

## نقش عزاداری ماه محرم و صفر در سلامت اجتماعی

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۴/۴/۲۸

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۹/۷

مجتبی دلیر<sup>۱</sup>  
فرزانه رسانی<sup>۲</sup>

### چکیده

**مقدمه:** هدف پژوهش حاضر بررسی نقش عزاداری ماه محرم و صفر در سلامت اجتماعی بود. **روش:** بدین منظور پرسشنامه سلامت اجتماعی در دو مرحله و به فاصله تقریبی دو ماه (اوایل ماه محرم و اواخر ماه صفر) در اختیار ۱۳۲ نفر (۵۰ مرد و ۸۲ زن) با دامنه سنی ۶۷-۲۰ سال قرار گرفت که به صورت نمونه در دسترس از بین ساکنین مجتمع‌های مسکونی مناطق شمال، جنوب، شرق و غرب تهران انتخاب شده بودند. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از آزمون کواریانس تک‌متغیری (آنکوا) و چندمتغیری (مانکوا) تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری نشان داد نمره سلامت اجتماعی شرکت‌کنندگان در مراسم عزاداری نسبت به افرادی که در مراسم عزاداری شرکت ننموده‌اند به‌طور معناداری افزایش یافته است ( $p < 0/05$ ). همچنین نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری نشان داد که شرکت در مراسم عزاداری به‌طور معناداری بر افزایش مؤلفه‌های انسجام اجتماعی ( $F=11/95$  و  $p=0/001$ )، پذیرش اجتماعی ( $F=4/4$  و  $p=0/38$ ) و مشارکت اجتماعی ( $F=16/75$  و  $p=0/00$ ) افراد شرکت‌کننده در مراسم موثر بوده است ( $p < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** به‌طور کلی شرکت در مراسم عزاداری ماه‌های محرم و صفر شخص را در یک فرایند اجتماعی گروهی و پویا قرار می‌دهد و عامل مهمی در گسترش و افزایش تعاملات اجتماعی او می‌باشد، و از این طریق موجب بالا رفتن میزان سلامت اجتماعی افراد در جامعه می‌گردد.

**کلید واژگان:** مراسم عزاداری، ماه محرم و صفر، سلامت اجتماعی

mojtaba\_dalir@yahoo.com  
farzaneh.rasaneh@gmail.com

۱. دکتری روان‌شناسی، مدرس دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب  
۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی (نویسنده مسئول)

## The role of Muharram and Safar mourning on the social well-being

Dalir, M.  
Rasaneh, F.

### Abstract

**Introduction:** The aim of this study was investigating the role of Muharram and Safar mourning on the social well-being.

**Method:** For this purpose the social health questionnaire in two steps with intervals of approximately two months (first of Muharram and end of Safar) were answered by 132 participants, 50 males and 82 females, between 20 to 67 years old that selected as in available from north, south, east and west residential complex in Tehran. The data were analyzed using univariate and multivariate Covariance.

**Results:** The results of univariate analysis of covariance showed that social health scores of who participated in Muharram's ritual was significantly increased than those who did not participated in rituals of mourning ( $P<0/05$ ). In addition, results of multivariate analysis of covariance showed that participating in Muharram's ritual was significantly effective on increasing components of Social integration ( $F=11/95$ ,  $p=0/001$ ), Social acceptance ( $F=4/4$ ,  $p=0/038$ ), and Social contribution ( $F=16/75$ ,  $p=0/00$ ).

**Conclusion:** In general, participating in ritual religious mourning puts the individual in a social and dynamic group process and is an important factor in developing and increasing social interactions, and as a result can increase social well-being of individuals in society.

**Keywords:** rituals of mourning, Muharram and Safar months, social well-being

## مقدمه

مذهب یک جنبه مهم از هویت فردی و گروهی است که روابط انسانی را از آغاز تمدن شکل داده است. ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که مذهب و مذهبی بودن با نگرش‌ها، رفتارها و پیامدهای رفتار مرتبط هستند (زوسمان<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴). در گستره تحقیقات صورت گرفته برای شناسایی عوامل موثر بر سلامت جامعه، محققان علاوه بر جستجوی راه‌های مختلف ارتقاء و افزایش سلامتی و بهداشت، به اشکال گوناگون به دنبال عواملی بوده‌اند که به‌طور مستقیم و غیرمستقیم بر سلامتی اثر می‌گذارند. در این باره باورها، اعتقادات و جهان‌بینی افراد، توجه زیادی را به خود جلب نموده است. از این میان نیز توجه به باورهای مذهبی و جهت‌گیری‌های مذهبی تقریباً در میان محققانی با گرایش‌های دینی مختلف (مسلمان، مسیحی، یهودی و امثال آن) به‌طور قابل توجهی مشاهده می‌شود. صرف نظر از تعاریف و تأکیدهایی که هر یک از ادیان توحیدی بر جنبه‌های گوناگون سلامتی دارند، این ادیان در یک نکته و آن هم توجه داشتن پیروان به سلامتی و بهداشت خود و دیگر اعضای جامعه، دارای نقطه مشترک هستند. در واقع، آن‌گونه که متون دینی ادیانی مثل اسلام و مسیحیت نیز نشان می‌دهند، بندگان خداپرست اساساً از طریق آموزه‌های دینی خود، سبک و روشی را در زندگی در پیش می‌گیرند که بهداشت و سلامتی در آن دیده می‌شود (مک آسیل<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷). غالباً دو مفهوم گسترده از مذهبی بودن استفاده می‌شود: اول، کیفیت جمعی مذهبی بودن است که شاخص مشارکت در فعالیت‌های مذهبی اجتماعی است و دوم، کیفیت درونی مذهبی بودن است که شاخص اهمیت درک شده از مذهب می‌باشد (ادلند<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۰؛ کواکس، پیکو و فیتزپاتریک<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱؛ مارسیگلیا، آیرز و هافمن<sup>۵</sup>، ۲۰۱۲).

