Religion and Health

ORIGINAL ARTICLE

2021, Vol: 9, No: 1, Pages: 1-14.

The Association between Spiritual Health and Religious Beliefs with COVID-19 Preventive Practice: Application of Theory of Planned behavior (TPB)

Isa Mohammadi Zeidi[1*], Banafsheh Mohammadi Zeidi[2], Hadi Morshedi[1]

1-Professor Associate, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Prevention of Non-Communicable Diseases, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

2- Assistant Professor, Department of Nursing and Midwifery, Tonekabon Azad University of Medical Sciences, Mazandaran, Iran

***Corresponding Author:**
Isa Mohammadi Zeidi
Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Prevention of Non-Communicable Diseases, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

Email:
easamohammadizeidi@gmail.com

Received: 27 Jan 2021
Revised: 17 Mar 2021
Accepted: 24 May 2021

Abstract

Background and Purpose: Identifying the role of psychological variables and religious beliefs affecting COVID-19 preventive behaviors is an essential step in designing behavioral interventions aimed at controlling pandemics. The aim of this study was to predict the impact of spiritual health and religious beliefs on preventive behaviors regarding framework of extended Theory of Planned Behavior (TPB).

Materials and Methods: Using multistage sampling method, 360 citizens of Qazvin participated in a cross-sectional study. Data collection tools were demographic items, attitudes scales, subjective norms, perceived behavioral control (PBC), intention, Alison's spiritual health, God's locus of health control (GLHC). Data were analyzed using LISREL 8.80 and Chi-square, ANOVA, Pearson correlation coefficient and path analysis.

Results: The strongest correlation coefficients were observed between behavioral intention with attitude and PBC. Behavioral intention, PBC, and spiritual health also had the strongest correlations with preventive behaviors. The correlation coefficients between spiritual health and all variables were positive and significant, and GLHC had the strongest correlation with spiritual health. In addition, PBC and attitudes were the main predictors of intention, and the path coefficients between intention and spiritual health and GLHC were significant and positive. These structures described 56% and 39% of the variance of intention and COVID-19 preventive behaviors, respectively.

Conclusion: The results showed the effectiveness of the extended TPB associated with spiritual health & GLHC in explaining COVID-19 preventive behaviors. The clergy and donors have the capacity to raise awareness of COVID-19 to encourage the public to adhere health protocols.

Keywords: Attitude, COVID-19, Preventive behaviors, Religion, Spiritual health

▶ **Citation:** 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).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

دین و سلامت

مقاله پژوهشی اصیل

دوره ۹، شماره ۱، سال ۱۴۰۰ صفحه: ۱۴-۱.

ارتباط سلامت معنوی و عقاید مذهبی با عملکرد پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹: کاربرد تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده

عیسی محمدی زیدی[1*]، بنفشه محمدی زیدی[2]، هادی مرشدی[1]

۱- دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

۲- استادیار بهداشت باروری، گروه مامایی، دانشکده پزشکی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، مازندران، ایران

* **مؤلف مسئول:**
عیسی محمدی زیدی
مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

Email:
easamohammadizeidi@gmail.com

دریافت: ۰۸ بهمن ۱۳۹۹
اصلاحات: ۲۷ اسفند ۱۳۹۹
پذیرش: ۰۳ خرداد ۱۴۰۰

چکیده

سابقه و هدف: شناسایی متغیرهای روان‌شناختی و باورهای مذهبی مؤثر در رفتارهای پیشگیرانه از کووید-۱۹ گام اساسی در طراحی مداخلات رفتاری با هدف کنترل پاندمی است. هدف مطالعه حاضر پیش‌بینی تأثیر سلامت معنوی و عقاید مذهبی بر رفتارهای پیشگیرانه در چارچوب تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده (TPB) توسعه‌یافته بود.

مواد و روش‌ها: با روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای، ۳۶۰ نفر از ساکنان شهر قزوین در مطالعه توصیفی مقطعی شرکت کردند. ابزار گردآوری داده‌ها سؤالات دموگرافیکی، مقیاس‌های نگرش، هنجارهای انتزاعی، کنترل رفتاری درک‌شده (PBC)، قصد، سلامت معنوی آلیسون و جایگاه خدا در کنترل سلامت (GLHC) بودند. داده‌ها با نرم‌افزار LISREL نسخه ۸/۸۰ و آزمون‌های کای اسکوئر، آنووا، ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز مسیری تحلیل شدند.

یافته‌ها: قوی‌ترین ضرایب همبستگی بین قصد رفتاری با نگرش و کنترل رفتاری درک‌شده مشاهده شد. همچنین قصد رفتاری، کنترل رفتاری درک‌شده و سلامت معنوی به ترتیب قوی‌ترین همبستگی را با رفتارهای پیشگیرانه داشتند. ضرایب همبستگی بین سلامت معنوی و تمام متغیرها مثبت و معنی‌دار بود و جایگاه خدا در کنترل سلامت قوی‌ترین همبستگی را با سلامت معنوی داشت. علاوه‌براین، سازه‌های کنترل رفتاری درک‌شده و نگرش پیش‌بینی‌کننده‌های اصلی قصد بودند و ضرایب مسیری بین قصد با سلامت معنوی و جایگاه خدا در کنترل سلامت معنی‌دار و مثبت بود. سازه‌های مذکور به ترتیب ۵۶ و ۳۹ درصد از واریانس قصد و رفتارهای پیشگیرانه را توصیف کردند.

استنتاج: یافته‌ها نشان‌دهنده کارآمدی تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده توسعه‌یافته و متغیرهای سلامت معنوی و جایگاه خدا در کنترل سلامت در تبیین رفتارهای پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹ بودند. روحانیون و خیرین ظرفیت مناسبی را برای افزایش سطح آگاهی درباره کووید-۱۹ و ترغیب عموم برای رعایت پروتکل‌های بهداشتی دارند.

