



روزه‌داری در ماه مبارک رمضان و سلامت روانی

دکتر شاهرخ سردار پورگودرزی*، دکتر احمد سلطانی زرنندی**

چکیده

هدف: این بررسی به منظور ارزیابی رابطه روزه‌داری در ماه رمضان و سلامت روانی، انجام شده است. روش: ۷۵ مرد مسلمان به ظاهر سالم که تصمیم به روزه‌داری در ماه مبارک رمضان ۱۴۱۸ قمری (۱۳۷۶ خورشیدی) را داشتند و این فریضه را در سالهای پیش نیز انجام داده بودند طی یک دوره زمانی دو ماهه مورد بررسی قرار گرفتند. آزمودنی‌ها به کمک پرسشنامه SCL-90-R در سه مرحله آغاز، پایان و یک‌ماه پس از ماه رمضان از نظر سلامت روانی مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها به کمک آزمون t مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها: میانگین نمرات آزمودنی‌هایی که در ماه رمضان روزه گرفتند با کاهش در تمامی مقیاسها پس از ماه رمضان و یک‌ماه بعد تفاوت معنی‌دار دیده شد. روزه‌داری در ماه رمضان تنها باعث کاهش معنی‌دار در میانگین نمره مقیاس افکار پارانوئیدی گردید. این کاهش در مرحله پیگیری یک ماه پس از ماه رمضان نیز معنی‌دار بود. این بررسی نشان داد که نمره افراد متأهل در مقیاسهای وسواس و اجبار و افکار پارانوئیدی پس از ماه رمضان بیشتر از افراد مجرد و افکار پارانوئیدی و ضریب کلی علائم مرضی در شاغل‌های روزه‌دار بیش از روزه‌داران غیر شاغل کاهش یافت. نتیجه: روزه‌داری در ماه مبارک رمضان سبب کاهش برخی ناراحتی‌های روانی شده اما در بسیاری از موارد آن کاهش معنی‌دار نیست و نیاز به مطالعات کنترل‌شده بیشتری است.

کلید واژه: رمضان، روانپزشکی، روزه، SCL-90-R، سلامت روانی

مقدمه

اجتماعی دانسته و این سه جنبه را دارای تأثیر متقابل بر یکدیگر نشان داده است (سازمان جهانی بهداشت ۱۹۹۰، شماهی^۱، متذکر^۲، ۱۹۹۱). از جمله وظایف تعیین شده برای هر فرد مسلمان روزه‌داری است. برای

انسان در طول تاریخ در اندیشه تأمین سلامت و تندرستی خود بوده است. سازمان جهانی بهداشت، سلامت را حالت رفاه و آسایش جسمی، روانی و

* روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی. تهران، خیابان شهید مدنی، بیمارستان امام حسین(ع) مجتمع روانپزشکی و علوم رفتاری (نویسنده مسئول).

** پزشک عمومی، مرکز تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان. کرمان، گروه تحقیقات علوم پزشکی در اسلام.

روزه‌داری فوائد بسیاری گفته شده (عفی‌فی^۱، ۱۹۹۷)، اما دیدگاه اسلام نسبت به روزه، دارای بعد معنوی و کوشش در راستای ارتقاء سلامت روان و سلامت بدنی بوده است. گرچه در زمینه تأثیر روزه‌داری بر سلامت بدنی بررسی‌های زیادی انجام شده است (هالاک^۲، نعمانی^۳، ۱۹۹۸) لیکن ارزیابی گسترده و علمی نقش این فریضه در بهسازی روانی کمتر مورد توجه بوده است. همچنین گزارش‌ها بیانگر نقش روزه‌داری در کاهش میزان رفتارهای خودکشی طی ماه رمضان است (ازهر^۴، وارما^۵ و دهاروپ^۶، ۱۹۹۴، داراتکه^۷، ۱۹۹۲).

