Islam and Health Journal
Babol University of Medical Sciences

دانشگاه علوم پزشکی بابل، نشریه اسلام و سلامت
دوره ششم، شماره اول، بهار و تابستان ۱۴۰۰، صفحه: ٦٦-٥٧

Original Article

ارتباط محور کنترل سلامت و عقاید مذهبی با قصد رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی مرتبط با کووید-۱۹

دریافت مقاله: ۹۹/۱۱/۱۰ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۷/۱۸

عیسی محمدی زیدی (PhD)[۱*]
بنفشه محمدی زیدی (PhD)[۲]
۱. مرکز تحقیقات ایمنی محصولات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.
۲. گروه مامایی، دانشکده پزشکی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

*نویسنده مسئول: عیسی محمدی زیدی
قزوین، بلوار آزادگان، معاونت غذا و دارو، مرکز تحقیقات ایمنی محصولات بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی قزوین.
تلفن: ۰۲۸ ۳۳٦٦۳۹۹۲
فاکس: ۰۲۸ ۳۳٦۷۲۷۸۳
Email:
easamohammadizeidi@gmail.com

چکیده

سابقه و هدف: ترس و اضطراب ناشی از ابتلا به کووید-۱۹ منجر به تضعیف باورهای مذهبی و بهزیستی معنوی در جوامع شده است. هدف مطالعه کنونی تعیین ارتباط محور کنترل سلامت خدا و عقاید مذهبی با رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی مرتبط با کووید-۱۹ بود.

مواد و روش‌ها: با روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای ۲۶۴ نفر از زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی شهر قزوین در یک پژوهش توصیفی مقطعی در سال ۱۳۹۹ شرکت کردند. داده‌ها با استفاده از سوالات دموگرافیک، مقیاس‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده، مقیاس بیماری به‌عنوان تنبیه برای گناهان، مقیاس درک اثرات مذهب بر رفتار بهداشتی، مقیاس‌های محور کنترل سلامت خدا و سلامت معنوی آلیسون گردآوری شدند. داده‌ها با نرم‌افزار LISREL 8.80 و ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز مسیری تحلیل شدند.

یافته‌ها: سلامت معنوی با قصد و عملکرد پیشگیرانه، همبستگی معنی‌داری داشت و بین محور کنترل سلامت خدا با تمام سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده همبستگی معنی‌دار مشاهده شد. به استثنای ضریب مسیری منفی بین محور کنترل سلامت خدا و قصد، ضرایب مسیری بین سایر متغیرها با قصد معنی‌دار و مثبت بود. علاوه بر این، سلامت معنوی تاثیر مثبت معنی‌داری بر قصد و عملکرد پیشگیرانه اعمال کرد. اصلی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های عملکرد پیشگیرانه به ترتیب کنترل رفتاری درک شده، قصد و سلامت معنوی بودند.

نتیجه‌گیری: سلامت معنوی و باورهای مذهبی بر عملکرد زنان در پیشگیری از کووید-۱۹ موثر بودند. باید به نقش عقاید مذهبی و سلامت معنوی در طراحی مداخلات با هدف پیشگیری از کووید-۱۹ تاکید شود.

واژگان کلیدی: نگرش، سلامت معنوی، محور کنترل سلامت، عقاید مذهبی، کووید-۱۹، پیشگیری

مقدمه

کووید-۱۹ با توجه به ماهیت بسیار مسری‌اش به‌عنوان یک پاندمی جهانی، جان میلیون‌ها نفر را در سراسر جهان تهدید می‌کند (۱). علاوه بر این، مواجهه با اخبار و اطلاعات مرتبط با میزان شیوع و مرگ و میر ناشی از کووید-۱۹ آثار سوئی بر ابعاد مختلف سلامت تحمیل کرده است و ترس و اضطراب ناشی از آن منجر به تضعیف باورهای مذهبی، بهزیستی معنوی و رضایت از زندگی در بسیاری از جوامع شده است (۲).

کنترل و مدیریت پیامدهای مختلف ناشی از پاندمی کووید-۱۹ یک اولویت ملی و بین‌المللی محسوب می‌شود و به شدت تحت تاثیر مشارکت عمومی جامعه برای رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی و پایبندی به رفتارهای بهداشتی پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹ است (۳). رفتارهای پیشگیرانه تحت تاثیر متغیرهای متنوع فردی (سن، جنسیت، میزان تحصیلات و ...)، روانی- اجتماعی (نگرش، هنجارهای انتزاعی، خودکارآمدی، باورهای مذهبی، معنویت و غیره) و محیطی (مانند قوانین مربوط به فاصله اجتماعی، قرنطینه، محدودیت‌های مسافرت/ تعطیلی و غیره) قرار دارد (۴). شناسایی عوامل موثر بر رعایت رفتارهای پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹ اولین گام و مرحله ضروری در طراحی مداخلات شناختی رفتاری با هدف کنترل بیماری‌ها محسوب می‌شود. علاوه بر این، کاربرد مدل‌های روان‌شناختی یک رویکرد منطقی و علمی در راستای کشف و فهم صحیح متغیرهای اصلی و پایه‌ای می‌باشد. یکی از بهترین و موثرترین مدل‌های موجود در راستای تبیین عوامل روانی اجتماعی موثر بر رفتارهای بهداشتی، نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده (theory of planned behavior (TPB)) است که از ظرفیت بالقوه‌ای برای توسعه مداخلات تغییر رفتار برخوردار است. همچنین، اثربخشی نظریه TPB برای طیف وسیعی از رفتارهای بهداشتی همچون رفتارهای بهداشتی، مخصوصاً رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری‌ها تایید شده است (۵). فرضیه اصلی نظریه TPB این است که قصد تعیین‌کننده‌ی اصلی رفتار است و تحت تاثیر ۳ متغیر دیگر قرار دارد: (۱) نگرش‌ها نسبت به رفتار؛ (۲) هنجارهای انتزاعی؛ (۳) کنترل رفتاری درک‌شده. نوع رفتار و ویژگی‌های اجتماعی، فرهنگی و روانشناختی مخاطبان تاثیر این سازه‌ها را تعیین می‌کنند (۶). با وجود آن‌که سودمندی این تئوری به تعداد کم سازه‌های آن مرتبط است؛ اما

[Downloaded from iahj.ir on 2025-07-16]

برخی اعتقاد دارند که تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده برای توضیح مکانیسم‌های زیربنایی رفتارهای پیچیده بسیار ساده است و Ajzen نیز تاکید کرده است که تئوری می‌تواند سازه‌های جدیدی را در خود بگنجاند (۷).

علاوه بر این، تحقیقات قبلی بیشتر متمرکز بر ارزیابی عوامل روانشناختی موثر بر رفتارهای پیشگیرانه بودند و تاثیر عقاید مذهبی و سلامت معنوی بر عملکرد پیشگیرانه به خوبی بررسی نشده است (۸ و ۹). بنابراین، استفاده از متغیرهای مذکور در کنار متغیرهای روانشناختی نظریه TPB می‌تواند ظرفیت تبیین رفتارهای پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹ را بهبود ببخشد.

پیروی جامعه از موازین بهداشتی، انجام رفتارهای خودمراقبتی، تبعیت از توصیه‌های کادر درمانی و اخذ تصمیمات بهداشتی تحت تاثیر عقاید مذهبی و معنویت قرار دارد (۱۰) و مطالعات بر ارتباط مثبت بین عقاید مذهبی و معنویت با رفتارهای بهداشتی و پیشگیرانه تاکید کرده‌اند (۱۱). در همین راستا، اسلام و آموزه‌های آن نیز تنظیم‌کننده‌ی هنجارهایی هستند که می‌توانند تسهیل‌کننده و راهنمای رفتارها، انتخاب‌ها و سبک زندگی پیروان آن باشد (۱۲). همچنین، فرهنگ دینی و نگرش معنوی شیعیان اهمیت خاص بر سلامت فردی و اجتماعی قایل است (۱۳).