واژه‌های کلیدی: رفتارهای پیشگیرانه، سلامت معنوی، کووید-۱۹، مذهب، نگرش

◄ **استناد:** محمدی زیدی، عیسی؛ محمدی زیدی، بنفشه؛ مرشدی، هادی. ارتباط سلامت معنوی و عقاید مذهبی با عملکرد پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹: کاربرد تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده. دین و سلامت، بهار و تابستان ۱۴۰۰؛۹(۱): ۱۴-۱ (فارسی).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

مقدمه

پاندمی ویروس کرونا در تعداد زیادی از افراد جامعه که خود را در معرض خطر ابتلا به ویروس می‌بینند، سبب بروز علائم و فشار روانی و فیزیولوژیکی، اضطراب، انزواطلبی، بی‌توجهی نسبت به امورات شخصی و زندگی و افسردگی شده است (۱). علاوه‌براین، ترس و اضطراب ناشی از ابتلا به کووید-۱۹ تأثیر چشمگیری بر باورهای مذهبی، بهزیستی معنوی و رضایت از زندگی دارد (۲). برنامه‌ریزی و آمادگی برای مواجهه با پیامدهای مختلف ناشی از این پاندمی کووید-۱۹ یک اولویت ملی و بین‌المللی محسوب می‌شود و راه‌های کنترل شیوع کووید-۱۹ متمرکز بر شناسایی، معالجه و جداسازی افراد آلوده، ردیابی و قرنطینه‌کردن تماس‌های نزدیک آن‌ها، کاهش مسافرت‌ها و ترویج مشارکت عمومی جامعه برای شکستن زنجیره انتقال اعلام شده است (۳). تبعیت عموم مردم از دستورالعمل‌ها و گایدلاین‌های بهداشتی توصیه‌شده مؤلفه انکارنشدنی و ضروری در پیشگیری از انتشار بیماری و کاهش شیوع آن محسوب می‌شود (۴). پایبندی به توصیه‌های پیشگیرانه از کووید-۱۹ تحت تأثیر متغیرهای متنوع فردی (سن، جنسیت، میزان تحصیلات و ...)، روانی-اجتماعی (نگرش، هنجارهای انتزاعی، خودکارآمدی، باورهای مذهبی، معنویت و ...) و محیطی (مانند قوانین مربوط به فاصله اجتماعی، قرنطینه، محدودیت‌های مسافرت/ تعطیلی و ...) قرار دارد (۵).

ارزیابی و شناسایی متغیرهای تعیین‌کننده رفتارهای پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹ در جمعیت عمومی، گام اساسی و ضروری در طراحی مداخلات شناختی-رفتاری با هدف کنترل و کاهش شیوع کووید-۱۹ محسوب می‌شود. علاوه‌براین، استفاده از مدل‌های تغییر رفتار به‌منظور تعیین عوامل مؤثر بر ترغیب مردم برای پذیرش رفتارهای پیشگیرانه یک رویکرد اقتصادی و معقول به شمار می‌رود (۶). تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده (Theory of Planned Behavior: TPB) یکی از مشهورترین مدل‌های روان‌شناسی است که Ajzen و Fishbein (۱۹۸۰) آن را برای مطالعه عوامل روان‌شناختی مؤثر بر رفتارهای بهداشتی توسعه داده‌اند (۶). در تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده، فرض بر این است که تعیین‌کننده اصلی رفتار قصد است. قصد شامل فرایند فکرکردن و تصمیم‌گیری درباره احتمال انجام رفتار است و تحت تأثیر سه سازه دیگر قرار دارد؛ این سه سازه عبارت‌اند از: نگرش‌ها نسبت به رفتار، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک‌شده (Perceived Behavioral Control: PBC). نوع رفتار و ویژگی‌های اجتماعی، فرهنگی و روان شناختی مخاطبان تعیین‌کننده میزان تأثیر این سازه‌ها هستند (۶).

کارآمدی و اثربخشی تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده برای توصیف و پیش‌بینی طیف وسیعی از رفتارهای بهداشتی همچون رفتارهای پرخطر جنسی، مخصوصاً رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری‌های مزمن و رفتارهای پیشگیری‌کننده از سارس تأیید شده است (۷). علاوه‌براین، سازه‌های هنجارهای انتزاعی، نگرش‌ها و کنترل رفتاری درک‌شده قادر به پیش‌بینی ۴۰ تا ۵۰ درصد از واریانس قصد هستند و متعاقباً کنترل رفتاری درک‌شده و قصد رفتاری نیز ۳۰ درصد از واریانس رفتار را توصیف می‌کنند؛ بنابراین، تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده ظرفیت بالقوه‌ای برای تبیین عوامل مؤثر بر رفتارهای بهداشتی و توسعه مداخلات شناختی-رفتاری دارد (۸). با وجود تأیید کارآمدی و اثربخشی تئوری مذکور، انتقاداتی نیز به تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده وارد شده است؛ برای مثال، برخی از محققان بر این عقیده‌اند که تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده اغلب جنبه‌های عاطفی نگرش را نادیده و تنها عوامل منطقی و شناختی را در نظر می‌گیرد یا رابطه قصد و رفتار تحت تأثیر متغیرهای دیگر مانند عوامل انگیزشی، تأثیر ناخودآگاه بر رفتار و نحوه تغییر شناخت‌هاست (۸). از نظر Ajzen، تئوری برای گنجاندن متغیرهای دیگر تا زمانی باز است که بتوانند سهم تأثیرگذاری در تبیین رفتار داشته باشد (۷، ۸). در

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

همین راستا در مطالعات مختلف سازه‌هایی مانند خودکارآمدی، نرم‌های توصیفی و هویت فردی، نرم‌های اخلاقی و ندامت پیش‌بینی‌شده به تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده اضافه شدند (۹).