پژوهش‌های انجام‌شده در ایران در زمینه ارتباط بهداشت روان و روزه‌داری نیز بیانگر تأثیر روزه‌داری بر این مهم است. کاهش میزان اضطراب و افسردگی در پایان ماه رمضان در بررسی محمدی و لاریجانی (۱۳۸۰) و مشیری (۱۳۷۹) نشان داده شده است. همچنین میزان اقدام به خودکشی نیز در بررسی صادقی‌پور و رضایی‌قلعه (۱۳۸۰) و بررسی نصرآبادی، اسدالهی و محمدی (۱۳۸۰) پس از ماه رمضان کاهش یافته بود. همچنین پرسشنامه فهرست علائم ۹۰ سؤالی^۸ (SCL-90-R) در پایان ماه رمضان، کاهش ضریب علائم مرضی را در دانشجویان نشان داد (صالحی، سلیمانی‌زاده، ۱۳۸۰). کاهش نمره پرسشنامه سلامت عمومی^۹ (GHQ) در پایان ماه رمضان در بررسی قهرمانی، دلشاد نوقایی (۱۳۸۰) و زهروی و پهلوانی (۱۳۸۰) بیانگر تأثیر روزه‌داری بر این مقیاسها به ویژه در خرده مقیاسهای اضطراب، افسردگی و عملکرد اجتماعی است. با این وجود برخی بررسی‌ها یافته‌های دیگری را بیان داشته‌اند (سردار پورگودرزی، سلطانی زرنندی، خضرائیان، ۱۳۸۰ الف، ۱۳۸۰ ب).

نگاهی به بررسی‌های انجام‌شده در ایران نشان می‌دهد که نبود پیگیری در ماه‌های پس از ماه رمضان، نبود گروه‌های گواه، به کار بردن نمونه‌گیری در دسترس به‌ویژه در گروه‌های دانشجویی سبب گردیده

است تا در یافته‌های این بررسی‌ها تردید شود. پژوهش حاضر با توجه به چنین مشکلاتی و به منظور ارزیابی تأثیر روزه‌داری در ماه مبارک رمضان بر وضعیت روانی افراد و میزان پایداری این تأثیرات در ماه‌های بعد انجام گردیده است.

از سوی دیگر برخی پژوهشگران به کاهش توان ذهنی فرد در طی روزه‌داری در ماه رمضان نیز اشاره کرده‌اند (میلوس^{۱۰}، خامایسی^{۱۱} و اصلی^{۱۲}، ۱۹۹۳).

روش

بررسی حاضر از نوع نیمه آزمایشی^{۱۳} است. ۷۵ مرد به ظاهر سالم که تصمیم به روزه‌داری در ماه رمضان سال (۱۴۱۸ قمری، ۱۳۷۶ خورشیدی) داشتند و این فریضه را در طی دست‌کم دو سال پیش نیز به جا آورده بودند، طی یک دوره زمانی دو ماهه در سه مرحله: در آغاز و پایان ماه رمضان و پایان ماه شوال همان سال مورد ارزیابی قرار گرفتند تا بتوان تغییرات ایجاد شده در فرد را پس از ماه رمضان و یک ماه پس از آن مقایسه نمود.

آزمودنی‌های پژوهش با مراجعه به یک مسجد، یک اداره دولتی، یک خوابگاه دانشجویی و یکی از کارخانه‌های شهر کرمان به تصادف انتخاب شدند.

این افراد در گروه سنی ۵۷-۱۹ سال و میانگین سنی ۲۸ سال بودند. ۳۹ نفر از آزمودنی‌های پژوهش مجرد، ۳۵ نفر متأهل و ۱ نفر بیوه بودند. ۷ نفر از این افراد از نظر سطح تحصیلات زیر دیپلم، ۱۶ نفر دیپلم، ۶ نفر کاردانی، ۲۴ نفر کارشناسی، ۱۱ نفر کارشناسی ارشد، ۹ نفر دکتری و ۲ نفر نامشخص بودند.

-
- | | |
|---|-----------------------|
| 1- Afifi | 2- Hallack |
| 3- Nomani | 4- Azhar |
| 5- Warma | 6- Dharup |
| 7- Daradkeh | |
| 8- Symptom Check List -90- Revised (SCL-90-R) | |
| 9- General Health Questionnaire (GHQ) | |
| 10- Maislos | 11- Khamaysi |
| 12- Assali | 13- quasiexperimental |

داده‌های پژوهش به کمک یک پرسشنامه جمعیت‌شناختی و فهرست علائم ۹۰ سؤال‌ی گردآوری گردید. این پرسشنامه در بررسی‌های چندی در ایران به کار رفته (باقری یزدی، بوالهروی و شاه‌محمدی ۱۳۷۳؛ میرزایی، ۱۳۵۹؛ فیروزآبادی، ۱۳۷۶؛ باقری یزدی، بوالهروی و پیروی، ۱۳۷۴) و پایایی، ویژگی و حساسیت آن به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۸ و ۰/۹۴ گزارش شده است (باقری یزدی و همکاران، ۱۳۷۴).

