختلف دینداری است. به عنوان مثال باتسن^{۳۳} و همکاران (۱۹۹۳)، به نقل از آرگیل، (۲۰۰۰)، یافته‌های گزارش شده ۱۱۵ تحقیق انجام شده در آمریکا را بررسی کردند و نتیجه گرفتند که در اغلب موارد «دین درونی»^{۳۴} ارتباط مثبتی با بهداشت روانی داشته ولی ارتباط «دین بیرونی»^{۳۵} با بهداشت روانی منفی بوده است. جنیا (۱۹۹۶)، به نقل از آرگیل، (۲۰۰۰)، نیز طی تحقیقی گزارش کرد که دینداری درونی با سلامت روانی همبستگی مثبت و با افسردگی همبستگی منفی دارد، دینداری بیرونی تنیدگی را پیش بینی می‌کند در حالی که پرسشگری و اصول‌گرایی ارتباطی با سلامت روانی ندارد. از دیگر مؤلفه‌های مهم در این زمینه جنبه‌ها یا عناصر مختلف دینداری می‌باشد. گلاک (به نقل از آذربایجانی، ۱۳۸۰)، عناصر و جنبه‌های مختلف مذهب را در ۵ بعد به شرح زیر طبقه‌بندی کرده است: «مناسکی» که به معنی اعمال مذهبی است، «منطقی و عقلی» که همان دانش مذهبی است، «تجربی» که عبارت است از احساس‌های مذهبی، «ایدئولوژیکی» که نشان دهنده التزام به باورهای مذهبی است و «پیامدی» که همان کاربرد مذهب در زندگی است.

یکی از جنبه‌ها یا عناصر دین که مورد توجه پژوهشگران بسیاری قرار گرفته، «مناسک» است. دورکیم معتقد است که بُعد «اعمال و مناسک» نیز مانند «اعتقادات» در کلیه ادیان وجود دارد و هسته مشترک هر دین و مذهبی محسوب می‌شود، همان‌طور که «نظام اعتقادات» ذاتی هر دینی است همه اقوام بشری، اعتقادات بنیادی مذهبی‌شان را در مناسک و فرائضی مجسم می‌سازند (طالبان، ۱۳۸۱). این درحالی است که آرگیل (۲۰۰۰)، از آداب و رسوم مذهبی به عنوان شکلی از رفتار یاد می‌کند که باعث می‌شود افراد و روابط آنها عوض شوند. از نظر او آداب و رسوم دینی، فعالیت‌هایی گروهی هستند که به اعضای گروه قدرت اجتماعی می‌بخشند و مردم را به سوی گروه‌ها و ارزشهای گروهی سوق می‌دهند. (سهرابی، ۱۳۸۰، به نقل از خداپناهی و حیدری، ۱۳۸۲). اسپیلکا و همکاران (۲۰۰۳)، نیز معتقدند که مناسک و آئین‌های دینی ضمن اینکه واجد نقشی محوری در دین می‌باشند، ریشه‌های عمیقی در گذشته انسان داشته و کنشهای بسیاری دارند که یکی از موارد مهم آن ایجاد و تداوم مهار خود و جهان شخصی ماست به خصوص در زمانهایی که احساس می‌کنیم تحت فشار قرار گرفته‌ایم. این محققین تأکید می‌کنند

در عصر حاضر نقش مراسم و دعا در دین به هیچ عنوان کم نشده چون این امور ابزارهای ارتباط معنوی بین شخص و دیگران هستند و ما را به لحاظ روانشناختی به دیگران و میراث فرهنگی مشترکمان نزدیک تر می‌کنند و بدین ترتیب به ما اجازه می‌دهند احساس توانمندی در غلبه بر همه مشکلات را داشته باشیم. هاکسلی^{۳۶} (۱۹۶۶، ۱۹۶۸، به نقل از اسپیلکا و همکاران، ۲۰۰۳)، با تأکید بر شواهد فراوان موجود مبنی بر اینکه ریشه اعمال و فرائض مذهبی در فرایندهای تکاملی و زیستی است، نتیجه می‌گیرد درک اهمیت اجرای این اعمال و آئین‌ها مشکل نیست. در پژوهش‌هایی نقش و اهمیت این اعمال بررسی شده است که از آنجمله می‌توان به پژوهش‌های یوسفی لویه و حسن‌پور (۱۳۷۶)، که در مورد تأثیر انس با قرآن کریم بر بهداشت روانی و جلیوند و ازه ای (۱۳۷۶)، که به مطالعه «رابطه نماز و اضطراب» در دانش آموزان دبیرستانی پرداختند، اشاره نمود. همچنین گله‌دار و ساکی (۱۳۸۰)، به نقل از بهرامی احسان، (۱۳۸۱)، با استفاده از روشهای شبه تجربی، به بررسی اثرات تلاوت قرآن بر کاهش اضطراب پرداختند. نتایج این تحقیقات حاکی از اثرات مثبت و معنادار برخی اعمال و آداب دینی بر بهداشت روان و کاهش اضطراب می‌باشد.

همچنین پریوسر^{۳۷} (۱۹۶۸)، به نقل از اسپیلکا و همکاران، (۲۰۰۳)، معتقد است که فرائض دینی وقتی به عنوان یک ساختار برای بیان هیجانها و دفاعی علیه احساس‌های ناخوشایند به کار روند، در تنظیم هیجانها، مهار عملکرد و افزایش مهار خود برای مقابله با رفتار و افکار آشفته مؤثر هستند، در حالیکه هورنر^{۳۸} و داب^{۳۹} (۱۹۹۷)، به نقل از همان منبع، فرائض مذهبی را اداره کننده موارد پیش بینی نشده زندگی می‌دانند.