علاوه بر باورهای مذهبی، مطالعات بر ارتباط بین معنویت با ابعاد مختلف سلامت و رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری تاکید کرده‌اند (۱۴). معنویت به‌عنوان «جنبه پویا و ذاتی از بشریت تعریف می‌شود که به‌واسطه آن افراد معنا و هدف زندگی و همین‌طور ارتباط با خود، خانواده و جامعه را جستجو می‌کنند. معنویت و سلامت معنوی با مکانیسم‌های گوناگون همچون تقویت حمایت‌های اجتماعی، ارتقاء مسئولیت‌پذیری فردی، می‌تواند بر ابعاد مختلف سلامت تاثیرگذار شود (۱۵). علاوه بر این، اعمال معنوی به‌عنوان یک مکانیسم غلبه قدرتمند برای برخورد با رویدادهای تروماتیک و تغییردهنده زندگی شناخته شده است (۱۶).

ارزیابی واکنش افراد در مواجهه با بحران‌های بهداشتی مانند پاندمی کووید-۱۹ و تعیین ارتباط خطر درک‌شده با رعایت رفتارهای پیشگیرانه گام اساسی در طراحی راهبردهای کنترل بیماری است. از طرف دیگر، ارزیابی نقش باورها و عقاید مذهبی بر تمایل افراد برای تبعیت از توصیه‌های بهداشتی نیز می‌تواند به این فرایند کمک فراوانی کند (۳ و ۴). علی‌رغم مسائل مطرح‌شده، پژوهش‌های گذشته با محدودیت‌هایی همراه بوده است از قبیل: الف) از هیچ یک از مدل‌های تغییر رفتار به‌طور کامل برای شناسایی عوامل موثر بر رفتارهای پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹ استفاده نشده است و عموماً تاثیر یک یا چند متغیر روانشناختی مانند خودکارآمدی بر رفتار بهداشتی بررسی شده است، ب) تاثیر سلامت معنوی و باورهای مذهبی بر رفتارهای پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹ به‌طور هم‌زمان و در کنار سایر سازه‌های نظریه TPB ارزیابی نشده است. ج) در نهایت، مطالعات محدودی نقش باورهای مذهبی را در تبعیت از دستورالعمل‌های بهداشتی مرتبط با کووید-۱۹ در زنان بررسی کرده‌اند (۱۰-۸).

از آنجا که شناسایی متغیرهای موثر بر عملکرد پیشگیرانه از کووید-۱۹ ضرورتی انکارناپذیر، پیش از اجرای مداخلات به شمار می‌رود و با توجه به تاثیر چشمگیر عقاید و باورهای مذهبی و سلامت معنوی جامعه اسلامی ایرانی بر سبک زندگی آن‌ها، در این مطالعه بر آن شدیم تاثیر متغیرهایی مانند محور کنترل سلامت و عقاید مذهبی را بر رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی مرتبط با پیشگیری از کووید-۱۹ ارزیابی کنیم. همچنین، هدف مطالعه تعیین ارتباط سلامت معنوی و سازه‌های نظریه TPB با قصد رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی مرتبط با کووید-۱۹ در شهر قزوین بود.

مواد و روش‌ها

پژوهش کنونی یک مطالعه توصیفی مقطعی (Cross-sectional study) بود که با هدف تعیین ارتباط سلامت معنوی، عقاید مذهبی و متغیرهای روانشناختی با قصد رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی مرتبط با کووید-۱۹ در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قزوین در نیمه اول سال ۱۳۹۹ اجرا شد. با توجه به تنوع ویژگی‌های فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی شهر قزوین و احتمال تاثیر این متغیرها بر نتایج مطالعه، از هر یک از مناطق مختلف تقسیم‌بندی شهری (مطابق آخرین تقسیم‌بندی شهرداری قزوین) یک مرکز بهداشتی درمانی انتخاب شد و مجموعاً ۸ مرکز بهداشتی درمانی برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند.

اساس پیشنهاد کلاین (۲۰۱۰) در مطالعات تحلیل عاملی و آنالیز مسیری به ازای هر عامل (متغیر نهان) تعداد ۲۰ نمونه لازم است و حداقل حجم نمونه در مطالعات آنالیز مسیر ۲۰۰ نمونه باید باشد (۹). بنابراین با توجه به بررسی ۱۱ عامل (متغیر نهان) در مطالعه حاضر و احتمال ریزش ۲۰ درصدی، حجم نمونه ۲۶۴ نفری برای مطالعه کنونی تعیین شد و برای هر یک از مراکز بهداشتی درمانی سهمیه ۳۳ نفری تخصیص داده شد. فرایند نمونه‌گیری از ابتدای اردیبهشت تا انتهای تیر سال ۱۳۹۹ ادامه داشت. با توجه به تفاوت‌های فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی، ابتدا از هر یک از مناطق هشت‌گانه شهری قزوین یک مرکز بهداشتی درمانی به طور تصادفی انتخاب شد. در مرحله بعد، با استفاده از فرایند نمونه‌گیری آسان و بر اساس معیارهای ورود به مطالعه، از بین کلیه زنان مراجعه-کننده به هر مرکز تعداد نمونه مورد نیاز برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: تمایل برای شرکت در پژوهش، زن بودن، ملیت ایرانی داشتن، سواد خواندن و نوشتن کافی، حداقل سن ۱۶ سال و تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری قزوین جهت دریافت خدمات مراقبتی قرار داشتن. همچنین، افرادی که به اختلالات روانی جسمانی، اختلالات شناختی مبتلا بودند و مشکلات حافظه داشتند نیز از حضور در مطالعه منع شدند.

بعد از پذیرش مشارکت در پژوهش، اهداف پژوهش، داوطلبانه بودن حضور در مطالعه، محرمانه ماندن اطلاعات و بی‌نام بودن پرسشنامه‌ها از سوی تیم تحقیق بیان شد. از تمامی مشارکت‌کنندگان شماره تماس و آدرس دقیق اخذ شد و به آن‌ها گوشزد شد که مهلت تکمیل پرسشنامه‌ها صرفاً دو هفته است. هر ۳ روز نیز یک پیامک یادآوری برای آن‌ها ارسال شد (مجموعاً ۴ پیامک). بعد از تمام مهلت مذکور از ۳ روش برای گردآوری پرسشنامه‌ها استفاده شد: الف) زنانی که قصد مراجعه مجدد به مراکز بهداشتی درمانی را داشتند، پرسشنامه را به صورت حضوری تحویل تیم پژوهش دادند. ب) بخشی از مشارکت‌کنندگان با عکس گرفتن از تمام صفحات پرسشنامه، آن‌ها را ارسال کردند. ج) بخشی از پرسشنامه‌ها نیز به صورت مراجعه تیم تحقیق به آدرس شرکت‌کننده با هماهنگی قبلی گردآوری شد.

فرایند مطالعه، روش و ابزار گردآوری داده‌ها و سایر خصوصیات مطالعه حاضر توسط کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین مورد تایید قرار گرفته است (IR.QUMS.REC.1399.190).

[Downloaded from iahj.ir on 2025-07-16]