پس از گردآوری داده‌ها شاخص‌های سه‌گانه فهرست علائم ۹۰ سؤال‌ی در سه مرحله یادشده با یکدیگر مقایسه شدند. بدین ترتیب هر فرد دارای دو نمره بود که یکی از این دو نمره تفاوت بین نمره SCL-90-R در آغاز و پایان ماه مبارک رمضان و نمره دوم تفاوت بین نمره SCL-90-R در پایان ماه مبارک و یک ماه پس از آن بود. داده‌ها به کمک آزمون t برای تک تک مقیاس‌های آزمون SCL-90-R و ضرایب آن برای متغیرهای جمعیت‌شناختی در هر مرحله محاسبه شده و نقش هر یک از این متغیرها در روزه‌داری مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته‌ها

مقایسه میانگین نمره‌های آزمودنی‌های پژوهش در سه مرحله یادشده، کاهش میانگین نمره‌ها را در تمامی مقیاس‌ها نشان داد. یک ماه پس از ماه رمضان همه مقیاس‌ها به استثنای حساسیت در روابط متقابل، ترس مرضی و روان‌پریشی افزایش یافت. مقایسه میانگین نمره‌های آزمودنی‌ها در آزمون t تفاوت معنی‌دار میان آنها را در مقیاس افکار پارانوئیدی نشان داد (جدول ۱). بدین معنی که روزه‌داری در ماه رمضان کاهش میانگین نمره مقیاس افکار پارانوئیدی را در پی داشته و روزه نداشتن در ماه پس از آن با افزایش معنی‌دار در این نمره همراه بوده است.

گرچه مقایسه مقیاس‌های آزمون در آغاز و پایان ماه رمضان کاهش میانگین نمره مقیاس‌های وسواس،

مشکلات جسمانی، اضطراب، افسردگی، پرخاشگری، ترس مرضی و حساسیت در روابط متقابل، همچنین کاهش در شاخص‌های ضریب کلی علائم مرضی، معیار ضریب ناراحتی و جمع علائم مرضی را نشان داد، اما این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود.

کاهش در میانگین نمره حساسیت در روابط متقابل، ترس مرضی و روان‌پریشی یک ماه پس از ماه رمضان همچنان ادامه داشت. اما کاهش ایجادشده کمتر از میزان کاهش موجود در پایان ماه رمضان بود.

جدول ۱- میانگین، نمره t، سطح معنی‌داری نمره‌های آزمودنی‌های پژوهش در آغاز ماه رمضان و یک ماه پس از آن در مقیاس‌های SCL-90-R

مقیاس	میانگین	نمره t	سطح معنی‌داری
شکایات جسمانی	-۰/۱۱۸	-۱/۴۱	N.S.
وسواس و اجبار	-۰/۰۹۹	-۱/۱۶	N.S.
حساسیت در روابط متقابل	-۰/۰۱۲	-۰/۱۹	N.S.
افسردگی	-۰/۰۳۲	-۰/۳۹	N.S.
اضطراب	-۰/۰۷۷	-۱/۱۹	N.S.
پرخاشگری	-۰/۰۹۳	-۱/۰۸	N.S.
ترس مرضی	۰/۰۱۲	۰/۲۳	N.S.
افکار پارانوئیدی	-۰/۱۹۸	-۰/۳۴	۰/۰۲
روان پریشی	۰/۰۴۵	۰/۸	N.S.
ضریب کلی علائم مرضی (GSI)	-۰/۰۵۸	-۱/۲۱	N.S.
جمع علائم مرضی (PST)	-۳/۲۶۷	-۱/۴۲	N.S.
معیار ضریب ناراحتی (PSDI)	-۰/۱۱۴	-۱/۰۷	N.S.

این بررسی نشان داد که تأثیر روزه در مقیاس‌های وسواس و اجبار و افکار پارانوئیدی در متأهل‌ها بیشتر

از مجردها ($P < 0/02$) و در شاغلین بیشتر از دانش‌آموزان و دانشجویان ($P < 0/01$) بود. در مقیاس وسواس و اجبار نیز کاهش معنی‌دار ($P < 0/02$) دیده شد (جدول ۲).

آزمون t تفاوت معنی‌دار در کاهش نمره‌های مقیاس وسواس-اجبار ($P < 0/01$)، افکار پارانوئیدی ($P < 0/05$) و جمع علائم مرضی ($P < 0/05$) در گروه دیپلم و زیر دیپلم نسبت به سایر گروه‌های تحصیلی نشان داد (جدول ۳).

