Religion and Health

ORIGINAL ARTICLE

2022, Vol: 10, No: 1, Pages: 19-30.

Role of Spirituality and Social Responsibility in Adherence to Health Guidelines during the Coronavirus Pandemic

Mahsa Ali-Abadi[1], Ghazal Safarpour[2], Samira Sheikhi[3], Fatemeh Jaberi[4*]

1- MA in General Psychology, Bojnurd Branch, Islamic Azad University, Bojnurd, Iran
2- MA in General Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
3- Ph.D. student in Educational Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran
4- MA in Clinical Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

***Corresponding Author:**
Fatemeh Jaberi
Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

Email:
fatemehjaberi1995@gmail.com

Received: 16 Sep 2021
Revised: 25 May 2022
Accepted: 27 Jun 2022

Abstract

Background and Purpose: Spirituality and social responsibility are among the factors affecting the health of communities. This study aimed to investigate the relationship of spirituality and social responsibility with adherence to health guidelines during the Coronavirus pandemic.

Materials and Methods: The present study followed a descriptive cross-sectional correlational methodology. The statistical population included all Iranians aged 15 to 64 years in 2021, from which 421 people were selected through convenience sampling. Data collection instruments were Spirituality Questionnaire (Parsian & Dunning, 2009), Social Responsibility Questionnaire (Schuyt, 2004), and a researcher-made Adherence to Health Guidelines questionnaire. The collected data were analyzed by the SPSS software (version 16) using the Pearson correlation coefficient and stepwise regression statistical tests.

Results: The results of the Pearson correlation coefficient test showed a significant relationship between spirituality (r=0.320, P=0.000) and social responsibility (r=0.226, P=0.000) with and adherence to health guidelines. The findings of the regression analysis test also revealed that spirituality and social responsibility predicted 14% of variable changes in adherence to health guidelines.

Conclusion: Since spirituality and social responsibility can be taught, it is recommended that health policymakers and public education providers promote adherence to health guidelines during the Coronavirus pandemic through these variables.

Keywords: Adherence to health guidelines, Coronavirus, Social responsibility, Spirituality

► **Citation:** Ali-Abadi M, Safarpour Gh, Sheikhi S, Jaberi F. Role of Spirituality and Social Responsibility in Adherence to Health Guidelines during the Coronavirus Pandemic. Religion and Health, Spring & Summer 2022; 10(1): 19-30 (Persian).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

دین و سلامت

مقاله پژوهشی اصیل

دوره ۱۰، شماره ۱، سال ۱۴۰۱ صفحه: ۳۰-۱۹.

نقش معنویت و مسئولیت‌پذیری اجتماعی در تبعیت از دستورالعمل‌های بهداشتی در دوره همه‌گیری کرونا

مهسا علی‌آبادی[۱]، غزل صفرپور[۲]، سمیرا شیخی[۳]، فاطمه جابری[۴*]

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران

۲- کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۳- دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران

۴- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

* مؤلف مسئول:
فاطمه جابری
واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

Email:
fatemehjaberi1995@gmail.com

دریافت: ۲۵ شهریور ۱۴۰۰
اصلاحات: ۰۴ خرداد ۱۴۰۱
پذیرش: ۰۶ تیر ۱۴۰۱

چکیده

سابقه و هدف: معنویت و مسئولیت‌پذیری اجتماعی از عوامل مؤثر بر بهداشت جوامع هستند. پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط معنویت و مسئولیت‌پذیری اجتماعی با تبعیت از دستورالعمل‌های بهداشتی در دوره اپیدمی کرونا انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش حاضر توصیفی-مقطعی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمام افراد ۱۵ تا ۶۴ ساله ایرانی در سال ۱۳۹۹ بود. ۴۲۱ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار اندازه‌گیری، پرسش‌نامه معنویت پارسیان و دونینگ (۲۰۰۹)، پرسش‌نامه مسئولیت‌پذیری اجتماعی اسکایت (۲۰۰۴) و پرسش‌نامه محقق‌ساخته تبعیت از دستورالعمل‌های بهداشتی بود. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام‌به‌گام تجزیه‌وتحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین معنویت (r=۰/۳۲۰، P=۰/۰۰۰) و مسئولیت اجتماعی (r=۰/۲۲۶ ، P=۰/۰۰۰) با تبعیت از دستورالعمل‌های بهداشتی ارتباط معناداری وجود دارد. نتایج آزمون تحلیل رگرسیون نیز مبین آن بود که معنویت و مسئولیت‌پذیری اجتماعی ۱۴ درصد از تغییرات متغیر ملاک تبعیت از دستورالعمل‌های بهداشتی را پیش‌بینی می‌کنند.

استنتاج: ازآنجاکه معنویت و مسئولیت‌پذیری اجتماعی قابل آموزش هستند، به سیاست‌گذاران سلامت و متولیان آموزش عمومی توصیه می‌شود برای افزایش تبعیت از دستورالعمل‌های بهداشتی در دوره همه‌گیری ویروس کرونا، این متغیرها را در کانون توجه قرار دهند.

واژه‌های کلیدی: تبعیت از دستورالعمل‌های بهداشتی، کرونا، مسئولیت‌پذیری اجتماعی، معنویت

◄ **استناد:** علی آبادی، مهسا؛ صفرپور، غزل؛ شیخی، سمیرا؛ جابری، فاطمه. نقش معنویت و مسئولیت‌پذیری اجتماعی در تبعیت از دستورالعمل‌های بهداشتی در دوره همه‌گیری کرونا. دین و سلامت، بهار و تابستان ۱۴۰۱؛۱۰(۱): ۳۰-۱۹ (فارسی).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

مقدمه

بیماری ویروسی کرونا یک مشکل بهداشت عمومی است که به صورت فراگیر در سراسر جهان گسترش یافته است (۱). برای جوامع مختلف صرف نظر از رشد اقتصادی، همه‌گیری این بیماری با پیامدهای منفی مختلفی ازجمله مشکلات اقتصادی همراه بوده است (۲). این بیماری موجب افزایش هزینه دولت‌ها برای ارائه خدمات درمانی به بیماران بستری‌شده است (۳). افزون بر این، شواهد علمی نشان می‌دهد همه‌گیری بیماری ویروسی کرونا موجب افزایش مشکلات روان‌شناختی همچون افسردگی (۴)، اضطراب (۵)، مشکلات خواب (۶)، اضطراب سلامت (۷) و استرس پس از سانحه (۸) در جمعیت عمومی شده است. یکی از اصلی‌ترین راهکارهای پیشگیری از این پیامدهای منفی، تبعیت از دستورالعمل‌های بهداشتی است (۹).

