Religion and Health

ORIGINAL ARTICLE
2022, Vol: 10, No: 2, Pages: 21-32.

Relationship between Spiritual Health and Religious Beliefs with the Preventive Behaviors of COVID-19 Based on the Health Belief Model

Ali Khani Jeihooni[1*], Zahra Khiyali[2], Fatemeh Mohammadkhah[3], Mohammad Hassan Keshavarzi[4], Ali Asghar Hayat[5]

1- Associate Professor, Department of Public Health, School of Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran
2- Instructor, Department of Public Health, School of Health, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran
3- Assistant Professor, Ramsar School of Nursing, Babol University of Medical Sciences, Babol. Iran
4- Assistant Professor, Department of Medical Education, School of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran
5- Assistant Professor, Department of Medical Education, School of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

***Corresponding Author:**
Ali Khani Jeihooni
Department of Public Health, School of Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Email:
khani_1512@yahoo.com

Received: 17 Jul 2022
Revised: 03 Jan 2023
Accepted: 17 Jan 2023

Abstract

Background and Purpose: Preventive behavior is the best way to control COVID-19 disease. Therefore, the present study was conducted to determine the relationship between spiritual health and religious beliefs with the preventive behavior of COVID-19, based on the health belief model.

Materials and Methods: The present study is a descriptive cross-sectional study performed on 400 citizens of Shiraz, Iran, who were selected through available sampling. For data collection, questionnaires of demographic variables, health belief model, Ellison's spiritual well-being scale, and God lucus of health control scale were used. The collected data was analyzed in SPSS software (version 22) using descriptive and analytical statistical tests.

Results: The mean age of participants was 36.95 ± 10.52 years. Around 61% of the participants were women and 27% of them had university education. Correlation coefficient test showed a significant correlation between COVID-19 preventing behaviors and the structures of health belief model, spiritual well-being, and God's place in health control (P<0.0 علی5). The constructs of perceived benefits, spiritual health (existential and religious), God's place in health control, perceived sensitivity, and self-efficacy were the strongest predictors of behavior (P<0.05). In regression analysis, the studied variables predicted 64.6% of the variance of COVID-19 preventive behaviors.

Conclusion: The results of this study showed the relationship between spiritual health and religious beliefs with COVID-19 preventive behaviors, based on the health belief model. It should be mentioned that in carrying out an educational intervention to prevent the COVID-19 disease using the health belief model, spiritual health, and religious beliefs of people should be considered.

Keywords: COVID-19, Health belief model, Preventive behavior, Religious beliefs, Spiritual health

▶ **Citation:** Khani Jeihooni A, Khiyali Z, Mohammadkhah F, Hassan Keshavarzi M, Hayat A A. Relationship between Spiritual Health and Religious Beliefs with the Preventive Behaviors of COVID-19 Based on the Health Belief Model. Religion and Health, Autumn & Winter 2022; 10(2): 21-32 (Persian).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2024-10-12]

دین و سلامت

مقاله پژوهشی اصیل

دوره ۱۰، شماره ۲، سال ۱۴۰۱ صفحه: ۳۲-۲۱.

ارتباط سلامت معنوی و عقاید مذهبی با عملکرد پیشگیری‌کننده از کووید ۱۹ بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی

علی خانی جیحونی[۱*]، زهرا خلیلی[۲]، فاطمه محمدخواه[۳]، محمدحسن کشاورزی[۴]، علی اصغر حیات[۵]

۱- دانشیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
۲- مربی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران
۳- استادیار، دانشکده پرستاری رامسر، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۴- استاد یار، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
۵- استادیار، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

* مؤلف مسئول:
علی خانی جیحونی
گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز ، ایران

Email: khani_1512@yahoo

دریافت: ۲۶ تیر ۱۴۰۱
اصلاحات: ۱۳ دی ۱۴۰۱
پذیرش: ۲۷ دی ۱۴۰۱

چکیده

سابقه و هدف: رفتارهای پیشگیرانه مهم‌ترین راه کنترل بیماری کووید ۱۹ است. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط سلامت معنوی و عقاید مذهبی با عملکرد پیشگیری‌کننده از کووید ۱۹ بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع مقطعی است که روی ۴۰۰ نفر از شهروندان شهر شیراز انجام شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های متغیرهای دموگرافیک، الگوی اعتقاد بهداشتی، مقیاس سلامت معنوی آلیسون و مقیاس جایگاه کنترل سلامت اعتقاد به خدا استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار **SPSS** نسخه ۲۲ و آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی تجزیه‌وتحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در مطالعه ۱۰/۵۲±۳۶/۹۵ سال بود. آزمون ضریب همبستگی بین رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری کرونا با سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی، سلامت معنوی و جایگاه اعتقاد به خدا در کنترل سلامت همبستگی معنی‌داری نشان داد (P<۰/۰۵). سازه‌های منافع درک‌شده، سلامت معنوی (وجودی و مذهبی)، جایگاه اعتقاد به خدا در کنترل سلامت، حساسیت درک‌شده و خودکارآمدی قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده رفتار بودند (P<۰/۰۵). در تحلیل رگرسیونی، متغیرهای بررسی‌شده ۶۴/۶ درصد از واریانس رفتارهای پیشگیری‌کننده از کووید ۱۹ را پیشگویی کردند.

استنتاج: نتایج این مطالعه ارتباط بین سلامت معنوی و عقاید مذهبی را با رفتارهای پیشگیری‌کننده از کووید ۱۹ بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی نشان می‌دهد. در انجام مداخله آموزشی، برای پیشگیری از بیماری کووید ۱۹ از مدل اعتقاد بهداشتی، سلامت معنوی و عقاید مذهبی افراد استفاده شد.

واژه‌های کلیدی: رفتار پیشگیری، سلامت معنوی، عقاید مذهبی، کووید ۱۹، مدل اعتقاد بهداشتی

◄ **استناد:** خانی جیحونی، علی؛ خلیلی، زهرا؛ محمدخواه، فاطمه؛ کشاورزی، محمد حسن؛ حیات، علی اصغر. ارتباط سلامت معنوی و عقاید مذهبی با عملکرد پیشگیری‌کننده از کووید ۱۹ بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی. دین و سلامت، پاییز و زمستان ۱۴۰۱؛۱۰(۲): ۳۲-۲۱ (فارسی).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2024-10-12]