«رمضان» ماهی است که مسلمانان از طریق روزه‌داری و پرهیز از همه آنچه که نباید انجام دهند به خودسازی و تهذیب نفس می‌پردازند. ماه رمضان به عنوان مهم‌ترین ماه مذهبی، ویژگیها، آداب، سنن و فرائض خاصی دارد. مجموعه بزرگی از مناسک دینی که به لحاظ زمانی طولانی‌ترین و از نظر دایره شمول، یکی از گسترده‌ترین مناسک در اسلام محسوب می‌شوند، در ماه رمضان انجام می‌شوند. در این ماه، فضای ویژه‌ای بر جوامع اسلامی حاکم می‌شود و تغییرات وسیعی در برنامه زندگی فردی و اجتماعی افراد (حتی آنهایی که روزه نمی‌گیرند) و به تبع آن جامعه ایجاد می‌شود. این تغییرات در عادات غذاخوردن و رژیم غذایی، زمانهای استراحت و خواب و بیداری، نحوه گذراندن اوقات فراغت، حتی در ساعات کار و اشتغال، رفت و آمد، وضع تجارت و کسب و کار کسبه، گسترش ارتباطات اجتماعی با دوستان و خویشاوندان و به طور خلاصه تغییرات از خصوصی‌ترین جنبه‌های زندگی افراد تا عمومی‌ترین

و اجتماعی‌ترین جنبه‌های زندگی گسترش می‌یابند. در ماه رمضان جو اجتماعی در تمامی جوامع اسلامی از جمله ایران به شدت مذهبی‌تر و معنوی‌تر شده و جامعه را در کل تحت نفوذ و تأثیر خود قرار می‌دهد. در ایران ماه رمضان با مجموعه بسیار گسترده و بزرگی از باورها، مراسم و مناسک درخصوص آن همراه است که حتی از پیش از آغاز آن شروع شده و تا پس از پایان آن رادر بر می‌گیرد (به عنوان نمونه نگاه کنید به وکیلان، ۱۳۷۶). یکی از پیامدهای مهم اجتماعی ماه رمضان کاهش چشمگیر آسیب‌های اجتماعی است. به عنوان نمونه مطابق گزارش نیروی انتظامی آمار ارتکاب وقوع جرایم و آسیب‌های اجتماعی از قبیل سرقت، نزاع، قتل و ... در طول ماه رمضان به شدت (بیش از ۵۰ درصد) کاهش می‌یابد (به نقل از روزنامه هموطن سلام، ۱۳۸۳/۸/۲). بهر حال، در این ماه مجموعه شرایط معنوی به شکلی فراهم می‌شود که از طریق انجام اعمال و فرائض دینی (تجربه‌های دینی) زمینه‌ها و آمادگی‌های لازم برای توجه افراد به امور دینی و مذهبی و همچنین پذیرش و درک مبانی دینی و اخلاقی پدید می‌آید.

بنابراین با توجه به نقش دین و مناسک دینی در «بهداشت روانی» از یک سو، و با توجه به اهمیت ماه رمضان به عنوان ماهی مذهبی در نزد مسلمانان و از جمله ایرانیان از دیگر سو، پژوهش حاضر این هدف را دنبال می‌کند که آیا روزه گرفتن در ماه رمضان می‌تواند در افزایش سلامت عمومی افرادی که به فرائض (مناسک) دینی عمل می‌کنند، مؤثر باشد؟ خصوصیت و ویژگی این تحقیق مقایسه تأثیر یک مداخله طبیعی در افرادی است که یک رفتار مذهبی را در یک دوره زمانی معین انجام می‌دهند یا نمی‌دهند، می‌باشد. همچنین ذکر این نکته نیز ضروری است که مؤلفین در بررسی‌های خود نتوانستند به تحقیق تجربی مشابهی در خصوص تأثیر روزه گرفتن در ماه رمضان در نمونه‌ای از یک جامعه اسلامی دست یابند.

● روش

○ جامعه آماری این تحقیق را دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی تشکیل می‌دهند که از میان آنان در مرحله پیش آزمون ۲۰۰ نفر و پس از اجرای پس آزمون با فاصله ۵۰ روز و ریزش نمونه، تعداد ۱۶۲ نفر به صورت نمونه برداری غیراحتمالی و در دسترس مورد تحلیل نهایی قرار گرفتند.

○ ابزارهای سنجش

الف) «پرسشنامه سلامت عمومی»^{۴۰} (GHQ)، گلدبرگ (۱۹۷۹)، به نقل از مظاهری، حیدری و پور اعتماد، (۱۳۸۲)، این پرسشنامه یک «پرسشنامه سرندی»^{۴۱} مبتنی بر روش خود-گزارش دهی است و هدف اصلی آن ایجاد تمایز بین بیماری‌های روانی و سلامت است. این پرسشنامه ۲۸

ماده‌ای دارای ۴ زیرمقیاس: «نشانه‌های بدنی»، «اضطراب و بیخوابی»، «نارساکنش‌وری اجتماعی» و «افسردگی وخیم» می‌باشد. نمره ۱۴ یا بالاتر در هر زیرمقیاس، نشان دهنده وخامت وضع آزمودنی در آن عامل می‌باشد. با جمع نمرات زیر مقیاسهای چهارگانه نیز نمره کلی فرد در پرسشنامه سلامت عمومی به دست می‌آید. این پرسشنامه توسط دادستان به فارسی ترجمه و منتشر شده است (استورا، ۱۳۷۷ به نقل از منبع قبلی). این پرسشنامه در فرهنگ‌های مختلف از نظر «اعتبار» و «روایی» ارزیابی شده است. آدری بیگب و جورج (۱۹۹۲) به نقل از سمیعی کرانی، (۱۳۸۳) در مطالعه‌ای روی نمونه ۲۷۷ نفری حساسیت و ویژگی آن را به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۵ تخمین زدند. در ایران پالاهنگ (۱۳۷۸) به نقل از همان منبع حساسیت و ویژگی آن را ۰/۸۹ و ۰/۷۹ و همچنین اعتبار آن را از طریق آزمون-بازآزمون با فاصله دو هفته ۰/۹۱ به دست آورد. تقوی (۱۳۸۰) به نقل از خداپناهی و حیدری، (۱۳۸۲)، نیز اعتبار «پرسشنامه سلامت عمومی» را با سه روش دوباره‌سنجی، تنصیفی و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار داده و به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۷۲، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ به دست آورده است.

ب) پرسشنامه محقق ساخته: این پرسشنامه شامل دو بخش است. بخش اول مشخصات فردی و شامل مواردی در مورد سن، جنس و میزان تحصیلات آزمودنی‌ها می‌باشد و بخش دوم آن سؤالی مربوط به اینکه افراد در ماه رمضان چقدر به فرائض دینی خود عمل کرده‌اند. این بخش شامل چهارگزینه است که آزمودنی‌ها یکی از آنها را انتخاب و بر آن اساس به ۴ گروه تقسیم می‌شوند؛ گروه اول (در ماه رمضان تمام یا اکثر روزه‌های خود را گرفته‌ام)، گروه دوم (در ماه رمضان به دلیل عذر پزشکی یا شرعی نتوانستم روزه بگیرم)، گروه سوم (در ماه رمضان اصلاً روزه نگرفته‌ام) و در نهایت گروه چهارم (در ماه رمضان به طور تفریحی تعداد محدودی از روزها را روزه گرفته‌ام). این پرسشنامه در آزمون مجدد (پس تست) و بعد از اجرای «پرسشنامه سلامت عمومی»، توسط آزمودنی‌ها پاسخ داده شد.