پارک<sup>۶</sup> (۲۰۰۷) دین را همچون یک نظام معنایی شامل مؤلفه‌های شناختی، هیجانی و انگیزشی می‌داند که یک اعتقاد جهانی و در نتیجه احساس معنی را شکل می‌دهد. به عبارت دیگر، بر طبق این دیدگاه، باورهای دینی همچون یک پارادایم عمل می‌کنند که از طریق آن افراد تجارب خود را مشاهده، درک، تفسیر و ارزیابی کرده و بر اساس آن رفتارهای خود را تنظیم می‌کنند (گالوپ، ۱۹۹۵؛ مرکز تحقیقات پیو<sup>۷</sup>، ۲۰۱۲). علاوه بر این باورهای دینی ممکن است این احساس ذهنی را ایجاد کنند که زندگی یک شخص بخشی از نظام بزرگتری است (اینزلیک، مک گریگور، هیرش و

1. Zussmsn
2. Macaskill
3. Edlund
4. Kovacs, Piko, & Fitzpatrick
5. Marsiglia, Ayers, & Hoffman
6. Park
7. Gallup, Pew Research center

نش<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹؛ اینزلیک و تولت<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). مدت‌هاست که دین به‌عنوان یک نیروی روانی شناخته شده است که می‌تواند نتیجه زندگی افراد را تحت تأثیر قرار دهد (مک کالو و ویلوبای<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹؛ اسنل<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹). دین بر نحوه کار کردن و شغل نیز تأثیر می‌گذارد (پاربوتیه، هوگل و کلن<sup>۵</sup>، ۲۰۰۹؛ تریسی<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲). به نظر می‌رسد دین قادر است به روش‌های مختلف بر رفتار تأثیر بگذارد. به‌عنوان مثال مطالعات نشان داده‌اند که بین دین و فعالیت‌های مجرمانه، مصرف مواد مخدر و الکل، فعالیت فیزیکی و سلامت ذهنی و شیوع ثبات الگوهای ازدواج رابطه وجود دارد (آدرش، بوتنه و تاموادا<sup>۷</sup>، ۲۰۱۳؛ شیخ‌الاسلامی، ستوده ناورودی، زینعلی و طالبی، ۱۳۹۲). در طول قرن گذشته، روان‌شناسان نقش تفاوت‌های فردی را در پذیرش اعتقادات مذهبی بررسی کرده‌اند (رزمیار و ریو<sup>۸</sup>، ۲۰۱۳). نتایج مطالعات روان‌شناختی متعدد نشان می‌دهد که افراد مذهبی از سلامت جسمی و روانی و رضایت از زندگی بیشتری برخوردارند (ایدلر<sup>۹</sup>، ۲۰۱۰). همچنین ارتباط بین پایبندی مذهبی و سلامت به‌واسطه مطالعات متعدد تأیید شده است. به همین نحو، الیسون، بوردت و هیل<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۹) در پژوهش خود نشان دادند که اعمال مذهبی و حضور مکرر در کلیسا نتایج مثبتی برای سلامت جسمی داشته است. اعمال مذهبی مثل خواندن نماز از روش‌های مقابله مذهبی است که در شرایط سخت، بیماری‌های شدید، مرگ یکی از نزدیکان و یا حتی در شرایط قریب‌الوقوع بودن مرگ خود فرد به‌طور گسترده استفاده می‌شود (نورنزیان، دارنیمرو، هانسن و پرولکس<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۹؛ هاگ، آدلمن و بلاگ<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۰؛ شارپ<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۰). میرزامحمدی، فرمهبینی‌فراهانی و اسفندیاری (۱۳۹۰) در پژوهش خود دریافتند که بین ابعاد مختلف دین‌داری و معنویت با سلامت جسمی، روانی و اجتماعی رابطه مثبت وجود دارد. همچنین پژوهش‌ها حاکی از آن است که اعمال و باورهای مذهبی در افزایش رضایتمندی و سازگاری زناشویی تأثیر مثبت دارند (رسولی و سلطانی‌گرد فرامرزی، ۱۳۹۱) و برخی دیگر از پژوهش‌ها وجود رابطه مثبت و معنی‌دار دین‌داری با سلامت روان را تأیید کرده‌اند (صدری و جعفری، ۱۳۸۹؛ باقری، بنی‌اسد و داوری، ۱۳۹۰). به‌علاوه تعدادی از مطالعات طولی نشان می‌دهد که رابطه

- 1 . Inzlicht, Mcgregor, Hirsh, & Nash
- 2 . Tullett
- 3 . McCullough & Willoughby
- 4 . Snell
- 5 . Parboteeah, Hogel, & Cullen
- 6 . Tracey
- 7 . Audretsch, BÖnte, & Tamvada
- 8 . Razmyar & Revee
- 9 . Idler
- 10 . Elison, Burdette, Hill
- 11 . Norenzayan, Dar-nimrod, Hansen & Proulx
- 12 . Hogg, Adelman & blagg
- 13 . Sharp

علت و معلولی به احتمال زیاد به این صورت است که دینداری علت سلامت روانی است (لیم و پانتام<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹؛ چایلدز<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰؛ هیدی، اسکاپ، توسی و وگنر<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). در نهایت، تأثیر مثبت مذهب بر سلامت اجتماعی طی پژوهش‌هایی مشخص شده است. جنبه‌های شخصی پایبندی مذهبی، از جمله باورهای مذهبی و گرایش‌های ذاتی، اهمیت هویت دینی و پایبندی مذهبی ذهنی با سطوح بالاتر سلامت اجتماعی و انعطاف‌پذیری ارتباط دارند (گرینفیلد و مارکس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷؛ گرین و الیوت<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰؛ فیلیپ<sup>۶</sup>، ۲۰۱۱). سلدیک، ماتسون و آنیسمن<sup>۷</sup> (۲۰۱۰)، و دلیر و رسانه (۱۳۹۲) نیز در پژوهش خود نشان دادند که پایبندی مذهبی نه تنها به‌عنوان یک نظام اعتقادی بلکه همچون یک منبع هویت اجتماعی موجب تقویت سلامت اجتماعی فرد مذهبی می‌شود. با توجه به نظریه هویت اجتماعی، الیوت و هیوارد (۲۰۰۹) به خوبی نشان دادند که هویت مذهبی شخصی، منبعی برای رضایت از زندگی در کشورهایی است که آزادی‌های محدودی دارند. در این کشورها، هویت مذهبی شخصی هنگامی که منابع دیگر محدود هستند یکی از منابع خودبیانگری<sup>۸</sup> محسوب می‌شود. اعتقادات و رفتارهای مذهبی، هنجار اجتماعی محسوب می‌شوند چون آنها متداول و از لحاظ اجتماعی مطلوب هستند. باید در نظر داشت اینکه تا چه درجه‌ای پایبندی مذهبی افراد از لحاظ اجتماعی مورد تأیید باشد در کشورهای مختلف متفاوت است (استاوروا، فتنپنهایر و اسکولسر<sup>۹</sup>، ۲۰۱۳). بنابراین، مذهب به کمک تحقیقات علمی چند دهه گذشته به‌عنوان یک عامل موثر بر سلامت شناخته شده است (موسکاتی و مزوک<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۴).