مقدمه

بیماری کووید ۱۹ گونه جدیدی از خانواده کرونا ویروس هاست (۱). این ویروس با شدت انتقال قدرتمندش، به‌سرعت سراسر جهان را فراگرفت و سازمان بهداشت جهانی، وضعیت پاندمی یا عالم‌گیر را در جهان اعلام کرد (۲،۳). پس از چین، ایران ازجمله نخستین کشورهایی بود که بیماری کووید ۱۹ در آن شیوع یافت (۲). گسترش این بیماری در ایران به‌گونه‌ای بود که حدوداً ۱۰۰ روز پس از تأیید اولین مورد قطعی، مجموع موارد ابتلا بیش از ۲۲۰ هزار و موارد فوتی بیش از ۱۰ هزار مورد اعلام شد (۴). نرخ مرگ‌ومیر بین ۱ تا ۵ درصد تخمین زده می‌شود (۵،۶). بیماری کووید ۱۹ از طریق سرفه و عطسه، تماس شخصی با فرد آلوده یا لمس کردن سطوح آلوده و پس از آن لمس دهان، بینی و چشم‌ها در بین افراد سرایت می‌کند (۷). بحران ناشی از شرایط کنونی همه‌گیری ویروس کرونا در افراد زیادی از جامعه که هم‌نوعان خود را از دست داده‌اند و مرگ را بسیار ملموس مشاهده کرده‌اند، و با توجه به سرعت سرایت ویروس، خود را در چند قدمی مرگ می‌بینند، سبب بروز فشار روانی و فیزیولوژیکی و کرختی روان‌شناختی در افراد می‌شود که نیازمند توجه به بعد اجتماعی-روانی-معنوی سلامت، در کنار درمان و مراقبت‌های جسمی است (۸).

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامتی شامل ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است. سلامت معنوی با دیگر ابعاد سلامتی مرتبط و بر آن‌ها تأثیرگذار است (۹). این بُعد از سلامتی، یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان است که ارتباط هماهنگ و یکپارچه‌ای را بین نیروهای داخلی فراهم می‌سازد و با ویژگی‌هایی مانند ثبات در زندگی، صلح، تناسب، هماهنگی و احساس ارتباط نزدیک با خود، خداوند، جامعه و محیط مشخص می‌شود. این بُعد از سلامت خود دو بُعد دارد که شامل بعد عمودی، یعنی ارتباط با ماوراءالطبیعه و بُعد افقی، یعنی ارتباط با محیط پیرامون و دیگران است (۱۰). سلامت معنوی انسجام و درستی فرد را تأمین می‌کند (۱۱).

طبق مطالعه تحلیل مفهوم عجم (۲۰۱۶) در بررسی متون، هیچ تعریف پذیرفته‌شده جهانی برای سلامت معنوی وجود ندارد (۱۲). از منظر اسلامی، سلامت معنوی همچون چتری بر سلامت جسمی، روانی، عاطفی و اجتماعی سایه افکنده است. انسان همیشه محتاج معنویت است؛ به خصوص در شرایط سخت روحی و گرفتاری‌هایی که تمام زندگی را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد (۱۳). قرآن کریم، برخورداری از قلب سلیم را سلامت معنوی معرفی می‌کند (۱۴). صاحبان قلب سلیم، روحی آرام و مطمئن، توأم با احساس امنیت، اعتماد، امیدواری، خوش‌بینی، مثبت‌اندیشی، سرور و بهجت دارند و به قضای الهی تسلیم هستند که از ترس و اضطراب حوادث آینده و حزن و اندوه از دست دادن در امان هستند (۱۵).

بینش معنوی شامل شناخت خدا و ایمان به او، شناخت ادیان الهی و اعتقاد به آن‌ها، خودشناسی، شناخت خلقت و اعتقاد به آخرت است (۱۲). یکی از این ادیان توحیدی، دین مقدس اسلام است. اسلام به‌عنوان مکتب توحیدی (آیه ۲۱۰ شوره بقره)، فرهنگ و سبک زندگی خاصی را برای پیروان خود ایجاد کرده است که الگوی مشخص و قابل تعریف رفتارهای فردی و اجتماعی آن‌ها و حاصل تعامل ویژگی‌های فردی، روابط اجتماعی و موقعیت‌های محیطی، بیانگر معنا و دلیل عملکرد و رفتارهای ایشان است. توصیه اسلام بر ذکر دائم در زندگی سبب می‌شود افراد در همه حال، خود را در محضر خدا بدانند و با یاد خدا به آرامش قلبی دست یابند. از سوی دیگر، اسلام مبتنی بر ایمان به عالم غیب، باور به وجود روح ملکوتی در انسان، مراتبی از روح در عالم هستی و نغمه تسبیح موجودات عالم خلقت، اصالت روح، حیات جاودان و سلامت روح را علاوه بر سلامت جسم مدنظر دارد. اعتقادات مذهبی در مسلمانان با متوجه کردن افراد به باطن و ملکوت عالم هستی به زندگی رنگ خدایی می‌زند، نگرش شیعیان را به حوادث زندگی مبتنی بر رحمت، حکمت و مشیت خدا تغییر می‌دهد و ابتلائات زندگی را آزمایش الهی و تجربه معنوی معرفی می‌کند (۱۳). اعتقادات مذهبی شامل اعتقاد به روح و تأثیر آن بر

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2024-10-12]

جسم و ذهن است (۱۴).

از سوی دیگر، مهم‌ترین و اصلی‌ترین راه کنترل بیماری، از بین بردن زنجیره انتقال ویروس ذکر شده است (۱۶). مهم‌ترین عامل در قطع زنجیره انتقال ویروس، رفتارهای پیشگیرانه عموم مردم در مقابل ابتلا و انتقال ویروس است (۱۷). همسو با هشدارهای جهانی در زمینه قطع زنجیره انتقال، دولت ایران نیز انواع رفتارهای محدودکننده ارتباطی، نظیر قرنطینه شهرها و تعطیلی مراکز و اماکن عمومی را اعمال و درعین حال، ازطریق رسانه‌های ملی و شبکه‌های اجتماعی، انواع روش‌های پیشگیری از ابتلا را به مردم اطلاع‌رسانی کرد (۱۸،۱۹). هرچند نقش گسترده دولت و سیاست‌گذاران بهداشتی در اطلاع‌رسانی عموم مردم انکارناپذیر است، به این موضوع نیز باید به طور جدی توجه کرد که رفتارهای پیشگیرانه و فرمانبرداری عموم مردم از پروتکل‌های اعلام‌شده تحت تأثیر عوامل متعدد جسمی، روانی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی قرار دارد (۲۰).

مطالعات انجام‌شده در بحران‌های پاندمیک گذشته، همچون بیماری آنفلوانزا و سارس نشان داده است عواملی نظیر میزان خطر درک‌شده بیماری، شدت انتقال، درصد مرگ‌ومیر و استرس‌های تجربه‌شده از بیماری نقش مهمی در نوع رفتارهای پیشگیرانه عموم مردم ایفا کرده است (۲۱،۲۲). مدل اعتقاد بهداشتی (Health Belief Model: HBM) یکی از مؤثرترین و گسترده‌ترین رویکردهای روانی-اجتماعی استفاده‌شده در تشریح رفتارهای مرتبط با سلامتی است (۲۳) که برای طرح‌ریزی برنامه‌هایی برای پیشگیری از بیماری و آسیب مفید است (۲۴).