○ شیوه اجرای تحقیق

در این پژوهش «پرسشنامه سلامت عمومی» در دو مرحله و در یک مطالعه پیگیری به فاصله ۵۰ روز، یک تا دو هفته قبل و یک تا دو هفته بعد از ماه رمضان، بر روی دانشجویان اجرا شد و میزان سلامت عمومی افراد در دو مرحله (قبل و بعد از ماه رمضان) اندازه‌گیری شد. برای دستیابی مجدد به افراد و جهت ترغیب آنان به دادن پاسخ صحیح، از شماره رمز انتخاب شده توسط شرکت‌کنندگان در هر دو مرحله استفاده شد.

● نتایج

برای بررسی تأثیر روزه ماه رمضان بر سلامت عمومی دانشجویان، در قبل و بعد از ماه رمضان، تمام زیر مقیاس‌ها و نمره کلی «پرسشنامه سلامت عمومی» ابتدا، در پیش آزمون و پس آزمون محاسبه سپس زیر مقیاس‌ها و نمره کلی پس آزمون از پیش آزمون تفریق شد تا در نهایت زیر مقیاسها و نمره نهایی‌ای که حاصل تفاوت این دو آزمون در قبل و بعد از ماه رمضان می‌باشد به دست آمد. این عدد نشان دهنده میزان و جهت تغییرات نمرات «پرسشنامه سلامت عمومی» قبل و بعد از ماه رمضان می‌باشد. سپس با استفاده از تحلیل واریانس یکراهه نتایج تحلیل شدند. جدول ۱ تعداد آزمودنی‌ها را به تفکیک در چهار گروه نشان می‌دهد. همچنین میانگین و انحراف معیار نمرات خام آزمودنی‌ها در چهار زیر مقیاس و مقیاس کلی «پرسشنامه سلامت عمومی» در پیش آزمون و پس آزمون نشان داده است. همانطور که در این جدول مشاهده می‌شود میانگین نمرات گروه اول (که تمام روزهای ماه رمضان را روزه گرفته‌اند) و میانگین نمرات گروه چهارم (که تعدادی از روزه‌ها را به طور تفننی و سرگرمی گرفته‌اند) در نمره کلی «پرسشنامه سلامت عمومی» و همچنین خرده مقیاسهای نشانه‌های بدنی، اضطراب و بیخوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی در پس آزمون پایین‌تر از پیش آزمون می‌باشد و این درحالی است که در گروه دوم (که به دلیل عذر پزشکی یا شرعی نتوانسته‌اند روزه بگیرند) و گروه سوم (که در ماه رمضان اصلاً روزه نگرفته‌اند) موضوع برعکس می‌باشد و میانگین نمرات در نمره کلی «پرسشنامه سلامت عمومی» و هر چهار مقیاس آن در پس آزمون افزایش یافته است. برای بررسی دقیق‌تر نمرات پس آزمون از پیش آزمون در هر چهار مقیاس و نمره کلی کسر شد و سپس با استفاده از تحلیل واریانس یکراهه نتایج در جدول ۲ تحلیل شدند.



نمودار ۱- مقایسه میزان و جهت تغییر نمرات چهار گروه قبل و بعد از ماه رمضان در مقیاس نشانه‌های بدنی «پرسشنامه سلامت عمومی»

جدول ۱ - تعداد آزمودنی‌ها، میانگین و انحراف معیار خرده مقیاسها و نمره کلی «پرسشنامه سلامت عمومی»
و گروههای چهارگانه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروهها*	شاخصها	تعداد	میانگین	انحراف معیار
نشانه‌های بدنی	گروه اول	پیش‌آزمون	۱۲۴	۵/۵۴	۳/۶۵
		پس‌آزمون		۴/۹۱	۳/۲۹
	گروه دوم	پیش‌آزمون	۱۵	۶/۰۰	۳/۵۰
		پس‌آزمون		۶/۸۶	۴/۲۰
	گروه سوم	پیش‌آزمون	۱۴	۳/۰۰	۲/۷۱
		پس‌آزمون		۶/۴۲	۴/۸۷
	گروه چهارم	پیش‌آزمون	۹	۷/۸۸	۵/۶۴
		پس‌آزمون		۷/۷۷	۴/۸۴
اضطراب و بیخوابی	گروه اول	پیش‌آزمون	۱۲۴	۵/۴۸	۳/۵۹
		پس‌آزمون		۴/۴۸	۳/۲۵
	گروه دوم	پیش‌آزمون	۱۵	۴/۸۶	۲/۴۴
		پس‌آزمون		۶/۶۰	۵/۱۱
	گروه سوم	پیش‌آزمون	۱۴	۳/۲۱	۳/۸۸
		پس‌آزمون		۵/۰۷	۵/۰۳
	گروه چهارم	پیش‌آزمون	۹	۸/۲۲	۵/۶۵
		پس‌آزمون		۸/۰۰	۳/۹۳
نارساکتشیوری	گروه اول	پیش‌آزمون	۱۲۴	۷/۳۸	۲/۵۲
		پس‌آزمون		۶/۸۹	۲/۶۲
	گروه دوم	پیش‌آزمون	۱۵	۷/۴۰	۱/۳۵
		پس‌آزمون		۸/۴۰	۴/۱۰
	گروه سوم	پیش‌آزمون	۱۴	۶/۶۴	۲/۶۱
		پس‌آزمون		۸/۰۷	۳/۳۳
	گروه چهارم	پیش‌آزمون	۹	۱۰/۳۳	۴/۳۳
		پس‌آزمون		۷/۷۷	۳/۲۷
افسردگی	گروه اول	پیش‌آزمون	۱۲۴	۳/۳۶	۳/۷۳
		پس‌آزمون		۲/۵۹	۳/۲۲
	گروه دوم	پیش‌آزمون	۱۵	۳/۱۳	۲/۴۷
		پس‌آزمون		۴/۵۳	۵/۰۸
	گروه سوم	پیش‌آزمون	۱۴	۲/۰۰	۳/۶۱
		پس‌آزمون		۴/۳۵	۴/۹۸
	گروه چهارم	پیش‌آزمون	۹	۸/۰۰	۷/۹۵
		پس‌آزمون		۷/۱۱	۶/۰۷
نمره کل پرسشنامه سلامت عمومی	گروه اول	پیش‌آزمون	۱۲۴	۲۱/۸۸	۱۰/۸۴
		پس‌آزمون		۱۸/۸۹	۹/۸۳
	گروه دوم	پیش‌آزمون	۱۵	۲۱/۴۰	۷/۸۹
		پس‌آزمون		۲۶/۴۰	۱۶/۶۹
	گروه سوم	پیش‌آزمون	۱۴	۱۴/۸۵	۱۰/۰۲
		پس‌آزمون		۲۳/۹۲	۱۵/۹۰
	گروه چهارم	پیش‌آزمون	۹	۳۴/۴۴	۲۲/۳۷
		پس‌آزمون		۳۰/۶۶	۱۶/۹۱