سلامت اجتماعی شامل ارزیابی نتایجی همچون رضایت از زندگی، شادی، اعتماد به نفس، و خلق و خوی مثبت است. مطالعات قبلی نشان داده‌اند که افراد مذهبی احساس مثبت‌تری از سلامت اجتماعی دارند تا افراد غیرمذهبی (یانکر، اسنابلراچ و دهان<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۲). داشتن تفکرات اجتماعی صحیح و برخوردار بودن فرد از ذهنیت مثبت نسبت به جامعه برای داشتن زندگی اجتماعی بهتر، اولین و مهمترین مرحله از سلامت اجتماعی است. بنابراین با توجه به ماهیت اجتماعی زندگی بشر و چالش‌هایی که این جنبه از زندگی می‌تواند با خود برای فرد به وجود آورد، نمی‌توان از توجه به جنبه‌های اجتماعی سلامت در کنار جنبه‌های عینی، عاطفی، روانشناختی و معنوی آن غافل شد.

- 1 . Lim & pantam
- 2 . Childs
- 3 . Heady, Schupp, Tucci, Wagner
- 4 . Greenfield & Marks
- 5 . Green & Elliott
- 6 . Phillip
- 7 . Ysseldyk, Matheson, Anisman
- 8 . self-expression
- 9 . Stavrova, Fetchenhauer, Schlösser
- 10 . Moscati & Mezuk
- 11 . Yonker, Schnabelrauch, Dehaan

سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup> در تعریفی سلامت را به عنوان حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً فقدان بیماری تعریف می‌کند (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۷۹؛ به نقل از شربتیان، ۱۳۹۱). طبق نظریه کبییز (۱۹۹۸) سلامت اجتماعی عبارت است از: ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی عضوی از آنهاست. طبق این تعریف شاخص‌های سلامت اجتماعی عبارتند از: انسجام اجتماعی<sup>۲</sup>، پذیرش اجتماعی<sup>۳</sup>، شکوفایی اجتماعی<sup>۴</sup>، مشارکت اجتماعی<sup>۵</sup> و انطباق اجتماعی<sup>۶</sup>. انسجام اجتماعی ارزیابی کیفیت روابط فرد در جامعه و گروه اجتماعی است که به آن تعلق دارد. پذیرش اجتماعی یعنی دیدگاه مطلوب نسبت به دیگران. شکوفایی اجتماعی به ارزیابی توانمندی‌های بالقوه اجتماع به صورت کلی بر می‌گردد. مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی اجتماع می‌داند و انطباق اجتماعی یعنی درک اجتماع به صورت هوشمند، قابل درک و قابل پیش‌بینی (گنجی، نوابخش و ذبیحی، ۱۳۹۰). آئین‌های مذهبی بخشی از هر مذهب هستند و به‌عنوان رفتاری تعریف می‌شوند که با ترتیب انجام شده و اغلب شامل انجام یک عمل در بدن یا ذهن می‌شود (پلرین و ادموند<sup>۷</sup>، ۲۰۱۳). در تعاملات اجتماعی رافل و سوسیس<sup>۸</sup> (۲۰۰۷) استدلال می‌کنند که آئین‌های جمعی در انگیزتگی انسجام اجتماعی و نگرش مطلوب‌تر نسبت به همکاری خدمت می‌کنند. مطالعه بیلویکز و کلبانیوک<sup>۹</sup> (۲۰۱۳) نشان داد که نمادهای مذهبی در دانشجویانی که به دین اهمیت می‌دهند و در مراسم مذهبی شرکت می‌کنند عواطف منفی را کاهش می‌دهد. مازومدار و مازومدار<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۹) دریافتند که عبادت، مذهب را در جهت سلامت اجتماعی بالا می‌برد. آنها همچنین اظهار داشتند که دین به‌واسطه آئین‌های مذهبی با مردم ارتباط برقرار می‌کند و مراسم مذهبی به‌عنوان فضایی برای رفتار جامعه‌پسند افراد را با دین پیوند می‌دهد. بنابراین با توجه به ادبیات پژوهش، هدف پژوهش حاضر بررسی این موضوع است که آیا عزاداری مذهبی بر افزایش سلامت اجتماعی افرادی که در مراسم عزاداری ماه محرم و صفر شرکت می‌کنند مؤثر است؟ همچنین بررسی شود که شرکت در مراسم عزاداری بر کدام یک از مؤلفه‌های سلامت اجتماعی تأثیرگذار می‌باشد؟ بنابراین فرضیه‌های پژوهش بدین صورت تدوین گردید: ۱- شرکت در مراسم عزاداری ماه محرم و صفر بر سلامت اجتماعی افراد شرکت‌کننده در مراسم مؤثر است. ۲- شرکت

- 1 . World Health organization
- 2 . social integration
- 3 . social acceptance
- 4 . social actualization
- 5 . social contribution
- 6 . social coherence
- 7 . Pellerin & Edmond
- 8 . Raffle & Sosis
- 9 . Bilewicz & Klebaniuk
- 10 . Mazumdar & Mazumdar

در مراسم عزاداری ماه محرم و صفر بر مولفه‌های انسجام، پذیرش و مشارکت اجتماعی افراد شرکت‌کننده در مراسم مؤثر است.

## روش

طرح پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این مطالعه را ساکنان مجتمع‌های مسکونی واقع در مناطق شمال، جنوب، شرق و غرب تهران تشکیل دادند که از تعداد ۱۲۰ نفر در مجتمع‌های واقع در منطقه شمال، ۱۱۴ نفر در جنوب، ۹۵ نفر شرق و ۱۵۰ نفر ساکن در مجتمع‌های منطقه غرب تهران (در مجموع ۴۷۹ نفر)، تعداد ۲۰۰ نفر به صورت تصادفی ساده از کل جمعیت ساکنین مجتمع‌های مسکونی مراجعه شده، مورد مصاحبه قرار گرفته که ۱۵۸ نفر از آنان با دامنه سنی ۶۷-۲۰ سال حاضر به همکاری و تکمیل نمودن پرسشنامه‌ها در دو مرحله (پیش از مراسم عزاداری و پس از آن) شدند که در نهایت پس از حذف پرسشنامه‌های ناقص و معیوب و هم‌تاسازی دواگروه (شرکت کرده در مراسم و شرکت نکرده در مراسم عزاداری) ۱۳۲ پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت. تعداد ۶۶ نفر از شرکت‌کنندگان افرادی بودند که تصمیم به شرکت در مراسم عزاداری ماه محرم را داشتند و این عمل را در دو سال پیاپی نیز انجام داده بودند. به منظور کنترل متغیرهای مداخله‌گر، تعداد ۶۶ نفر دیگر که تصمیم جدی برای شرکت در مراسم عزاداری ماه محرم را نداشته و سال‌های گذشته نیز در مراسم عزاداری شرکت نکرده بودند، انتخاب شدند که نمرات آنها با نمرات گروه شرکت‌کننده در مراسم مقایسه شد. از کل تعداد شرکت‌کنندگان در پژوهش ۴۲/۳ درصد را مردان و ۵۳/۸ درصد از حجم نمونه را زنان تشکیل دادند. ۲۳/۱ درصد تحصیلاتی در حد دیپلم و کمتر، ۵۰/۶ درصد فوق دیپلم و کارشناسی و ۲۲/۴ درصد کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. ۴۷/۴ درصد مجرد و ۴۸/۷ درصد متأهل بودند.