داده‌های مورد نظر در پژوهش حاضر با استفاده از مجموعه‌ای از پرسشنامه‌های معتبر به روش خودگزارشی گردآوری شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل این موارد بود: (الف) ویژگی‌های دموگرافیکی و زمینه‌ای که مشتمل بر اطلاعاتی درباره سن، وضعیت تاهل، وضعیت اشتغال، میزان تحصیلات، ابتلا به بیماری‌های مزمن، سابقه ابتلا خود یا خانواده و افراد نزدیک به کووید-۱۹ بود. (ب) مقیاس نگرش ۱۰ سوالی با گزینه‌های پاسخ لیکرت ۵ نقطه‌ای از ۱ «کاملاً مخالفم» تا ۵= «کاملاً موافقم». دامنه پاسخ‌ها مقیاس نگرش بین ۱۰ تا ۵۰ بود و نمرات بیشتر نشان‌دهنده نگرش مطلوب‌تر نسبت به رفتارهای پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹ بود و بالعکس. یک نمونه از آیتم‌های مورد استفاده در مقیاس نگرش عبارت بود از «کووید-۱۹ یک بیماری به شدت مسری و کشنده است». مطالعات قبلی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمون به ترتیب توافق درونی و پایایی مقیاس مذکور را مورد تایید قرار دادند (۸ و ۹). (ج) مقیاس حمایت اجتماعی ۴ سوالی با گزینه پاسخ لیکرت ۵ نقطه‌ای از ۱ «اصلا صحیح نیست» تا ۵ «کاملاً صحیح است». دامنه پاسخ‌های مقیاس حمایت اجتماعی بین ۴ تا ۱۶ بود و نمرات بالاتر نشانگر حمایت اجتماعی بیشتر برای رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی بود و بالعکس. نمونه‌ای از آیتم‌های این مقیاس عبارت بود از: «رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی به طور منظم مورد تایید تمام افراد مهم مانند خانواده، دوستان و جامعه پزشکی است». توافق درونی و پایایی این مقیاس نیز در مطالعات قبلی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمون مورد تایید قرار گرفت (۸ و ۹). (د) مقیاس PBC که متشکل از ۵ آیتم و گزینه‌های پاسخ لیکرتی ۵ نقطه‌ای از ۱ «اصلاً مطمئن نیستم» تا ۵ «کاملاً اطمینان دارم» به آیتم‌ها امتیاز بدهند. دامنه پاسخ‌ها نمره نهایی ۵ تا ۲۵ بود و نمرات بالاتر نشانگر کنترل متصور بیشتر بر رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی بود و بالعکس. یک مثال از آیتم‌های مقیاس PBC عبارت است از: «دانش و مهارت کافی برای رعایت منظم دستورالعمل‌های بهداشتی مرتبط با کووید-۱۹ دارم». خصوصیات روان‌سنجی مقیاس مذکور در پژوهش های قبلی به اثبات رسیده است (۸ و ۹). (ل) مقیاس قصد که شامل ۲ سوال و طیف پاسخگویی لیکرت ۵ نقطه‌ای از ۱ «کاملاً مخالفم» تا ۵ «کاملاً موافقم» بود. دامنه نمرات بین ۲ تا ۱۰ بود و نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی قصد قدرتمندتر برای رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی بود و بالعکس. یک نمونه از سوالات مقیاس قصد عبارت بود از: « برنامه‌ریزی کرده‌ام تا دستورالعمل‌های پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹ را به‌طور منظم رعایت کنم». مطالعات قبلی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمون به ترتیب توافق درونی و پایایی مقیاس مذکور را مورد تایید قرار دادند (م) مقیاس رفتارهای پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹ که از ۶ سوال تشکیل شده بود و از شرکت‌کنندگان درخواست شد تا با استفاده از طیف پاسخ لیکرت ۵ نقطه‌ای از ۱ «هرگز» تا ۵ «همیشه» به سوالات آن پاسخ بدهند. دامنه پاسخ‌ها بین ۶ تا ۳۰ بود و نمرات بالاتر نشانگر عملکرد پیشگیرانه مطلوب‌تر بود. خصوصیات روان‌سنجی مقیاس مذکور در پژوهش‌های قبلی به اثبات رسیده است (۸ و ۹).

(ن) مقیاس بیماری به‌عنوان تنبیه برای گناهان (Illness as Punishment for Sin scale: IPSS): این مقیاس از هشت آیتم تشکیل شده است (۱۷ و ۱۸) و یک نمونه از سوالات این مقیاس عبارت است از: «خدا گاهی اوقات از بیماری‌های جسمانی برای تنبیه مردم استفاده می‌کند» و شرکت‌کنندگان با استفاده از طیف لیکرت ۴ نقطه‌ای از ۱ «کاملاً مخالفم» تا ۴ «کاملاً موافقم» به سوالات این مقیاس پاسخ دادند. دامنه پاسخ‌ها بین ۸ تا ۳۲ بود و نمرات نشانه‌ای از اعتقاد بیشتر به تنبیه گناهان است (۱۷). بعد از طی فرایند ترجمه، بازترجمه این پرسشنامه و تایید روایی صوری آن توسط محققان، شاخص روایی محتوایی (Content Validity index: CVI) برابر با ۰/۸۱ و میزان روایی محتوایی (Content Validity rate: CVR) برابر با ۰/۷۷ مشخص شده از سوی پانل خبرگان نشانگر روایی محتوایی این مقیاس بود (CVR=۰/۸۲، CVR=۰/۷۶). علاوه بر این، ضریب آلفای کرونباخ (α=۰/۸۹) و ضریب بازآزمون (r=۰/۸۳) حاصل از تکرار پرسشنامه در فاصله ۱۵ روزه در یک جمعیت ۲۰ نفری از زنان نیز تاییدگر توافق درونی و پایایی مقیاس مذکور بودند. زنان مذکور به‌طور تصادفی ساده از جامعه اصلی پژوهش انتخاب شده بودند و نتایج آن‌ها در مطالعه شرکت داده نشد.

(و) مقیاس درک اثرات مذهب بر رفتار بهداشتی (Perceived Religious Influence on Health Behavior: PRIHB) که از ۷ آیتم تشکیل شده است (۱۷ و ۱۸) و نمونه‌ای از سوالات این مقیاس عبارت است از: (به‌طور مثال، من قصد دارم بخاطر عقاید مذهبی/ معنوی‌ام از چیزهای مضر برای بدنم اجتناب کنم یا خدا به من کمک می‌کند تا سبک زندگی سالم را حفظ کنم). از شرکت‌کنندگان درخواست شد تا با طیف لیکرتی ۴ نقطه‌ای از ۱ «کاملاً مخالفم» تا ۵ «کاملاً موافقم» برای پاسخ‌دهی به سوالات این مقیاس استفاده کنند. دامنه پاسخ‌ها بین ۷ تا ۲۸ است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی سطح بالاتری از این عقاید است. توافق درونی (α=۰/۸۳) و پایایی (r=۰/۷۹) مقیاس مذکور در مطالعه در بازه‌ی زمانی ۱۵ روزه مناسب گزارش شد.

(ه) مقیاس سلامت معنوی آلیسون (Ellison's Spiritual Well- Being Scale :SWBS) : که شامل شامل ۲۲ سوال است و به دو خرده مقیاس فرعی (سلامت مذهبی و سلامت وجودی) تقسیم می‌شود و با گزینه‌های پاسخ لیکرت ۶ نقطه‌ای از ۱ «کاملاً مخالفم» تا ۶ «کاملاً موافقم» به آن پاسخ داده می‌شود. در عبارت‌های با فعل مثبت پاسخ‌های کاملاً موافقم نمره ۶ و کاملاً مخالفم نمره ۱ و عبارت‌های با فعل منفی پاسخ‌های کاملاً موافقم نمره ۱ و کاملاً مخالفم نمره ۶ داده شد. دامنه نمرات برای هر یک از زیر مقیاس‌های مذهبی و وجودی بین ۱۰ تا ۶۰ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی سلامت مذهبی و وجودی بود. نمره کل سلامت معنوی بین ۲۰ تا ۱۲۰ (سلامت معنوی در حد پایین ۴۰-۲۰، سلامت معنوی در حد متوسط ۹۹-۴۱، سلامت معنوی در حد بالا ۱۲۰-۱۰۰) می‌باشد. روایی این پرسشنامه مطالعات قبلی در ایران مورد تایید قرار گرفته است (۱۹).

(ی) مقیاس محور کنترل سلامت خدا (God Locus of Health Control: GLHC) : که از ۶ آیتم تشکیل شده است و توسط Wallston و همکاران (۱۹۹۹) تدوین شده است (۲۰). یک نمونه از آیتم‌های این مقیاس عبارت است از: «خدا مستقیماً مسئول بهتر یا بدتر شدن سلامت من است». شرکت‌کنندگان با طیف پاسخ لیکرت ۶ نقطه‌ای از ۱ «کاملاً مخالفم» تا ۶ «کاملاً موافقم» به آیتم‌ها پاسخ می‌دهند. دامنه پاسخ‌ها بین ۶ تا ۳۶ است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی این است که جایگاه کنترل سلامت خدا قوی‌تر است و بالعکس. خصوصیات روان‌سنجی این مقیاس در مطالعات مختلف تایید شده است (۲۱).

داده‌های گردآوری شده وارد LISREL نسخه ۸/۸۰ شدند و با آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیری تحلیل شدند. همچنین، ضریب

[Downloaded from iahj.ir on 2025-07-16]

همبستگی پیرسون برای ارزیابی روابط خطی بین سازه‌های نظریه TPB، باورهای مذهبی و سلامت معنوی با رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی بکار برده شد. علاوه بر این، آنالیز مسیری با رویکرد MLE (maximum likelihood estimation) در راستای توضیح روابط علّی بین متغیرهای مکنون بکار گرفته شد.