شواهد اخیر نشان می‌دهد تبعیت از دستورالعمل‌های بهداشتی توسط عموم مردم به‌طور بالقوه ارزش زیادی در محدود کردن انتقال بیماری دارد. هنگامی که تبعیت از دستورالعمل‌های بهداشتی (مانند استفاده از ماسک، رعایت فاصله اجتماعی و شست‌وشوی دست‌ها) در کل جامعه پذیرفته شود، کل جامعه از آن سود خواهند برد (۱۰). تبعیت از دستورالعمل‌های بهداشتی در سطح جامعه با جلوگیری از انتشار بزاق آلوده و قطرات تنفسی از افراد مبتلا، در کنترل بیماری ویروسی کرونا نقش دارد (۱۱).

با توجه به پیامدهای مثبت تبعیت از دستورالعمل‌های بهداشتی در پیشگیری از ابتلا به این بیماری، شناسایی شاخص‌های مؤثر در ترویج آن بسیار سودمند است. بررسی پیشینه پژوهشی مبین آن است که یکی از شاخص‌های اثرگذار بر تبعیت از دستورالعمل‌های بهداشتی، معنویت (Spirituality) است (۱۲). اصطلاح معنویت نزد دانشمندان اسلامی، گاه در مقابل امور مادی، گاه به معنای ارزش‌های اخلاقی و گاه به معنای دین یا حقیقت اسلام به کار می‌رود. آنان برای معنویت معانی مختلفی همچون غیب و ملکوت، سیر و سلوک، حالات عرفانی و صفای درون ذکر کرده‌اند.

همه ادیان، چه ادیان ده‌گانه زنده جهان و چه ادیان تاریخی، به گوهر واحدی دعوت می‌کردند. به ساحت مشترک ادیان و مذاهب معنویت می‌گویند (۱۳). بعد معنوی یکی از ابعاد سلامتی است که برخی صاحب‌نظران معتقدند توجه جدی به این بعد بسیار ضروری است. معنویت ارزش بسیاری در مواجهه با چالش‌های زندگی دارد. بر اساس نتایج مطالعات مختلف، به نظر می‌رسد روابط پایداری بین معنویت و بهزیستی روان‌شناختی وجود دارد (۱۴). معنویت به‌عنوان مانعی در برابر عوامل مخرب سلامتی عمل می‌کند (۱۵). در قرآن کریم آمده است: «هُوَ الَذی أنزَلَ السَکینَةَ فی قُلوبِ المُؤمِنینَ» [آیه۱۶، فتح/۴)]. (۱۶)پیرو این آیه شریفه می‌توان اظهار داشت که قرآن درمان دردهای مادی است، شفا و رحمت است، قرآن فرقان بین حق از باطل است و خداوند با قرآن هدایت می‌کند. تمام این ویژگی‌های قرآن سبب گسترش معنویت در وجود انسان می‌شود؛ البته به شرط ارتباط ظاهری و معنایی و عمل به دستورات آن. عمل به دستورات قرآن انسان را به خالق عالم متصل می‌کند که قدرتش بی‌نهایت است و تکیه بر قدرت بی‌نهایت به انسان نیرویی می‌دهد که بتواند بر تمام مشکلات ازجمله ویروس کرونا غلبه کند (۱۷).

واکاوی ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد معنویت عامل مؤثری در خودمراقبتی و تبعیت از دستورالعمل‌های بهداشتی است. در همین راستا، ایمنی و همکاران (۱۸) بر نقش معنویت بر خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تأکید کردند. در پژوهش دیگری، Permana (۱۲) نیز نقش معنویت را در خودمراقبتی و رعایت از دستورالعمل‌های بهداشتی در بیماران دیابتی نشان داد.

مسئولیت‌پذیری اجتماعی (Social Responsibility) یکی دیگر از متغیرهای مؤثر در رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی است. مسئولیت‌پذیری اجتماعی موقعیت یا احساس التزام به عمل یا واکنش فردی در موقعیت‌های فردی گوناگون به دلیل تقید به دیگران است. نوعی احساس تعهد و پایبندی به دیگران، تبعیت از قواعد و معیارهای اجتماعی و درک قواعد گروهی که در ذهن فرد

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

شکل گرفته است و بر رفتاررهای او اثر می‌گذارد (۱۹). Allen و Mintrom (۲۰) مسئولیت‌پذیری اجتماعی را توانایی نظم دادن به تفکرات، احساسات و رفتار همراه با اراده برای در نظر گرفتن خود به‌عنوان مسئول انتخاب‌ها و پیامدهای فردی و اجتماعی آن‌ها تعریف کرده‌اند (۲۱).

در مجموع می‌توان گفت که مسئولیت‌پذیری اجتماعی میزان تعهد و حس تعلق فرد را نسبت به سایر افراد جامعه نشان می‌دهد. در پیشینه پژوهشی بر نقش مسئولیت اجتماعی در رفتارهای مرتبط با سلامت و ایمنی تأکید شده است. در همین زمینه Montero و همکاران (۲۲) در پژوهشی نشان دادند مسئولیت اجتماعی موجب افزایش رفتار بهداشتی شغلی و افزایش ایمنی می‌شود. Macassa و همکاران (۲۳) نیز نقش مسئولیت اجتماعی و تأثیر آن را بر سلامت جمعیت عمومی تأیید کردند.