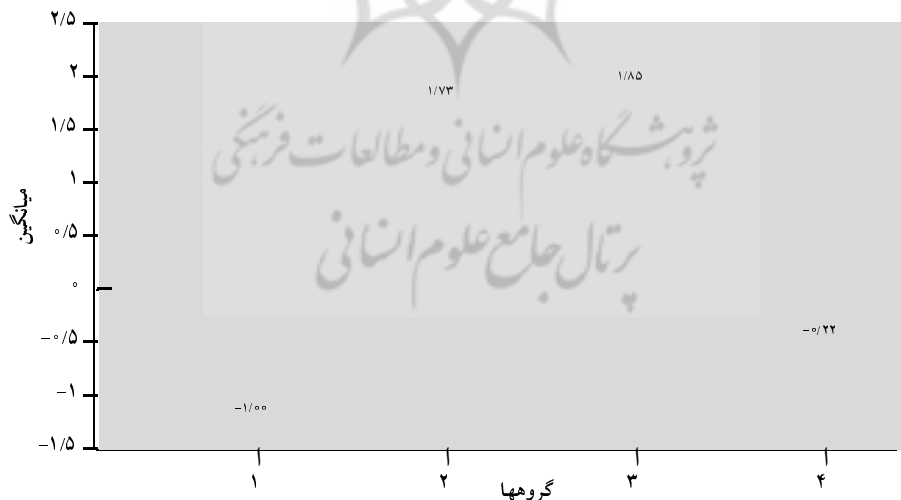
* گروهها:

گروه اول: در ماه رمضان تمام یا اکثر روزه‌های خود را گرفته‌ام.
گروه دوم: در ماه رمضان به دلیل عذر شرعی یا پزشکی نتوانستم روزه بگیرم.
گروه سوم: در ماه رمضان اصلاً روزه نگرفتم.
گروه چهارم: در ماه رمضان به طور رفتی تعدادی از روزه‌هایم را گرفته‌ام.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون از پس‌آزمون در خرده مقیاسها و نمره کلی آزمون سلامت روان در گروههای چهارگانه و نتایج تحلیل واریانس یکراهه آن

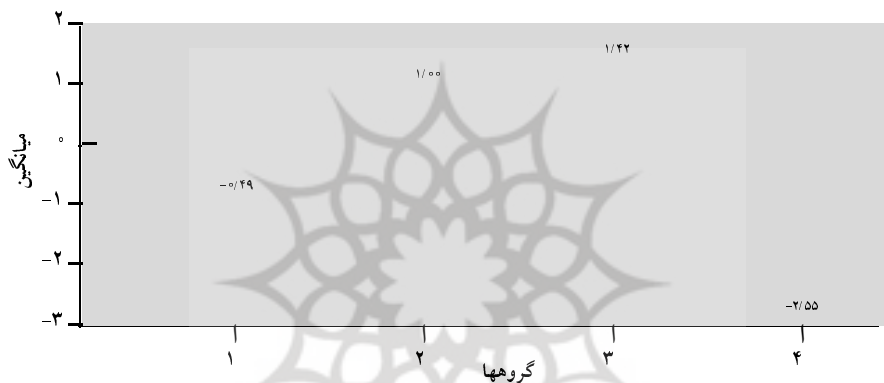
سطح معناداری	F	درجه آزادی	انحراف معیار	میانگین	شاخصها	
					گروهها	متغیر
۰/۰۰۱	۵/۸۲۳	۱۶۱	۳/۴۶	-۰/۶۲۹۰	گروه اول	نشانه‌های بدنی
					گروه دوم	
					گروه سوم	
					گروه چهارم	
۰/۰۰۶	۴/۳۱۴	۱۶۱	۳/۵۵	-۱/۰۰	گروه اول	اضطراب و بیخوابی
					گروه دوم	
					گروه سوم	
					گروه چهارم	
۰/۰۱۶	۳/۵۴۸	۱۶۱	۳/۲۰	-۰/۴۹	گروه اول	نارسا کنش‌وری اجتماعی
					گروه دوم	
					گروه سوم	
					گروه چهارم	
۰/۰۰۸	۴/۰۶۵	۱۶۱	۳/۱۲	-۰/۷۶	گروه اول	افسردگی
					گروه دوم	
					گروه سوم	
					گروه چهارم	
۰/۰۰۰	۶/۵۵۷	۱۶۱	۹/۸۲	-۲/۸۸	گروه اول	نمره کلی پرسشنامه سلامت عمومی
					گروه دوم	
					گروه سوم	
					گروه چهارم	

* گروهها:

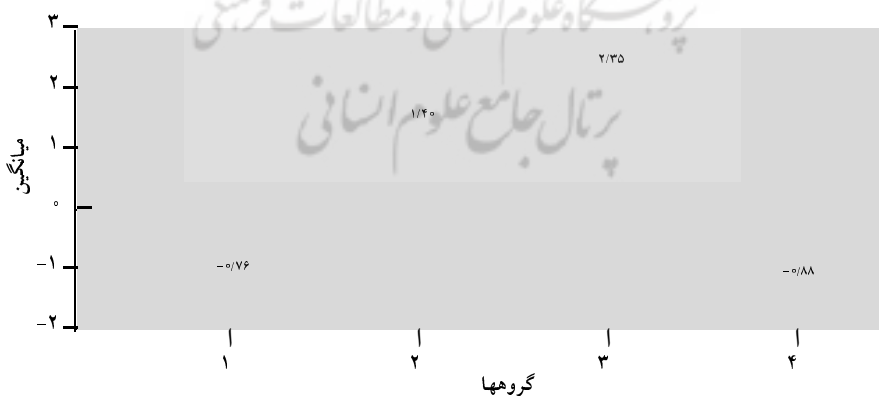


نمودار ۲. مقایسه میزان و جهت تغییر نمرات چهار گروه قبل و بعد از ماه رمضان در مقیاس اضطراب و بیخوابی (پرسشنامه سلامت عمومی)