Rosenstock و همکاران مدل اعتقاد بهداشتی را معرفی کردند. این مدل یک راهنمای نظری برای رفتارهای بهداشتی در تحقیقات بهداشت عمومی است که به دلیل داشتن قدرت پیش‌بینی زیاد، محبوب و عموماً قابل قبول است. تاریخچه مدل اعتقاد بهداشتی به دهه ۱۹۵۰ بازمی‌گردد که روان‌شناسان اجتماعی سلامت در تلاش بودند تا بفهمند چرا در استفاده از برنامه‌های غربالگری با هدف تشخیص زودهنگام بیماری‌های بدون علامت مانند سل برای عموم مردم ناکام مانده‌اند. ساختارهای اصلی مدل شامل چهار مورد است که شامل ادراکات شدت درک‌شده، حساسیت درک‌شده، منافع درک‌شده و موانع درک‌شده است که هرکدام از این ادراکات را می‌توان برای توضیح رفتارهای مرتبط با سلامت استفاده کرد. در ادامه، طراحان الگو با اضافه کردن دو سازه راهنما برای عمل و خودکارآمدی، این الگو را گسترش دادند.

سازه حساسیت درک‌شده بیان می‌کند که هرچه فرد خطر یک بیماری را بیشتر درک کند، احتمال بیشتری وجود دارد که رفتار خود را برای کاهش آن خطر تغییر دهد. شدت درک‌شده شامل ارزیابی عواقب یک بیماری بر اساس دانش و برخی باورها درباره تأثیر بد یک رفتار یا بیماری خاص است. بعد سوم این مدل، منافع درک‌شده است که بیانگر این است که افراد ارزش و سودمندی اتخاذ رفتارهای جدید را در راستای به حداقل رساندن خطر ابتلا به یک بیماری درک می‌کنند و احتمالاً رفتارهای جدیدی را بر اساس درک خود از مزایای آن در کاهش تهدیدها اتخاذ خواهند کرد. بعد چهارم شامل موانع درک‌شده و قدرتمندترین بعد مدل اعتقاد بهداشتی است که افراد در این بعد، موانع و مشکلاتی را ارزیابی می‌کنند که ممکن است هنگام اتخاذ یک رفتار جدید با آن مواجه شوند. با این حال، این بعد ممکن است منجر به ترک اتخاذ رفتار جدید توسط افراد شود (۲۵). این الگو در مطالعات مشابه دیگر به‌کار برده شده و کارایی و اثربخشی آن در این مطالعات اثبات شده است (۲۲،۲۴،۲۵).

فلسفه الگوی اعتقاد بهداشتی مبتنی بر این است که برای اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه، شخص باید ابتدا در برابر مشکل، یعنی ابتلا به بیماری کووید ۱۹ احساس خطر کند (حساسیت درک‌شده)، سپس شدت و جدی بودن عوارض آن را درک کند (شدت درک‌شده)، همچنین با علائم مثبتی که از محیط دریافت می‌کند (راهنمای عمل)، قابل اجرا بودن برنامه پیشگیری از کووید ۱۹ را باور کند (منافع درک‌شده) و عوامل بازدارنده از اقدام به عمل را نیز کم‌هزینه‌تر از فواید آن بیابد (موانع درک‌شده) تا درنهایت، به رفتارهای پیشگیرانه از کووید ۱۹ اقدام کند. علاوه‌براین،

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2024-10-12]

قضاوت مثبت در زمینه توانایی‌های فرد در اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه از کووید ۱۹ (خودکارآمدی درک‌شده) نیز نیروی تسریع‌کننده است که موجب نیاز فرد به اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه از کووید ۱۹ می‌شود (۲۶). با توجه به اختلال سلامت روانی-اجتماعی-معنوی ناشی از پاندمی کووید ۱۹ در سطح جهانی و نقش رفتارهای پیشگیری‌کننده در کنترل آن، همچنین به دلیل خلأ مطالعاتی مرتبط با بعد معنوی سلامت در این بحران بیولوژیک، این مطالعه با هدف تعیین ارتباط سلامت معنوی و عقاید مذهبی با عملکرد پیشگیری‌کننده از کووید ۱۹ بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه، تحقیقی توصیفی-تحلیلی و از نوع مقطعی بود که با هدف تعیین ارتباط سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی، سلامت معنوی و عقاید مذهبی با رفتارهای پیشگیری‌کننده از کووید ۱۹ در شهر شیراز انجام شد. جامعه پژوهش شامل شهروندان شهر شیراز بودند. حجم نمونه با توجه مطالعه مشابه (۲۷)، ۴۰۰ نفر در نظر گرفته شد. به دلیل امکان انتقال ویروس کرونا از طریق پرسش‌نامه‌های کاغذی، نویسندگان تصمیم گرفتند فرم الکترونیک پرسش‌نامه را از طریق اپلیکیشن واتساپ در سطح شهر شیراز توزیع کنند. لینک پرسش‌نامه در گروه‌های اطلاع‌رسانی قرار داده شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: داوطلب بودن، داشتن ملیت ایرانی، داشتن سواد خواندن و نوشتن کافی، مهارت کار با شبکه اجتماعی واتساپ و داشتن حداقل ۱۸ سال سن. افرادی که به اختلالات روانی-جسمانی و اختلالات شناختی مبتلا بودند یا مشکلات حافظه داشتند، از حضور در مطالعه منع شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها

۱. اطلاعات دموگرافیک شامل متغیرهای سن، جنس، وضعیت اشتغال، تحصیلات، وضعیت تأهل، ابتلا به بیماری‌های مزمن، سابقه ابتلای خود یا خانواده به بیماری کووید ۱۹.

۲. سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی و انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری کووید ۱۹: در این پژوهش ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه محقق‌ساخته بود که بر اساس دیگر مطالعات (۲۵، ۲۹-۲۸) طراحی شد.

سؤالات سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی شامل حساسیت درک‌شده (۷ سؤال)، شدت درک‌شده (۶ سؤال)؛ منافع درک‌شده (۵ سؤال)، موانع درک‌شده (۶ سؤال)، خودکارآمدی در زمینه رفتارهای پیشگیری‌کننده از ابتلا به ویروس کووید ۱۹ (۸ سؤال) و راهنما برای عمل (۲ سؤال) بود. سؤالات بر اساس مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت بود که برای گزینه کاملاً موافقم، نمره ۵ و برای گزینه کاملاً مخالفم، نمره ۱ در نظرگرفته شد.

عملکرد افراد در زمینه اتخاذ رفتارهای صحیح برای پیشگیری از بیماری کووید ۱۹ با ۱۶ سؤال به صورت صحیح و غلط سنجیده شد. محققان پایایی این ابزار را سنجیدند. پایایی کلی ابزار تحقیق با محاسبه آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ به‌دست آمد. پایایی حساسیت درک‌شده ۰/۸۶، شدت درک‌شده ۰/۸۷، منافع درک‌شده ۰/۸۱، موانع درک‌شده ۰/۸۲، خودکارآمدی ۰/۸۴ و راهنمای عمل ۰/۸۰ تأیید شد.