بررسی و مرور پیشینه پژوهشی مبین آن است که معنویت و مسئولیت‌پذیری اجتماعی نقش مؤثری در تبعیت از دستورالعمل‌های بهداشتی دارد. با این حال، مرور متون نشان می‌دهد در بیشتر مطالعات، دستورالعمل‌های بهداشتی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن یا در سازمان‌ها و مشاغل خاص بررسی شده و مطالعات محدودی در جمعیت عمومی انجام شده است. از دیگر سوی، با توجه به گسترش بیماری ویروسی کرونا در زمینه شاخص‌های مؤثر بر رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی در جمعیت عمومی، خلأ پژوهشی وجود دارد. ازاین‌رو، سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا معنویت و مسئولیت‌پذیری اجتماعی در تبعیت از دستورالعمل‌های بهداشتی در دوره اپیدمی کرونا نقش دارند.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر توصیفی-مقطعی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این مطالعه تمام افراد ۱۵ تا ۶۴ ساله ایرانی در دی و بهمن سال ۱۳۹۹ بودند. با توجه به هم‌زمانی گردآوری اطلاعات پژوهش حاضر با دوره اوج کرونا و محدودیت در مراجعه حضوری برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها، از افراد مخاطب کانال‌های خبری در شبکه‌های اجتماعی مجازی به‌عنوان گروه نمونه استفاده شد. برای تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران برای جامعه نامحدود استفاده شد؛ درنتیجه، در سطح خطای ۰/۰۵، تعداد ۳۸۴ نمونه برای انجام پژوهش حاضر در نظر گرفته شد. با احتمال تکمیل ناقص برخی از پرسش‌نامه‌ها و همچنین وجود داده‌های پرت (پاسخ‌دهی بر اساس الگوی مشخص)، به‌منظور جلوگیری از افت نمونه لازم، ۱۰ درصد به حجم نمونه برآوردشده اضافه و نمونه مورد نیاز، ۴۲۳ نفر تعیین شد. اعضای نمونه به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: دامنه سنی ۱۵ تا ۶۴ سال، توانایی خواندن و رضایت آگاهانه برای ورود به مطالعه. افزون بر این، پاسخ‌دهی بر اساس الگوی تکراری (برای مثال، ثبت پاسخ الف برای همه سؤالات) به‌عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد. فرایند نمونه‌گیری تا تکمیل تعداد نمونه مدنظر ادامه یافت. بعد از گردآوری اطلاعات، دو پرسش‌نامه به دلیل پاسخ‌های مشابه به تمام آیتم‌ها و درج اطلاعات ناهمخوان از بررسی کنار گذاشته شد و اطلاعات ۴۲۱ نفر بررسی شد. به‌منظور گردآوری اطلاعات از سؤالات جمعیت‌شناختی و پایه (سن، جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات و محل سکونت)، پرسش‌نامه معنویت پارسیان و دونینیگ (۲۴)، پرسش‌نامه مسئولیت‌پذیری اجتماعی اسکایت و همکاران (۲۵) و پرسش‌نامه محقق‌ساخته تبعیت از دستورالعمل‌های بهداشتی استفاده شد که مشخصات هر یک از پرسش‌نامه‌ها در ادامه ارائه می‌شود.

پرسش‌نامه معنویت پارسیان و دونینیگ (۲۴): پارسیان و دونینیگ در سال ۲۰۰۹ پرسش‌نامه معنویت را به‌منظور ارزیابی اهمیت معنویت در زندگی افراد و سنجش ابعاد مختلف آن ساختند. این مقیاس ابزار خودگزارشی است و آزمودنی باید در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (از کاملاً مخالفم= ۱ تا کاملاً موافقم=۴) میزان مخالفت یا موافقت خود را با هریک از عبارات آن مشخص سازد. پرسش‌نامه معنویت ۲۹ عبارت دارد و ۴ زیرمقیاس خودآگاهی (۱۰ عبارت)، اعتقادات معنوی (۴ عبارت)، فعالیت‌های معنوی

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

(۵ عبارت) و نیازهای معنوی (۹ عبارت) را می‌سنجد. برای به‌دست‌آوردن نمره هر مقیاس باید امتیاز همه عبارات مربوط به زیرمقیاس مدنظر با هم جمع شود. نمره بیشتر نشان‌دهنده معنویت بیشتر است. پارسیان و دونینیگ (۲۴) ضریب آلفای کلی پرسش‌نامه را ۹۴ /۰ و ضریب آلفای زیرمقیاس‌ها را بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۱ به‌دست آوردند که بیانگر همسانی درونی کلی پرسش‌نامه است. در جمعیت ایرانی نیز امینایی و همکاران (۲۶) پایایی این آزمون (آلفای کرونباخ) را برای عوامل خودآگاهی، اهمیت اعتقادات معنوی، فعالیت معنوی و نیاز معنوی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۹۰، ۰/۷۷ و ۰/۸۲ و برای کل آزمون ۰/۹۰ به‌دست آوردند. در پژوهش حاضر نیز همسانی درونی آیتم‌های پرسش‌نامه برای نمره کلی ۰/۸۷ و برای زیرمقیاس‌های خودآگاهی، اهمیت اعتقادات معنوی، فعالیت معنوی و نیاز معنوی به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۹، ۰/۶۷ و ۰/۷۶ محاسبه شد.

پرسش‌نامه مسئولیت‌پذیری اجتماعی اسکایت و همکاران (۲۵): Schuyt و همکارن در سال ۲۰۰۴ پرسش‌نامه مسئولیت‌پذیری اجتماعی را طراحی کردند. این مقیاس ۸ سؤال دارد و با طیف پنج درجه‌ای لیکرت از یک (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) نمره‌دهی می‌شود. سؤال‌های پرسش‌نامه انسجام میان نسل‌ها، بی‌تمایل بودن نسبت به انسجام در جامعه و مسئولیت‌پذیری شخصی در قبال بهزیستی دیگران را در مقابل مسئولیت نهادهای اجتماعی ارزیابی می‌کند. پرسش‌های زوج به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. این پرسش‌نامه دو زیرمقیاس دارد که زیرمقیاس اول، سؤالات ۱، ۲، ۵، ۶ و ۷ را دربر می گیرد که با عنوان مسئولیت‌پذیری اجتماعی فعال شناخته می‌شود (نوعی از مسئولیت‌پذیری که فرد خود را به‌طور مستقیم با اجتماع درگیر می‌داند و مسئول می‌پندارد). زیرمقیاس دوم سؤالات ۲، ۴ و ۸ را دربر می‌گیرد که با عنوان مسئولیت‌پذیری اجتماعی منفعل شناخته می‌شود (نوعی از مسئولیت‌پذیری که فرد با تفویض وظایف خود به دولت یا نهادهای عمومی خود را از پذیرش مسئولیت مبرا می‌داند). در پژوهش Schuyt و همکاران (۲۵) پایایی پرسش‌نامه ۰/۷۷ به‌دست آمد. در جمعیت ایرانی پایایی پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۶۲ به‌دست آمد که پایایی متوسطی است. در عین حال، برای حصول اطمینان، پایایی به روش بازآزمایی با فاصله زمانی دو هفته بررسی شد که ضریب ۰/۶۵ به‌دست آمد. این ضریب برای زیرمقیاس‌ها بین ۰/۶۰ تا ۰/۷۰ متغیر بود. در این مطالعه، همسانی درونی آیتم‌های پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کلی ۰/۷۱ و برای زیرمقیاس‌های فعال و منفعل به ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۷۳ به‌دست آمد.