مقایسه نمره‌های آزمودنی‌های پژوهش در گروه‌های سنی مختلف کاهش در مقیاس افسردگی و جمع علائم مرضی در گروه سنی ۲۸-۲۶ سال در مقایسه با دو گروه دیگر را نشان داد اما تفاوت ایجاد شده از نظر آماری معنی‌دار نبود. کاهش ایجاد شده در مقیاس‌های حساسیت در روابط متقابل افکار پارانوئیدی و ضریب کلی علائم مرضی در همین گروه و مقیاس وسواس-اجبار در گروه سنی بالای ۲۹ سال در مقایسه با سایر گروه‌ها تفاوت معنی‌دار (به ترتیب $P < 0/01, P < 0/01, P < 0/05, P < 0/05$) داشت (جدول ۴).

جدول ۲- میانگین، نمره t و سطح معنی‌داری نمره‌های وسواس و اجبار، افکار پارانوئیدی و ضریب کلی علائم مرضی در ماه رمضان و ماه پس از آن بر حسب وضعیت شغلی

مقیاس	وضعیت شغلی	میانگین	نمره t	سطح معنی‌داری
وسواس و اجبار	شاغل	-۰/۲۵۹	-۲/۳۶	۰/۰۲
	غیر شاغل	۰/۰۹۱	۰/۶۷	N.S.
افکار پارانوئیدی	شاغل	-۰/۴۱۴	-۳/۶۵	۰/۰۱
	غیر شاغل	۰/۰۲۹	۰/۲۴	N.S.
ضریب کلی علائم مرضی (GSI)	شاغل	-۰/۱۲۱	-۲/۰۱	۰/۰۵
	غیر شاغل	۰/۰۲۱	۰/۲۷	N.S.

جدول ۳- میانگین، نمره t و سطح معنی‌داری نمره‌های مقیاس‌های وسواس و اجبار، افکار پارانوئیدی، ضریب کلی علائم مرضی و جمع علائم مرضی در ماه رمضان و ماه پس از آن بر حسب سطح تحصیلات

مقیاس	سطح تحصیلات	میانگین	نمره t	سطح معنی‌داری
وسواس اجبار	دیپلم و زیر دیپلم	-۰/۳۵۵	-۲/۹۱	۰/۰۱
	کاردانی و کارشناسی	۰/۰۰۷	۰/۰۵	N.S.
افکار پارانوئیدی	کارشناسی ارشد و دکترا	۰/۰۲۶	۰/۱۵	N.S.
	دیپلم و زیر دیپلم	-۰/۳۶۱	-۳/۰۹	۰/۰۱
ضریب کلی علائم مرضی (GSI)	کاردانی و کارشناسی	-۰/۱۶۶	-۰/۹۹	N.S.
	کارشناسی ارشد و دکترا	-۰/۰۹۲	-۰/۶۳	N.S.
جمع علائم مرضی (PST)	دیپلم و زیر دیپلم	-۰/۱۴	-۲/۵۹	۰/۰۵
	کاردانی و کارشناسی	-۰/۰۰۳	-۰/۰۲	N.S.
جمع علائم مرضی (PST)	کارشناسی ارشد و دکترا	-۰/۰۴۶	-۰/۷۵	N.S.
	دیپلم و زیر دیپلم	-۸/۶۵۲	-۲/۵۷	۰/۰۵
جمع علائم مرضی (PST)	کاردانی و کارشناسی	-۰/۳۳۳	-۰/۰۷	N.S.
	کارشناسی ارشد و دکترا	-۱/۳	-۰/۵۱	N.S.

جدول ۴- میانگین، نمره t و سطح معنی داری نمره‌های مقیاسهای افسردگی، وسواسی- اجباری، افکار پارانوئیدی، حساسیت در روابط متقابل، ضریب کلی علائم مرضی و جمع علائم مرضی در پایان ماه رمضان و ماه پس از آن بر حسب گروههای سنی