۳. مقیاس سلامت معنوی آلیسون (Spiritual Well-Being Scales' Ellison: SWBS): این مقیاس شامل ۲۲ سؤال بود و از دو خرده‌مقیاس فرعی (سلامت مذهبی و سلامت وجودی) تشکیل شده بود که به صورت طیف لیکرت ۶ گزینه‌ای به سؤالات آن پاسخ داده شده است. در عبارت‌هایی با فعل مثبت، به پاسخ‌های کاملاً موافقم، نمره ۶ و به پاسخ‌های کاملاً مخالفم، نمره ۱ تخصیص داده شد و برعکس. دامنه نمرات برای هریک از زیرمقیاس‌های مذهبی و وجودی بین ۱۰ تا ۶۰ بود. نمرات بیشتر نشان‌دهنده تندرستی مذهبی و وجودی بیشتر بود. نمره کل سلامت معنوی بین ۲۰ تا ۱۲۰ امتیاز است (سلامت معنوی در حد کم (نمره ۲۰ تا ۴۰)، سلامت معنوی در حد متوسط (نمره ۴۱ تا ۹۹) و سلامت معنوی در حد زیاد

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2024-10-12]

(نمره ۱۰۰ تا ۱۲۰)). سلیمانی و همکاران ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس را تأیید کرده‌اند (۳۰).

۴. مقیاس جایگاه کنترل سلامت اعتقاد به خدا (God Lucus of Health Control): این مقیاس برای ارزیابی این است که فرد تا چه حد معتقد است که خداوند سلامت یا بیماری او را کنترل می‌کند (۳۱). این مقیاس از ۶ آیتم تشکیل شده است. شرکت‌کنندگان با طیف پاسخ لیکرت ۶ درجه‌ای از امتیاز ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۶ (کاملاً موافقم) به آیتم‌های این مقیاس پاسخ دادند. دامنه امتیاز سؤالات بین ۶ تا ۳۶ و نمرات بیشتر نشان‌دهنده جایگاه قوی‌تر کنترل سلامت اعتقاد به خدا بود و بالعکس. نبی‌پور و همکاران روایی و پایایی مقیاس مذکور را به زبان فارسی تأیید کردند (۳۱).

برای رعایت ملاحظات اخلاقی در این مطالعه (IR.SUMS.REC.1400.793)، ضمن توجیه افراد شرکت‌کننده و کسب موافقت آن‌ها، اهداف، اهمیت و ضرورت انجام طرح پژوهشی برای نمونه‌ها از طریق اپلیکیشن واتساپ بازگو و به نمونه‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه خواهد ماند. داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده ازنرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و شاخص‌های آمار توصیفی (فراوانی، میانگین وانحراف معیار) و آمار استنباطی (ضرایب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی) تجزیه‌وتحلیل شد (P<۰/۰۵).

یافته‌ها

در این پژوهش ۴۰۰ نفر شرکت کردند. میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در مطالعه ۱۰/۵۲±۳۶/۹۵ سال بود. مشخصات جمعیتی مشارکت‌کنندگان در جدول ۱ آمده است.

میانگین نمره حساسیت درک‌شده ۲/۷۷±۱۸/۲۲، شدت درک‌شده ۲/۱۸±۱۷/۱۶، منافع درک‌شده ۱۰/۰۶±۱۳/۲، موانع درک‌شده ۲/۴۱±۱۵/۲۷، راهنمای عمل ۰/۵۹±۵/۰۸، خودکارآمدی درک‌شده ۸۸/۶۷±۲۰/۲، بعد وجودی سلامت معنوی ۱۰/۰۸±۳۷/۵۲، بعد مذهبی سلامت معنوی ۱۰/۲۲±۳۹/۶۰، جایگاه خدا در کنترل سلامت ۳/۸۶±۲۴/۵۵ و رفتار پیشگیری‌کننده از کووید ۱۹(عملکرد) ۱/۴۵±۱۰/۰۶ بود. در جدول ۲، همبستگی بین رفتار و دیگر سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی نشان داده شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، بین رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری کرونا با سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی، سلامت معنوی و جایگاه خدا در کنترل سلامت همبستگی معنی‌دار وجود دارد (P<۰/۰۵) (P=۰/۰۰۱) (جدول ۲).

جدول ۱: توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت‌شناختی افراد شرکت‌کننده در مطالعه (۴۰۰ نفر)

متغیر		تعداد	درصد
جنسیت	زن	۲۴۴	۶۱
	مرد	۱۵۶	۳۹
تحصیلات	ابتدایی	۱۶	۴
	راهنمایی	۱۰۰	۲۵
	متوسطه	۱۷۶	۴۴
	دانشگاهی	۱۰۸	۲۷
وضعیت اشتغال	شاغل	۲۱۲	۵۳
	غیرشاغل	۱۸۸	۴۷
وضعیت تأهل	مجرد	۲۵۲	۶۳
	متأهل	۱۳۴	۳۳/۵
	مطلقه	۸	۲
	بیوه	۶	۱/۵
ابتلا به بیماری مزمن	بلی	۵۰	۱۲/۵
	خیر	۳۵۰	۸۷/۵
سابقه ابتلای فرد به بیماری کووید ۱۹	بلی	۸۶	۲۱/۵
	خیر	۳۱۴	۷۸/۵
سابقه ابتلای خانواده فرد به بیماری کووید ۱۹	بلی	۱۰۴	۲۶
	خیر	۲۹۶	۷۴

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2024-10-12]

جدول ۲: همبستگی بین سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی، سلامت معنوی و جایگاه اعتقاد به خدا در کنترل سلامت با رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری کووید ۱۹(۴۰۰ نفر)