## ابزار پژوهش

- پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز: در پژوهش حاضر جهت اندازه‌گیری سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن از مقیاس ۳۳ ماده‌ای سلامت اجتماعی استفاده شد که در ۱۹۹۸ توسط کیز ساخته شده است و ۵ مؤلفه آن شامل انسجام، پذیرش، مشارکت، انطباق و شکوفایی اجتماعی می‌باشد که در قالب طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت ارزیابی می‌شود و به هر گزینه به ترتیب نمره‌های ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ اختصاص می‌یابد. ۱۸ گویه پرسشنامه: ۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹ و ۳۱ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. کیز (۱۹۹۸) اعتبار خرده‌مقیاس‌های انسجام، پذیرش، مشارکت، شکوفایی و انطباق اجتماعی را با ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۸۱، ۰/۷۷، ۰/۷۵، ۰/۶۹، ۰/۷۵ و برای کل آزمون ۰/۸۰ برآورد کرده است. حیدری (۱۳۸۵) نیز

روایی سازهٔ این پرسشنامه را در جامعهٔ دانشجویان دانشگاه‌های آزاد استان مرکزی با استفاده از تحلیل عاملی مورد بررسی قرار داد، نتایج مطالعه او نشان داد که ۵ عامل پرسشنامه بر روی هم ۴۶/۳ درصد از کل واریانس را تبیین می‌کنند. وی همچنین اعتبار کل پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۳ گزارش کرده است (گنجی و همکاران، ۱۳۹۰).

- پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی: شامل سن، جنس، تحصیلات، مقطع تحصیلی و ۲ سؤال شامل: آیا در عزاداری‌های ماه محرم و صفر شرکت می‌نمائید؟ آیا در سال‌های گذشته در عزاداری‌های ماه محرم و صفر شرکت نموده‌اید؟

### یافته‌ها

داده‌های این پژوهش با استفاده از نسخه ۲۲ نرم افزار آماری SPSS تجزیه و تحلیل شد. ابتدا میانگین و انحراف معیار نمرات افراد شرکت‌کننده در مراسم و افرادی که در مراسم شرکت ننموده‌اند پیش از مراسم و پس از مراسم نمایش داده شد. سپس به منظور بررسی میزان تفاوت سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن در افراد شرکت‌کننده در مراسم عزاداری و افرادی که در مراسم شرکت ننموده‌اند از تحلیل کوواریانس تک متغیری<sup>۱</sup> و چند متغیری<sup>۲</sup> استفاده گردید.

### جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیر سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن در دو گروه در قبل و بعد

#### از شرکت در مراسم عزاداری

شرکت کرده (N=۶۶)		شرکت نکرده (N=۶۶)		شاخص	متغیر
پیش از مراسم	پس از مراسم	پیش از مراسم	پس از مراسم		
۱۱۱/۱۱	۱۲۱/۰۵	۹۸/۲۸	۱۰۲/۹۷	میانگین	سلامت اجتماعی
۱/۶۶	۱/۶۴	۲/۲۸	۲/۲۶	انحراف معیار	
۲۵/۶۷	۲۷/۵۹	۲۲/۱۸	۲۳/۷۸	میانگین	انسجام
۰/۴۴	۰/۴۲	۰/۶۱	۰/۵۸	انحراف معیار	
۲۳/۹۸	۲۵/۹۶	۲۱/۹۱	۲۳/۵۴	میانگین	پذیرش
۰/۵۳	۰/۴۸	۰/۷۴	۰/۶۶	انحراف معیار	
۲۱/۷	۲۱/۸۹	۱۹/۱۳	۱۸/۱۵	میانگین	مشارکت
۰/۴۶	۰/۴۱	۰/۶۴	۰/۵۶	انحراف معیار	
۲۰	۲۰/۶۷	۱۶/۰۶	۱۸/۳۲	میانگین	انطباق
۴	۰/۳۸	۰/۵۵	۰/۵۳	انحراف معیار	
۲۰/۱۷	۲۱/۴۷	۱۶/۵	۱۸/۸۲	میانگین	شکوفایی
۴	۰/۴۲	۰/۵۶	۰/۵۸	انحراف معیار	

1. ANCOVA
2. MANCOVA



جدول ۱ نمرات میانگین و انحراف معیار شرکت‌کنندگان در مراسم عزاداری و افرادی که در مراسم عزاداری شرکت ننموده‌اند را قبل و بعد از مراسم عزاداری ماه محرم و صفر نشان می‌دهد. جهت بررسی فرضیه‌های پژوهشی با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس، ابتدا پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس بررسی شد که دو مورد از آنها در اینجا آمده است. با محاسبه ضریب چولگی و کشیدگی فرض نرمال بودن نمرات آزمون شده و نتایج در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲: محاسبه ضرایب چولگی و کشیدگی نمرات متغیرها در دو گروه