مطالعات انجام‌شده در ایران به نقش عوامل مذهبی و سلامت معنوی در رعایت رفتارهای پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹ توجهی نداشته‌اند و بیشتر بر ارزیابی عوامل روان‌شناختی مؤثر بر رفتارهای پیشگیرانه متمرکز بودند. البته در بیشتر موارد از مدل مشخصی استفاده نکرده و صرفاً به تعیین آگاهی، نگرش و رفتار بسنده کرده‌اند (۱۰،۱۱). عقاید مذهبی و باورهای دینی به‌عنوان عامل انگیزشی اخلاقی بر رفتارهای بهداشتی و سلامت معنوی مردم در بحران‌ها تأثیرگذار است. پیروی جامعه از موازین بهداشتی، انجام رفتارهای خودمراقبتی معنوی، فرایند تصمیم‌گیری سلامت، هشیاری نسبت به پیامدهای رفتارهای ناسالم، تبعیت از توصیه‌های کادر درمانی و مشارکت در خدمات سلامت تحت تأثیر عقاید مذهبی قرار دارد (۱۲). همچنین پیامدهای مثبت دین‌داری بر سلامت و ارتقای رفتارهای بهداشتی در مطالعات تأیید شده است (۱۳).

ژدینداری یک سازه پویا و چندبعدی است که دربرگیرنده شناخت‌ها و رفتارهایی در زمینه سازمانی، اجتماعی و فردی است و نقش عمده‌ای در نحوه رفتار و تصمیم‌گیری مردم در زندگی روزمره دارد. همچنین مذهب تأثیر مستقیمی بر شکل‌گیری قصد رفتاری و رفتار واقعی دارد (۱۴). در نقطه مقابل، برخی مطالعات مدعی هستند که جمعیت‌های مذهبی نگرش ضدعلمی و دیدگاه منفی نسبت به دستاوردهای علمی دارند و گاهی فرض می‌کنند جمعیت‌های مذهبی در برابر بحران‌هایی مانند پاندمی بر اساس تئوری توطئه واکنش نشان می‌دهند و به همین دلایل ممکن است در برابر توصیه‌های بهداشت عمومی مانند رعایت فاصله اجتماعی و ماندن در منزل مقاومت کنند (۱۵).

در نقطه مقابل، اسلام و آموزه‌های آن نرم‌هایی را تنظیم می‌کنند که تسهیل‌کننده و تقویت‌کننده رفتارهای مثبت، انتخاب‌های متعالی و سبک زندگی رو به رشد هستند. فرهنگ دینی و نگرش معنوی شیعیان اهمیت خاصی بر سلامت فردی و اجتماعی قائل است (۱۳-۱۵). معنویت با مکانیسم‌های گوناگون همچون ایجاد شبکه‌های اجتماعی و حمایت‌های اجتماعی، تقویت مسئولیت‌پذیری فردی، بهبود حمایت معنوی از سوی نهادهای معنوی و رهبری معنوی بر ابعاد مختلف سلامت تأثیرگذار است. افرادی که بهزیستی معنوی دارند، افرادی توانمند، قوی، دارای قدرت کنترل و حمایت اجتماعی بیشتر هستند. همچنین اعمال معنوی به‌عنوان یک مکانیسم غلبه قدرتمند برای برخورد با رویدادهای تروماتیک و تغییردهنده زندگی شناخته شده است (۱۶).

شیوع روزافزون کووید-۱۹ در ایران و عدم پایبندی برخی به رعایت رفتارهای پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹ بر ضرورت اجرای مداخلات رفتاری-شناختی به‌منظور ترغیب مردم برای پذیرش، حفظ و ارتقای رفتارهای مذکور تأکید می‌کند. علاوه‌براین، شناسایی و تبیین عوامل مؤثر بر رفتارهای پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹ گام حیاتی قبل از اجرای مداخلات رفتاری-شناختی محسوب می‌شود و رویکرد معقول برای توصیف عوامل مؤثر بر رفتار کاربرد مدل‌های تغییر رفتار است. در این بین باید به نقش و کارکرد عقاید مذهبی و باورهای دینی توجه ویژه‌ای داشت. هدف مطالعه حاضر تعیین عوامل مؤثر بر عملکرد پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹ در شهر قزوین با کاربرد تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده توسعه‌یافته بود. همچنین ارتباط بین سلامت معنوی و عقاید مذهبی با رفتارهای پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹ نیز در چارچوب مطالعه مقطعی ارزیابی شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی بود که از ابتدای اردیبهشت تا انتهای مرداد ۱۳۹۹ در شهر قزوین با هدف تعیین ارتباط متغیرهای روان‌شناختی مرتبط با تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده، سلامت معنوی و عقاید مذهبی با رفتارهای پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹ انجام

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

شد. جامعه پژوهش شامل شهروندان شهر قزوین بودند. حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G*Power نسخه ۳/۱ و با درنظرگرفتن حداقل شیوع کووید ۱۵ درصد، سطح اطمینان ۰/۹۵ و حاشیه خطا (d=۰/۰۲) محاسبه شد. حجم نمونه محاسبه‌شده ۳۰۰ نفر بود و با تأثیر طراحی ۱/۲ حجم نمونه، تقریباً ۳۶۰ شرکت‌کننده انتخاب شد و هر رابط بهداشتی موظف به ارائه ۳۶ پرسش‌نامه تکمیل‌شده بود. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: داوطلب بودن، داشتن ملیت ایرانی، سواد خواندن و نوشتن کافی، مهارت کار با شبکه‌های اجتماعی واتساپ و تلگرام و داشتن حداقل ۱۸ سال سن. افرادی که به اختلالات روانی-جسمانی و اختلالات شناختی مبتلا بودند و مشکلات حافظه داشتند، از حضور در مطالعه منع شدند.

با توجه به تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی، یک مرکز بهداشتی درمانی از هر یک از مناطق ۱۰گانه شهری قزوین برای شرکت در پژوهش به‌طور تصادفی انتخاب شدند. سپس فهرستی از رابطان بهداشتی وابسته به هر مرکز بهداشتی درمانی تهیه و اهداف پژوهش از طریق تماس تلفنی برای آن‌ها توضیح داده شد. بعد از ابراز تمایل برای شرکت در پژوهش، نحوه گردآوری داده‌ها و تکمیل پرسش‌نامه‌ها برای هر یک از رابطان توضیح داده و به هر رابط بهداشتی بسته‌هایی داده شد که شامل برگه‌های معرفی‌نامه و اهمیت پژوهش، راهنمای پاسخ‌گویی به سؤالات، پرسش‌نامه، یک خودکار، تقویم جیبی و یک اسپری ضدعفونی‌کننده متوسط بود. رابطان بهداشتی به شرکت‌کنندگان اطمینان دادند که مشارکت آن‌ها در پژوهش داوطلبانه است و پرسش‌نامه‌ها بی‌نام هستند.

بدین ترتیب منطقه سکونت رابطان بهداشتی روی نقشه مشخص شد. شش خیابان اطراف منطقه سکونت به‌طور تصادفی انتخاب و سپس از هر خیابان شش پلاک به‌طور تصادفی انتخاب شد. از هر پلاک پستی تنها یک نفر برای شرکت در پژوهش انتخاب شد و در صورت عدم تمایل، فرد بعدی از همان منزل جایگزین می‌شد یا یک پلاک جدید انتخاب می‌شد. رابطان بهداشتی بعد از مراجعه حضوری و توضیح اهداف پژوهش، ضمن رعایت پروتکل‌های بهداشتی، پرسش‌نامه را به هر داوطلب تحویل می‌دادند و ضمن تأکید بر فرصت یک هفته‌ای پاسخگویی به سؤالات، شماره تماسی را به‌منظور یادآوری برای تکمیل سؤالات و تعیین زمان تحویل پرسش‌نامه دریافت می‌کردند. دو پیامک در فاصله یک هفته از زمان توزیع پرسش‌نامه به‌منظور یادآوری ارسال شد. مدت زمان تقریبی پاسخگویی به سؤالات تقریباً ۳۰ دقیقه بود. بعد از تحویل پرسش‌نامه، مجموعه آموزشی شامل ۲ پمفلت، یک فیلم کوتاه ۴ دقیقه‌ای و کتابچه آموزشی با محوریت پیشگیری از کووید-۱۹ برای هر یک از شرکت‌کنندگان از طریق واتساپ ارسال شد.

ابزار گردآوری داده‌ها

ابزار گردآوری داده‌ها در مطالعه حاضر مجموعه‌ای از پرسش‌نامه‌های خودگزارشی شامل این موارد بود:

۱. اطلاعات دموگرافیک: شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، میزان تحصیلات، ابتلا به بیماری‌های مزمن، سابقه ابتلای خود یا خانواده و افراد نزدیک به کووید-۱۹.

۲. خرده‌مقیاس‌های مرتبط با تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده: مقیاس‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده در مطالعات قبلی به کار گرفته و روایی و پایایی آن‌ها تأیید شده است (۱۰، ۱۱). خرده‌مقیاس‌ها شامل این موارد بودند:

۲-۱. خرده‌مقیاس نگرش: شامل ۸ آیتم با گزینه‌های لیکرت ۵ نقطه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) بود. دامنه نمرات آن بین ۸ تا ۴۰ و نمرات بیشتر نشان دهنده نگرش مطلوب‌تر بود و بالعکس. «رعایت پروتکل های بهداشتی مانند حفظ فاصله اجتماعی و ماسک‌زدن برای پیشگیری از کووید-۱۹ ضروری است» نمونه‌ای از آیتم‌های به‌کار برده‌شده در خرده‌مقیاس نگرش بود.

۲-۲. خرده‌مقیاس هنجارهای انتزاعی: شامل ۳ آیتم با طیف پاسخ لیکرت ۵ نقطه‌ای از ۱ (اصلاً صحیح نیست) تا ۵ (کاملاً درست است) بود. دامنه نمرات این خرده

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

مقیاس بین ۳ تا ۱۵ و نمرات بیشتر نشانگر حمایت اجتماعی قوی‌تر بود و بالعکس. یک نمونه از آیتم‌های استفاده‌شده در این خرده‌مقیاس عبارت بود از: «اعضای خانواده و دوستانم از من انتظار دارند رفتارهای پیشگیری کننده از کووید-۱۹ مانند حفظ فاصله اجتماعی و ضدعفونی دست‌ها را به‌طور منظم رعایت کنم».

۲-۳. خرده‌مقیاس کنترل رفتاری درک‌شده: شامل ۶ آیتم بود و از شرکت‌کنندگان درخواست شد با استفاده از طیف پاسخ لیکرت ۵ نقطه‌ای از ۱ (اصلاً اطمینان ندارم) تا ۵ (کاملاً مطمئن هستم) به آیتم‌ها پاسخ دهند. میانگین نمره کل خرده‌مقیاس بین ۶ تا ۳۰ بود و نمرات بیشتر نشانگر کنترل رفتاری بیشتر برای رعایت پروتکل‌ها بود و بالعکس. نمونه آیتم به‌کاررفته در این مقیاس عبارت بود از: «رعایت معیارهای پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹ به‌طور منظم و مستمر برای من آسان است».

۲-۴. خرده‌مقیاس قصد رفتاری: متشکل از ۳ آیتم با طیف پاسخ لیکرت ۵ نقطه‌ای از ۱ (بسیار محتمل است) تا ۵ (بسیار غیر محتمل است) بود. میانگین نمره کل این خرده‌مقیاس بین ۳ تا ۱۵ بود و نمرات بیشتر نشان‌دهنده قصد رفتاری بیشتر بود و بالعکس. «من قصد دارم/ برنامه‌ریزی کرده‌ام/ می‌خواهم پروتکل‌های پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹ را به‌طور منظم و مستمر رعایت کنم»، نمونه‌ای از آیتم‌های مربوط به خرده‌مقیاس قصد رفتاری بود.

۲-۵. رفتارهای پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹: یک مقیاس ۸ سؤالی برای اندازه‌گیری عملکرد واقعی شرکت کنندگان نسبت به رعایت رفتارهای پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹ به‌کار گرفته شد. از شرکت‌کنندگان درخواست شد با استفاده از گزینه‌های پاسخ لیکرت ۵ نقطه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) عملکرد واقعی خود را مشخص کنند. دامنه نمرات این مقیاس بین ۸ تا ۴۰ بود و کسب میانگین نمرات بیشتر نشان‌دهنده عملکرد بهتر بود و بالعکس.

۳. مقیاس سلامت معنوی آلیسون (Ellison's Spiritual Well- Being Scale :SWBS): این مقیاس شامل ۲۲ سؤال بود و از دو خرده‌مقیاس فرعی (سلامت مذهبی و سلامت وجودی) تشکیل شده بود که به‌صورت لیکرت ۶ گزینه‌ای به سؤالات آن پاسخ داده می‌شود. در عبارت‌هایی با فعل مثبت، پاسخ‌های کاملاً موافقم نمره ۶ و کاملاً مخالفم نمره ۱ و در عبارت‌هایی با فعل منفی، پاسخ‌های کاملاً موافقم نمره ۱ و کاملاً مخالفم نمره ۶ می‌گرفت. دامنه نمرات برای هر یک از زیرمقیاس‌های مذهبی و وجودی بین ۱۰ تا ۶۰ بود. نمرات بیشتر نشان دهنده تندرستی مذهبی و وجودی بود. نمره کل سلامت معنوی بین ۲۰ تا ۱۲۰ (سلامت معنوی در حد پایین: ۲۰ تا ۴۰، سلامت معنوی در حد متوسط ۴۱ تا ۹۹ و سلامت معنوی در حد بالا ۱۰۰ تا ۱۲۰) است. سلیمانی و همکاران ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس را تأیید کرده‌اند (۱۷).

۴. مقیاس جایگاه کنترل سلامت خدا (God Locus of Health Control): این مقیاس از ۶ آیتم تشکیل شده و نمونه‌ای از آیتم‌های آن عبارت است از: «خدا مستقیماً مسئول بهتر یا بدتر شدن سلامت من است» یا «خدا سلامت من را کنترل می‌کند». شرکت‌کنندگان با طیف پاسخ لیکرت ۶ نقطه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۶ (کاملا موافقم) به آیتم‌های این مقیاس پاسخ دادند. دامنه پاسخ ها بین ۶ تا ۳۶ است و نمرات بیشتر نشان‌دهنده جایگاه کنترل سلامت خدا قوی‌تر بود و بالعکس. نبی‌پور و همکاران روایی و پایایی مقیاس مذکور را به زبان فارسی تأیید کردند (۱۸).

تحلیل آماری با استفاده از نرم‌افزار LISREL نسخه ۸/۸۰ انجام شد. از آمار توصیفی، آزمون K-S، تی مستقل، تحلیل واریانس یک‌طرفه و کای اسکوئر برای بررسی خصوصیات شرکت‌کنندگان و همه متغیرهای مطالعه استفاده شد. همچنین از ضریب همبستگی پیرسون برای ارزیابی روابط خطی بین سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده، عقاید مذهبی و سلامت معنوی با رفتارهای پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹ استفاده شد. علاوه‌براین، تحلیل مسیری و رویکرد MLE (Maximum Likelihood Estimation) با استفاده از لیزرل برای توصیف

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

روابط علّی بین متغیرهای مکنون به‌کار گرفته شد. با توجه به مطالعات قبلی، شش شاخص برازش برای ارزیابی برازش مدل استفاده شد: نسبت مجذور کای به درجه آزادی $\frac{\chi^2}{df}$، GFI، AGFI، NFI، CFI و RMSEA. با توجه به پیشنهادات Hair (۲۰۱۰) برای شاخص‌های GFI، AGFI، NFI و CFI، مقادیر بزرگ‌تر از ۰/۹۰ به برازش خوب مدل اشاره می‌کند. علاوه‌براین، برای RMSEA مقدار کمتر از ۰/۰۸ نشانگر برازش خوب مدل است. مطابق پیشنهادات Rappaport و همکاران (۲۰۲۰) (۱۹)، نسبت مجذور کای به درجه آزادی نیز باید کمتر از ۲ باشد. سطح معنی‌داری در مطالعه حاضر کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی قزوین پروتکل مطالعه، فرایندها، برگه‌های اطلاعاتی و بیان رضایت را تأیید کرده است.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در پژوهش ۱۴/۷±۳۱/۵ سال بود و تقریباً ۵۹ درصد از شرکت‌کنندگان متأهل و ۵۲ درصد نیز بیکار بودند. حدود ۵۰ درصد تحصیلات دانشگاهی و بالاتر و ۴/۷۲ درصد سابقه ابتلا به کووید داشتند. سابقه ابتلا به بیماری‌های مزمن توسط ۱۳/۰۶ درصد و سابقه ابتلا به کووید-۱۹ توسط اطرافیان توسط ۱۷/۲ درصد از شرکت‌کنندگان گزارش شد. سایر خصوصیات دموگرافیک در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خصوصیات دموگرافیک افراد شرکت‌کننده در پژوهش (تعداد=۳۶۰ نفر)

متغیر بررسی‌شده	طبقه‌بندی	فراوانی (درصد)
سن (سال)	۱۶-۲۵	۱۰۰ (۲۷/۷۷)
	۲۶-۳۵	۱۲۳ (۳۴/۱۷)
	۳۶-۴۵	۷۲ (۲۰/۰)
	۴۶-۵۵	۴۷ (۱۳/۰۶)
	بیشتر از ۵۵	۱۸ (۵/۰)
وضعیت تأهل	مجرد	۲۱۲ (۵۸/۸۹)
	متأهل	۱۲۶ (۳۵/۰۰)
	سایر موارد	۲۲ (۶/۱۱)
وضعیت اشتغال	بیکار	۱۸۷ (۵۱/۹۴)
	کارمند بخش دولتی	۵۶ (۱۵/۵۶)
	کارمند بخش خصوصی	۹۰ (۲۵/۰)
	بازنشسته	۲۷ (۷/۵۰)
میزان تحصیلات	ابتدایی و راهنمایی	۴۴ (۱۲/۲۲)
	دبیرستان و دیپلم	۱۳۱ (۳۶/۳۹)
	دانشگاهی	۱۳۶ (۳۷/۷۸)
	کارشناسی ارشد و بیشتر	۴۹ (۱۳/۶۱)
ابتلا به بیماری های مزمن	بلی	۵۰ (۱۳/۰۶)
	خیر	۳۱۳ (۸۶/۹۴)
سابقه ابتلای خود به کووید-۱۹	بلی	۱۷ (۴/۷۲)
	خیر	۳۴۳ (۹۵/۲۸)
سابقه ابتلای خانواده، دوستان و افراد نزدیک به کووید-۱۹	بلی	۶۲ (۱۷/۲۲)
	خیر	۲۹۸ (۸۲/۷۸)

یافته‌های درج‌شده در جدول ۲، میانگین و انحراف معیار تمام متغیرهای به‌کاررفته در پژوهش کنونی را به همراه ضرایب همبستگی پیرسون بین این متغیرها نشان داده است. قوی‌ترین ضرایب همبستگی بین قصد رفتاری با متغیرهای نگرش ($P<۰/۰۱$، $r=۰/۳۶۲$) و کنترل رفتاری درک‌شده ($P<۰/۰۱$ ، $r=۰/۵۰۳$) وجود داشت. همچنین قصد رفتاری ($P<۰/۰۱$ ، $r=۰/۴۶۳$) ، کنترل رفتاری درک‌شده ($P<۰/۰۱$ ، $r=۰/۴۱۶$) و سلامت معنوی ($P<۰/۰۱$، $r=۰/۳۴۳$) نیز به ترتیب قوی‌ترین ضرایب همبستگی را با رفتارهای پیشگیری‌کننده از

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

جدول ۲: ضرایب همبستگی بین سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده، سلامت معنوی و باورهای مذهبی با رفتارهای پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹ (تعداد=۳۶۰ نفر)

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱. نگرش	۱								
۲. هنجارهای انتزاعی	۰/۵۴۲**	۱							
۳. کنترل رفتاری درک‌شده	۰/۲۴۵*	۰/۲۱۳**	۱						
۴. سلامت معنوی	۰/۳۳۲*	۰/۳۱۳**	۰/۲۹۴*	۱					
۵. بعد وجودی سلامت معنوی	۰/۴۱۲**	۰/۵۶۷**	۰/۴۶۳**	۰/۶۸۴**	۱				
۶. بعد مذهبی سلامت معنوی	۰/۴۵۶**	۰/۵۴۴**	۰/۶۰۸**	۰/۶۶۳*	۰/۶۳۴**	۱			
۷. جایگاه خدا در کنترل سلامت	۰/۲۸۰*	۰/۳۲۸**	۰/۳۹۳*	۰/۶۱۲**	۰/۵۰۵*	۰/۶۲۲**	۱		
۸. قصد رفتاری	۰/۳۶۲**	۰/۲۴۷*	۰/۵۰۳**	۰/۲۱۶**	۰/۱۹۷**	۰/۲۳۸**	۰/۲۴۴*	۱	
۹. رفتارهای پیشگیرانه	۰/۳۱۲**	۰/۳۲۶**	۰/۴۱۶*	۰/۳۴۳**	۰/۲۷۹**	۰/۳۳۰**	۰/۳۱۱**	۰/۴۶۳**	۱
میانگین	۳۱/۴۵	۱۱/۷۴	۱۹/۹۳	۹۷/۴۲	۴۲/۷۲	۴۳/۶۵	۲۳/۴۵	۱۱/۶۵	۳۱/۲۳
انحراف معیار	۶/۵۲	۳/۶۶	۴/۷۳	۲۰/۷۹	۱۲/۴۴	۱۲/۳۶	۵/۵۱	۳/۲۷	۷/۲۴

جدول ۳: بررسی روابط بین متغیرهای مؤثر بر رفتارهای پیشگیری کننده از کووید-۱۹ بر اساس نتایج مدل ساختاری