شاخص‌های مورد استفاده نیز برای تعیین برازش مدل مفروض عبارت بودند از: مجذور خی دو به درجه آزادی $\frac{X^2}{df}$، GFI، AGFI، NFI، CFI، RMSEA. برای شاخص‌های GFI، AGFI، NFI و CFI، مقادیر بزرگتر از ۰/۹۰ اشاره به برازش خوب مدل می‌کند. علاوه بر این، برای RMSEA، مقدار کمتر از ۰/۰۸ نشانگر برازش خوب مدل است. همچنین، نسبت مجذور کای به درجه آزادی نیز باید کمتر از ۲ باشد (۲۲). سطح معنی‌داری نیز در مطالعه حاضر کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

جدول ۱ خصوصیات دموگرافیک و زمینه‌ای زنان شرکت‌کننده در پژوهش را مشخص کرده است. میانگین سنی زنان شرکت‌کننده در پژوهش ۳۰/۴۸±۱۱/۳ سال، ۵۴/۱۷٪ متاهل، تقریباً ۶۱٪ بیکار و ۴۴٪ نیز تحصیلات کمتر از دیپلم داشتند. سابقه ابتلا شرکت‌کنندگان به کووید-۱۹ توسط ۴/۱۷٪ آن‌ها گزارش شد و ۱۱/۷۴٪ نیز به انواع بیماری‌های مزمن مبتلا بودند. جزئیات بیشتر درباره ویژگی‌های دموگرافیک در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. خصوصیات دموگرافیک زنان شرکت‌کننده در پژوهش (n=۲٦٤)

متغیر مورد بررسی	طبقه بندی	فراوانی (درصد)
سن (سال)	۱۶-۲۵	۷۰ (۲۶/۵۲)
	۲۶-۳۵	۸۱ (۳۰/۶۸)
	۳۶-۴۵	۵۵ (۲۰/۸۳)
	۴۶-۵۵	۳۱ (۱۱/۷۴)
	بیشتر از ۵۵	۲۷ (۱۰/۲۲)
وضعیت تاهل	مجرد	۱۴۳ (۵۴/۱۷)
	متاهل	۱۰۰ (۳۷/۸۸)
	سایر موارد	۲۱ (۷/۹۵)
وضعیت اشتغال	بیکار	۱۶۱ (۶۰/۹۸)
	کارمند بخش دولتی	۳۷ (۱۴/۰۲)
	کارمند بخش خصوصی	۶۱ (۲۳/۱۱)
	بازنشسته	۵ (۱/۸۹)
میزان تحصیلات	ابتدایی و راهنمایی	۳۱ (۱۱/۷۴)
	دبیرستان و دیپلم	۸۵ (۳۲/۲۰)
	دانشگاهی	۱۰۰ (۳۷/۸۸)
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۴۸ (۱۸/۱۸)
ابتلا به بیماری‌های مزمن	بلی	۳۱ (۱۱/۷۴)
	خیر	۲۳۳ (۸۸/۲۶)
سابقه ابتلا فرد به کووید-۱۹	بلی	۱۱ (۴/۱۷)
	خیر	۲۵۳ (۹۵/۸۳)
سابقه ابتلا خانواده، دوستان و افراد نزدیک به کووید-۱۹	بلی	۳۷ (۱۴/۰۲)
	خیر	۲۲۷ (۸۵/۹۸)

در جدول ۲ ضرایب همبستگی بین سازه‌های مختلف نظریه TPB، متغیرهای مذهبی مانند GLHC، بیماری به‌عنوان تنبیه برای گناهان، درک اثرات مذهب بر رفتار بهداشتی و سلامت معنوی با عملکرد زنان شرکت‌کننده در پژوهش نسبت به رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی مرتبط با کووید-۱۹ نشان داده شده است.

سلامت معنوی همبستگی معنی‌داری با قصد (P<۰/۰۱، r=۰/۳۹۰) و عملکرد پیشگیرانه (P<۰/۰۱، r=۰/۲۶۸) داشت. همچنین، متغیر بیماری به‌عنوان تنبیه برای گناهان همبستگی مثبت معنی‌داری با درک اثرات مذهب بر رفتار بهداشتی (P<۰/۰۱، r=۰/۳۲۱) ، GLHC (P<۰/۰۵، r=۰/۲۶۸) داشت و همبستگی آن با نگرش (P<۰/۰۵، r=-۰/۲۵۸) و حمایت اجتماعی (P<۰/۰۱، r=-۰/۱۹۴) منفی و معنی‌دار بود. یافته‌ها نشان داد متغیر درک اثرات مذهب بر رفتار بهداشتی قوی‌ترین ضرایب همبستگی را با نگرش (P<۰/۰۵، r=-۰/۳۲۰) و سلامت معنوی (P<۰/۰۵، r=۰/۲۵۶) داشت. همبستگی مثبت و معنی‌داری بین GLHC با دو متغیر قصد (P<۰/۰۱، r=۰/۴۸۸) و رفتار پیشگیرانه (P<۰/۰۱، r=۰/۲۲۷) وجود داشت و همبستگی بین متغیر GLHC با تمام سازه‌های نظریه TPB منفی و معنی‌دار بود. رفتار قوی‌ترین همبستگی را با نگرش (P<۰/۰۱، r=۰/۵۲۲) و حمایت اجتماعی (P<۰/۰۱، r=۰/۴۷۳) داشت. سایر ضرایب همبستگی در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

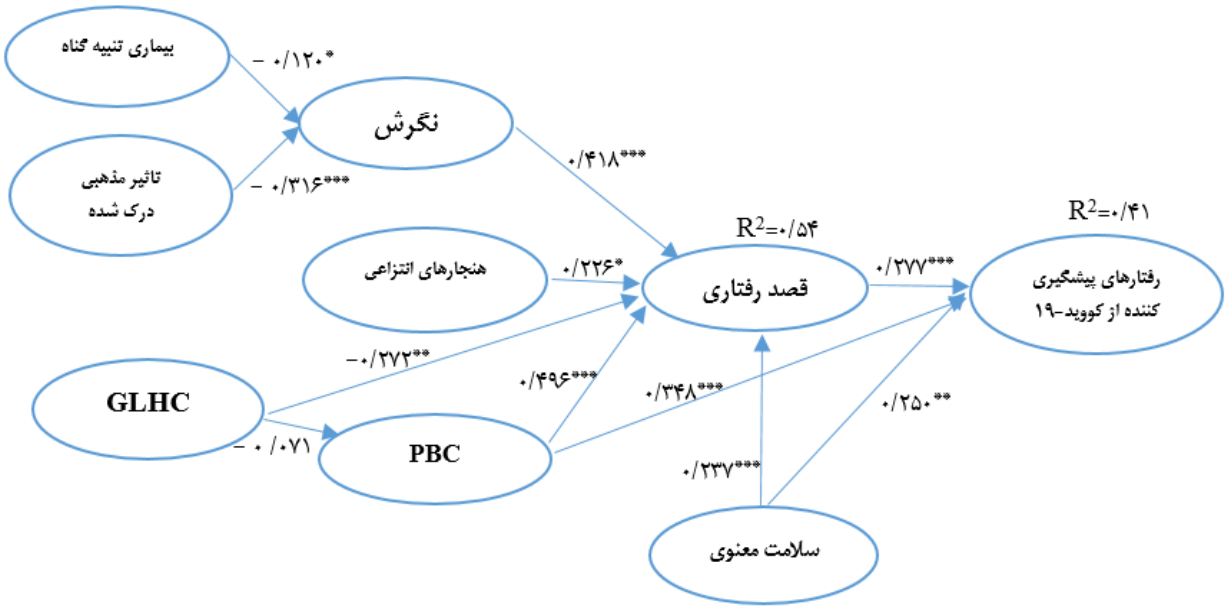
[Downloaded from iahj.ir on 2025-07-16]

جدول ۲. ضرایب همبستگی بین متغیرهای روانشناختی، متغیرهای مذهبی و عملکرد زنان نسبت به رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی (n=۲٦٤)