گروه‌ها	متغیر وابسته	تعداد	میانگین	انحراف معیار	ضریب چولگی	ضریب کشیدگی
گروه شرکت کرده در مراسم	سلامت اجتماعی	۱۳۲	۱۰۶/۶۸	۱۶/۵۹	-۱/۵۱	۱/۱۹
	انسجام	۱۳۲	۲۴/۶۸	۴/۳۵	-۱/۱۹	۱/۱۶
	پذیرش	۱۳۲	۲۳/۲۷	۵/۱۰۷	-۰/۹۲	-۰/۸۸
	مشارکت	۱۳۲	۲۰/۸۱	۴/۵۲	-۰/۸۶	-۰/۹۷
	انطباق	۱۳۲	۱۸/۶۴	۴/۱۹	-۰/۴۷	-۰/۱۵
	شکوفایی	۱۳۲	۱۸/۹۰	۴/۱۸	-۰/۹۹	-۰/۹۱
گروه شرکت نکرده در مراسم	سلامت اجتماعی	۱۳۲	۱۱۴/۸۰	۱۷/۵۷	-۰/۹۲	-۰/۸۲
	انسجام	۱۳۲	۲۶/۲۸	۴/۳۶	-۱/۷۸	۱/۶۲
	پذیرش	۱۳۲	۲۵/۱۳	۴/۶۲	-۰/۶۱	۱/۰۶
	مشارکت	۱۳۲	۲۰/۶۰	۴/۲۳	-۰/۲۸	-۰/۶۵
	انطباق	۱۳۲	۱۹/۸۶	۳/۷۸	-۰/۱۵	-۰/۹۰
	شکوفایی	۱۳۲	۲۰/۵۶	۴/۱۴	-۰/۴۲	-۰/۰۹

با توجه به داده‌های مندرج در جدول ۲، چون مقدار ضریب چولگی و کشیدگی برای کلیه متغیرها در بازه (+۲ و -۲) قرار دارد، بنابراین نمرات دارای توزیع طبیعی می‌باشند. جهت بررسی فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیون از آزمون لوین<sup>۱</sup> استفاده شد. نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

1 . Levene's test

## جدول ۳: نتایج آزمون همگنی واریانس لوین بین متغیرهای کمکی پژوهش

اثر	متغیر وابسته	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	نسبت F	سطح معنی داری
گروه	سلامت اجتماعی	۱	۱۳۰	۱۰/۱۶	۰/۹
	انسجام	۱	۱۳۰	۳/۱۳	۰/۷۹
	پذیرش	۱	۱۳۰	۲/۴۶	۰/۱۱
	مشارکت	۱	۱۳۰	۴/۰۵	۰/۰۶۴
	انطباق	۱	۱۳۰	۰/۰۰۳	۰/۹۵
	شکوفایی	۱	۱۳۰	۰/۷۲	۰/۳۹

نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد که آزمون لوین در متغیر سلامت اجتماعی ( $p = 0/9$ ) و مؤلفه‌های آن یعنی انسجام ( $p = 0/79$  و  $F = 3/13$ )، پذیرش ( $p = 0/11$  و  $F = 2/46$ )، مشارکت ( $p = 0/064$  و  $F = 4/05$ )، انطباق ( $p = 0/95$  و  $F = 0/003$ ) و شکوفایی ( $p = 0/39$  و  $F = 0/72$ ) معنی دار نبود. بنابراین، واریانس دو گروه شرکت کرده در مراسم و شرکت نکرده در مراسم در متغیر سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن به طور معنی داری متفاوت نبوده و فرض همگنی واریانس‌ها تأیید شد. بنابراین با تأیید پیش فرض‌های همگنی شیب رگرسیونی و وجود رابطه خطی بین متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته، اکنون می‌توانیم جهت مقایسه میانگین‌های نمرات سلامت اجتماعی افراد شرکت کرده در مراسم و افرادی که در مراسم شرکت ننموده‌اند از تحلیل کواریانس استفاده کنیم.

## جدول ۴: تحلیل کواریانس تک متغیری روی میانگین نمرات پس آزمون سلامت اجتماعی در

## گروه‌های پژوهشی با کنترل اثر پیش آزمون

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	نسبت F	سطح معنی داری	توان آماری
گروه	۷۴/۲۷	۱	۷۴/۲۷	۶۱	۰/۰۰۵	۰/۴۳

همانطور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود بین نمرات افرادی که در مراسم عزاداری شرکت کرده‌اند نسبت به افرادی که در مراسم شرکت ننموده‌اند از نظر سلامت اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد ( $p = 0/005$  و  $F = 61$ ). بنابراین، فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری مربوط به مقایسه نمره‌های مؤلفه‌های سلامت اجتماعی پس آزمون افراد شرکت کرده در مراسم و شرکت نکرده در مراسم در جدول ۵ آمده است.

**جدول ۵: تحلیل کواریانس چندمتغیری روی نمرات پس‌آزمون مؤلفه‌های سلامت اجتماعی گروه‌های**

**پژوهشی با کنترل اثر پیش‌آزمون**

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	مجذور اتا	سطح معنی‌داری
آزمون اثر بیلابی	۰/۱۷	۴/۳۵	۶	۱۲۴	۰/۱۷۴	۰/۰۰۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۸۲	۴/۳۵	۶	۱۲۴	۰/۱۷۴	۰/۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ	۰/۲۱	۴/۳۵	۶	۱۲۴	۰/۱۷۴	۰/۰۰۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۰/۲۱	۴/۳۵	۶	۱۲۴	۰/۱۷۴	۰/۰۰۱

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، سطوح معناداری همه آزمون‌ها بیانگر این است که گروه‌ها دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (مؤلفه‌های سلامت اجتماعی) با هم تفاوت معناداری دارند. برای پی‌بردن به تفاوت، پنج تحلیل کواریانس تک متغیری در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول ۶ نشان داده شده است.

**جدول ۶: اثرات بین آزمودنی‌های نمرات مانکوا با کنترل پیش‌آزمون و تحلیل پس‌آزمون مؤلفه‌های**

**سلامت اجتماعی در دو گروه**

نام متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	نسبت F	سطح معنی‌داری	توان آماری
انسجام	۸۰/۳۱	۱	۸۰/۳۱	۱۱/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۰۸۴
پذیرش	۷۰	۱	۷۰	۴/۴	۰/۰۳۸	۰/۰۳۳
مشارکت	۱۷۷/۳	۱	۱۷۷/۳	۱۶/۷۵	۰/۰۰۰	۰/۲۹
انطباق	۰/۲۸	۱	۰/۲۸	۰/۰۳	۰/۸۵	۰/۰۰
شکوفایی	۲/۶	۱	۲/۶	۰/۲۶	۰/۶۱	۰/۰۰۲

همانطور که در جدول ۶ ملاحظه می‌شود بین افرادی که در مراسم شرکت کرده‌اند نسبت به افرادی که در مراسم شرکت نکرده‌اند در مؤلفه‌های انسجام ( $F=11/95$  و  $p=0/001$ )، پذیرش ( $F=4/4$  و  $p=0/038$ ) و مشارکت ( $F=16/75$  و  $p=0/000$ ) تفاوت معناداری وجود دارد ( $p<0/05$ ). بنابراین فرضیه دوم پژوهش نیز تأیید می‌گردد.