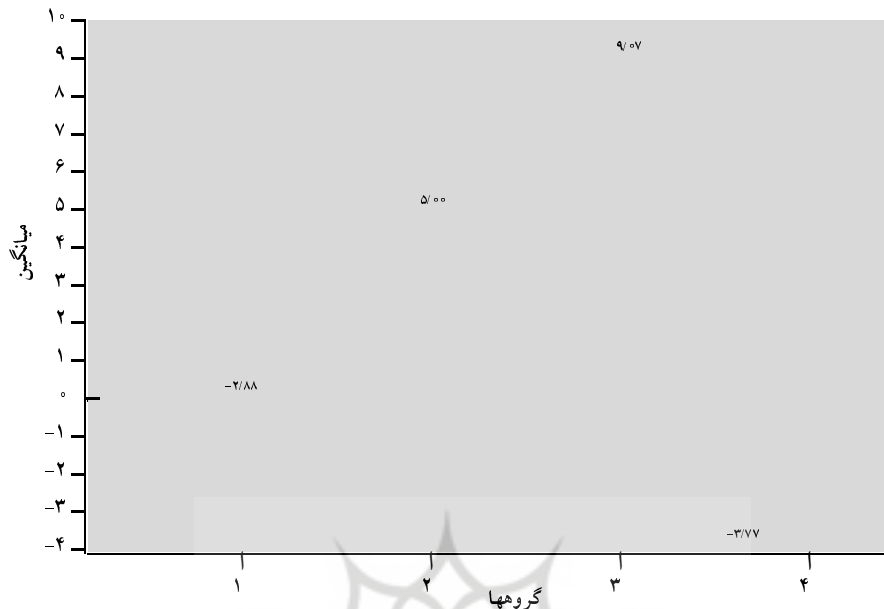
همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود تمامی زیر مقیاس‌های (نشانه‌های بدنی، اضطراب و بیخوابی، نارساکنش وری اجتماعی و افسردگی و خیم) و نمره کلی «پرسشنامه سلامت عمومی» در سطح معناداری قرار دارند. بر اساس این نتایج سطوح معناداری تأثیر روزه گرفتن بر بهداشت روان دانشجویان در سطح بسیار مطلوبی قرار دارد، اجرای آزمون تعقیبی شفه نشان داد که تفاوت‌های معنادار عمدتاً بین گروه‌های اول (که به طور کامل روزه‌های خود را گرفته‌اند) و سوم (که اصلاً روزه نگرفته‌اند) بوده است. این تفاوت‌ها در نمودارهای ۱ تا ۵ به تفکیک نشان داده شده است. در ضمن اشاره به این نکته ضروری است که مقایسه نمرات به تفکیک «جنس»، «سن» و «رشته تحصیلی» تفاوت معناداری را نشان نداد.



نمودار ۳. مقایسه میزان و جهت تغییر نمرات چهار گروه قبل و بعد از ماه رمضان در مقیاس نارساکنش وری اجتماعی پرسشنامه سلامت عمومی



نمودار ۴. مقایسه میزان و جهت تغییر نمرات چهار گروه قبل و بعد از ماه رمضان در مقیاس افسردگی «پرسشنامه سلامت عمومی»



نمودار ۵. مقایسه میزان و جهت تغییر نمرات چهار گروه قبل و بعد از ماه رمضان در نمره کل «پرسشنامه سلامت عمومی»

● بحث و نتیجه‌گیری

○ تجزیه و تحلیل داده‌های تحقیق حاضر در خصوص «اثر روزه‌گرفتن بر سلامت عمومی دانشجویان» نشان می‌دهد که روزه‌گرفتن در ماه رمضان بر تمام مؤلفه‌ها و نمره کلی «پرسشنامه سلامت عمومی» اثر دارد. همانطور که در جدول‌ها و نمودارها مشخص است نمره کل سلامت عمومی و هر چهار زیرمقیاس در گروه‌هایی که به طور کامل روزه‌های خود را گرفته‌اند و یا به طور تفننی تعداد محدودی از روزه‌های خود را گرفته‌اند، پس از ماه رمضان به طور معنی‌دار کاهش یافته است در حالی که «نمره کل سلامت عمومی» و هر چهار زیرمقیاس در گروه‌هایی که اصلاً روزه نگرفته‌اند و یا به دلیل عذر شرعی و پزشکی نتوانسته‌اند روزه بگیرند، پس از ماه رمضان به طور معنی‌دار افزایش یافته است. همان‌طور که گفته شد این ماه بعنوان ماهی مذهبی، اعمال و مناسک مذهبی خاص خود را دارد از این یافته‌ها می‌توان چنین استنباط کرد که در گروه روزه‌داران با توجه به شرایط و اعمال خاص ماه رمضان (سحر و افطار و دعا‌های مربوطه، لیالی قدر و حضور بیشتر مردم در مساجد) و نوعاً توجه بیشتر به فرائض دینی (مانند روزه) سطح سلامت عمومی آزمودنی‌ها پس از ماه رمضان با انجام این مناسک و اعمال مذهبی (مانند روزه) و نشان دادن اعتقادات بنیادی دیشان بهبود یافته است. همان‌طور که آرژیل اظهار داشته این

اعمال مذهبی جنبه رفتاری و شکل بنیادی فعالیت دینی هستند و دین موجب خشنودی و سلامت جسمانی و روانی پیروان خود می‌شود (سهرابی، ۱۳۸۰، به نقل از خداپناهی و حیدری، ۱۳۸۲).