متغیر	۱	۲	۳	٤	٥	٦	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱. نگرش	۱										
۲. هنجارهای انتزاعی	۰/۴۸۴**	۱									
۳. کنترل رفتاری درک شده	۰/۲۶۳*	۰/۲۰۹**	۱								
۴. سلامت معنوی	۰/۴۱۸*	۰/۵۹۵**	۰/۵۷۷*	۱							
۵. بعد وجودی سلامت معنوی	۰/۴۲۵**	۰/۵۵۴**	۰/۴۵۸**	۰/۶۵۲**	۱						
۶. بعد مذهبی سلامت معنوی	۰/۴۳۷**	۰/۵۲۶**	۰/۶۱۲**	۰/۶۳۷*	۰/۶۲۷**	۱					
۷. محور کنترل سلامت خدا	-۰/۲۵۹*	۰/۲۱۱**	-۰/۲۷۶*	-۰/۵۷۹**	۰/۴۹۸*	۰/۶۳۰**	۱				
۸. درک اثرات مذهب	-۰/۳۲۰*	-۰/۰۶	-۰/۰۲۹	۰/۲۵۶*	۰/۲۰۶**	۰/۲۴۲*	۰/۳۰۶**	۱			
۹. بیماری به‌عنوان تنبیه گناه	-۰/۲۵۸*	-۰/۱۹۴**	-۰/۰۱۳	۰/۱۲۵**	۰/۱۱۸*	۰/۱۲۳**	۰/۲۶۸*	۰/۳۲۱**	۱		
۱۰. قصد رفتاری	۰/۵۲۸**	۰/۴۱۳**	۰/۵۸۸**	۰/۳۹۰**	۰/۳۳۹**	۰/۴۱۲**	-۰/۴۸۸**	-۰/۰۱۹	-۰/۰۱۳	۱	
۱۱. عملکرد پیشگیرانه	۰/۵۲۲**	۰/۴۷۳**	۰/۴۶۵*	۰/۲۶۸**	۰/۲۸۴**	۰/۲۹۸**	-۰/۲۰۷*	-۰/۰۱۲	-۰/۰۲۰	۰/۴۲۶**	۱
میانگین±انحراف معیار	۳۴/۶ ±۷/۸۵	۱۶/۴ ±۴/۳۰	۲۰/۳±۳/۸۴	۹۹/۶± ۲۱/۲	۴۴/۲±۱۱/۹۶	۴۲/۹±۱۳/۱۵	۲۴/۱۱±۵/۶۸	۲۰/۸± ۴/۱۳	۲۳/۵±۳/۸۸	۷/۳±۲/۳۳	۲۳/۲±۵/۵۷

نکته: *P<۰/۰۵؛ **P<۰/۰۱

در شکل ۱ ضرایب مسیری بین سازه‌های مختلف نظریه TPB، GLHC، باورهای مذهبی و سلامت معنوی با قصد و عملکرد زنان در رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی مرتبط با کووید-۱۹ ارائه شده است. به استثنای ضریب مسیری بین متغیر GLHC و قصد، ضرایب مسیری بین تمام سازه‌ها با قصد رفتاری معنی‌دار و مثبت بود (P<۰/۰۵). همچنین، قوی‌ترین ضرایب مسیری بین کنترل رفتاری درک شده و قصد (β=۰/۴۹۶، P<۰/۰۰۱) و سپس بین نگرش با قصد (β=۰/۴۱۸، P<۰/۰۰۱) وجود داشت. علاوه بر این، سلامت معنوی به‌طور مستقیم تاثیر مثبت معنی‌داری بر قصد (β=۰/۲۳۷، P<۰/۰۰۱) و عملکرد پیشگیرانه اعمال کرد (β=۰/۲۵۰، P<۰/۰۱). متغیر GLHC تاثیر منفی و معنی‌داری بر قصد (β=۰-/۲۷۲، P=۰/۰۱) داشت اما فاقد تاثیر معنی‌دار بر PBC بود. متغیرهای مذکور توانستند ۵۴ درصد واریانس قصد رفتاری برای رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی در زنان شرکت‌کننده در پژوهش را پیش‌بینی کنند. دو متغیر مرتبط با باورهای مذهبی یعنی بیماری به‌عنوان تنبیه برای گناهان و درک اثرات مذهب بر رفتار بهداشتی نیز تاثیر منفی و معنی‌داری بر نگرش نسبت به رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹ در زنان داشتند. اصلی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های مستقیم عملکرد زنان نسبت به رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی به ترتیب PBC (β=۰/۳۴۸، P<۰/۰۰۱)، قصد (β=۰/۲۷۷، P<۰/۰۰۱) و سلامت معنوی (β=۰/۲۵۰، P<۰/۰۱) بودند که مجموعاً قادر به پیش‌بینی ۴۱ درصد واریانس رفتار مورد نظر بودند. شاخص‌های برازش نیز با مقادیر توصیه شده و پیشنهادی منطبق بود و نشان‌دهنده‌ی برازش خوب داده‌ها با مدل مورد نظر بودند (GFI=۰/۹۱، AGFI=۰/۹۳، NFI=۰/۹۰، CFI=۰/۹۴، RMSEA=۰/۰۵۸ و $\frac{X^2}{df}$=۱/٦۹)



شکل ۱. ضرایب مسیری بین سازه‌های نظریه TPB، باورهای مذهبی و سلامت معنوی با رفتارهای پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹

«GLHC: جایگاه خدا در کنترل سلامت» - *P<۰/۰۵؛ **P<۰/۰۱؛ *** P<۰/۰۰۱

[Downloaded from iahj.ir on 2025-07-16]

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط سلامت معنوی و سازه‌های نظریه TPB با قصد رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی مرتبط با کووید-۱۹ در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قزوین در سال ۱۳۹۹ انجام شد. نتایج پژوهش به‌طور کلی نشان داد که نگرش، کنترل رفتاری درک شده و هنجارهای انتزاعی ارتباط معنی‌داری با قصد برای رعایت دستورالعمل‌های پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹ داشتند. همچنین، قصد رفتاری، کنترل رفتاری درک‌شده و سلامت معنوی توانستند به خوبی عملکرد زنان در ارتباط با رعایت دستورالعمل‌های پیشگیرانه را پیش‌بینی کنند. علاوه بر این، سلامت معنوی هم بر قصد رفتاری و هم بر رفتارهای پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹ در زنان، تاثیر مثبت و معنی‌دار داشت. یکی از مهم‌ترین یافته‌های پژوهش کنونی تاثیر معنی‌دار سازه PBC بر قصد و عملکرد زنان نسبت به رعایت دستورالعمل‌های پیشگیرانه بود که نشان داد رفتار زنان برای رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی مرتبط با کووید-۱۹ تحت تاثیر تصور آن‌ها از موانع، سختی یا سهل بودن اجرای رفتارهای توصیه‌شده قرار دارد. کنترل رفتاری و خودکارآمدی یک مولفه مهم در ارتقاء قصد و رفتارهای بهداشتی است و افرادی با کنترل رفتاری مطلوب و خودکارآمدی بالا بیشتر درگیر رفتارهای پیشگیرانه علیه کووید-۱۹ می‌شوند و بالتبع از سلامت روان و معنوی بهتری در زمان بحران برخوردار هستند (۲۳). محققانی همچون Fischer & Karl (۲۰۲۰) نیز بعد از متاآنالیز ۱۹ پژوهش از ۱۱ کشور مختلف نتیجه گرفتند که کنترل رفتاری درک‌شده، تاثیر قدرتمندی بر قصد و رفتارهای منجر به پیشگیری یا کاهش عفونت کووید-۱۹ تاکید دارد (۲۴).

شناسایی موانع مختلف فردی، اجتماعی و محیطی برای رعایت رفتارهای پیشگیرانه به‌واسطه راهبردهایی همچون بارش افکار و کمک در یافتن راه حل‌های مناسب می‌تواند منجر به افزایش عملکرد پیشگیرانه شود. همچنین، از آنجا که خودکارآمدی جزء مهم PBC است لذا استفاده از راهبردهای ارتقاء خودکارآمدی همچون تنظیم اهداف، تبدیل اهداف کلی به اهداف جزئی و مرحله‌ای، مشاهده الگوهای رفتاری و ترغیب کلامی نیز می‌تواند در بهبود سطح PBC موثر باشد. ترغیب برای انجام یا تکرار رفتارهای هنجار و بهداشتی از سوی رهبران مذهبی و روحانیون در جوامع مذهبی به همراه انجام این رفتارها و نمایش آن برای عموم مردم –به‌عنوان گروه‌های مرجع و الگوهای اجتماعی– نیز تقویت‌کننده‌ی خودکارآمدی می‌تواند باشد.