**بحث و نتیجه‌گیری**

هدف اصلی در این پژوهش بررسی تأثیر عزاداری ماه محرم و صفر بر سلامت اجتماعی شرکت‌کنندگان در مراسم عزاداری بود. فرضیه اول پژوهش مبنی بر مؤثر بودن عزاداری در سلامت اجتماعی شرکت‌کنندگان تأیید شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که شرکت در مراسم عزاداری مذهبی در افزایش سلامت اجتماعی مؤثر است. نتایج این مطالعه همسو با پژوهش‌هایی است که نشان داده‌اند افراد مذهبی احساس مثبت‌تری از سلامت دارند تا افراد

غیرمذهبی (برای مثال، پارک، ۲۰۰۷؛ لورر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸؛ مازومدار و مازومدار، ۲۰۰۹؛ مک کالو و ویلوبای، ۲۰۰۹؛ پاربوتو و همکاران، ۲۰۰۹؛ اسنل، ۲۰۰۹؛ ایدلر، ۲۰۱۰؛ تریسی، ۲۰۱۲؛ یانکر و همکاران، ۲۰۱۲؛ بیلویکز و کلبانیوک، ۲۰۱۳؛ میرزامحمدی و همکاران، ۱۳۹۰؛ رسولی و سلطانی گرد فرامرز، ۱۳۹۱؛ و شیخ‌الاسلامی و همکاران، ۱۳۹۲). در تبیین این یافته، می‌توان به این نکته اشاره نمود که حمایت اجتماعی که با شرکت در مراسم‌های عزاداری برای افراد فراهم می‌شود می‌تواند به صورت عاملی تسهیل‌کننده برای افزایش سلامت اجتماعی افراد شرکت‌کننده در مراسم عمل کنند. از آنجا که حمایت اجتماعی یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت روان محسوب می‌شود، لذا احتمال می‌رود که با افزایش شبکه حمایت اجتماعی فرد، سلامت اجتماعی آنان نیز ارتقاء یافته باشد. به علاوه پژوهش همتی، مهدوی و بقایی (۱۳۹۲) حاکی از آن است که هرچه حمایت اجتماعی از طرف گروه‌های غیر رسمی تر باشد، تأثیر آن بر سلامت اجتماعی افراد بیشتر است. و از آنجا که این حمایت در مراسم عزاداری به گونه‌ای غیر مستقیم برای افراد مهیا می‌شود، تأثیر به مراتب بیشتری بر سلامت اجتماعی داشته است.

بررسی فرضیه دوم پژوهش نشان داد که شرکت در مراسم عزاداری ماه محرم و صفر بر مؤلفه‌های انسجام، پذیرش و مشارکت اجتماعی موثر بوده است. این یافته همسو با مطالعات (رافل و سوسیس، ۲۰۰۷؛ پاربوتو و همکاران، ۲۰۰۹؛ اسنل، ۲۰۰۹؛ یانکر و همکاران، ۲۰۱۲؛ بیلویکز و کلبانیوک، ۲۰۱۳؛ صدری و جعفری، ۱۳۸۹؛ و باقری، بنی‌اسد و داوری، ۱۳۹۰) مبنی بر افزایش سلامت روان و مشارکت اجتماعی به‌طور کلی می‌باشد. طبق تعریف، انسجام اجتماعی یعنی ارزیابی کیفیت روابط فرد در جامعه و گروه اجتماعی که به آن تعلق دارد، پذیرش اجتماعی یعنی دیدگاه مطلوب نسبت به دیگران و مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی اجتماع می‌داند. به‌طور کلی شرکت در مراسم مذهبی، فرد را در یک فرایند اجتماعی گروهی و پویا قرار می‌دهد و عامل مهمی در گسترش و افزایش تعاملات اجتماعی وی می‌باشد، و از این طریق موجب بالا رفتن میزان سلامت اجتماعی افراد در جامعه می‌شود. این تعاملات و روابط اجتماعی باعث می‌شوند فرد خود را جزئی از جامعه بداند و نسبت به آن احساس تعلق خاطر کرده و همچنین احساس کند که جامعه برای او به‌عنوان یک شهروند ارزش و اهمیت قائل است. برعکس افرادی که در این مراسم شرکت نمی‌کنند و خود را جزء مهمی از جامعه به حساب نمی‌آورند، این امر می‌تواند نوعی شکاف و فاصله بین این افراد و جامعه ایجاد کند و باعث شود فرد احساس مسئولیت نسبت به جامعه نداشته باشد و در جهت رشد و پیشرفت آن هم فعالیتی انجام ندهد. طبق

نظر کبیز (۱۹۹۸) فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار و قابل فهم و دارای ظرفیت‌های بالقوه‌ای برای رشد و شکوفایی بداند، این افراد خود را با دیگران که واقعیت اجتماعی وی را می‌سازند، سهیم می‌دانند و تلاش می‌کنند تا در جامعه‌ای که برای آنها ارزش قائل است، سهیم باشند. آنچه متون و آیات دینی اسلام نیز بر آن تأکید کرده‌اند، اهمیت رابطه فرد با جامعه است که البته چنین دستوراتی بیشتر می‌تواند جزء مستحبات باشد و چنین برداشتی مطابق با تعریف مشارکت اجتماعی است که شامل ارزیابی کیفیت رابطه فرد با جامعه می‌باشد. همچنین انجام فعالیت‌های گروهی و شرکت در آیین‌ها و فعالیت‌های مذهبی از جمله مسائلی است که موجب افزایش رضایت فرد از رابطه‌اش با جامعه می‌گردد. این یافته مطالعه حاضر همسو با یافته‌های (بروان و ترینر، ۲۰۰۹) نیز است که اظهار داشته‌اند، افرادی که در فعالیت‌های مذهبی شرکت می‌کنند، یکپارچگی اجتماعی بیشتری نشان می‌دهند. علاوه بر این، نحوه ارتباط افراد جامعه با یکدیگر نیز از جمله مسائلی است که دین اسلام بر آن تأکید داشته است و این توصیه‌های دینی در ارتباط با پذیرش اجتماعی می‌باشد و افراد دارای این ویژگی، روابط اجتماعی بیشتری داشته و بیشتر به اطرافیان اعتماد می‌کنند.