پرسش‌نامه تبعیت از دستورالعمل‌های بهداشتی: برای سنجش تبعیت از دستورالعمل‌های بهداشتی از پرسش‌نامه محقق‌ساخته استفاده شد. برای این منظور، با الگوبرداری از پرسش‌نامه ۸ سؤالی تبعیت از درمان موریسکی (۲۷)، ۵ آیتم متناسب با دستورالعمل‌های بهداشتی در دوره اپیدمی کرونا طراحی و تدوین شد. این آیتم‌ها عبارت بودند از: ۱) با وجود رعایت نکردن دستورالعمل‌های بهداشتی توسط اطرافیانم در دوره کرونا، همچنان در اجرای دستورالعمل‌های بهداشتی کوشا هستم؛ ۲) اگرچه ممکن است دستورالعمل‌های بهداشتی پیچیده یا پرزحمت باشند، با این حال سعی می‌کنم در زندگی روزمره این دستورالعمل‌ها را رعایت کنم؛ ۳) برای رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی به توصیه و اجبار دیگران (همچون کادر درمان یا خانواده) وابسته نیستم؛ ۴) بدون یادآوری اطرافیان دستورالعمل‌های بهداشتی را رعایت می‌کنم (مانند استفاده از ماسک یا رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی)؛ ۵) تحت هیچ شرایطی (در خیابان، معابر، محل کار یا اماکن عمومی) رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی را رها نمی‌کنم.

پاسخگویی به آیتم‌ها بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (هرگز، به‌ندرت، بعضی اوقات، اغلب، همیشه) انجام می‌شود. برای اطمینان از اینکه مهم‌ترین و صحیح ترین محتوا (ضرورت سؤال) انتخاب شده است، از نسبت روایی محتوا (Content Validity Ratio) و برای اطمینان از اینکه سؤالات ابزار به بهترین نحو برای اندازه‌گیری محتوا طراحی شده‌اند، از شاخص روایی محتوا (Content

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

Validity Index) استفاده شد. برای تعیین روایی محتوای پرسش‌نامه، این ابزار برای ۱۰ نفر از متخصصان صاحب‌نظر (شامل ۵ متخصص در حوزه بهداشت و ۵ متخصص در حوزه علوم رفتاری) ارسال شد. پاسخ‌ها بر اساس فرمول نسبت روایی محتوا محاسبه و با جدول لاوشه (Lawshe) انطباق داده شد. با توجه به اینکه تعداد متخصصان ۱۰ نفر بود، اعداد بیشتر از ۰/۶۲ تأیید شد. برای ۱۰ آیتم نسبت روایی محتوا بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۴ متغیر بود که نسبت‌های به‌دست‌آمده برای آیتم‌ها بر اساس جدول یادشده تأیید شدند.

بررسی شاخص روایی محتوا بر اساس شاخص روایی محتوای Waltz و Basel انجام شد. بدین منظور از متخصصان مذکور خواسته شد درباره هر سؤال، سه معیار مربوط یا اختصاصی بودن، سادگی یا روان بودن و واضح یا شفاف بودن را بر اساس طیف لیکرتی چهار قسمتی مشخص کنند (برای مثال، ۱: غیرمرتبط، ۲: تا حدودی مرتبط، ۳: مرتبط، ۴: کاملاً مرتبط). در این مطالعه شاخص روایی محتوا با استفاده از فرمول شاخص روایی محتوای Waltz و Basel ۰/۷۹ محاسبه شد. پیش از توزیع پرسش‌نامه در بین جامعه آماری، برای اطمینان از پایایی، این پرسش‌نامه در بین ۳۰ نفر از افراد توزیع و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه شد. بعد از توزیع پرسش‌نامه در جمعیت هدف، همسانی دورنی آیتم‌های پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به‌دست آمد.

با توجه به محدودیت‌ها و ملاحظات بهداشتی مربوط به اپیدمی کرونا، پرسش‌نامه به صورت مجازی و از طریق برنامه تحت وب گوگل فرم (Google forms) توزیع شد. به این منظور، لینک تکمیل پرسش‌نامه همراه با متن راهنما در شبکه‌های اجتماعی توزیع شد. در ابتدای پرسش‌نامه، توضیحاتی درباره اهداف مطالعه ارائه و تضمین شد برای تکمیل پرسش‌نامه به ثبت اطلاعات هویتی نیاز نیست و داده‌ها به صورت گروهی و با کدهای عددی گزارش خواهند شد. درنتیجه افراد بعد از ثبت کلید «رضایت آگاهانه» در صفحه ابتدایی پرسش‌نامه، وارد بخش سؤالات می‌شدند. بنابراین، پژوهش حاضر با رعایت ملاحظات مصوب حفاظت از شرکت‌کنندگان در کمیته‌های اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی انجام شد. در همین راستا، هدف، فواید، مدت و ابزار پژوهش مطابق با بند ۵ کدهای اخلاقی در پژوهش توضیح داده شد. به شرکت‌کنندگان اعلام شد حضور آن‌ها در مطالعه اختیاری است و داده‌های حاصل از این مطالعه به‌طورکلی تحلیل خواهد شد و از آن به‌جز در پژوهش استفاده دیگری نخواهد شد.

برای جلوگیری از ثبت نکردن پاسخ، تمام آیتم‌ها و سؤالات پرسش‌نامه در برنامه نرم‌افزاری به‌عنوان ضروری (Required) تعریف شد و ثبت پاسخ برای ارسال پرسش‌نامه به سرور الزامی بود. با این حال، پس از ورود اطلاعات در نرم‌افزار، داده‌ها پاک‌سازی (Clean Up) شدند؛ بنابراین، داده‌های واردشده از نظر پاسخ‌دهی بر اساس الگوی مشخص و تکراری، همخوانی نداشتن سؤالات مختلف با هم و داده‌های پرت بررسی شد. داده‌های کدگذاری‌شده و ثبت‌شده با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه‌وتحلیل شد. در آمار توصیفی از شاخص آمار توصیفی همچون میانگین، انحراف معیار، فروانی و درصد فروانی استفاده شد. برای بررسی روابط بین متغیرهای پژوهش از آزمون ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون و برای پیش‌بینی متغیر ملاک بر اساس متغیرهای پیش‌بین، از آزمون تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد. پیش از تحلیل استنباطی، پیش‌فرض‌های مورد نیاز برای آزمون‌های پارامتری نیز با استفاده از آزمون‌های کولموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش، آزمون کولینیریتی (Colinearity) برای بررسی خطی بودن روابط متغیرهای پیش‌بین با متغیر ملاک، شاخص‌های تحمل و عامل تورم واریانس برای بررسی هم‌خطی (چندگانگی خطی) و آزمون دوربین واتسون به‌منظور بررسی استقلال خطاها انجام شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۴۲۱ نفر شرکت کردند که ۲۳۰ نفر (۵۴/۶ درصد) از آن‌ها زن و ۱۹۱ نفر (۵۴/۵ درصد) مرد