○ اسپیلکا و همکاران (۲۰۰۳)، معتقدند انجام مناسک به منظور ایجاد احساس ایمنی و رسانیدن فرد به معناهای مفید و جدید، ممکن است به «دور کردن فرد از خود»^{۴۴} کمک کند. به عبارت دیگر مناسک فرد را از هیجانهای خود دور کرده و به وی اجازه می‌دهد به جهان بازگردد و فرایندی است که از دلمشغولی «وسواس گونه نسبت به خود»^{۴۵} ممانعت می‌نماید. به همین دلیل است که ریوز و بوئرسما (۱۹۹۵-۱۹۸۹، به نقل از اسپیلکا و همکاران، ۲۰۰۳)، مدعی شدند که مناسک می‌توانند احساس مثبت قدرتمندی شخصی را برای فردی که احساس می‌کند از کنترل خارج شده است فراهم نمایند. نتایج بدست آمده با یافته‌های تلیز - نایاک^{۴۶} (۱۹۸۲)، به نقل از مک‌فادن، (۱۹۹۵)، که اثرات تعهد مذهبی را در یک نمونه مناسکی در افراد مسن بررسی کرده و دریافتند که مذهب به طور معنی داری روی حس معنا و اهداف آنان مؤثر است، و همچنین اپل (۱۹۴۹)، به نقل از اسپیلکا و همکاران، (۲۰۰۳) و آرگیل (۲۰۰۰)، که نقش اعمال و مناسک مذهبی را در کاهش اضطراب و تنیدگی و افزایش توانایی فرد در مهار محیط مؤثر دانستند، همخوانی دارد. ولف (۱۹۹۷)، به نقل از اسپیلکا و همکاران، (۲۰۰۳)، هم نقش آداب و مناسک مذهبی را در محدود کردن پرخاشگری، ارتباط دهی مناسب و افزایش پیوستگی‌های گروهی مؤثر می‌داند. فرال، کوال و کوئینگ (۱۹۸۸)، به نقل از مک‌فادن، (۱۹۹۵)، نیز نشان دادند که بین مذهب و پدیده‌هایی مثل خشنودی از زندگی، اضطراب، و معنی و مفهوم در زندگی ارتباط وجود دارد. یرز^{۴۷} و اسپینگ^{۴۸} (به نقل از همان منبع) هم در یک مطالعه طولی و در یک تحلیل طولانی مدت ارتباط بین توجه (حضور) مذهب و خشنودی از زندگی را که برای سلامت روان بسیار مهم است پیدا کردند. البته یک تبیین دیگر می‌تواند این باشد که در این ماه چون انسان با روزه‌داری با خدای خود رابطه پیدا کرده است و در دعا و نماز و روزه، با خدای خود به مناجات می‌پردازد، در واقع نوعی تجربه مذهبی به دست آورده است و این تجربه می‌تواند نتایج خوشایندی در پی داشته باشد. تریو^{۴۹} (۱۹۷۱) به نقل از اسپیلکا و همکاران، (۲۰۰۳)، و هارتوکولیس^{۵۰} (۱۹۷۶) به نقل از همان منبع) نیز در این مورد گفته‌اند که تجربه‌های مذهبی با پیامدهای درمانی بخصوصی همراه هستند که از آن جمله کاهش احساس گناه، بالا بردن حس اهمیت و تعلق، افزایش مهار پرخاشگری و خصومت و جلوگیری از خودکشی از آن موارد می‌باشد.

○ همچنین اسپیلکا، بران و کسیدی^{۵۱} (۱۹۹۳)، به نقل از اسپیلکا و همکاران، (۲۰۰۳)، نیز نشان

دادند که اکثریت افرادی که نگرانی داشته‌اند، گزارش کردند که تجربه‌های مذهبی خیلی برای آنها مفید بوده است. از طرف دیگر در ماه رمضان به دلیل اهمیت انجام فرائض دینی به صورت گروهی و حضور قویتر افراد در اماکن مذهبی بخصوص مساجد و شرکت در مراسم‌های مذهبی و عبادات به صورت جمعی می‌توان گفت در این مورد عامل حمایت اجتماعی باعث مشکل‌گشایی بسیاری از مشکلات و رهایی از تنیدگی می‌باشد. کیفیت و دیگران نیز در این خصوص نشان دادند که مشارکت در مراسم مذهبی و عبادات (مانند نماز) نتایجی مانند درمانگری رسمی در پی دارد. تخلیه هیجانی و شرکت در مراسم جمعی مذهبی باعث کاهش تنش و رهایی از پریشانی‌های عاطفی می‌گردد (جان برزگی، ۱۳۷۸)، به نقل از آذربایجانی، (۱۳۸۰). همچنین فضای روان‌شناختی اماکن مقدسه و معماری مذهبی (ساختار فیزیکی اماکن مقدسه)، سبب بروز تصویر پردازی‌های ذهنی خاص در افراد می‌گردد که بیانگر پیچیدگی نظام مفهومی اندیشه‌ها، باورها، ارزشها و احساسهاست. عبادتگاههای مذهبی هشیارانه برخی ارزشهای خاص را از طریق سبک معماری خود تقویت می‌کنند (همان منبع). اسپیلکا و همکاران (۲۰۰۳)، نیز معتقدند شرکت در مراسم دینی اغلب باعث تسکین رنجها شده و انسجام و الحاق اجتماعی را افزایش می‌دهد و از طرفی دیگر با نقش ساختار دهنده خود حمایت اجتماعی را به وجود می‌آورد. ایدلر^{۵۲} (۱۹۸۷)، به نقل از مک فادن، (۱۹۹۵) هم نشان داد که رابطه با معنایی بین رفتن به کلیسا در زنان و مردان و نیز افسردگی وجود دارد بدین معنا که رفتن به کلیسا به طور معنی داری میزان افسردگی را کاهش می‌دهد. کندلر^{۵۳}، گاردنر^{۵۴}، پرسکات^{۵۵} (۱۹۷۷)، به نقل از اسپیلکا و همکاران، (۲۰۰۳)، و کوئینگ، پارگامنت و نیلسن (۱۹۸۸)، به نقل از همان منبع) هم همبستگی بین دعا و علائم افسردگی را منفی اعلام کردند. کوئینگ، مک کالوق^{۵۶} و لارسن^{۵۷} (۲۰۰۱)، به نقل از هیل و پارگامنت (۲۰۰۳) و جورج^{۵۸}، ایسن^{۵۹} و لارسن (۲۰۰۲)، به نقل از منبع قبلی) ارتباط بین مذهب و معنویت را با سلامت جسمی، و لارسن و همکاران (۱۹۸۸)، به نقل از هیل و پارگامنت، (۲۰۰۳) و پلانت^{۶۰} و شرمن^{۶۱} (۲۰۰۱)، به نقل از همان منبع) ارتباط بین مذهب و معنویت با سلامت روانی را نشان داده‌اند.