یافته‌های پژوهش حاضر تأثیر شرکت در مراسم عزاداری را بر افزایش انطباق و شکوفایی اجتماعی تأیید نمود. این یافته‌ها مخالف با نتایج بدست آمده از سایر پژوهش‌های مشابه می‌باشد. در تعریف شکوفایی اجتماعی گفتیم به ارزیابی توانمندی‌های بالقوه اجتماع به صورت کلی برمی‌گردد و انطباق اجتماعی یعنی درک اجتماع به صورت هوشمند، قابل درک و قابل پیش‌بینی. بنابراین شاید بتوان چنین عنوان کرد که علت مؤثر نبودن مراسم عزاداری بر این دو مؤلفه سلامت اجتماعی (انطباق و شکوفایی اجتماعی)، کمتر مرتبط بودن مراسم عزاداری با این دو مؤلفه بوده است.

در یک جمع‌بندی کلی می‌توان گفت که باورهای دینی به عنوان یک جنبه مهم سلامت اجتماعی جامعه ما، باید مورد توجه روان‌شناسان باشد. نادیده گرفتن عقاید مذهبی یا سوءبرداشت‌ها درباره مذهب ممکن است ناکامی‌هایی در پی داشته باشد و سلامت اجتماعی شهروندان را به مخاطره اندازد. مشارکت نداشتن در فعالیت‌های اجتماعی مانع جذب فرد در چارچوب‌های اجتماعی می‌گردد در این صورت فرد احساس می‌کند که بین ارزش‌ها و جامعه او نقطه مشترکی وجود ندارد و بنابراین نسبت به هنجارها و قوانین اجتماع بی‌تفاوت می‌شود (کاهش انسجام اجتماعی) و نگرش مثبت خود را نسبت به اجتماع و حتی افراد آن جامعه از دست می‌دهد (کاهش پذیرش اجتماعی). وقتی که چنین نگرشی در فرد ایجاد شد، فرد کارایی خود را از دست می‌دهد و در نهایت سلامت اجتماعی وی کاهش می‌یابد و نتیجه آن اختلال در رفتارهای اجتماعی و گسترش فساد و ناهنجاری‌های اجتماعی، بزهکاری و ... می‌شود. سلامت اجتماعی عامل مهمی در پذیرش هنجارهای اجتماعی است که فرد را قادر

به تعادل مثبت و اجتناب از پاسخ‌های نامطلوب می‌کند و با تقویت باورهای دینی و از جمله آن شرکت در مراسم‌های مذهبی، می‌توان از بروز چنین وقایعی پیشگیری کرد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مشارکت در فعالیت‌های مذهبی جنبه‌های اجتماعی زیادی دارد و سلامت اجتماعی افراد را تحت تأثیر قرار داده و افزایش می‌دهد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر، مشخص نبودن جهت‌گیری مذهبی افراد شرکت‌کننده در پژوهش بود. با تشخیص درونی یا بیرونی بودن مذهب افراد شرکت‌کننده، تعمیم یافته‌ها با اطمینان بیشتری صورت خواهد گرفت. بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر با معیاری برای بررسی جهت‌گیری مذهبی تکرار شود.

### سپاسگزاری

مؤلفین بدین وسیله از همکاری ساکنین محترم مجتمع‌های مسکونی شرکت‌کننده در این پژوهش نهایت تشکر و قدردانی را دارند.

### منابع

- باقری، مسعود؛ بنی‌اسد، حسن؛ و داوری، صفورا. (۱۳۹۰). رابطه دینداری و ابعاد شخصیت با سلامت روان معلمان شهرستان رودان. *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ۵ (۹)، ۳۲-۷.
- دلیر، مجتبی؛ و رسانه، فرزانه. (۱۳۹۲). نقش پایبندی مذهبی در پیش‌بینی مؤلفه‌های سلامت اجتماعی. مقاله ارائه شده در دومین کنگره ملی روان‌شناسی اجتماعی ایران.
- رسولی، رویا؛ و سلطانی‌گرددفرامرز، سمیه. (۱۳۹۱). مقایسه و بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی و عمل به باورهای دینی با سازگاری زناشویی در طلاب و دانشجویان. *خانواده‌پژوهی*، ۳۲، ۸ (۴)، ۴۳۹-۴۲۷.
- شریفتیان، محمدحسن. (۱۳۹۱). تأملی بر پیوند معنایی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام‌نور مشهد. *فصلنامه جامعه‌شناسی مطالعات جوانان*، ۲ (۵)، ۱۷۴-۱۴۹.
- شیخ‌الاسلامی، فرزانه؛ ستوده‌ناورودی، امید؛ زینعلی، شینا؛ و طالبی، محمود. (۱۳۹۲). ارتباط باورهای مذهبی، سلامت روان، عزت نفس و خشم در افراد عادی و وابسته به مواد. *پرستاری و مامایی جامع‌نگر*، ۲۳ (۷۰)، ۵۱-۴۵.
- صدری، جمشید؛ و جعفری، علیرضا. (۱۳۸۹). بررسی رابطه باورهای مذهبی با سلامت روان (مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهر). *علوم رفتاری*، ۲ (۳)، ۱۳۸-۱۲۳.
- گنجی، کامران؛ نوابخش، مهرداد؛ و ذبیحی، رزیتا. (۱۳۹۰). رابطه سبک‌های هویت و سلامت اجتماعی با رفتار کمک‌طلبی در دانش‌آموزان پیش‌دانشگاهی در ریاضیات. *فصلنامه روان‌شناسی تربیتی*، ۲۲ (۷)، ۱۲۳-۹۵.