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱- بعد وجودی سلامت معنوی	۱									
۲- بعد مذهبی سلامت معنوی	r=۰/۶۸۸ P=۰/۰۰	۱								
۳- جایگاه اعتقاد به خدا در کنترل سلامت	r=۰/۵۹۲ P=۰/۰۰	r=۰/۷۲۶ P=۰/۰۰	۱							
۴- حساسیت درک‌شده	r=۰/۲۱۵ P=۰/۰۰	r=۰/۴۱۰ P=۰/۰۰	r=۰/۴۹۰ P=۰/۰۰	۱						
۵- شدت درک‌شده	r=۰/۰۶۴ P=۰/۰۴۷	r=۰/۱۹۱ P=۰/۰۰	r=۰/۲۴۳ P=۰/۰۰	r=۰/۲۵۰ P=۰/۰۰	۱					
۶- منافع درک‌شده	r=۰/۱۶۴ P=۰/۰۲۲	r=۰/۱۵۶ P=۰/۰۰	r=۰/۲۱۰ P=۰/۰۰	r=۰/۱۶۵ P=۰/۰۰	r=۰/۲۳۳ P=۰/۰۰	۱				
۷- موانع درک‌شده	r=۰/-۰/۱۹۸ P=۰/۰۰	r=۰-/۲۰۶ P=۰/۰۰	-۰/۱۷۲ r= P=۰/۰۰	-/۱۵۱ r=۰ P=۰/۰۰	-۰۱۷ r=۰/ P=۰/۰۰	r=۰/۰۳۱ P=۰/۳۴۰	۱			
۸- راهنمای عمل	r=۰/۱۵۲ P=۰/۰۰	r=۰/۱۱۸ P=۰/۰۰	r=۰/۱۴۶ P=۰/۰۰	r=۰/۱۷۰ P=۰/۰۰	r=۰/۱۰۲ P=۰/۰۰	r=۰/۱۵۸ P=۰/۳۴۰	r=۰/۲۶۹ P=۰/۰۰	۱		
۹- خودکارآمدی	r=۰/۳۴۹ P=۰/۰۰	r=۰/۴۷۹ P=۰/۰۰	r=۰/۵۴۶ P=۰/۰۰	r=۰/۴۷۵ P=۰/۰۰	r=۰/۴۵۵ P=۰/۰۰	r=۰/۲۴۵ P=۰/۰۰	r=۰/۳۶۴ P=۰/۰۰	r=۰/۲۷۷ P=۰/۰۰	۱	
۱۰- رفتار پیشگیری‌کننده از بیماری کووید ۱۹	r=۰/۲۷۲ P=۰/۰۰	r=۰/۲۰۱ P=۰/۰۰	r=۰/۲۲۶ P=۰/۰۰	r=۰/۲۱۹ P=۰/۰۰	r=۰/۰۹۲ P=۰/۰۰	r=۰/۰۱۸ P=۰/۵۸۶	r=۰/۰۶۰ P=۰/۰۰	r=۰/۲۹۵ P=۰/۰۰	r=۰/۲۶۱ P=۰/۰۰	۱

در جدول ۳، پیشگویی‌کننده‌های رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری کووید ۱۹ نشان داده شده است. سازه‌های منافع درک‌شده، سلامت معنوی (وجودی و مذهبی)، جایگاه اعتقاد به خدا در کنترل سلامت، حساسیت درک‌شده و خودکارآمدی قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده رفتار هستند. به‌طورکلی، متغیرهای بررسی‌شده ۶۴/۶ درصد از واریانس رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری کووید ۱۹ را پیشگویی کردند (جدول ۳).

جدول ۳: تحلیل رگرسیون خطی برای پیش‌بینی رفتار پیشگیری‌کننده از بیماری کووید ۱۹

	95% confidence interval	Beta	t	P
بعد وجودی سلامت معنوی	۰/۰۷۲-۰/۰۰۷	-۰/۱۸۶	-۱/۵۹۵	۰/۰۰۰
بعد مذهبی سلامت معنوی	۰/۰۲۰-۰/۱۱۰	۰/۲۶۸	-۱/۳۵۵	۰/ ۰۰۰
جایگاه اعتقاد به خدا در کنترل سلامت	۰/۰۴۴-۰/۱۰۵	-۰/۱۸۰	۲/۱۵۸	۰/ ۰۰۰
حساسیت درک‌شده	-۰/۰۲۷-۰/۰۵۲	۰/۱۷۹	۰/۶۱۳	۰/۰۰۰
شدت درک‌شده	۰/۰۷۹-۰/۰۱۱	۰/۰۸۱	-۱/۴۷۹	۰/۱۳۹
منافع درک‌شده	۰/۰۲۸-۰/۱۲۱	۰/۱۸۵	۳/۱۴۹	۰/ ۰۰۲
موانع درک‌شده	۰/۰۹۳-۰/۰۲۱	-۰/۰۹۴	-۱/۲۴۲	۰/۲۱۵
راهنمای عمل	-۰/۴۷۶ - -۰/۱۸۰	-۰/۰۴۱	-۴/۳۵۴	۰/۱۸۵
خودکارآمدی	-۰/۰۹۷ - -۰/۰۳۸	-۰/۲۶۰	-۴/۴۴۲	۰/۰۰۰

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2024-10-12]

بحث

باتوجه عدم قطعیت اقدامات درمانی و کارایی واکسیناسیون، مهم‌ترین راه کنترل بیماری کووید ۱۹، اقدامات پیشگیرانه است (۳۲). مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط سلامت معنوی و عقاید مذهبی با عملکرد پیشگیری‌کننده از بیماری کووید ۱۹ بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی انجام شد. بر اساس یافته‌های مطالعات پیشین، ارتقای حساسیت درک‌شده فرد نسبت به مشکلات بهداشتی و نیز ارتقای ارزیابی او از جدیت عواقب بیماری (شدت درک‌شده) منجر به تغییر رفتار فرد می‌شود و بدین طریق، خطر ابتلا به بیماری کاهش می‌یابد (۳۵-۳۳).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد میانگین نمره حساسیت و شدت درک‌شده افراد در انجام رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری کووید ۱۹، در سطح متوسطی قرار داشت. شاید دلیل حساسیت و شدت درک‌شده متوسط افراد در این مطالعه از بیماری کووید ۱۹ این باشد که بیشتر افراد تصور می‌کردند بیماری کرونا شبیه بیماری‌هایی مانند سرماخوردگی یا آنفلوانزا ساده است و بیشتر افراد بدون علامت هستند. درنتیجه این بیماری را شدید تلقی نمی‌کردند و درک آن‌ها از آسیب‌پذیر بودن نسبت به این بیماری و عوارض جدی آن در حد متوسط است. نتایج مطالعات نجیمی و همکاران (۳۶) و Lau و همکاران در هنگ‌کنگ (۳۷)، در راستای مطالعه حاضر، بیانگر متوسط بودن سطح حساسیت و شدت درک‌شده افراد از بیماری آنفلوانزا بود. مطالعات خزایی پول و همکاران (۲۶)، دلشاد نوقابی و همکاران (۳۸)، Jose و همکاران (۳۹)، Kwok و همکاران (۴۰) و خفایی و همکاران (۴۱) در چین، نشان داد حساسیت و شدت درک‌شده افراد از ابتلا به بیماری کروناویروس زیاد بود که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد. شاید دلیل حساسیت و شدت درک‌شده زیاد افراد از بیماری کروناویروس، افزایش افراد بستری در بیمارستان‌ها و افزایش درک آن‌ها از عوارض جدی بیماری باشد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد میانگین نمره منافع درک‌شده و موانع درک‌شده در افراد مطالعه‌شده، در سطح متوسطی قرار دارد.