○ از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر این است که افرادی که به طور تفننی به فرائض دینی خود عمل کرده‌اند نیز دارای سلامت روانی بهتری پس از ماه رمضان می‌باشند. این گروه بخصوص در زیر مقیاس «نارساکنش‌وری اجتماعی» عملکرد بسیار خوبی و حتی مطلوبتر از گروه اول داشته‌اند. در این مورد شاید بتوان چنین استنباط کرد که این گروه با توجه به فرهنگ جامعه که آمیخته با مذهب است و مخصوصا در ماه رمضان این جو مذهبی قویتر می‌باشد همگام با دیگر افراد

جامعه و با توجه به مورد پسند بودن رفتار مذهبی مخصوصاً در این ماه، و کسب منافع فردی از شرایط اقتصادی، سیاسی و بخصوص اجتماعی به شرکت در فرائض و انجام مناسک دینی علاقه نشان داده‌اند. در حقیقت به دست آوردن برخی هدفها از قبیل حمایت و موقعیت‌های اجتماعی یا هیجانی برای این گروه مهم بوده است (خدا رحیمی و جعفری، ۱۳۷۷)، و با توجه به حمایت‌های اجتماعی تجربه مذهبی خوشایندی داشته‌اند. در واقع مذهب برای این گروه مجموعه‌ای از هنجارهای اجتماعی مثبت است که اطاعت از آن موجب تائید، پشتیبانی و پذیرش از سوی دیگران می‌شود (همان منبع). باتسن^{۶۲} و ونیس (۱۹۸۸)، به نقل از گورساج، (۱۹۹۴)، هم این طور نشان داده‌اند که چون هنجارهای اجتماعی شامل اعتقادات، انگیزه‌ها و رفتارها و بهم پیوستگی میان آنان است، بنابراین افراد ممکن است که بیشتر بوسیله این هنجارها تحت تأثیر قرار داده شوند تا تعهد مذهبی واقعی‌شان. از طرف دیگر بسیاری از روانشناسان موافقند که خیلی افراد به خاطر مرغوبیت‌های اجتماعی، خودشان را بیش از آنچه که مذهبی هستند، مذهبی نشان می‌دهند و به خاطر جلوگیری از فشار جامعه احساس مذهبی تصنعی نشان می‌دهند (دانا هیو و بنسن، ۱۹۹۵). عامل مرغوبیت اجتماعی به شدت تحت تأثیر فرهنگ جامعه است و این عامل و تأثیرات فرهنگی نقش بسیار مهمی در تجربه‌های مذهبی بازی می‌کنند (واج^{۶۳}، ۱۹۵۱ و تیت^{۶۴}، ۱۹۷۳، به نقل از اسپیلکا، لد و مک اینتوش، ۱۹۹۶)، که البته با توجه به جو اجتماعی مذهبی‌تر و معنوی‌تر حاکم در ماه رمضان، این مورد هم قابل تبیین می‌باشد.

○ از دیگر یافته‌های پژوهش این است که در گروه‌های دوم و سوم یعنی افرادی که به دلایل «عذر شرعی یا پزشکی» نتوانسته‌اند روزه بگیرند و افرادی که اصلاً روزه نگرفته‌اند شاهد افت سطح سلامت عمومی آنها پس از ماه رمضان بوده‌ایم. در این قسمت دو نکته قابل تامل است: نکته اول این که افراد گروه سوم نسبت به اهمیت مذهبی این ماه بی تفاوت بودند و به انجام فرائض دینی خود مانند روزه که مخصوص این ماه می‌باشد بی توجهی نشان داده‌اند و در نتیجه نتوانستند از حمایت معنوی این ماه (یا روزه داری و انجام مناسک دینی و داشتن تجربه مذهبی) که ناشی از احساس ارتباط با خدا می‌باشد، برخوردار شوند. در همین رابطه، میتون (۱۹۸۹)، به نقل از بهرامی احسان، (۱۳۸۱)، در گزارش پژوهشی خود نشان داده است که حمایت معنوی ناشی از احساس ارتباط با خدا، اثرات موقعیتهای اضطراب برانگیز را کاهش داده و به صورت مثبتی بر افسردگی، میزان سازگاری و حرمت خود اثر می‌گذارد. همچنین کامستاک و پاتریج هم نشان دادند احتمال خودکشی در بین افرادی که به کلیسا نمی‌روند چهار برابر بیشتر از افرادی است که به کلیسا می‌روند (غباری بناب، ۱۳۸۰). نکته بعدی این است که در ماه رمضان جو جامعه به شدت

مذهبی می‌شود، به طوری که جامعه را در کل تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. اما در این افراد به خاطر عدم توجه به روزه که مهمترین عمل دینی در این ماه می‌باشد، عاملهای مرغوبیت اجتماعی، حمایت گروهی و پشتیبانی و پذیرش از سوی دیگران هم نادیده گرفته می‌شود و در نتیجه احساس فشار بیشتری از سوی جامعه می‌شود و همین عامل منجر به افت سطح سلامت عمومی در این افراد می‌شود. البته این نکته حتی در مورد افراد گروهی هم که به دلایل عذر شرعی یا پزشکی (نه بی‌توجهی) نتوانسته‌اند روزه بگیرند، صدق می‌کند. نکته جالب توجه اینجاست که افراد گروه دوم که به دلایل عذر شرعی یا پزشکی نتوانسته‌اند روزه بگیرند در زیر مقیاس «اضطراب و بیخوابی» پس از ماه رمضان تفاضل نمره قابل توجهی کسب کرده‌اند و با توجه به اینکه این افراد بنا به عذر و نه به خواست خود نتوانسته‌اند روزه بگیرند علاوه بر موارد بالا شاید بتوان چنین استنباط کرد که اضطراب و ناراحتی این افراد ناشی از این هم می‌تواند باشد که با توجه به فضائل و آداب این ماه، چون این افراد نتوانسته‌اند طبق میل درونی خود روزه بگیرند، تمایلات مذهبی آنها ارضا نشده‌است و نیازهای روحی آنها بدون پاسخ مانده‌است؛ بنابراین پس از این ماه در مرحله پس از آزمون در زیر مقیاس «اضطراب و بیخوابی» نمره بالایی را کسب کرده‌اند. ○ البته این نکته نیز قابل ذکر است که تعداد نمونه‌ها به خصوص در گروههایی که روزه نگرفته‌اند، محدود بوده است و احتمال دارد یکی از دلایلی که در آزمون تعقیبی شفه تفاوت‌های معنادار عمدتاً بین گروههایی که به طور کامل روزه گرفته‌اند و اصلاً روزه نگرفته‌اند، بوده است به دلیل محدود بودن تعداد نمونه‌ها باشد. بنابراین لزوم تحقیقات در گروههای بزرگتر و مشابه‌تر با جامعه پیشنهاد می‌شود.