یکی دیگر از یافته‌های مهم در پژوهش حاضر تاثیر معنی‌داری نگرش بر قصد برای رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی بود که با نتایج مطالعات قبلی همسو بود (۸ و ۲۵). در مطالعه Shubayr و همکاران (۲۰۲۰) تاکید شد که نگرش پیش‌بینی‌کننده مهم رفتارهای کنترل عفونت در حوزه دندانپزشکی است (۲۵). نگران و حساسیت افراد درباره میزان شیوع و تعداد موارد مرگ و میر ناشی از کووید-۱۹ احتمالاً باعث می‌شود افراد خودشان را مستعد ابتلا به بیماری بدانند و پیامدهای آن را جدی بگیرند. نگرش مطلوب نسبت به پیشگیری از کووید-۱۹ می‌تواند ناشی از اقدامات رسانه‌ای دولت باشد. همچنین، با توجه به اعتماد جامعه به روحانیون و نفوذ گروه‌های مذهبی به‌علت سابقه بسیج‌های اجتماعی موثر و کارآمد، بیان خطرات بیماری، استدلال و بحث درباره پیامدهای عدم رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی توسط این گروه‌ها می‌تواند منجر به نگرش مطلوب، سطح مناسب ترس و کنترل بهتر پاندمی شود.

از دیگر نتایج این پژوهش ضریب مسیری مثبت و معنی‌دار بین سازه حمایت اجتماعی و قصد رفتاری برای رعایت رفتارهای دستورالعمل‌های بهداشتی بود که با مطالعات قبلی همسو بود (۹ و ۲۶). اعضای خانواده، متخصصان حوزه بهداشت و درمان، به همراه رهبران مذهبی می‌توانند نقش پررنگی در تشویق و تاثیرگذاری بر تمرین فاصله‌گذاری اجتماعی برای کاهش انتشار SARS-CoV-2 داشته باشند (۲۷). سبک رفتاری بیش از دو سوم ایرانی‌ها جامعه‌مدار (sociable community -oriented) است و تمایل دارند رفتارهای هنجار و قابل قبول اجتماعی داشته باشند. بنابراین، مداخلات سیاستی موثر برای بهبود رفتارهای پیشگیرانه باید شامل درگیر کردن شخصیت‌های بانفوذ همچون رهبران مذهبی، ورزشکاران و هنرمندان در راستای ترغیب مردم برای رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی باشد.

یکی دیگر از یافته‌های جالب مطالعه کنونی همبستگی معنی‌دار بین سلامت معنوی و عملکرد زنان برای رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی بود. همچنین، سلامت معنوی پیش‌بینی‌کننده معنی‌دار قصد رفتاری و رفتار پیشگیرانه بود. ارتباط بین عقاید مذهبی و سلامت معنوی با طیف وسیعی از رفتارهای پیشگیرانه مانند الکل نوشیدن، سیگار کشیدن، سوء مصرف مواد، استفاده از کمربند ایمنی، کیفیت خواب و ورزش تایید شده است (۳۰-۲۹). به طور مثال، در مطالعه Benjamins و همکاران (۲۰۱۱) مشخص شد که فعالیت‌های بهداشتی مبتنی بر کلیسا ارتباط معنی‌داری با غربالگری کلسترول و دریافت واکسن آنفلوآنزا داشت. همچنین، میزان استفاده از کولونوسکوپی و انجام غربالگری در افرادی که به‌طور منظم کلیسا می‌روند، از سایر افراد جامعه بالاتر بود (۲۸). مکانیسم‌های پیشنهادی مربوط به تاثیرگذاری عقاید مذهبی و سلامت معنوی بر ابعاد مختلف سلامت می‌تواند شامل ایجاد شبکه‌های حمایتی، تسهیل فرایندهای غلبه و ایجاد خصوصیات مثبت روانی مبتنی بر مذهب مانند خوش‌بینی، امیدواری، معنی‌داری و بخشندگی باشد (۳۱). علاوه بر این، افراد مذهبی به‌علت اعتماد بیشتر به کارکنان بهداشتی از مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی درمانی رضایت بیشتری دارند و عموماً تمایل بیشتری برای استفاده از خدمات پیشگیرانه مانند واکسیناسیون و غربالگری دارند (۳۲). همچنین، شبکه اجتماعی غیررسمی بین افراد مذهبی –که به‌واسطه حضور منظم آن‌ها در مساجد و سایر مکان‌های مذهبی– شکل گرفته است ممکن است رفتارهای بهداشتی آن‌ها را تقویت کند. افراد مذهبی که از عضویت در شبکه اجتماعی بزرگتر لذت می‌برند، تعاملات بیشتری دارند و کمک‌های اجتماعی-احساسی و ابزاری فراوان‌تری را نسبت به دیگران از این گروه‌های مذهبی و دینی دریافت می‌کنند (۳۱). علاوه بر موارد مذکور، گروه‌های مذهبی و دینی مانند هیات‌ها و سایر تشکل‌های دینی و مذهبی می‌تواند به طرق مختلف اعضایشان را در مسیر شروع یا تکرار رفتارهای بهداشتی راهنمایی کنند. به طور مثال، روحانیون در خطبه‌ها می‌توانند پیامدهای بهداشتی را به پیروان دینی خود منتقل کنند یا در حین بحث‌های گروهی احادیث و آموزه‌های دینی را درباره سرزنش افرادی که رفتارهای منفی بهداشتی دارند –مانند بی بند و باری جنسی یا نوشیدن مشروبات الکلی– یادآوری کنند. همچنین، فیدبک‌های مثبت از سوی اعضای شبکه اجتماعی مذهبی نسبت به ایجاد تغییر در سبک زندگی یا تبعیت از رفتارهای پیشگیرانه و ترک عادات غیربهداشتی ممکن است باعث ارتقاء سطح سلامت آن‌ها شود. علاوه بر این، افراد مذهبی می‌توانند به‌عنوان گروه‌های مرجع یا الگوهای مطلوب اجتماعی مطرح شود و افراد مذهبی با هدف تقلید و دریافت

[Downloaded from iahj.ir on 2025-07-16]

بازخوردهای مثبت مانند تحسین کلامی یا توجه مثبت، به طور داوطلبانه رفتارهای بهداشتی خود را اصلاح کنند (۲۸ و ۲۹).

در مطالعه کنونی بین برخی متغیرهای پژوهش مانند بیماری نتیجه تنبیه برای گناهان و درک تاثیر مذهب بر رفتارهای بهداشتی با نگرش ارتباط منفی و معنی‌داری دیده شده است که همسو با مطالعات قبلی است (۳۳ و ۳۴). علاوه بر این، متغیر GLHC خدا تاثیر معنی‌داری بر قصد رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی داشت. در مطالعه Boyd & Wilcox (۲۰۲۰) مشخص شد که GLHC تاثیر معنی‌داری بر فعالیت جسمانی به‌واسطه حمایت اجتماعی دارد (۳۵). همچنین، مطالعات نشان داده‌اند GLHC پیش‌بینی‌کننده منفی عادات بهداشتی است. به طور مثال، تمام شرکت‌کنندگان در مطالعه Albargawi و همکاران (۲۰۱۵) تاکید کردند که عوارض ناشی از دیابت بخاطر خواست خدا است و ۸۰ درصد اعتقاد داشتند که تنها خدا می‌تواند شرایط آن‌ها را بهتر کند. همچنین، همبستگی منفی بین تبعیت از رژیم غذایی ویژه و جایگاه خدا در کنترل سلامت وجود داشت (۳۳). همچنین، در پژوهش Kinney و همکاران (۲۰۲۰) مشخص شد زنانی که نمره بالایی از مقیاس GLHC داشتند احتمالا تبعیت کمتری از ماموگرافی داشتند (۳۴). برداشت ذهنی افراد از اراده خدا در کنترل سلامت متفاوت است یا به عبارت دیگر بر اساس بعد فعال یا غیرفعال مرتبط با GLHC قرار دارد. بر اساس بعد فعال، اشخاص ممکن است اعتقاد داشته باشند که خدا به افراد قدرت می‌دهد تا در مورد رفتارهای سلامتی پیشگام باشد. اما در بعد غیرفعال فرض می‌شود که تنها خدا پیامدهای بهداشتی را کنترل می‌کند و دلیلی وجود ندارد تا درگیر رفتارهای بهداشتی بشویم (۳۶). بنابراین، برداشت ذهنی متفاوت افراد درباره نحوه تاثیر خدا بر بیماری‌ها و سلامت می‌تواند بر قصد و رفتار واقعی بهداشتی آن‌ها تاثیرگذار باشد. با این حال، عقاید درباره نقش خدا بر سلامت فرد پیچیده است و حتی با توجه به رفتارهای پرخطر یا پیشگیرانه ممکن است متفاوت باشد. علاوه بر این، خصوصیاتی همچون میزان تحصیلات، مدت زمان ابتلا به بیماری، دسترسی به درمان یا روش‌های موثر پیشگیری مانند واکسیناسیون و تاکید آموزه‌های دینی مانند مسئولیت‌پذیری فردی در قبال سلامت می‌تواند میزان تاثیرگذاری این متغیرها را دستخوش تغییرات اساسی کند.