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

بودند. میانگین (انحراف معیار) سنی شرکت‌کنندگان ۳۵/۴۷ (۹/۱۰) سال بود. کمترین سن ۱۶ سال و بیشترین سن ۵۸ سال بود. بیشتر شرکت‌کنندگان (۵۷/۷ درصد معادل ۲۴۳ نفر) تحصیلات کارشناسی داشتند. تحصیلات بقیه شرکت‌کنندگان دیپلم و کمتر (۹/۳ درصد معادل ۳۹ نفر)، کاردانی (۸/۸ درصد معادل ۳۷ نفر)، کارشناسی ارشد (۲۳/۸ درصد معادل ۱۰۰ نفر) و دکتری تخصصی (۰/۵ درصد معادل ۲ نفر) بود. از نظر اشتغال ۳۲/۷۸ درصد (۱۳۸ نفر) دانشجو، ۲۳/۲۸ درصد (۹۸ نفر) شاغل، ۲۲/۰۹ درصد (۹۳ نفر) خانه‌دار، ۱۹/۲۴ درصد (۸۱ نفر) بیکار و ۲/۶۱ درصد (۱۱ نفر) بازنشسته بودند. از بین شرکت‌کنندگان ۹/۲۶ درصد (۳۹ نفر) اظهار داشتند که در یک سال گذشته به بیماری ویروسی کرونا مبتلا شده‌اند و ابتلای آن‌ها به این بیماری توسط متخصص عفونی تشخیص داده شده است. ۱۷/۳۴ درصد (۷۳ نفر) نیز اظهار داشتند که در یک سال گذشته علائم این بیماری را داشتند. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

به‌منظور بررسی ارتباط معنویت و مسئولیت‌پذیری اجتماعی با تبعیت از دستورالعمل‌های بهداشتی از آزمون ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون و آزمون تحلیل رگرسیون استفاده شد. آزمون‌های مذکور به عنوان آزمون‌های پارامتری پیش‌فرض‌هایی دارند که پیش از تحلیل استنباطی سنجش و ارزیابی شدند. یکی از پیش‌فرض‌ها، نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش است که از آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای سنجش برازش داده‌های متغیرهای پیش‌بین و ملاک استفاده شد. طبق نتایج به‌دست‌آمده، هیچ‌یک از نمرات متغیرها از منحنی نرمال اختلاف زیادی ندارند ($P > ۰/۰۵$) که نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش است.

پیش‌فرض دوم، خطی بودن رابطه بین متغیر ملاک و یک متغیر پیش‌بین است، زمانی که تمام متغیرهای پیش‌بین دیگر ثابت نگه داشته می‌شوند. سطح معناداری آزمون F برای سنجش خطی بودن رابطه متغیرهای پیش‌بین با ملاک، کمتر از مقدار آلفای تعیین‌شده ($\alpha=۰/۰۵$) است. این نتیجه صحت خطی بودن رابطه متغیرهای بررسی‌شده را تأیید می‌کند. پیش‌فرض دیگر تحلیل رگرسیون نبود همبستگی زیاد بین متغیرهای پیش‌بین است (چندگانگی خطی) که به‌منظور بررسی آن از دو آماره رواداری یا تحمل و عامل تورم واریانس استفاده شد. تحلیل داده‌ها نشان داد پدیده چندگانگی خطی بین متغیرهای مستقل وجود ندارد؛ زیرا میزان رواداری نزدیک به یک و میزان عامل تورم واریانس کمتر از ۲ است؛ بنابراین، با رعایت پیش‌فرض‌های آزمون همبستگی و تحلیل رگرسیون، استفاده از این آزمون‌ها برای بررسی فرضیه‌های پژوهش بلامانع است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	آزمون کولموگروف-اسمیرنوف	
			شاخص Z	معناداری
تبعیت از دستورالعمل‌های بهداشتی	۱۷/۰۱	۲/۸۲	۰/۹۰۶	۰/۳۸۴
معنویت	۷۳/۱۲	۶/۹۳	۰/۷۲۹	۰/۶۶۳
زیرمقیاس‌های خودآگاهی	۲۵/۷۲	۳/۴۵	۰/۷۷۸	۰/۵۸۰
زیرمقیاس اعتقادات معنوی	۹/۴۰	۲/۱۹	۰/۹۰۰	۰/۳۹۳
زیرمقیاس فعالیت‌های معنوی	۱۳/۲۰	۴/۲۹	۰/۹۱۹	۰/۳۶۷
زیرمقیاس نیازهای معنوی	۲۴/۷۹	۲/۴۹	۱/۲۰۹	۰/۱۰۸
مسئولیت اجتماعی	۲۳/۲۴	۶/۱۵	۰/۷۹۳	۰/۵۵۶
زیرمقیاس مسئولیت اجتماعی فعال	۱۲/۲۴	۳/۴۴	۰/۹۲۷	۰/۳۵۶
زیرمقیاس مسئولیت اجتماعی منفعل	۱۱/۰۱	۳/۴۵	۰/۹۰۴	۰/۳۸۸

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

جدول ۲: نتایج آزمون ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱. معنویت	۱								
۲. خودآگاهی	۰/۵۸۶**	۱							
۳. اعتقادات معنوی	۰/۴۹۵**	۰/۴۷۶**	۱						
۴. فعالیت‌های معنوی	۰/۷۹۴**	۰/۸۰۱**	۰/۸۵۳**	۱					
۵. نیازهای معنوی	۰/۲۵۸**	۰/۱۷۷**	۰/۱۷۲**	۰/۲۵۱**	۱				
۶. مسئولیت اجتماعی	۰/۳۲۱**	۰/۲۸۱**	۰/۲۲۹**	۰/۳۴۵**	۰/۳۱۷**	۱			
۷. مسئولیت فعال	۰/۱۸۹**	۰/۲۳۳**	۰/۱۸۸**	۰/۲۶۷**	۰/۲۱۱**	۰/۶۲۴**	۱		
۸. مسئولیت منفعل	۰/۱۱۶	۰/۰۰۲	۰/۰۷۴	۰/۱۱۳	۰/۰۸۹	۰/۲۳۸**	۰/۱۹۱**	۱	
۹. تبعیت از دستورالعمل	۰/۳۲۰**	۰/۲۱۳**	۰/۲۰۳**	۰/۱۹۱**	۰/۰۸۹	۰/۲۴۲**	۰/۲۲۶**	۰/۱۶۲**	۱