- میرزاحمدی، محمدحسن؛ فرمهینی فراهانی، محسن؛ و اسفندیاری، سهیلا. (۱۳۹۰). بررسی نقش آموزش‌های دینی در سلامت فردی و اجتماعی. *فرهنگ در دانشگاه اسلامی*، ۴۷، ۱۵ (۲)، ۲۰-۴۵.
- همتی، الهام؛ مهدوی، محمدصادق؛ و بقایی سرابی، علی. (۱۳۹۲). تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار شهر رودهن. *پژوهش اجتماعی*، ۲ (۱۸)، ۴۵-۶۱.
- Audretsch, D. B., Bonte, W., & Tamvada, J. P. (2013). Religion, social class, and entrepreneurial choice. *Journal of Business Venturing*, 28, 774-789.
- Bilewicz, M., & Klebaniuk, J. (2013). Psychological consequences of religious symbols in public space: Crucifix display at a public university. *Journal of Environmental Psychology*, 35, 10-17.
- Childs, E. (2010). Religious attendance and happiness: examining gaps in the current literature – A research note. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 49, 550-560.
- Edlund, M.J., Harris, K.M., Koenig, H.G., Han, X., Sullivan, G., Mattox, R., & Tang, L. (2010). Religiosity and decreased risk of substance use disorders: is the effect mediated by social support or mental health status? *Soc, Psychiatry, Epidemiology*, 45, 827-836.
- Elliott, M., & Hayward, R.D. (2009). Religion and life satisfaction worldwide: the role of government regulation. *Sociology of Religion*, 70, 285-310.
- Ellison, C.G., Burdette, A.M., & Hill, T.D. (2009). Blessed assurance: religion, anxiety, and tranquility among US adults. *Social Science Research*, 38, 656-667.
- Gallup, G. (1995). *The Gallup poll: Public opinion*. Wilmington, DE: Scholarly Resources.
- Green, M., & Elliott, M. (2010). Religion, Health, and psychological well-being. *Journal of religion and health*, 49, 149-163.
- Greenfield, E.A., & Marks, N.F. (2007). Religious social identity as an explanatory factor for associations between more frequent formal religious participation and psychological well-being. *International Journal for the psychological of religion*, 17, 245-259.
- Headey, B., Schupp, J., Tucci, I., & Wagner, G.G. (2010). Authentic happiness theory supported by impact of religion on life satisfaction: a longitudinal analysis with data for Germany. *The Journal of Positive Psychology*, 5, 73-82.
- Hogg, M.A., Adelman, J.R., & Blagg, R.D. (2010). Religion in the face of uncertainty: an uncertainty-identity theory account of religiousness. *Personality and Social Psychology Review*, 14, 72-83.
- Idler, E.L. (2010). Health and religion, *the new Blackwell Companion to Medical Sociology*, William Cockerham, Editor. Oxford: Wiley-Blackwell. Pp. 133-158.
- Inzlicht, M., & Tullett, A. M. (2010). Reflecting on God: religious primes can reduce neurophysiological response to errors. *Psychological science*, 21, 1184-1190.

- Inzlicht, M., Mcgregor, I., Hirsh, J.B., & Nash, K. (2009). Neural markers of religious conviction. *Psychological science*, 20, 385-392.
- Keyes, C.M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 2, 121-140.
- Kovacs, E., Piko, B.F., & Fitzpatrick, K.M. (2011). Religiosity as a protective factor against substance use among Hungarian high school students. *Subst, Use Misuse*, 46, 1346–1357.
- Lehrer, E.L. (2008). *The role of religion in economic and demographic behavior in the United States: a review of recent literature*. IZA Discussion Paper No. 3541. Institute for the Study of Labor, Bonn.
- Lim, C., Putnam, R.D. (2009). Praying alone is no fun: religion, social networks, and subjective well-being. In: *Paper Presented at the Meeting of the Canadian Institute for Advanced Research*, Toronto, Ontario, Canada.
- Macaskill, A. (2007). Exploring religious involvement, forgiveness, trust, and cynicism. *Mental health, religion & culture*, 10 (3), 203-218.
- Marsiglia, F.F., Ayers, S.L., & Hoffman, S. (2012). Religiosity and adolescent substance use in Central Mexico: exploring the influence of internal and external religiosity on cigarette and alcohol use. *Am. J. Comm. Psychol*, 49, 87–97.
- Mazumdar, S., & Mazumdar, S. (2009). Religion, immigration, and home making in diaspora: Hindu space in Southern California. *Journal of Environmental Psychology*, 29, 256-266.
- McCullough, N. E., & Willoughby, B. L. (2009). Religion, self-regulation, and self-control: Associations, explanations, and implications. *Psychological Bulletin*, 135, 69-93.
- Moscati, A., & Mezuk, B. (2014). Losing faith and finding religion: Religiosity over the life course and substance use and abuse. *Drug and Alcohol Dependence*, 136, 127-134.
- Norenzayan, A., Dar-Nimrod, I., Hansen, I.G., & Proulx, T. (2009). Mortality salience and religion: divergent effects on the defense of cultural worldviews for the religious and the non-religious. *European Journal of Social Psychology* 39, 101–113.
- Parboteeah, K.P., Hogel, M., & Cullen, J. (2009). Religious dimensions and work obligation: a country institutional profile model. *Human Relations*, 62(1), 119-148.
- Park, C.L. (2007). Religiousness/spirituality and health: A meaning systems perspective. *Journal of behavioral Medicine*, 30, 319-328.
- Pellerin, J., & Edmond, M.B. (2013). Infections associated with religious rituals. *International journal of infectious diseases*, 17, 945-948.
- Pew Research center (2012). *Trends in American Values: 1987-2012*. Washington DC: Pew Research center (Available online at <http://www.people-press.org/files/legacy-pdf/06-04-12%20values%20Release.pdf>).
- Phillip, C. (2011). Religion as resource: religion and immigrant economic incorporation. *Social Science Research*, 40, 1350–1361.



- Razmyar, S., & Charlie, L, R. (2013). Individual differences in religiosity as a function of cognitive ability and cognitive style. *Intelligence*, 41, 667-673.
- Ruffle, B.J., & Sosis, R.H. (2007). Does it pay to pray? Evaluating the economic return to religious ritual. B.E. *Journal of Economic Analysis & Policy* 7 (Contributions), Article 181.
- Sharp, S. (2010). How does prayer help manage emotions? *Social Psychology Quarterly*, 73, 417-437.
- Snell, P. (2009). What difference does youth group make? A longitudinal analysis of religious youth group participation outcomes. *Journal for the scientific study of religion*, 48, 572-587.
- Stavrova, O., Fetchenhauer, D., & Schlosser, T. (2013). Why are religious people Happy? The effect of the social norm of religiosity across countries. *Social Science Research*, 42, 90-105.
- Tracey, P. (2012). Religion and organization: a critical review of current trends and future directions. *The Academy of Management Annals*, 6 (1), 87-134.
- World Health Organization. (1979). *Health for all*. Sr, No5.
- Yonker, J.E., Schanabelrauch, C.A., & Dehaan, L.G. (2012). The relationship between spirituality on psychological outcomes in adolescents and emerging adults: A meta-analytic review. *Journal of adolescence*, 35, 299-314.
- Ysseldyk, R., Matheson, K., & Anisman, H. (2010). Religiosity as identity: toward an understanding of religion from a social identity perspective. *Personality and Social psychology review*, 14, 60-71.
- Zussman, A. (2014). The effect of political violence on religiosity. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 104, 64-83.