به طور کلی، آموزه‌های دینی بر تصمیمات افراد درباره سلامت و رفتارهای بهداشتی تاثیرگذار است (۳۷). از آنجا که در جریان پاندمی اخیر کووید-۱۹ مردم ساعات طولانی و روزهای ممتد را در خانه سپری می‌کنند و میزان روابط اجتماعی آن‌ها کاهش می‌یابد، تمرکز بر بعد معنوی سلامت آن‌ها برای پیشگیری از تنهایی، کسالت، اضطراب، عدم اطمینان و افسردگی ضرورتی انکارناپذیر است. مراقبت از روح باید با مراقبت از جسم ادغام شود چرا که اعمال معنوی شامل فعالیت‌های مذهبی (از قبیل نیایش، یوگا و خیریه) و غیرمذهبی (مانند خلاقیت، هنر، ورزش، طنز و ارزش‌های انسانی) می‌توانند تاثیرات بهداشتی مثبتی داشته باشند؛ مانند افزایش اعتماد به نفس و ابراز وجود، کاهش استرس، بقای بهتر، اعتیاد کمتر، کیفیت زندگی بهبودیافته، همکاری و بهره‌وری (۳۸).

مطالعه حاضر یکی از محدود پژوهش‌های انجام‌شده در راستای کشف ارتباط بین سلامت معنوی، باورهای مذهبی با عملکرد زنان در راستای رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی مربوط به کووید-۱۹ بود. به همین دلیل، ارزیابی نتایج این پژوهش به راحتی مقدور نیست و با توجه به پیچیدگی‌های فراوان مرتبط با تاثیر سلامت معنوی و عقاید مذهبی بر رفتارهای بهداشتی در جامعه اسلامی ایرانی، نیاز به تحقیقات بیشتر احساس می‌شود. این پژوهش بالتبع با محدودیت‌های متعددی همراه بود که عبارتند از: نخست، به دلیل شرایط خاص مربوط به شیوع کووید-۱۹، پرسشنامه‌ها به افراد تحویل شد که علاوه بر کاهش میزان مشارکت منجر به بی‌دقتی در پاسخ‌ها هم می‌تواند باشد. روش‌های آنلاین گردآوری داده‌ها نیز می‌تواند ضمن کاهش خطر ابتلا به بیماری، درصد مشارکت را افزایش دهد. دوم، به دلیل ماهیت مقطعی بودن پژوهش امکان ارزیابی روابط علّی بین متغیرها مقدور نبود و انجام مطالعات طولی و پیگیری روابط بین باورهای مذهبی و نتایج سلامتی در فواصل زمانی مختلف توصیه می‌شود. سوم، علی‌رغم بومی‌سازی مقیاس‌های مربوط به اندازه‌گیری سلامت معنوی و باورهای مذهبی، به نظر برخی سوالات توسط مشارکت‌کنندگان به خوبی درک نشد و بخشی از نتایج می‌تواند دچار تورش باشد. پیشنهاد می‌شود محققان آتی نسبت به ساخت و توسعه پرسشنامه‌های ایرانی اقدام کنند. در نهایت، چون مشارکت‌کنندگان در پژوهش حاضر صرفاً از زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قزوین بودند و به‌علت ویژگی‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی متفاوت این شهر با سایر شهرها در ایران، نتایج مطالعه مذکور نمی‌تواند به سایر ایرانی‌ها تعمیم داده شود؛ لذا مطالعات گسترده‌تر با نمونه‌های بیشتر از مناطق مختلف شهری-روستایی و استان‌های مختلف نیز به منظور افزایش قابلیت تعمیم‌پذیری نتایج پیشنهاد می‌شود.

نتایج پژوهش نشان داد نگرش، حمایت اجتماعی، کنترل رفتاری درک‌شده و سلامت معنوی تاثیر مثبت بر قصد زنان برای رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی مرتبط با پیشگیری از کووید-۱۹ دارند و متغیر GLHC نیز تاثیر منفی بر قصد رفتاری دارد. با توجه به تاثیر سلامت معنوی و باورهای مذهبی بر نگرش، قصد و عملکرد افراد نسبت به رعایت دستورالعمل‌های پیشگیری از کووید-۱۹، استفاده از پتانسیل ویژه روحانیون و نیروهای بسیج اجتماعی در راستای افزایش سطح آگاهی عمومی درباره کووید-۱۹ و همچنین، ترغیب عموم مردم برای رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی توصیه می‌شود. همچنین، اجرای رفتارهای بهداشتی توسط توسط رهبران مذهبی، روحانیون و خیرین و نمایش آن در فضای مجازی می‌تواند در کنار ارائه‌ی پیام‌های بهداشتی در میان موعظه‌ها و خطبه‌ها تاثیر معنی‌داری بر پیشگیری از انتشار بیماری بگذارد.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌نمایند که تضاد منافعی در این پژوهش وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش حاصل طرح تحقیقاتی به شماره مصوب ۱۴۰۰۴۲۳۶ با کد اخلاق IR.QUMS.REC.1399.190 از سوی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی قزوین است. بدین وسیله نویسندگان مقاله از معاونت پژوهشی و مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت دانشگاه علوم پزشکی قزوین به خاطر حمایت مادی و معنوی طرح و از همکاری تمامی بانوان گرامی شرکت‌کننده در این پژوهش، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

[Downloaded from iahj.ir on 2025-07-16]

References

1. World Health Organization. Rolling Updates on Corona Virus COVID-19. Available at: https://www.who.Int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen. Accessed on 25 April 2020.

2. Semenova V, Stadtlander L. Death anxiety, depression, and coping in family caregivers. Journal of Social, Behavioral, and Health Sciences. 2016; 10(1): 34-48.

3. Sohrabi C, Alsafi Z, O'Neill N, Khan M, Kerwan A, Al-Jabir A, et al. World Health Organization declares Global Emergency: A review of the 2019 Novel Coronavirus (COVID-19). International Journal of Surgery. 2020; 76: 71-76.

4. Chan DKC, Zhang CQ, Weman-Josefsson K. Why people failed to adhere to COVID-19 preventive behaviors? Perspectives from an integrated behavior change model. Infectiou Control and Hospital Epidemiology. 2020:1-2.

5. Weston D, Ip A, Amlôt R. Examining the application of behavior change theories in the context of infectious disease outbreaks and emergency response: a review of reviews. BMC Public Health. 2020; 1483; 1-19.

6. McDermott MS, Oliver M, Simnadis T, Beck EJ, Coltman T, Iverson D, et al. The Theory of Planned Behavior and dietary patterns: A systematic review and meta-analysis. Preventive Medicine. 2015; 81:150-6.

7. Ajzen I. The theory of planned behavior: Reactions and reflections. Psychology & health. 2011; 26(9): 1113-27.

8. Taghrir MH, Borazjani R, Shiraly R. COVID-19 and Iranian Medical Students; A Survey on Their Related-Knowledge, Preventive Behaviors and Risk Perception. Archive of Iranian Medicine. 2020; 23(4): 249-54.

9. Honarvar B, Lankarani KB, Kharmandar A, Shaygani F, Zahedroozgar M, Rahmanian Haghighi MR, et al. Knowledge, attitudes, risk perceptions, and practices of adults toward COVID-19: a population and field-based study from Iran. International journal of Public Health. 2020; 65(6): 731-39.

10. Doane M, Elliot M. Religiosity and self-rated health: a longitudinal examination of their reciprocal effects. Journal of Religious Health. 2016; 55(3): 844-55.

11. Zamani-Farahani H, Musa G. The relationship between Islamic religiosity and residents' perceptions of socio-cultural impacts of tourism in Iran: Case studies of Sare'in and Masooleh. Tourism Management. 2012; 33(4): 802-14.

12. Jafari J, Scott N. Muslim world and its tourisms. Annals of Tourism Research. 2014; 44: 1-19.

13. Rachmawati E, Wiechula R, Cameron K. Centrality of spirituality/religion in the culture of palliative care service in Indonesia: An ethnographic study. Journal of Nursing & Health Science. 2018; 20(2): 231-37.