*: P<۰/۰۵؛ **: P<۰/۰۱

نتایج آزمون همبستگی پیرسون (جدول ۲) نشان داد ارتباط مثبت و معناداری بین معنویت (r=۰/۳۲۰، P=۰/۰۰۰)، خودآگاهی (r=۰/۲۱۳، P=۰/۰۰۰)، زیرمقیاس اعتقادات معنوی (r=۰/۲۰۳، P=۰/۰۰۳)، زیرمقیاس فعالیت‌های معنوی (r=۰/۱۹۱، P=۰/۰۰۰)، مسئولیت اجتماعی (r=۰/۲۲۶، P=۰/۰۰۰)، زیرمقیاس مسئولیت اجتماعی فعال (r=۰/۲۴۳، P=۰/۰۰۰) و زیرمقیاس مسئولیت اجتماعی منفعل (r=۰/۱۶۲، P=۰/۰۴۲) با تبعیت از دستورالعمل‌های بهداشتی وجود دارد.

برای پیش‌بینی تبعیت از دستورالعمل‌های بهداشتی بر اساس معنویت و مسئولیت اجتماعی از آزمون تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد. نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام نشان داد در گام اول، اولین متغیری که وارد تحلیل شد و باقی ماند، معنویت بود که به معنی بیشترین تأثیر متغیر مزبور نسبت به سایر متغیرهای پیش‌بین است.

در تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام معمولاً گام آخر مبنای تحلیل قرار می‌گیرد. در گام دوم، آخرین متغیری که وارد تحلیل شد، متغیر پیش‌بین مسئولیت اجتماعی بود. ضریب همبستگی محاسبه‌شده در این گام ۰/۳۷۹ و ضریب تعیین ۰/۱۳۹ به‌دست آمد. میزان F به‌دست‌آمده نشان می‌دهد مدل رگرسیونی محاسبه‌شده در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنادار است. با توجه به ضریب تعیین، به نظر می‌رسد حدود ۱۴ درصد از تغییرات متغیر ملاک تبعیت از دستورالعمل‌های بهداشتی در جمعیت عمومی با دو متغیر پیش‌بین معنویت و مسئولیت اجتماعی قابل تبیین هستند.

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام در پیش‌بینی تبعیت از دستورالعمل‌های بهداشتی بر اساس متغیرهای پیش‌بین

گام	متغیرهای پیش‌بین	B	β	R	R2	t	Sig.	F	Sig.
۱	(ثابت)	۷/۴۸۵	-	۰/۳۲۰	۰/۱۰۳	۵/۴۱۶	۰/۰۰۰**	۴۷/۹۴۵	۰/۰۰۰**
	معنویت	۰/۱۳۰	۰/۳۲۰			۶/۹۲۴	۰/۰۰۰**		
۲	(ثابت)	۶/۲۲۷	-	۰/۳۷۹	۰/۱۳۹	۴/۵۰۹	۰/۰۰۰**	۳۵/۰۰۴	۰/۰۰۰**
	معنویت	۰/۱۲۰	۰/۲۹۴			۶/۴۴۲	۰/۰۰۰**		
	مسئولیت اجتماعی	۰/۱۶۷	۰/۲۰۴			۴/۴۶۱	۰/۰۰۰**		

*: P<۰/۰۵؛ **: P<۰/۰۱

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش معنویت و مسئولیت‌پذیری اجتماعی در تبعیت از دستورالعمل‌های بهداشتی در دوره اپیدمی کرونا انجام شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد معنویت ارتباط مستقیم و معناداری با تبعیت از دستورالعمل‌های بهداشتی دارد؛ به‌طوری‌که با افزایش معنویت میزان تبعیت از دستورالعمل‌های بهداشتی افزایش می‌یابد و برعکس، با کاهش معنویت، تبعیت از دستورالعمل‌های بهداشتی کاهش می‌یابد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون مبین توانایی متغیر پیش‌بین معنویت در پیش‌بینی تبعیت از دستورالعمل‌های بهداشتی در جمعیت عمومی بود. همسو

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

با یافته‌های پژوهش حاضر، ایمنی و همکاران (۱۸) در مطالعه‌ای روی بیماران دیابتی نشان دادند معنویت با خودمراقبتی ارتباط معناداری دارد. Permana (۱۲) نیز نقش معنویت را در خودمراقبتی و رعایت از دستورالعمل‌های بهداشتی در بیماران دیابتی تأیید کرد.

در تبیین ارتباط بین معنویت با تبعیت از دستورالعمل‌های بهداشتی می‌توان اظهار داشت که بر اساس شواهد، معنویت می‌تواند به عنوان راهبرد مثبت برای افزایش معنا در زندگی، امید و تعاملات اجتماعی در افراد و همچنین برای مقابله با بیماری‌های مختلف جسمی و روان‌شناختی مفید واقع شود (۲۸). معنویت پیشگویی کننده پیامدهای سلامت فرد است. کاهش عوارض و مرگ ومیر، سلامت جسمی و روانی بهتر، سبک زندگی مناسب تر، استرس کمتر، افزایش کیفیت زندگی و بهبود مهارت های سازگاری همگی از خصوصیات افراد با میزان معنویت زیاد هستند (۲۹). معنویت بهترین درمان برای رفع پیچیدگی‌های آشفته‌کننده فکری و استرس‌های روحی است که سختی‌ها، استرس و روزمرگی‌های مادی نمی‌تواند عرصه زندگی را بر آن تیره و تار کند و آن را ناامید سازد. در آیه ۱۲۴ سوره طه آمده است: «وَ مَنْ أَعْرَضَ عَنْ ذِكْرِي فَإِنَ لَهُ مَعِيشَةً ضَنْكًا وَ نَحْشُرُهُ يَوْمَ الْقِيَامَةِ أَعْمَى: و هر کس از یاد من دل بگرداند، درحقیقت زندگی تنگ او سختی خواهد داشت و روز رستاخیز او را نابینا محشور می‌کنیم». در این آیه بر خداباوری و تأثیر آن بر زندگی آسان اشاره شده است.