مقیاس	گروههای سنی	میانگین	نمره t	سطح معنی داری
افسردگی	زیر ۲۵ سال	۰/۱۵۱	۰/۷۴	N.S.
	۲۶-۲۸ سال	-۰/۱۸۶	-۲/۱۴	۰/۰۵
	بالای ۲۹ سال	-۴/۸۶۶	-۰/۶۵	N.S.
وسواس و اجبار	زیر ۲۵ سال	۰/۱۲۵	۰/۷۷	N.S.
	۲۶-۲۸ سال	-۰/۱۵۱	-۱/۱۰	N.S.
	بالای ۲۹ سال	-۰/۲۹۹	-۲/۲۱	۰/۰۵
افکار پارانوئیدی	زیر ۲۵ سال	۶/۱۷	۰/۳۷	N.S.
	۲۶-۲۸ سال	-۰/۳۸۶	-۲/۸۶	۰/۰۱
	بالای ۲۹ سال	-۰/۲۵۲	-۲/۲	۰/۰۵
حساسیت در روابط متقابل	زیر ۲۵ سال	۰/۱۲	۱/۰۶	N.S.
	۲۶-۲۸ سال	-۰/۱۹۲	-۲/۸۶	۰/۰۱
	بالای ۲۹ سال	۶/۶۵	-۰/۵۲	N.S.
ضریب کلی علائم مرضی (GSI)	زیر ۲۵ سال	۴/۶۲	۰/۴۷	N.S.
	۲۶-۲۸ سال	-۰/۱۲۷	-۲/۳۱	۰/۰۵
	بالای ۲۹ سال	-۹/۳۸	-۱/۰۲	N.S.
جمع علائم مرضی (PST)	زیر ۲۵ سال	۰/۸۰۸	۰/۱۷	N.S.
	۲۶-۲۸ سال	-۵	-۲/۰۴	N.S.
	بالای ۲۹ سال	-۶	-۱/۲۹	N.S.

بحث

متفاوت این تغییرات را ممکن است به کاهش ارتباطهای میان فردی در ماه رمضان نسبت داد.

کاهش نسبتاً پایدار نمره مقیاسهای حساسیت در روابط متقابل، ترس مرضی و روان پریشی در پژوهش حاضر در پایان ماه رمضان و یک‌ماه پس از آن قابل توجه و نیاز به بررسی‌های بیشتری دارد.

شاید بتوان کاهش بیشتر نمره مقیاس‌های وسواس و افکار پارانوئیدی در افراد متأهل نسبت به افراد مجرد و در افراد شاغل نسبت به دانش‌آموزان و دانشجویان را که بیشتر در افراد ۲۹ ساله و بالاتر دیده می‌شود، به دلیل تأثیر مخدوش کننده سن دانست.

تفسیر تأثیر میزان تحصیلات بر نمره مقیاس افکار پارانوئیدی، ضریب کلی علائم مرضی و جمع علائم

کاهش در میزان افکار پارانوئیدی می‌تواند نشان‌دهنده تأثیر مشخص روزه‌داری در ماه مبارک رمضان باشد. شاید این امر تا اندازه‌ای مربوط به رعایت آموزه‌های مذهبی در زمینه ارتباط میان فردی، بخشش، اطعام بینوایان و خوشروئی باشد. اینکه دین اسلام، روزه‌داری را محدود به پرهیز از خوردن و خوراک نمی‌کند و روزه‌دار را از همه بدی‌ها مانند تهمت یا غیبت، دروغ‌گویی، آلودگی نگاه به دور می‌داند، خود می‌تواند موجب آرامش و اطمینان در روابط میان فردی و کاهش بدگمانی نسبت به سایرین گردد. کاهش میزان حساسیت در روابط میان فردی نیز می‌تواند پیامد چنین تأثیری باشد. گرچه با نگاهی

مرضی دشوار است و نیاز به بررسی‌های بیشتری دارد. امید است با انجام پژوهش‌های گسترده‌تر و از میان برداشتن نارسایی‌های پژوهش حاضر که از جمله نداشتن گروه کنترل و مشارکت نداشتن زنان بود، گامی فراتر در راستای دستاوردهای روزه‌داری برداشته شود.

منابع

باقری یزدی، سید عباس؛ بوالهروی، جعفر؛ شاه‌محمدی، داود (۱۳۷۳). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستائی میبد یزد، فصلنامه اندیشه و رفتار. سال اول، شماره ۱، ۳۹-۳۲.

باقری یزدی، سید عباس؛ بوالهروی، جعفر؛ پیروی، حمید (۱۳۷۴). بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشگاه تهران، ورودی ۱۳۷۴-۱۳۷۳، فصلنامه اندیشه و رفتار. سال اول، شماره ۴، ۳۹-۳۰.

جلالی تهرانی، سیدمحمد مهدی (۱۳۷۳). نقش مذهب در سلامت روان، مجموعه سخنرانیهای گردهمایی ماهانه دفتر مطالعات اسلامی در بهداشت روانی، شماره ۱۲۶، ص ۲.