بر اساس مطالعات پیشین، یکی از اقدامات اساسی برای ایجاد نگرش مثبت در دانش‌آموزان و تقویت باورهای بهداشتی در آنان، پررنگ کردن منافع رفتارهای پیشگیرانه و کاهش موانع تغییر رفتار مثبت با استفاده از مداخلات آموزشی پیشگیری از بیماری آنفلوانزا است (۳۴،۴۲). در مطالعه نجیمی و گلشیری (۴۳)، موانع درک‌شده افراد در زمینه رفتارهای پیشگیری از بیماری آنفلوانزا در حد متوسط قرار داشت که مطابق با مطالعه حاضر است. در مطالعات دلشاد نوقابی و همکاران (۳۸) و نجیمی و گلشیری (۴۳) منافع درک‌شده بیشتر افراد در سطح بالایی قرار داشت که این یافته‌ها با مطالعه حاضر ناهمخوان بود. دلشاد نوقابی و همکاران (۳۸)، علت بالا بودن منافع درک‌شده را وجود کمپین‌های گسترده با شعار «در خانه بمانیم» و شعار سازمان بهداشت جهانی مبنی بر این ذکر کردند که تنها راه غلبه بر این بیماری، ماندن در خانه و کاهش ترددهای غیرضروری است. نتایج مطالعه حاضر نشان داد میانگین نمره خودکارآمدی درک‌شده در افراد در سطح متوسطی قرار دارد. در مطالعه شهنازی و همکاران (۲۹)، خودکارآمدی متغیر مؤثری در اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه از بیماری کووید ۱۹ بود.

خودکارآمدی، اطمینان فرد به خودش در انجام موفقیت‌آمیز یک رفتار خاص است (۴۴). نتایج مطالعه حاضر نشان داد میانگین نمره رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری کووید ۱۹ در افراد مطالعه‌شده، در سطح مطلوبی قرار داشت که با نتایج سایر مطالعات همسو است (۲۶،۴۱،۴۵،۴۶). شاید دلیل مطلوب بودن عملکرد پیشگیری‌کننده، شیوع زیاد بیماری کووید ۱۹ در تمام دنیا باشد. نتایج مطالعه حاضر با مطالعه Tadesse و همکاران که روی کارمندان آدیس‌آبابا در اتیوپی انجام دادند، متفاوت بود. به‌طوری‌که در مطالعه آن‌ها، ۶۸/۸ درصد از مشارکت‌کنندگان رفتار پیشگیری‌کننده سطح پایینی در برابر بیماری کروناویروس داشتند (۴۷). به نظر می‌رسد تفاوت موجود در جوامع مختلف و جمعیت مطالعه‌شده، دلیل این اختلاف در رفتار باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد همبستگی معنی‌داری بین

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2024-10-12]

رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری کووید ۱۹ با سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی، سلامت معنوی و جایگاه اعتقاد به خدا در کنترل سلامت وجود دارد. سازه‌های منافع درک‌شده، سلامت معنوی (وجودی و مذهبی)، جایگاه اعتقاد به خدا در کنترل سلامت، حساسیت درک‌شده و خودکارآمدی قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده رفتار بودند که با نتایج مطالعات خفایی و همکاران (۴۱)، Chen و همکاران (۴۸) ، شهنازی و همکاران (۲۹) و شریفی راد و همکاران (۴۹) همخوانی داشت. این یافته با مطالعه رضایی و همکاران (۵۰) همخوانی نداشت که ممکن است به علت تفاوت در ابزار سنجش و تنوع جمعیتی باشد.

اگرچه مفهوم معنویت و سلامت معنوی به‌ظاهر بسی دور از علوم زیست‌پزشکی است، در عمل، از بسیاری از جهات با آن ارتباط دارد. نوک این کوه یخ نمودار است، اما هرچه علم پیوندهای گوناگون معنویت، سلامت معنوی و علوم زیست‌پزشکی را بیشتر بررسی می‌کند، پیکر این کوه یخ بیش از پیش نمایان می‌شود (۵۱). در مکانیسم سایکونوروفیزیولوژیک نیز احساس رضایتمندی ناشی از ثمرات معنوی از طریق تأثیر بر مکانیسم‌های شناخته‌شده مغزی و تأثیر بر سیستم‌ها و اندام‌های بدن مانند قلب و عروق، تأثیر تقویت‌کننده دارد که نتیجه این تأثیرات، پیشگیری از بیماری، افزایش تحمل بیماری و بهبود سریع‌تر بیماری است که در تحقیقات مختلف این مسئله نشان داده شده است (۵۲). سازگاری با استرس‌ها و مشکلات از ثمرات سلامت معنوی و ازجمله عوامل مؤثر در بهبودی، بهزیستی و ارتقای سلامت زیستی-روانی-اجتماعی است (۵۳) که در رفتار مردم ایران دیده شد. به نظر می‌رسد ایرانیان سطح سلامت زیادی در مقابله با این بحران دارند.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر این بود که عملکرد افراد بر اساس خودگزارش‌دهی بررسی شد که باید در تعمیم داده‌ها در نظر گرفته شود. جمع‌آوری داده‌ها از فضای دیجیتال به دلیل شرایط خاص ناشی از محدودیت‌های بیماری انجام شد و برخی از افراد مانند افراد مسن یا افراد کم‌درآمد به تلفن هوشمند دسترسی نداشتند و ممکن است ارزیابی نشده باشند.

نتیجه‌گیری

بیماری کووید ۱۹ گونه جدیدی از خانواده کرونا ویروس هاست. این ویروس با شدت انتقال قدرتمندش، به‌سرعت سراسر جهان را فراگرفت و سازمان بهداشت جهانی، وضعیت پاندمی یا عالم‌گیر را در جهان اعلام کرد. از سوی دیگر، مهم‌ترین و اصلی‌ترین راه کنترل بیماری، از بین بردن زنجیره انتقال ویروس ذکر شده است. مهم‌ترین عامل در قطع زنجیره انتقال ویروس، رفتارهای پیشگیرانه عموم مردم در مقابل ابتلا و انتقال ویروس است. رفتارهای پیشگیرانه و فرمانبرداری عموم مردم از پروتکل‌های اعلام‌شده تحت تأثیر عوامل متعدد جسمانی، روانی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی قرار دارد. از سوی دیگر، الگوی اعتقاد بهداشتی یکی از مؤثرترین و گسترده‌ترین رویکردهای روانی-اجتماعی استفاده‌شده در تشریح رفتارهای مرتبط با سلامتی است که به‌منظور طرح‌ریزی برنامه‌هایی برای پیشگیری از بیماری و آسیب مفید است.

مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط سلامت معنوی و عقاید مذهبی با عملکرد پیشگیری‌کننده از کووید ۱۹ بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی انجام شد. نتایج تحقیق بیانگر ارتباط بین رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری کروناویروس با سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی، سلامت معنوی و جایگاه اعتقاد به خدا در کنترل سلامت بود. سازه‌های منافع درک‌شده، سلامت معنوی (وجودی و مذهبی)، جایگاه اعتقاد به خدا در کنترل سلامت، حساسیت درک‌شده و خودکارآمدی قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده رفتار بودند. نتایج این مطالعه، کاربرد الگوی اعتقاد بهداشتی و متغیرهای سلامت معنوی و جایگاه اعتقاد به خدا در کنترل سلامت را در پیش‌بینی رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری کووید ۱۹ نشان می‌دهد و می‌توان از این الگو و نیز متغیرهای مذهبی در تدوین برنامه‌های آموزشی و روش‌های مداخله‌ای برای تغییر نگرش و رفتار مردم در این زمینه استفاده کرد.