14. Demir E. The evolution of spirituality, religion and health publications: yesterday, today and tomorrow. Journal of Religious Health. 2019; 58(1): 1-13.

15. Vasigh A, Tarjoman A, Borji M. The effect of spiritual-religious interventions on patients' pain status: Systematic review. Anesthesia, Pain & Intensive Care. 2018; 22(4): 499-505.

16. Roman NV, Mthembu TG, Hoosen M. Spiritual care - A deeper immunity' - A response to Covid-19 pandemic. Afr Journal of Primary Health Care & Family Medicine. 2020; 12(1):e1-e3.

17. Holt CL, Clark EM, Roth D, Crowther M, Kohler C, Fouad M, Foushee R, et al. Development and validation of instruments to assess potential religion-health mechanisms in an African American population. Journal of Black Psychology. 2009; 35(2): 271-88.

18. Holt CL, Schulz E, Wynn TA. Perceptions of the religion–health connection among African Americans: Sex, age, and urban/rural differences. Health Education and Behavior. 2009; 36(1): 62-80.

19. Soleimani M, Pahlevan Sharif S, Allen K. Psychometric Properties of the Persian Version of Spiritual Well-Being Scale in Patients with Acute Myocardial Infarction. Journal of Religious Health. 2017; 56(6): 1981-97.

20. Wallston KA, Malcarne VL, Flores L. Does God Determine Your Health? The God Locus of Health Control Scale. Cognitive Therapy and Research. 1999; 23(2): 131-42.

[Downloaded from iahj.ir on 2025-07-16]

21. Nabipour AR, Nakhaee N, Khanjani N, Soltani M, Moradlou HZ, Soltani Z. Psychometric Properties of the Persian Version of the God Locus of Health Control (GLHC): A Study on Muslim Pilgrims. Journal of Religious Health. 2018; 57(1):84-93.

22. Tabachnick BG, Fidell LS. Using Multivariate Statistics (5th Ed.). New York: Allyn and Bacon, 2007.

23. Yıldırım M, Güler A. COVID-19 severity, self-efficacy, knowledge, preventive behaviors, and mental health in Turkey. Journal of Death Study. 2020; 16:1-8.

24. Fischer R, Karl J. Predicting behavioral intentions to prevent or mitigate COVID-19: A meta-analysis. Research square. 2020. 10.31234/osf.io/ek69g.

25. Shubayr MA, Mashyakhy M, Al Agili DE, Albar N, Quadri MF. Factors Associated with Infection-Control Behavior of Dental Health-Care Workers During the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study Applying the Theory of Planned Behavior. Journal of Multidisciplinary Healthcare. 2020; 13:1527-35.

26. Adiyoso W, Wilopo W. Social Distancing Intentions to Reduce the Spread of COVID-19: The Extended Theory of Planned Behavior. Research square. 2020. 10.21203/rs.3.rs-61524/v1

27. Alfahan A, Al habib S, Abdulmajeed I, Rahman S, Bamuhair S. In the era of corona virus: health care professionals' knowledge, attitudes, and practice of hand hygiene in Saudi primary care centers: a cross-sectional study. Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspective. 2016; 6(4): 32151.

28. Benjamins MR, Ellison CG, Krause NM, Marcum JP. Religion and preventive service use: do congregational support and religious beliefs explain the relationship between attendance and utilization? Journal of Behavior Medicine. 2011; 34(6): 462-76.

29. Hill RD, Ellison CG, Burdette AM, Musick MA. Religious involvement and healthy lifestyles: Evidence from the Survey of Texas Adults. Annals of Behavioral Medicine. 2007; 34(2): 217-22.

30. Gillum RF. Frequency of attendance at religious services and leisure-time physical activity in American women and men: The third National Health and Nutrition Examination Survey. Annals of Behavioral Medicine. 2006; 31(1): 30-5.

31. Niazi M, HosseiniZadeh SS, Yaghoubi F, Sakaei A, Amiri Dashti SM. Religion and Health; Meta-analysis on Studies and Research on Religiosity and Mental Health in Iran (Case Study: Research in the 80's and the first half of the 90's). Quarterly journal of health psychology. 2019; 8 (29): 168-93. [In Persian]

32. Abasian L, Abasi M, Shamsi G, Memarian Z. Investigating the scientific status of spiritual health and its role in disease prevention: a pilot study. Journal of Medical Ethics. 2010; 4(14): 83-104. [In Persian]

33. Albargawi m, Snethen J, Al Gannass A, Kelber S. Perception of Persons with Diabetes Mellitus Type 2 in Saudi Arabia. International Journal of Nursing Sciences. 2016; 3(1): 39-44.

34. Kinney AY, Emery G, Dudley WN, Croyle RT. Screening behaviors among African American women at high risk for breast cancer: do beliefs about god matter? Journal of Oncology Nursing Forum. 2002; 29(5): 835-43.

35. Boyd JM, Wilcox S. Mediation Analysis of the Relationships between God Locus of Control and Health Behaviors in College Students. The Review of Religious Research. 2020; 62: 273-88.

36. Moshki M, Mousavi SA, Momen Bilandi J. Design and Evaluation of the Spiritual Health Locus of Control Scale (SHLCS) in the Iranian Students. Religion and Health. 2019; 7(1): 20-30. Available at: http://jrh.mazums.ac.ir/article-1-648-en.html [In Persian]

37. Siavoshi M, Darrudi M, Novruzieh S, Jamali Nik M, Bordbar R. Effects of Prayer on the Spiritual Health of Patients with Chronic Heart Failure. Religion and Health. 2018; 6(1): 29-36. Available at: http://jrh.mazums.ac.ir/article-1-503-en.html [In Persian]

38. Khakkar S, Jahangiri M, Esmaeil Zadeh SM. A Survey of Health Status and Its Dimensions in the Islamic Teachings. Religion and Health. 2020; 7(2): 68-74. Available at: http://jrh.mazums.ac.ir/article-1-721-en.html [In Persian]

[Downloaded from iahj.ir on 2025-07-16]

Islam and Health Journal
Babol University of Medical Sciences

Babol Univ Med Sci
Islam and Health Journal/ 2021; 6(1): 57-66

Original Article

Relationship between Health Locus of Control and Religious Beliefs with Intention to Follow COVID-19 related Health protocols

Received: 29 Jan. 2021 Accepted: 10 Oct. 2021

Mohammadi Zeidi I (PhD) [1]*
Mohammadi Zeidi B (PhD) [2]

1. Health Products Safety Research Center, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.
2. Nursing and Midwifery Department, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

***Corresponding Author:**
Isa Mohammadi Zeidi
Health Products Safety Research Center, Qazvin University of Medical Sciences, Azadegan Blv, Qazvin, Iran.

Tel: **+982833663992**
Fax: **+982833672783**

Email:
easamohammadizeidi@gmail.com

Abstract

Introduction: The fear and anxiety caused by COVID-19 have led to a weakening of religious beliefs and spiritual well-being in societies. The aim of the present study was to determine the relationship between the God locus of health control (GLHC), religious beliefs, and psychological variables on following the COVID-19 health guidelines.

Methods: Using a multi-stage sampling method, 264 women referred to health centers in Qazvin city participated in a cross-sectional study, in 2020. Data were collected using demographic Questions, Theory of Planned behavior related scales, Illness as punishment for sin scale, Perceived religious influence on health behavior scale, God locus of health control scale (GLHC), and Allison Spiritual Health Scale. Data were analyzed using LISRAL 8.80 and Pearson correlation coefficient, and path analysis.

Findings: Spiritual health had a significant correlation with intention and preventive behaviors and a significant correlation was observed between the GLHC and all TPB constructs. With the exception of the negative path coefficient between the GLHC and intention, the path coefficients between all variables with intention were significant and positive. In addition, spiritual health had a significant positive effect on intention and preventive behaviors. The main predictors of preventive behaviors were perceived behavioral control, intention, and spiritual health, respectively.

Conclusion: Spiritual health and religious beliefs were effective in COVID-19 preventive behavior in women. The role of religious beliefs and spiritual health in the design of interventions to prevent COVID-19 should be emphasized.

Keywords: **Attitude, Spiritual Health, God Locus of Health Control (GLHC), Religious Beliefs, COVID-19, Prevention**

[Downloaded from iahj.ir on 2025-07-16]