انسان موحد و مؤمن با تمام سختی‌های زندگی با حس خوش‌بینی برخورد می‌کند و کمتر دچار اضطراب می‌شود و همواره به یاد دارد که تمام سختی‌های مادی و دنیوی روزی به پایان خواهد رسید؛ چراکه همه به اصل و مبدأ بازمی‌گردند که همان خداوند است. با اعتقاد به وجود خداوند انسان سختی‌های دنیا را به همراه شیرینی‌هایش می‌پذیرد (۳۰). افزون بر این، در تبیین این ارتباط می‌توان بیان کرد که معنویت یکی از مفاهیم اساسی پیرامون چگونگی رویارویی با مشکلات و تنش ناشی از بیماری‌های مختلف محسوب می‌شود که به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت، سبب یکپارچگی سایر ابعاد آن می‌شود و نقشی حیاتی در سازگاری با رویدادهای استرس‌زای زندگی و تأثیر مثبتی در ارتقای سلامت افراد دارد (۳۱). ازاین‌رو، افرادی که معنویت بیشتری دارند، تحمل بیشتری برای سازگاری با محدودیت‌های مربوط به بیماری ویروسی کرونا دارند و با تداوم همه‌گیری، به تبعیت از دستورالعمل‌های بهداشتی ادامه می‌دهند.

از دیگر سوی، یافته‌های پژوهش حاضر مبین آن بودکه ارتباط مستقیم و معناداری بین مسئولیت‌پذیری اجتماعی با تبعیت از دستورالعمل‌های اجتماعی وجود دارد. درنتیجه هرچه میزان مسئولیت‌پذیری اجتماعی بیشتر باشد، تبعیت ازدستورالعمل‌های بهداشتی نیز بیشتر خواهد بود. یافته‌های تحلیل رگرسیون نیز مبین آن است که مسئولیت‌پذیری اجتماعی واریانس تبعیت از دستورالعمل‌های بهداشتی را پیش‌بینی می‌کند. همسو با این یافته‌ها، Montero و همکاران (۲۲) در پژوهشی نشان دادند مسئولیت اجتماعی موجب افزایش رفتار بهداشتی شغلی و افزایش ایمنی می‌شود. علاوه بر این، نقش مسئولیت اجتماعی و تأثیر آن بر سلامت جمعیت عمومی در مطالعه Macassa و همکاران (۲۳) تأیید شد.

در تبیین این ارتباط باید یادآوری کرد که مسئولیت‌پذیری اجتماعی به معنای مجموع وظایف و تعهداتی است که فرد باید در راستای حفظ، مراقبت و کمک به جامعه‌ای انجام دهد که در آن زندگی می‌کند و برای انجام کارهایی که حافظ و ارتقادهنده رفاه جامعه است، احساس تعهد و تکلیف کند (۳۲). افرادی که مسئولیت‌پذیری اجتماعی آن‌ها بیشتر است، شخصیت متعادلی دارند و به حقوق دیگران احترام می‌گذارند. این افراد نسبت به اعمال خود پاسخگو و متعهد هستند. افراد با مسئولیت‌پذیری زیاد به صورت مستقیم یا غیرمستقیم خود را در قبال سلامت جامعه مسئول می‌دانند (۳۳). لذا افراد دارای مسئولیت‌پذیری اجتماعی زیاد، از هرگونه غلفت و سهل‌انگاری در مسیر تبعیت از دستورالعمل‌های بهداشتی در دوره همه‌گیری بیماری ویروسی کرونا

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

خودداری می‌کنند. هنگامی که فرد به مسئولیت اجتماعی خود در دوره همه‌گیری بیماری واقف باشد، در تعامل با بیماران به گونه‌ای رفتار می‌کند که سلامت خود و دیگران به مخاطره نیفتد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، روش نمونه‌گیری در دسترس بود؛ چراکه جامعه آماری این مطالعه تمام افراد ۱۵ تا ۶۴ ساله ایرانی بودند و برای تعمیم نتایج به نمونه تصادفی از نواحی مختلف جغرافیایی نیاز است. از سوی دیگر، با توجه به محدودیت‌های مربوط به مراجعه حضوری، گردآوری اطلاعات به صورت مجازی انجام شد و بسیاری از افرادی که از این شبکه‌ها استفاده نمی‌کردند، فرصت شرکت در این مطالعه را نداشتند.

نتیجه‌گیری

ازآنجاکه معنویت و مسئولیت‌پذیری اجتماعی قابل آموزش هستند، به سیاست‌گذاران سلامت و متولیان آموزش عمومی توصیه می‌شود برای افزایش تبعیت از دستورالعمل‌های بهداشتی در دوره همه‌گیری ویروس کرونا، این متغیرها را در کانون توجه قرار دهند.

پیشنهادات

پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از روش نمونه‌گیری تصادفی با حجم نمونه بیشتر استفاده شود. با توجه به ارتباط معنادار بین معنویت و مسئولیت‌پذیری اجتماعی با تبعیت از دستورالعمل‌های بهداشتی در جمعیت عمومی، پیشنهاد می‌شود در آموزش‌های مدارس و رسانه‌های عمومی به این سازه‌ها توجه شود؛ زیرا هر دو متغیر قابلیت آموزش‌پذیری دارند. همچنین با توجه به اینکه معنویت و مسئولیت‌پذیری در دنیای امروز مهم و یکی از ابعاد و نشانه های سلامت روان هستند، شناسایی ارزش‌های فردی در پیشگیری از ابتلا به بیماری ویروسی کرونا و افزایش تبعیت جمعیت عمومی از دستورالعمل‌های بهداشتی نقش مؤثری دارد.

حمایت مالی

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، این پژوهش حامی مالی نداشته و با هزینه شخصی مؤلفان انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

نویسندگان اعلام می‌کنند که در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط ازجمله محرمانه بودن پرسش‌نامه‌ها، رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از پژوهش رعایت شده است. فرایند اجرای این مطالعه در هسته مشاوره اداره آموزش‌وپرورش قم به شماره ۲۵۳۷/۳۳۸۶۲/۷۱۰ تأیید شده است.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

از تمام شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر که در این پژوهش همراهی کردند، تشکر می‌شود.

References

1. Shrestha R, Shrestha S, Khanal P, Kc B. Nepal's first case of COVID-19 and public health response. Journal Of Travel Medicine. 2020; 27(3):1-2.
2. Toda AA. Susceptible-infected-recovered (SIR) dynamics of covid-19 and economic impact. arXiv preprint arXiv. 2020:1-15.
3. Pradhan NMS. Knowledge, attitude and perception of COVID-19 among Orthopaedic surgeons. Journal of Patan Academy of Health Sciences. 2020; 7(2):4-13.
4. Peterson JA, Chesbro G, Larson R, Larson D, Black CD. Short-Term analysis (8 weeks) of social distancing and isolation on mental health and physical activity behavior during COVID-19. Frontiers in Psychology. 2021; 12:1-11.
5. Lebel C, MacKinnon A, Bagshawe M, Tomfohr-Madsen L, Giesbrecht G. Corrigendum to elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic journal

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

of affective disorders 277 (2020) 5–13. Journal of Affective Disorders. 2021; 279:377-9.
6. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsi E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Brain, Behavior, and Immunity. 2020; 88:901-7.
7. Özdin S, Bayrak Özdin Ş. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. International Journal of Social Psychiatry. 2020; 66(5):504-11.
8. Tang W, Hu T, Hu B, Jin C, Wang G, Xie C, et al. Prevalence and correlates of PTSD and depressive symptoms one month after the outbreak of the COVID-19 epidemic in a sample of home-quarantined Chinese university students. Journal of Affective Disorders. 2020; 274:1-7.
9. Mills J, Ramachenderan J, Chapman M, Greenland R, Agar M. Prioritising workforce wellbeing and resilience: What COVID-19 is reminding us about self-care and staff support. Palliative Medicine. 2020; 34(9): 1137-9.
10. Eikenberry SE, Mancuso M, Iboi E ,Phan T, Eikenberry K, Kuang Y, et al. To mask or not to mask: Modeling the potential for face mask use by the general public to curtail the COVID-19 pandemic. Infectious Disease Modelling. 2020; 5:293-308.
11. Cheng VCC, Wong SC, Chuang VWM, So SYC ,Chen JHK, Sridhar S, et al. The role of community-wide wearing of face mask for control of coronavirus disease 2019 (COVID-19) epidemic due to SARS-CoV-2. Journal of Infection. 2020; 81(1):107-14.
12. Permana I. How religosity and/or spirituality might influence self-care in diabetes management: a structured review. Bangladesh Journal of Medical Science. 2018; 17(2): 185-93.
13. Irandoost MH. The nature of spirituality and the process of ascribing meaning to it in the west. Philosophy of Religion. 2018; 15(2):527-48.
14. Weber SR, Pargament KI. The role of religion and spirituality in mental health. Current Opinion In Psychiatry. 2014; 27(5):358-63.
15. Thauvoye E, Vanhooren S, Vandenhoeck A, Dezutter J. Spirituality and well-being in old age: exploring the dimensions of spirituality in relation to late-life functioning. Journal of Religion and Health. 2018; 57(6):2167-81.
16. Quran, Translated by Ayatollah Naser Makarem Shirazi.Dar al Quran al Karim, 1994; Qum.
17. Golpaygani H. The role of spirituality and verbal skepticism in curing pervasive diseases. Journal of Pasokh. 2020; 19(3): 119-41.
18. Imeni F, Sadeghi M, Gholam Rezaei S. The effect of group spirituality therapy on self-care and its dimensions in women with type 2 diabetes. Daneshvar Medicine: Basic and Clinical Research Journal. 2018; 26(1):79-87.
19. Saenko N, Voronkova O, Volk M, Voroshilova O. The social responsibility of a scientist: The philosophical aspect of contemporary discussions. Journal of Social Studies Education Research. 2019; 10(3):332-45.
20. Allen A, Mintrom M. Responsibility and school governance. Educational Policy. 2010; 24(3):439-64.
21. Moradi A. Investigating the relationship between cultural intelligence and social responsibility among post graduate student of Kermanshah Islamic Azad University. Quarterly of Cultural Studies & Communication. 2020; 16(59):53-81.
22. Montero MJ, Araque RA, Rey JM. Occupational health and safety in the framework of corporate social responsibility. Safety Science. 2009; 47(10):1440-5.
23. Macassa G, da Cruz Francisco J, McGrath C. Corporate social responsibility and population health. Health Science Journal. 2017; 11(5):1-6.
24. Parsian N, Trisha AM. Developing and validating a questionnaire to measure spirituality: A psychometric process. Global Journal of Health Science. 2009; 1(1):2-11.
25. Schuyt T, Smit J, Bekkers R. Constructing a philanthropy-scale: Social responsibility and philanthropy. SSRN Electronic Journal. 2004; 501:1-26.
26. Aminayi M, Asghari Ebrahimabad MJ, Azadi M, Soltani Shal R. Reliability and validity of Farsi version of Parsian and Dunning spirituality questionnaire. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2015; 17(3):129-34.
27. Moharamzad Y, Saadat H, Shahraki BN, Rai A, Saadat Z, Aerab-Sheibani H, et al. Validation of the Persian version of the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in Iranian hypertensive patients. Global Journal of Health Science. 2015; 7(4):173-83.
28. Jaberi A, Momennasab M, Yektatalab S, Ebadi A, Cheraghi MA. Spiritual health: A concept analysis. Journal of Religion and Health. 2019; 58(5):1537-60.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

29. Akbari M, Hossaini SM. The relationship of spiritual health with quality of life, mental health, and burnout: The mediating role of emotional regulation. Iranian Journal of Psychiatry. 2018; 13(1):22-31.
30. Esmaeili M, Rafikhah M, Naghizadeh Z. Investigating effectiveness of contemplating the Quran on mental health. Interdisiplinary Quaranic Stusies. 2016; 14(7):51-64.
31. Bashar FR, Vahedian-Azimi A, Salesi M, Hajiesmaeili M, Shojaei S, Farzanegan B, et al. Spiritual health and outcomes in Muslim ICU patients: A nationwide cross-sectional study. Journal of Religion And Health. 2018; 57(6):2241-57.
32. Cappelen AW, Norheim OF. Responsibility in health care: a liberal egalitarian approach. Journal of Medical Ethics. 2005; 31(8):476-80.
33. Resnik DB. Responsibility for health: personal, social, and environmental. Journal of Medical Ethics. 2007; 33(8):444-5.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]