زهری، طاهره؛ پهلوانی، هاجر (۱۳۸۰). مطالعه نقش روزه‌داری در سلامت روانی گروهی از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زاهدان. چکیده مقالات اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان. تهران، انستیتو روانپزشکی تهران. (ص ۶۸).

سردار پورگودرزی، شاهرخ؛ سلطانی زرنندی، احمد؛ خضرائیان، حمیده (۱۳۸۰ الف). بررسی تأثیر روزه‌داری در ماه مبارک رمضان بر ارزیابی فرد از سلامت جسمانی- روانی خود. چکیده مقالات اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان. تهران، انستیتو روانپزشکی تهران. (ص ۷۱).

سردار پورگودرزی، شاهرخ؛ سلطانی زرنندی، احمد، خضرائیان، حمیده (۱۳۸۰ ب). روزه داری و سلامت روانی. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران، ویژه‌نامه پائیز. (ص ۴۳).

صادقی‌پور، حسین؛ رضائی قلعه، نصر... (۱۳۸۰). اثر ماه رمضان بر تعداد موارد اقدام به خودکشی. مجله غدد درون ریز و

متابولیسم ایران، ویژه‌نامه پائیز. (ص ۳۴).

صالحی، لیلیا؛ سلیمانی زاده، لاله (۱۳۸۰). بررسی تأثیر روزه‌داری بر کاهش اضطراب و افسردگی در دانشجویان دانشکده پرستاری- مامائی و بهداشت. مجله غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران، ویژه‌نامه پائیز. (ص ۷).

طوسی، خواجه نصیرالدین محمد (۱۳۶۸). اوصاف الاشراف. تهران: دفتر نشر فرهنگ اسلامی.

فیروز آبادی، علی (۱۳۷۶). بررسی اختلالات روانی در جانبازان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی بنیاد جانبازان استان سمنان. خلاصه مقالات همایش بهداشت روانی و جنگ. تهران. (ص ۱۸-۱۷).

قهرمانی، محمد؛ دلشاد نوقابی، علی؛ توکلی‌زاده، جهانشیر (۱۳۸۰). بررسی تأثیر روزه داری بر وضعیت سلامت روانی. چکیده مقالات اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان. تهران، انستیتو روانپزشکی تهران. (ص ۱۱۰).

محمدی، محمد رضا؛ لاریجانی، باقر (۱۳۸۰). بررسی شدت اضطراب و افسردگی در ماه رمضان، مجله غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران، ویژه‌نامه پائیز، (ص ۳۰).

مشیری، زهرا (۱۳۷۹). بررسی تأثیر ماه مبارک رمضان در میزان افسردگی دانشجویان رشته‌های مختلف دانشگاه آزاد اسلامی واحد مهاباد. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران، ویژه‌نامه پائیز، (ص ۴۹).

میرزائی، رقیه (۱۳۵۹). ارزیابی پایائی و اعتبار آزمون SCL-90-R در ایران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی و علوم رفتاری، دانشگاه تهران. (۵۳ - ۵۰).

یعقوبی نصرآبادی، محمد؛ اسدالهی، قربانعلی؛ محمدی، محمد (۱۳۸۰). مقایسه فراوانی اقدام به خودکشی در ماههای محرم، صفر و رمضان با بقیه ماهها. چکیده مقالات اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان، تهران، (ص ۱۶۵).

Afifi, Z. (1997). Daily practice , study performance and health during the Ramadan fast. *Journal of Royal Society of Health*, 117, 231- 235.

Azhar, M. Z., Warma, S. I., & Dharup, A. S. (1994). Religious psychotherapy in anxiety disorder patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 1- 3.

Daradkeh, T.K. (1992). Parasuicide during Ramadan in Jordan. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 253- 254.

Hallak, M. H., Nomani, M. Z. (1998). Body weight loss and changes in blood lipid levels in normal men on hypocaloric diets during Ramadan fasting. *American Journal of Clinical Nutrition*, 48, 1197- 1210.

Maislos, M., Khamaysi, N., & Assali, A. (1993). Marked increase in plasma high density lipopro-

tein cholesterol after prolonged fasting during Ramadan. *American Journal Clinical Nutrition*, 57, 640- 642.

Schmahi, F. W., & Metzler, B. (1991). The health risk of occupational stress in Islamic industrial workers during Ramadan fasting period, *Journal Occupational Medicine*, 4, 219-228.

World Health Organization (1990). *The introduction of mental health component into primary health care*. Geneva: WHO (P.P., 4-5).