○ اما سخن پایانی این است که ارتباط تنگاتنگ «دین» و «مراسم دینی» با «سلامت روان» از تحقیقات انجام شده به خوبی استنباط می‌شود و نتایج این پژوهش نیز تأیید کننده این ارتباط می‌باشد. نتایج این پژوهش نشان دهنده آن است که آئین‌ها و مراسم مذهبی با میزان سطح سلامت عمومی افراد مرتبط می‌باشد، به طوری که انجام این فرائض با کاهش میزان اضطراب و افسردگی و افزایش کنترل خود و حمایت اجتماعی ارتباط مستقیم دارد.

○ ○ ○

یادداشت‌ها

- | | |
|-------------------------|--------------|
| 1- Obsessional neurosis | 2- Freud, S. |
| 3- Ellis | 4- Argyle |
| 5- Scobie | 6- Wulff |

- | | |
|------------------------------|--|
| 7- Reeves | 8- Boersma |
| 9- Apple | 10- Ferral |
| 11- Kvale | 12- Koeing |
| 13- Koenig | 14- Pargament |
| 15- Nielsen | 16- Propst |
| 17- Ostrom | 18- Watkins |
| 19- Dean | 20- Mashburn |
| 21- Beck | 22- Rush |
| 23- Shaw | 24- Emery |
| 25- Dittes | 26- Chesen |
| 27- Anderson | 28- Bock |
| 29- Warren | 30- Stifbss - Hanssen |
| 31- Neuroses | 32- Rigid religiosity |
| 33- Batson | 34- Internal religion |
| 35- External religion | 36- Huxley |
| 37- Pruyser | 38- Homer |
| 39- Dobb | 40- General Health Questionnaire (GHQ) |
| 41- Screening questionnaire | 42- Reliability |
| 43- Validity | 44- Self - alienating |
| 45- Obsessive self - concern | 46- Tellis - Nayak |
| 47- Years | 48- Spanning |
| 49- Trew | 50- Hartocollis |
| 51- Cassidy | 52- Idler |
| 53- Kendler | 54- Gardner |
| 55- Prescott | 56- McCullough |
| 57- Larson | 58- George |
| 59- Ellison | 60- Plante |
| 61- Sherman | 62- Batson |
| 63- Wach | 64- Tippett |

○ ○ ○

منابع

- آذربایجان، مسعود. (۱۳۸۵). آزمون جهت‌گیری مذهبی با تکیه بر اسلام. فصلنامه حوزه و دانشگاه، سال هفتم، شماره

۲۹، ۵۹-۳۵.

- بهرامی احسان، هادی. (۱۳۸۱). رابطه بین جهت‌گیری مذهبی، اضطراب و حرمت خود. مجله روانشناسی ۲۴ / سال ششم، شماره ۴، ۳۳۶-۳۴۷.
- جلیوند، محمد امین؛ اژه‌ای، جواد. (۱۳۷۶). مطالعه رابطه نماز و اضطراب در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر تهران. مجموعه مقالات همایش نقش دین در بهداشت روان، تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۲۷-۲۴ آذر، ص ۳۴.
- خدایپناهی، محمدکریم؛ حیدری، محمود. (۱۳۸۲). بررسی اثر آهنگ زیارت کعبه در سلامت عمومی حجاج. مجله روانشناسی ۲۸ / سال هفتم / شماره ۴، ۳۴۱-۳۳۰.
- خداحیمی، سیامک. و جعفری، سیدغلامعلی. (۱۳۷۷). روان‌درمانی و مذهب (نقش مذهب بر فرایندهای بهداشت روانی و روان‌درمانی و روانشناسی بالینی). تازه‌های روان‌درمانی، شماره ۷ و ۸، ۲۸-۴.
- سمیعی کرانی، صمصام. (۱۳۸۳). مقایسه سلامت روانی والدین کودکان دبستانی مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه با والدین کودکان عادی شهرستان فارس با ملاحظه وضعیت اجتماعی - اقتصادی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شهیدبهشتی تهران.
- طالبان، محمدرضا. (۱۳۸۱). افول دینداری و معنویت: توهم یا واقعیت «تاملی در یافته‌های پژوهشی». تربیت (ماهنامه پرورشی وزارت آموزش و پرورش) سال هیجدهم، شماره ۱، ۴۶-۵۱.
- غباری بناب، باقر. (۱۳۸۰). مطالعاتی در قلمرو مشترک دین و روانشناسی. فصلنامه حوزه و دانشگاه / سال هفتم / شماره ۲۹، ۱۰۸-۹۷.
- مظاهری، محمدعلی؛ حیدری، محمود. و پوراعتقاد، حمیدرضا. (۱۳۸۲). مقایسه بهداشت روانی در زوجهای جشنهای ازدواج دانشجویی و زوجهای عادی. مجله روانشناسی ۲۵ / شماره ۱، ۷۰-۵۲.
- وکیلان، سیداحمد. (۱۳۷۶). رمضان در فرهنگ مردم ایران. تهران: سروش
- یوسفی لویه، مجید. و حسن پور، فاطمه. (۱۳۷۶). تأثیر تلاوت قرآن کریم بر کاهش اضطراب و افسردگی. مجموعه مقالات همایش نقش دین در بهداشت روان، تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۲۷-۲۴ آذر، ص ۷۹.
- Argyle, M. (2000). *Psychology and religion: An introduction*. London: Routledge.
- Danahue, M. J.; Benson, P. L. (1995). Religion and well-being of adolescents. *Journal of Social Issues*, 51, (2), 145-160.
- Gorsush, R. (1994). Toward motivation theories of intrinsic commitment. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 33, (4).
- Hill, P.; Pargament, K. I. (2003). Advanced in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *American Psychologist*. 58, (1), 64-74.
- Hunsberger, B. (1995). Religion and prejudice: The role of religious fundamentalism, quest, and right-wing authoritarianism. *Journal of Social Issues*. 51, (2), 33-48.
- McFadden, S. H. (1995). Religion and well-being in aging person society. *Journal of Social Issues*, 51, (2), 161-175.

Spilka, B.; Ladd, K. L. & McIntosh D. N. (1996). The content of religious experience: The role of expectancy and desirability. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 6(2), 95-105.

Spilka, B.; Hood, R. W.; Hunsberger, B. & Gorsuch, R. (2003). *The psychology of religion*. 3rd Edition. NY: Guilford

Ventis, L. W. & College of William & Mary (1995). The relationships between religion and mental health. *Journal of Social Issues*, 51, (2), 33-48.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی