

# بررسی نقش زیارت دینی در سلامت روانی افراد

بهروز دولتشاهی هاجر پهلوانی

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی و شبه آزمایشی است که با هدف بررسی اثر زیارت دینی بر سلامت روانی اجرا گردیده است. بدین منظور تعداد ۷۰ نفر در دو گروه سیاحتی ( $n=35$ ) و زیارتی ( $n=35$ ) با در نظر گرفتن متغیرهای جنسیت، سن و داشتن سواد با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. هر دو گروه هم قبل و هم بعد از بازگشت از سفر آزمون سلامت عمومی ( $GHQ$ ) ۲۸ سؤالی را تکمیل نمودند. سپس داده‌های ۷۰ آزمودنی جمع‌آوری و نتایج با استفاده از آزمون آماری  $t$  تجزیه و تحلیل گردید. نتایج نشان داد که دو گروه، هم در هنگام عزیمت و هم در هنگام برگشت از سفر در متغیر سلامت روانی با هم دیگر تفاوت معناداری داشتند. به عبارتی گروه زیارتی در هر دو مرحله به طور معناداری از سلامت روانی بالاتری نسبت به گروه سیاحتی برخوردار بودند. هم‌چنین نتایج نشان داد که زیارت دینی به طور معناداری در مقایسه با سیاحت باعث کاهش علائم و ارتقاء سلامت روانی زائرین خانه خدا گردیده است و این تفاوت به جز در بعد علائم جسمانی در سایر ابعاد افسردگی، اضطراب و

سازگاری اجتماعی معنادار بود. جالب این که مقایسه گروه زیارتی در دو مرحله عزیمت و بازگشت نشان داد که گرچه زیارت علائم اضطراب، افسردگی را کاهش داده و باعث افزایش سازگاری اجتماعی افراد شده است، ولی در بعد علائم جسمانی تغییر معناداری ایجاد نکرده است. اما سفر سیاحتی، به طور کلی، هیچ تفاوت معناداری در سلامت روانی افراد ایجاد نکرده است.

#### مقدمه

دین و دین‌داری حقیقتی است که پیوسته با بشر بوده و شالوده زندگی وی را تشکیل می‌دهد. دین و مذهب از ارکان اصلی فرهنگ هر ملتی است که جامعه را هویت و انسجام می‌بخشد و در افراد جامعه حس هم‌بستگی به وجود می‌آورد. دستورات دینی، مراسم و آیین‌های دینی همه عواملی هستند که می‌توانند در امر درمان و پیش‌گیری اختلالات روانی و هم‌چنین برای ارتقای سلامت روان به نحو مؤثری به کار گرفته شوند (داویدیان، ۱۳۷۶).

دین شامل مجموعه‌ای از باورها و رفتارهایی دینی است که شیوه رفتاری خاصی را به افراد ارائه می‌دهد (رابرت، ۱۹۹۲).

بسیاری از پژوهشگران علوم رفتاری و روان‌درمان‌گران معتقدند که این باورها و رفتارها در پیش‌گیری و شفادهی بیماری‌های جسمانی و روان‌شناختی نقش اساسی دارند (نیل‌من و پرساد (Nealman and Persaud)، ۱۹۹۵). به گونه‌ای که برخی فقدان باورهای دینی را علت بیماری‌های روانی دانسته و توصیه به درمان اختلالات به طریق آموزش‌های دینی نموده‌اند. پژوهش‌های زیادی در این راستا رابطه مثبت بین باورها و نگرش‌ها و عمل‌کردهای دینی با شاخص بهداشت روانی و حتی جسمانی را به اثبات رسانیده‌اند (ویلتزو کریدر (Willits and Crider)، ۱۹۹۲ به نقل از کوئینگ (Koenig) و همکاران، ۱۹۹۲).

کوهن (Cohen) و همکاران (۱۹۹۵) در مطالعه‌ای بین میزان افسردگی و مقابله دینی ارتباط منفی معناداری به دست آوردند. در این بررسی افراد متدین به طور معناداری علائم افسردگی از قبیل فقدان علاقه و انگیزه، کناره‌گیری و انزوا، احساس دل‌شکستگی، بی‌قراری و ناامیدی کمتری از خود نشان دادند (به نقل از ابوالقاسمی و حجاران، ۱۳۷۶).

ویلتزو کریدر در مطالعه‌ای که بر روی ۱۶۵۰ آزمودنی انجام دادند دریافتند که نگرش‌های

دینی به طور مثبتی با سلامت روانی ارتباط دارد (به نقل از کوئینگ و همکاران، ۱۹۹۲). برخی مطالعات نیز رابطه بین دین و سازگاری را بررسی نموده و دریافته‌اند که نگرش‌ها و فعالیت‌های دینی با احساس سازگاری به طور مثبتی هم‌بستگی دارند (لوین و واندر، ۱۹۹۸). در همین رابطه گانتنر و همکاران (۱۹۹۶) در مطالعه‌ای نشان دادند که داشتن باورهای دینی و انجام اعمال دینی با سازگاری بالای زناشویی، رضایت زناشویی و کاهش طلاق هم‌بستگی معناداری دارد. ویتور و همکاران (۱۹۸۵) نیز نشان دادند که ۲۰ تا ۶۰ درصد متغیرهای سلامت روانی افراد بالغ توسط باورهای دینی تبیین می‌شود (هر دو به نقل از تیکس و فرازیر (Tix and Frazier)، ۱۹۹۸). در مطالعه دیگری ویلیتر و کریدر (۱۹۸۹) نشان دادند که در یک نمونه ۱۶۵۰ نفری با میانگین سنی ۵۰ سال، نگرش‌های دینی با سلامت روانی رابطه مثبتی دارد. علاوه بر آن در این مطالعه مشاهده شد که متدین بودن با رضایت زناشویی در مردان و زنان و رضایت شغلی در مردان مرتبط بود. (به نقل از کوئینگ و همکاران، ۱۹۹۲)

چامبر بانینند (chamberbinand) و همکاران (۱۹۸۷) طی مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که بین متدین بودن، معناداری زندگی و سلامت روانی ارتباط معناداری وجود دارد (به نقل از رابرت، ۱۹۹۲). بررسی‌های دیگر تأثیر مداخلات دینی را در کاهش اضطراب و تحمل فشارهای روانی پس از بهبودی خاطر نشان ساخته‌اند. به عنوان مثال، نتایج دو بررسی نشان داد کسانی که به اعتقادات دینی پای‌بند بودند، اضطراب و ناراحتی کمتری را نسبت به کسانی که به اعتقادات دینی پای‌بند نبودند، گزارش نمودند (لیدنثال (Lindenthal) و همکاران، ۱۹۷۹؛ استارک (Stark)، ۱۹۷۱ به نقل از غباری، ۱۳۷۴).

باورها و اعمال دینی از طریق ایجاد هدف و معنی در زندگی، گسترش روابط اجتماعی، ارائه مراسم و ابزارهای تخلیه هیجانی، احساس تعلق ایجاد کردن در فرد و... موجبات آرامش و تخفیف اضطراب را فراهم می‌کنند (تیکس و فرازر، ۱۹۹۸).

زیارت یکی از این اعمال و مناسک دینی است که به عنوان یک تجربه بسیار شخصی در ارتباط با خداوند تلقی گردیده و در دین اسلام جایگاه بسیار ویژه‌ای دارد. ادبیات پژوهش در این خصوص معتقدند که رفتارهای دینی مثل زیارت و عبادت در نزد مسلمانان به عنوان یک ارزش محسوب شده و نگرش‌های مثبت به طرف موقعیت زندگی را تشویق می‌نمایند. در چنین تجربه‌ای فرد خود را به معبودش وامی‌گذارد و خود را در ارتباط بسیار نزدیک با خدا دانسته و امیدواری‌اش به کمک و

یاری او افزایش می‌یابد. لذا احساس آرامش درونی کرده و در حین زیارت تخلیه هیجانی انجام می‌دهند که اعتماد و اطمینان آنان را به خود بیشتر کرده و سلامت روانی آنها را افزایش می‌دهد (کران و سوچچان (Krol and Sohechan)، ۱۹۸۹) پارگامنت و ماتون (Pargament and Maton)، (۱۹۹۲) دریافتند که انجام اعمال دینی مثل زیارت و عبادت باعث کاهش عصبانیت و اضطراب می‌گردد. نیس و وینتراب (۱۹۹۵) طی پژوهشی روی ۴۰۰ آزمودنی به این نتیجه رسیدند که شرکت افراد در مراسم دینی از قبیل زیارت و عبادت با کاهش اختلالات روانی شرکت‌کنندگان نسبت به سایر افراد همراه است (به نقل از لوین و واندر (Levin and Vander)، ۱۹۹۸).

موریس (۱۹۸۳) طی پژوهشی اثر زیارت دینی را روی افسردگی و اضطراب در پی‌گیری طولی با ۱۲۴ بیمار جسمی مطالعه کرد و دریافت که علائم آنها بعد از زیارت رفتن کاهش معناداری یافته و این کاهش حداقل تا ۱۰ ماه بعد از برگشتن از زیارت ادامه دارد.

گرچه پژوهش‌های متعددی اثرات سلامت‌ساز دین و مقابله‌های دینی را تأیید کرده‌اند و اثر مثبت باورها و اعمال دینی را بر سلامت روانی نشان داده‌اند، اما در خصوص اثر زیارت به عنوان یک رفتار دینی در سلامت روان تحقیق علمی به ویژه در داخل کشور کمتر گزارش شده است. لذا با توجه به تأکید فزاینده مذاهب اسلامی به نقش زیارت در تزکیه و تهذیب نفس و فقدان مطالعات علمی در این حوزه، مطالعه حاضر گامی است در جهت بررسی نقش زیارت در سلامت روانی افراد.

### فرضیه‌های پژوهش

فرضیه اول. وضعیت سلامت روانی دو گروه مسافران زیارتی و سیاحتی با هم متفاوت است.

فرضیه دوم. زیارت سلامت روانی افراد را افزایش می‌دهد.

فرضیه سوم. سفر سیاحتی در وضعیت سلامت روانی افراد مؤثر است.

### روش پژوهش

نمونه پژوهش از بین افرادی که در سال ۱۳۷۹ برای اولین بار عازم زیارت خانه خدا بودند و قصد خود را از سفر به مکه فقط زیارت عنوان کرده بودند، انتخاب شدند (گروه زیارتی). یک گروه کنترل از بین افرادی که عازم سفر به کشورهای ترکیه و دبی بودند و هدفشان از مسافرت را صرفاً سیاحت و تفریح عنوان کرده بودند انتخاب شدند (گروه سیاحتی).

انتخاب نمونه پژوهش در هر دو گروه با در نظر گرفتن متغیرهای سن، جنسیت، دین و سواد با روش نمونه‌گیری در دست‌رس انجام شد. تعداد ۹۰ آزمودنی با توجه به متغیرهای فوق جهت شرکت در پژوهش انتخاب شدند.

اجرای پژوهش با هماهنگی و همکاری مسئولین کاروان‌های زیارتی و سیاحتی بدین ترتیب انجام شد که قبل از شروع برنامه سفر به مسئولین مربوطه، آموزش لازم جهت نحوه جمع‌آوری اطلاعات ارائه شد. سپس جمع‌آوری اطلاعات در طی دو مرحله صورت گرفت. در مرحله اول (پیش‌آزمون) اطلاعات مورد نیاز در هر دو گروه قبل از شروع سفر با استفاده از پرسش‌نامه سلامت روانی (GHQ) ۲۸ سؤالی جمع‌آوری شد.

در مرحله دوم (پس‌آزمون) نیز جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از همان ابزار قبلی در پس از اتمام سفر و در حین برگشت به وطن انجام شد.

لازم به ذکر است که گرچه اطلاعات مربوط به ۹۰ آزمودنی جمع‌آوری شد اما نهایتاً تعداد ۲۰ نفر از آزمودنی‌ها از هر دو گروه به علت نقص در تکمیل پرسش‌نامه‌ها یا متغیرهای هم‌تاسازی از تحلیل نهایی حذف شدند و در کل داده‌های مربوط به ۷۰ نفر (۳۵ نفر در هر گروه) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### نتایج پژوهش

هم‌چنان که گفته شد اطلاعات مربوط به ۷۰ آزمودنی تجزیه و تحلیل شد که مشخصات دموگرافیک دو گروه در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول شماره ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد در گروه در متغیر تحصیلات، شغل، دین و جنسیت به درصد

گروه	تحصیلات				جنسیت		مذهب		شغل		
	ابتدایی	سیکل	دیپلم	بالتر از دیپلم	مرد	زن	تشیع	تسنن	کارمند	آزاد	سایر
گروه زیارتی	۲۱	۲۵	۲۸	۲۷	۱۹	۸۱	۲۲	۷۸	۵۰	۳۷	۱۳
گروه سیاحتی	۹	۱۵	۴۶	۳۰	۱۳	۸۷	۱۹	۸۱	۵۱	۴۶	۳

برای آزمون فرضیه اول پژوهش مبنی بر این که وضعیت سلامت روانی دو گروه سیاحتی و زیارتی با هم متفاوت است، ابتدا نمرات آزمون سلامت روانی دو گروه در مرحله قبل از سفر با هم مقایسه گردید که نتایج در جدول شماره ۲ ارائه شده است. نتایج نشان داد که دو گروه از لحاظ سلامت روانی با هم متفاوت هستند، یعنی افراد گروه زیارتی به طور معناداری در مقایسه با افراد گروه سیاحتی در مرحله قبل از عزیمت به سفر از سلامت روانی بالاتری برخوردار بودند.

جدول شماره ۲: مقایسه وضعیت سلامت روانی دو گروه سیاحتی و زیارتی در مرحله ۱

متغیر گروه	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	P
زیارتی	۱۱ / ۶	۵	۹ / ۳۵	*
سیاحتی	۳۶	۷ / ۷		۰ / ۰۰۰

$$P = / ۰۵$$

$$t(۶۸) = ۱ / ۶۷$$

نتیجه فوق را می توان چنین تعبیر کرد که تفاوت دو گروه در سلامت روانی را احتمالاً می توان به نقش باورهای دینی آنها نسبت داد. چرا که به احتمال زیاد گروه زیارتی نسبت به گروه سیاحتی اعتقادات دینی قوی تری دارند و باورهای دینی قوی، خود می تواند باعث وضعیت بهتر سلامت روان آنها شده باشد. به منظور بررسی این که آیا تفاوت مشاهده شده در سلامت روانی دو گروه در مرحله بازگشت از سفر نیز حفظ شده است یا خیر؟ نمره سلامت روانی دو گروه در مرحله دوم نیز با هم دیگر مقایسه شد که نتایج در جدول شماره ۳، ارائه شده است.

جدول شماره ۳: مقایسه سلامت روانی دو گروه سیاحتی و زیارتی در مرحله ۲

متغیر گروه	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	P
زیارتی	۵ / ۶	۵ / ۱	۱۵ / ۲۳	*
سیاحتی	۳۴ / ۷	۹ / ۹		۰ / ۰۰۰

$$P = / ۰۵ \quad t(n=۶۸) = ۱ / ۶۷$$

\*Significant

هم چنان که مشاهده می شود این برتری در سلامت روانی در گروه زیارتی نه تنها حفظ شده است، بلکه مقدار آن نیز افزایش یافته است. علی رغم این که گروه سیاحتی در مرحله برگشت از سفر از سلامت روانی بهتری نسبت به قبل از شروع سفر برخوردارند یعنی علائم روانی آنها (مثل اضطراب، افسردگی و علائم بدنی) اندکی کاهش یافته است ولی باز هم تفاوت بین میانگین نمره سلامت روانی دو گروه در مرحله برگشت از سفر بیشتر از مرحله ۱ (قبل از سفر) است، یعنی بعد از بازگشت از سفر نیز گروه زیارتی نسبت به گروهی که سفر سیاحتی داشتند از وضعیت سلامت روانی بهتری برخوردار بودند.

فرضیه دوم پژوهش این بود که: «زیارت باعث بهبود سلامت روانی افراد می شود.» برای آزمون فرض فوق ابتدا جمع جبری نمرات هر فرد در آزمون سلامت روانی طی دو مرحله ۱ و ۲ (قبل و بعد از سفر) به دست آمد سپس میانگین تفاضل نمرات دو گروه با استفاده از آزمون t افتراقی مورد مقایسه قرار گرفت که نتایج در جدول شماره ۴، آمده است.

جدول شماره ۴: مقایسه تفاوت نمرات سلامت روانی دو گروه سیاحتی و زیارتی در دو مرحله آزمون

متغیر گروه	میانگین	انحراف میعار	مقدار t	P
زیارتی	۵ / ۵	۵ / ۰۹	۲ / ۳۸	*
سیاحتی	۰ / ۸۵	۷ / ۳		. / ۰۵

$$P = / ۰۵ t (n=۶۸) = ۱ / ۶۸$$

هم چنان که در جدول فوق می بینیم t محاسبه شده (۲/۳۸) بزرگ تر از t جدول در سطح ۰۵ / (آزمون یک دامنه) است بنابراین فرض پژوهشی ما تأیید می شود، یعنی زیارت باعث بهبود سلامت روانی افراد شده است و این یافته تأیید کننده نتایج یافته های موریس ۱۹۸۳؛ سن و ویتتراب، ۱۹۹۵ است. یعنی زیارت باعث کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش سلامت روانی و بهبود عمل کرد اجتماعی افراد شده است.

به منظور بررسی تأثیر زیارت در ابعاد مختلف سلامت روانی بین دو گروه در طی دو مرحله (قبل و بعد از سفر) در ابعاد اضطراب، افسردگی، سازگاری اجتماعی و علائم جسمانی

پرسش نامه سلامت روانی (GHQ) مقایسه صورت گرفت که نتایج آن در جداول شماره ۵، ۶، ۷ و ۸ ارائه گردیده است.

جدول شماره ۵: مقایسه تفاوت نمرات علائم جسمانی دو گروه قبل و بعد از سفر

متغیر / گروه	میانگین	انحراف میعار	مقدار t	P
زیارتی	۰ / ۸	۳ / ۱	۰ / ۴۴	N.S
سیاحتی	۰ / ۴۶	۲ / ۳		

$$P = / ۰۵ \quad t(n=۶۸) = ۱ / ۶۸$$

\*Not significant

هم چنان که در جدول شماره ۵ مشاهده می شود، زیارت دینی در مقیاس علائم جسمانی پرسش نامه سلامت روانی تفاوت معناداری را بین دو گروه باعث نشده است. به عبارتی دو گروه در مقیاس علائم جسمانی پرسش نامه، تفاوت معناداری را قبل و بعد از سفر نشان نداند. یعنی زیارت دینی تأثیری در کاهش علائم جسمانی افراد نداشته است. در حالی که در سه مقیاس دیگر پرسش نامه سلامت روانی (اضطراب، افسردگی و سازگاری اجتماعی) تفاوت افراد قبل و بعد از سفر معنادار بوده است، یعنی زیارت دینی باعث بهبود علائم افسردگی اضطراب و سازگاری افراد شده است.

جدول شماره ۶: مقایسه تفاوت نمرات اضطراب دو گروه زیارتی و سیاحتی طی دو مرحله

متغیر / گروه	میانگین	انحراف میعار	مقدار t	P
زیارتی	- ۱ / ۳	۱ / ۵۴	۱ / ۷۱	*
سیاحتی	- / ۰۸	۳ / ۰۹		

\*Significant

$$(P = / ۰۵) t(۶۸) = ۱ / ۶۸$$



جدول شماره ۷: مقایسه تفاوت نمرات سازگاری اجتماعی دو گروه طی دو مرحله

متغیر گروه	میانگین	انحراف میعار	مقدار t	P
زیارتی	۲ / ۰۶	۳ / ۵	۱ / ۹	S
سیاحتی	۰ / ۱۵۴	۲ / ۴		

\*Significant

$$(P = ۰ / ۰۵)t(۶۸) = ۱ / ۶۸$$

جدول شماره ۸: مقایسه تفاوت نمرات دو گروه سیاحتی و زیارتی در بعد افسردگی در دو مرحله

متغیر گروه	میانگین	انحراف میعار	مقدار t	P
زیارتی	-۲	۲ / ۰۴	۲ / ۳	S
سیاحتی	-۰ / ۱۵۴	۳ / ۱۴		

$$(P = / ۰۵)t(۶۸) = ۱ / ۶۸$$

با توجه به نتایج جداول فوق به نظر می‌رسد زیارت دینی تأثیر بیشتری در خصوص کاهش علائم روان‌شناختی افراد داشته تا علائم جسمانی آنها. یکی دیگر از فرضیه‌های پژوهشی مطالعه حاضر این بود که سفر سیاحتی در وضعیت سلامت روانی افراد تأثیر دارد. برای پاسخ‌گویی به این فرضیه، نمره آزمودنی‌های گروه سیاحتی قبل و بعد از سفر با هم مقایسه گردید. هم‌چنان که در جدول شماره ۸ مشاهده می‌شود، تفاوت نمره سلامت روانی افراد سیاحتی در طی قبل و بعد از سفر معنادار نمی‌باشد، به عبارت دیگر گرچه نمره این افراد در پرسش‌نامه سلامت روانی پس از بازگشت سفر اندکی کاهش یافته است (سلامت روانی بهتر شده) ولی این کاهش معنادار نیست.

جدول شماره ۹: مقایسه نمرات GHQ افراد گروه سیاحتی قبل و بعد از سفر

متغیر / گروه	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	P
مرحله ۱ (قبل از سفر)	۳۶ / ۶	۹ / ۰۶	۰ / ۵۸	N.S
مرحله ۲ (بعد از سفر)	۳۴ / ۶	۸ / ۷		

بنابر نتایج جدول فوق می‌توان نتیجه گرفت که سفر تفریحی باعث کاهش معناداری در نمره سلامت روانی افراد نشده است.

همین مقایسه در گروه زیارتی نیز انجام شد که نتایج در این گروه نشان داد که تفاوت میانگین نمره افراد در پرسش نامه سلامت روانی قبل و بعد از سفر معنادار می‌باشد. به طوری که بعد از سفر کاهش معناداری در علائم افراد مشاهده شد، یعنی سفر زیارتی منجر به بهبود سلامت روانی افراد شده است. (جدول شماره ۱۰)

جدول شماره ۱۰: مقایسه نمرات سلامت روانی (GHQ) افراد گروه زیارتی قبل و بعد از سفر

متغیر / مرحله	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	P
قبل از سفر	۱۱ / ۶۲	۶ / ۸	۴ / ۰۸	۰ / ۰۰۰
بعد از سفر	۵ / ۶۲	۳ / ۲		

$$(P = ۰ / ۰۵) t(۳۴) = ۱ / ۶۷$$

بر مبنای یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت افرادی که عازم سفر زیارتی هستند در مقایسه با افراد گروه سیاحتی هم قبل از سفر از سلامت روانی بالاتری برخوردار بوده‌اند و هم این که سفر زیارتی در مقایسه با سفر سیاحتی باعث بهبودی و افزایش سلامت روانی افراد زائر شده است. این یافته که زیارت، سلامت روانی افراد به طور معناداری افزایش داده و به ویژه اضطراب و افسردگی را کاهش و سازگاری اجتماعی آنها را افزایش داده است در راستای تحقیقات پارگامنت و ماتون،

۱۹۹۲؛ نس و یتراب، ۱۹۹۵؛ مطالعه طولی موريس، ۱۹۸۳ می باشد که شرکت در مناسک دینی و زیارت باعث کاهش اضطراب، عصبانیت و اختلالات روانی می گردد. تبیین روان شناختی این اثر بخشی احتمالاً این گونه است که مطابق نظر کوئینگ و همکاران ۱۹۸۱، زائرین با احساس نزدیکی به خدا در مراسم زیارت و هم چنین تخلیه هیجانی به احساس آرامش درونی بیشتری دست یافته و اعتماد و اطمینان آنان به یاری و کمک خداوند افزایش می یابد و لذا به کمک رحمت الهی در حل مشکلات خود امیدوارتر می شوند و نگرش آنها در برخورد با استرس ها تغییر کرده و این تغییر نگرش به شکل مثبت باعث بهبود خلق و سلامت روانی آنها خواهد شد.

#### کتاب نامه:

- ابوالقاسمی، عباس و حجاران، محمود (۱۳۷۶)، «نقش گرایش های دینی در اتخاذ شیوه های مقابله با استرس در سالمندان تهرانی»، مجموعه مقالات اولین همایش نقش دین در بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- داویدیان، هاراطون (۱۳۷۶)، «بهداشت روان از دیدگاه ادیان توحیدی»، مجموعه مقالات اولین همایش نقش دین در بهداشت روان.
- غباری بناب، باقر (۱۳۷۴)، «باورهای دینی و اثرات آن در بهداشت روان»، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول، شماره ۴.
- Koenig, H. G. (1992) Religious and Prevention of illness in later life. In K. I. Pargament K. I. Maton & Hess, R. E. (Eds). *Religion and Prevention in mental health*. Research Division and action Haworth Press Inc.
- Krole, I and Sohechan, B. (1989) Religion beliefs and practice among 52 psychiatric in patients in Mennesota. *American Journal of Psychiatry*. 109, 673.
- Levin, Jeffry and Vander (1998). Religion factors in Pysical Health and psychological of illness. *Psychological Medicine*, 8, p.159-64.
- Morris, P. A. (1982). The effect of pilgrimage on anxiety and religious attitude. *Psychological Medicine*, 12, p.1115-27.
- Nealman, P. and Persaud. R. (1995). Why do psychiatrist neglect religion. *British Journal of Medical Psychology*, 68, p.169-178.
- Pargament, K. I. and Maton, K. I. (1992), *Religion and Prevention in Mental Health*, Haworth Press Inc.
- Roberts K. A. (1992), A sociological overview mental health implication of religio-cultural megatrends in the United State. in Pargament K. I. Maton I. & Hess, R. E. (Editors). *Religion and Prevention in Mental Health*. Haworth Press Inc.
- Tix, A. P., Frazier, P. A. (1998). The use of religious coping during stressful life events. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66 (2), p.417-422.