سیاست‌گذاران و مجریان خدمات بهداشتی-درمانی، صاحبان رسانه‌های اجتماعی، دانشگاهیان و روحانیان ظرفیت مناسبی برای افزایش سطح آگاهی عموم درباره ارتباط سلامت معنوی و عقاید مذهبی با عملکرد

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2024-10-12]

پیشگیری‌کننده از بیماری کووید ۱۹، اشاره به نقش سلامت معنوی و جایگاه اعتقاد به خدا در کنترل سلامت مردم و تشریح آن و ترغیب آنان برای رعایت پروتکل‌های بهداشتی دارند.

پیشنهادات

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، پیشنهاد می‌شود سایر الگوهای آموزشی مانند تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده و تئوری انگیزش محافظت نیز بررسی شود و در مجموع، از بهترین مدل و پیشگویی‌کننده قوی برای طراحی و اجرای مداخلات مناسب استفاده شود. همچنین توصیه می‌شود در صورت امکان، گروه‌های سنی و شغلی مانند کارکنان مراکز بهداشتی، به تفکیک بررسی شوند. همچنین نقش گروه‌های مذهبی و باورهای اعتقادی مردم در کنترل این بیماری برجسته است.

حمایت مالی

این پژوهش با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی استان فارس (IR.SUMS.REC.1400.793) انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

نویسندگان اعلام می‌دارند در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط ازجمله محرمانه بودن پرسش‌نامه‌ها، گرفتن رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان در پژوهش و تفویض اختیار خروج از پژوهش به مشارکت‌کنندگان رعایت شده است.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که تضاد منافعی در این تحقیق وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

این مقاله از طرح تحقیقاتی (IR.SUMS.REC.1400.793) دانشگاه علوم پزشکی استان فارس گرفته شده است. بدین‌وسیله از تمام افرادی که در انجام پژوهش مساعدت کردند، کمال تشکر را داریم.

References

1. Cascella M, Rajnik M, Cuomo A, Dulebohn SC, Di Napoli R. Features, evaluation and treatment coronavirus [COVID-19]. StatPearls Publishing; 2020.
2. WHO. Coronavirus disease 2019 [COVID-19]: situation report, 72; 2020.
3. Spinelli A, Pellino G. COVID-19 pandemic: perspectives on an unfolding crisis. The British Journal of Surgery. 2020; 107(7):785-7.
4. Worldmeter. Coronavirus cases in Iran; 2020.
5. Turista DD, Islamy A, Kharisma VD, Ansori AN. Distribution of COVID-19 and phylo-genetic tree construction of SARSCoV-2 in Indonesia. Journal of Pure and Applied Microbiology. 2020; 14:1035-42.
6. Takian A, Raoofi A, Kazempour-Ardebili S. COVID-19 battle during the toughest sanctions against Iran. The Lancet. 2020; 395(10229): 1035-36.
7. Lauer SA, Grantz KH, Bi Q, Jones FK, Zheng Q, Meredith HR, et al. The incubation period of coronavirus disease 2019 (COVID-19) from publicly reported confirmed cases: estimation and application. Annals of Internal Medicine. 2020; 172(9):577-82.
8. Ahmad Rad F. Psychological dimensions of the coronary crisis and educational methods to reduce it. Quarterly of Educational Psychology. 2020; 16(56):25-50 (Persian).
9. WHO. International statistical classification of diseases and health related problems ICD-10. Geneva: World Health Organization; 2005.
10. Abbasi M, Shamsi Gooshki E, Movahedi H, Saffari S. Spiritual care at the end of life (Systematic review). Iranian Journal of Medical Ethics. 2014; 8(30):99-131 (Persian).
11. Ramezani M, Ahmadi F, Mohammadi E, Kazemnejad A. Spiritual care in nursing: A concept analysis. International Nursing Review. 2014; 61(2):211-9.
12. Ajam Zibad HA, Foroughan M, Shahboulaghi FM, Rafiey H, Rassouli M. Perception of spiritual health: A qualitative content analysis in Iranian older adults. Educational Gerontology. 2017; 43(1):21-32.
13. Asadzandi M, Abolghasemi H, Javadi M, Sarhangi F. A Comparative assessment of the spiritual health behaviors of the iranian muslim in the COVID-19 pandemic with religious evidence. Journal of Military Medicine. 2020; 22 (8) :864-72 (Persian).
14. Asadzandi M. Sound heart, spiritual health from

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2024-10-12]

the perspective of Islam. Journal of Religious & Theological Information. 2019; 2(4):22-9.
15. Asadzandi M. Characteristics of sound heart owners as islamic spiritual health indicators. Journal of Community Medicine & Health Care. 2019; 4(1):1-4.
16. Bai Y, Yao L, Wei T, Tian F, Jin D-Y, Chen L, et al. Presumed asymptomatic carrier transmission of COVID-19. The Journal of the American Medical Association. 2020; 323(14): 1406-07.
17. Hellewell J, Abbott S, Gimma A, Bosse NI, Jarvis CI, Russell TW, et al. Feasibility of controlling COVID-19 outbreaks by isolation of cases and contacts. The Lancet Global Health. 2020; 8(4): 488-96.
18. Tuite AR, Bogoch II, Sherbo R, Watts A, Fisman D, Khan K. Estimation of coronavirus disease 2019 (COVID-19) burden and potential for international dissemination of infection from Iran. Annals of Internal Medicine. 2020; 172(10):699-701.
19. Zandifar A, Badrfam R. Iranian mental health during the COVID-19 epidemic. Asian Journal of Psychiatry. 2020; 51:101990.
20. Wise T, Zbozinek TD, Michelini G, Hagan CC. Changes in risk perception and protective behavior during the first week of the COVID-19 pandemic in the United States. Royal Society Open Science. 2020; 7(9):200742.
21. Lau JT, Kim JH, Tsui H, Griffiths S. Perceptions related to human avian influenza and their associations with anticipated psychological and behavioral responses at the onset of outbreak in the Hong Kong Chinese general population. American Journal of Infection Control. 2007; 35(1):38-49.
22. Khani-Jeihooni A, Manouchehri M, Bahman-doost M, Khiyali Z. Effect of Educational Intervention Based on the Health Belief Model on Prevent-ive Behaviors Against Influenza A (H1N1) among Students. Journal of Education and Community Health. 2020; 7(2):97-103 (Persian).
23. Butler JT. Principles of health education and health promotion, 3. Belmont, CA: Wadsworth; 2001.
24. Saffari M, Shojaeizadeh D, Ghofranipour F, Heydarnia A, Pakpour-HajiAga A. Health education & promotion: theories, models & methods, Tehran: Sobhan; 2012.
25. Barakat AM, Kasemy ZA. Preventive health behaviours during coronavirus disease 2019 pandemic based on health belief model among Egyptians. Middle East Current Psychiatry. 2020; 27(1):1-9.
26. Khazaee-Pool M, Shahrvsand SH, Naghibi SA. Predicting Covid-19 preventive behaviors based on health belief model: an internet-based study in mazandaran province. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2020; 30(190): 56-66 (Persian).
27. Mohammadi Zeidi I, Mohammadi Zeidi B, Morshedi H. The Association between spiritual health and religious beliefs with COVID-19 preventive practice: application of theory of planned behavior (TPB). Religion and Health, Spring & Summer. 2021; 9(1): 1-14 (Persian).
28. Bashirian S, Jenabi E, Khazaei S, Barati M, Karimi-Shahanjarini A, Zareian S, et al. Factors associated with preventive behaviours of COVID-19 among hospital staff in Iran in 2020: an application of the Protection Motivation Theory. Journal of Hospital Infection. 2020; 105(3):430-3.
29. Shahnazi H, Ahmadi-Livani M, Pahlavanzadeh B, Rajabi A, Hamrah MS, Charkazi A. Assessing preventive health behaviors from COVID-19: a cross sectional study with health belief model in Golestan Province, Northern of Iran. Infectious diseases of poverty. 2020; 9(06):91-9.
30. Soleimani MA, Sharif SP, Allen KA. Psychometric properties of the Persian version of spiritual well-being scale in patients with acute myocardial infarction. Journal of Religious and Health. 2017; 56(6):1981-97.
31. 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 Religiuos and Health. 2018; 57(1):84-93.
32. Zare M, Soleimani Ahmadi M, Aghamolaei T, Madani A, Hasani Azad M, Zare F, et al. Knowledge and practice of Hormozgan province workers regarding the protection against COVID-19. Journal of Preventive Medicine. 2020; 7(4):10 (Persian).
33. Khani Jeihooni A, Amirkhani M, Mirshekari H, Kashfi SM. Prostate cancer screening behaviors based on the health belief model in men aged 40-70 years in Fasa City, Fars Province, Iran, in 2019. Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal. 2021; 11(3):18-24.
34. Khani-Jeihooni A, Manouchehri M, Bahmandoost M, Khiyali Z. Effect of educational intervention based on the health belief model on preventive behaviors against influenza A (H1N1) among students. Journal of Education and Community Health. 2020; 7(2):97-103.
35. Alizadeh Siuk H, Ramzani H. The impact of educational intervention based on Health Belief Model in relation to thalassemia on high school male students in Torbat Heydarieh in 2015. Journal of Jiroft University of Medical Sciences. 2018; 5(1):286-96 (Persian).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2024-10-12]

36. Najimi A, Alidousti M, Moazemi GA. A survey on preventive behaviors of high school students about Influenza A based on health belief model in Shahrekord, Iran. Health System Research. 2010; 6(1):14-22 (Persian).
37. Lau JT, Griffiths S, Choi KC, Tsui HY. Widespread public misconception in the early phase of the H1N1 influenza epidemic. Journal of Infection. 2009; 59(2):122-7.
38. Delshad Noghabi A, Yoshany N, Mohammad-zadeh F, Javanbakht S. Predictors of Covid-19 preventive behaviors in Iranian population over 15 years old: an application of health belief model. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2020; 30(191):13-21 (Persian).
39. Jose R, Narendran M, Bindu A, Beevi N, Manju L, Benny PV. Public perception and preparedness for the pandemic COVID 19: a health belief model approach. Clinical Epidemiology and Global Health. 2021; 9:41-6.
40. Kwok KO, Li KK, Chan HHH, Yi YY, Tang A, Wei WI, et al. Community responses during early phase of COVID-19 epidemic, Hong Kong. Emerging infectious diseases. 2020; 26(7):1575.
41. Khafaie M, Mahjoob B, Mojadam M. Evaluation of preventive behaviors of corona virus (COVID 2019) among family health ambassadors of Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences in 2020 using the health belief model. Jundishapur Scientific Medical Journal. 2021; 20(2):150-61 (Persian).
42. Morrison LG, Yardley L. What infection control measures will people carry out to reduce transmission of pandemic influenza? A focus group study. BMC Public Health. 2009; 9:1-11.
43. Najimi A, Golshiri P. Knowledge, beliefs and preventive behaviors regarding Influenza A in students: a test of the health belief model. Journal of Education and Health Promotion. 2013; 2(1):23.
44. Bandura A. On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. Journal of Management. 2012; 38(2):465-74.
45. Fallahi A, Mahdavifar N, Ghorbani A, Mehrdadian P, Mehri A, Joveini H, et al. Public knowledge, attitude and practice regarding home quarantine to prevent COVID-19 in Sabzevar city, Iran. Journal of Military Medicine. 2020; 22(6):580-8 (Persian).
46. Lin Y, Hu Z, Alias H, Wong LP. Influence of mass and social media on psychobehavioral responses among medical students during the downward trend of COVID-19 in Fujian, China: Cross-Sectional study. Journal of Medical Internet Research. 2020; 22(7):19982.
47. Tadesse T, Alemu T, Amogne G, Endazenaw G, Mamo E. Predictors of coronavirus disease 2019 (COVID-19) prevention practices using health belief model among employees in Addis Ababa, Ethiopia, 2020. Infection and Drug Resistance. 2020: 3751-61.
48. Chen MF, Wang RH, Schneider JK, Tsai CT, Jiang DD, Hung MN, et al. Using the health belief model to understand caregiver factors influencing childhood influenza vaccinations. Journal of Community Health Nursing. 2011; 28(1):29-40.
49. Sharifirad GR, Yarmohammadi P, Morowati Sharifabad MA, Rahayi Z. The status of preventive behaviors regarding influenza (A) H1N1 pandemic based on protection motivation theory among female high school students in Isfahan, Iran. Journal of Health System Research. 2011; 7(1):108-16.
50. Rezaeipandari H, Mirkhalili SM, Sharifabad MA, Ayatollahi J, Fallahzadeh H. Study of H1N1 influenza preventive behaviors predictors based on health belief model in Jiroft people. Qom University of Medical Sciences Journal. 2018; 12(3):76-86 (Persian).
51. Abbasian L, Abbasi M, ShamsiGoshki E, Memariani Z. Investigating the scientific status of spiritual health and its role in disease prevention: a pilot study. Medical ethics. 2010; 4(14):83-104 (Persian).
52. Deborah B. Restoring health, population health, what determines health, health canada, disease prevention, determinants, health promotion, canadians, health services; 2004.
53. Hodge DR, Salas-Wright CP, Wolosin RJ. Addressing spiritual needs and overall satisfaction with service provision among older hospitalized inpatients. Journal of Applied Gerontology. 2016; 35(4):374-400.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2024-10-12]