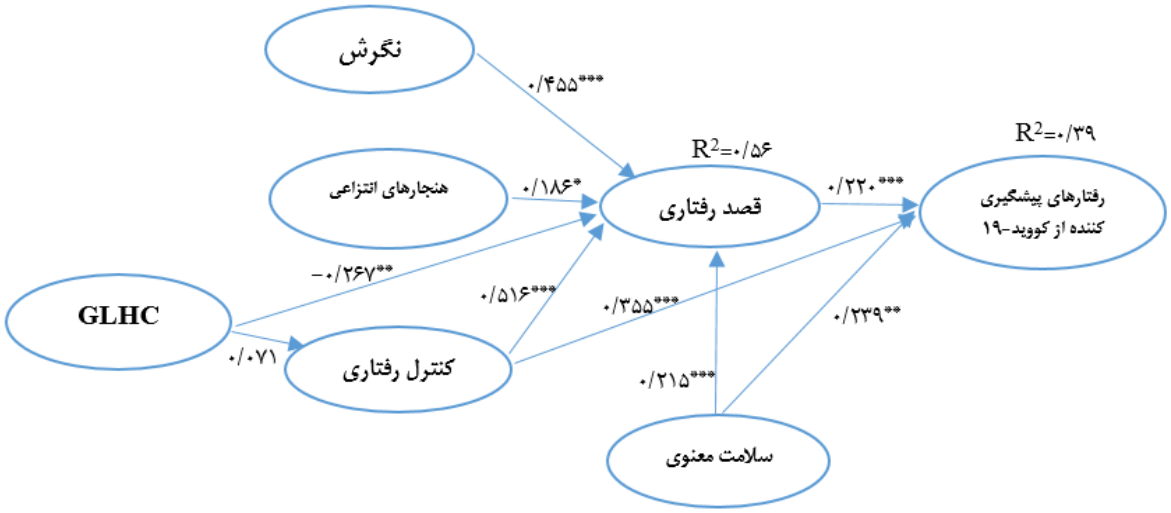
فرضیات	ضرایب مسیری	آماره تی	سطح معنی‌داری	رد یا قبول ارتباط
نگرش ← قصد	۰/۴۵۵	۵/۳۲۲	۰/۰۰۰	قبول شد
هنجارهای انتزاعی ← قصد	۰/۱۸۶	۲/۳۶۴	۰/۰۲۲	قبول شد
کنترل رفتاری درک‌شده ← قصد	۰/۵۱۶	۸/۱۲۷	۰/۰۰۰	قبول شد
سلامت معنوی ← قصد	۰/۲۱۵	۳/۳۸۸	۰/۰۰۰	قبول شد
جایگاه خدا در کنترل سلامت ← قصد	۰/۲۶۷	۲/۸۵۴	۰/۰۰۴	قبول شد
جایگاه خدا در کنترل سلامت ← کنترل رفتاری درک‌شده	۰/۰۷۱	۱/۱۲۲	۰/۲۹۵	رد شد
سلامت معنوی ← رفتارهای پیشگیرانه	۰/۲۳۹	۳/۲۶۸	۰/۰۰۲	قبول شد
کنترل رفتاری درک‌شده ← رفتارهای پیشگیرانه	۰/۳۵۵	۳/۴۶۳	۰/۰۰۰	قبول شد
قصد ← رفتارهای پیشگیرانه	۰/۲۲۰	۳/۱۲۹	۰/۰۰۰	قبول شد

کووید-۱۹ داشتند. علاوه‌براین، ضرایب همبستگی بین سلامت معنوی و تمام متغیرهای دیگر مثبت و معنی‌دار بود و متغیر جایگاه خدا در کنترل سلامت (GLHC) قوی‌ترین همبستگی را با سلامت معنوی نشان داد (r=۰/۶۱۲ ،P<۰/۰۱). همچنین بین متغیر جایگاه خدا در کنترل سلامت با ابعاد وجودی (r=۰/۵۰۵ ،P<۰/۰۱) و مذهبی (r=۰/۶۲۲ ،P<۰/۰۱) سلامت معنوی نیز همبستگی مثبت و معنی‌داری مشاهده شد.

یافته‌های درج‌شده در جدول ۳، فرضیات و روابط بین متغیرهای مؤثر بر رفتارهای پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹ را بر اساس ضرایب مسیری بین آن‌ها نشان داده است. همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، ضرایب مسیری بین تمام متغیرها و قصد رفتاری معنی‌دار بود و فرضیات اساسی مرتبط با تأثیر سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده به همراه متغیرهای سلامت معنوی و جایگاه خدا در کنترل سلامت بر رفتارهای پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹ تأیید شده است. با توجه به ضریب مسیری به‌دست‌آمده در رابطه بین متغیر جایگاه خدا در کنترل سلامت و کنترل رفتاری درک‌شده (β=۰/۰۷۱، P=۰/۲۹۵)، فرضیه مربوط به آن رد شده است. علاوه‌براین، یافته‌های درج‌شده در جدول تأییدکننده فرضیات مربوط به تأثیرگذاری متغیرهای سلامت معنوی، کنترل رفتاری درک‌شده و جایگاه خدا در کنترل سلامت بر رفتارهای پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹ بود.

شکل ۱ یافته‌های پژوهش درباره آنالیز مسیری (Path Analysis) بین سازه‌های مختلف مرتبط با تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده، جایگاه خدا در کنترل سلامت و سلامت معنوی را با قصد و رفتارهای پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹ بین شرکت‌کنندگان در مطالعه ارائه کرده است. ضرایب مسیری بین تمام سازه‌ها با قصد رفتاری معنی‌دار و مثبت بود (P<۰/۰۵). قوی‌ترین ضرایب مسیری بین

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]



شکل ۱: ضرایب مسیری بین سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده، جایگاه خدا در کنترل سلامت و سلامت معنوی با رفتارهای پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹

***P<۰/۰۰۱ ،**P<۰/۰۱ ،*P<۰/۰۵**

جدول ۴: شاخص‌های برازش مدل ساختاری استفاده‌شده در پژوهش

	شاخص‌های برازش مطلق					شاخص‌های برازش افزایشی					شاخص‌های برازش مقتصد	
	χ^2 / df	GFI	AGFI	RMSEA	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI	PGFI	PNFI
مقادیر توصیه‌شده	۲ >	۰/۹ <	۰/۹ <	۰/۰۸ >	۰/۹ <	۰/۹ <	۰/۹ <	۰/۹ <	۰/۹ <	۰/۵ <	۰/۵ <
مدل	۱/۳۵۵	۰/۹۲۱	۰/۹۱۳	۰/۰۴۱	۰/۹۲۳	۰/۹۲۲	۰/۹۵۰	۰/۹۶۶	۰/۹۸۰	۰/۶۹۷	۰/۷۶۹

کنترل رفتاری درک‌شده و قصد (β=۰/۵۱۶، P<۰/۰۰۱) و سپس بین نگرش با قصد (β=۰/۴۵۵، P<۰/۰۰۱) وجود داشت. همچنین ضرایب مسیری بین سلامت معنوی و قصد (β=۰/۲۱۵، P<۰/۰۰۱) و جایگاه خدا در کنترل سلامت و قصد (β=۰/۲۶۷، P=۰/۰۰۴) نیز معنی‌دار و مثبت بود. کنترل رفتاری درک‌شده بزرگ‌ترین عامل تأثیرگذار بر رفتارهای پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹ بود (β=۰/۳۵۵، P<۰/۰۰۱). سازه‌های مذکور در مجموع توانستند ۵۶ درصد از واریانس قصد رفتاری و ۳۹ درصد از واریانس رفتارهای پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹ را پیش‌بینی کنند.

شاخص‌های نیکویی برازش مربوط به چارچوب تئوریک و مدل ساختاری استفاده‌شده در پژوهش حاضر نیز در جدول ۴ ارائه شده است. مرور و انطباق شاخص‌ها با مقادیر توصیه‌شده و استاندارد حاکی از آن است که چارچوب تئوریک پیشنهادشده یک برازش داده‌ای خوب را نمایش داد. مقدار شاخص RMSEA (ریشه میانگین مربعات خطای برآورد) برابر با ۰/۰۴۱ بود که معیار کمتر از ۰/۰۸ را توجیه کرد. همچنین سایر شاخص‌های برازش مطلق (از قبیل GFI، AGFI) نیز بیشتر از معیار توصیه‌شده ۰/۹ بودند. شاخص‌های برازش افزایشی (از قبیل NFI، RFI، IFI، TLI، CFI) نیز بیشتر از معیار توصیه‌شده ۰/۹ گزارش شدند. همچنین مقدار دو شاخص برازش مقتصد یعنی PGFI و PNFI بیشتر از معیار توصیه‌شده ۰/۵ بود.

بحث

در مطالعه حاضر تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده توسعه‌یافته به‌منظور شناسایی ارتباط بین متغیرهای روان‌شناختی همچون نگرش، هنجارهای انتزاعی، کنترل رفتاری درک‌شده، جایگاه خدا در کنترل سلامت و سلامت معنوی با رعایت رفتارهای پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹ در شهروندان شهر قزوین به‌کار گرفته شد. نتایج مطالعه به‌طورکلی نشان داد سازه‌های تئوری رفتار

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

برنامه‌ریزی‌شده، سلامت معنوی و متغیر جایگاه خدا در کنترل سلامت تأثیر معنی‌داری بر قصد رفتاری برای رعایت رفتارهای پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹ داشتند. علاوه‌براین، کنترل رفتاری درک‌شده، قصد رفتاری و سلامت معنوی به‌طور معنی‌داری بر رفتارهای پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹ تأثیر داشتند.

یکی از مهم‌ترین یافته‌های پژوهش کنونی این بود که سازه کنترل رفتاری درک‌شده بر قصد رفتاری و رفتار رعایت رفتارهای پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹ تأثیر مثبت و معنی‌داری داشت و رفتار شهروندان برای رعایت پروتکل‌ها و دستورالعمل‌های بهداشتی مرتبط با کووید-۱۹ شدیداً تحت تأثیر کنترل رفتاری درک‌شده آن‌ها قرار دارد که با یافته‌های پژوهش‌های قبلی در یک راستا بود (۱۱، ۲۰). متاآنالیز ۱۹ مطالعه از ۱۱ کشور توسط Fischer و Karl در سال ۲۰۲۰ نشان داد کنترل رفتاری درک‌شده تأثیر قدرتمندی بر قصد و رفتارهای منجر به پیشگیری یا کاهش عفونت کووید-۱۹ دارد (۲۱). افرادی که شدت درک‌شده پایین و خودکارآمدی بالا دارند، بیشتر درگیر رفتارهای پیشگیرانه علیه کووید-۱۹ می‌شوند و سلامت روان بهتری نیز در زمان بحران‌ها دارند (۲۰).

با توجه به اینکه کنترل رفتاری درک‌شده شدیداً تحت تأثیر موانع متصور است؛ بنابراین، شناسایی موانع مختلف فردی، اجتماعی و محیطی برای رعایت رفتارهای پیشگیرانه به‌واسطه راهبردهایی همچون بارش افکار و کمک در یافتن راه‌حل‌های مناسب می‌تواند به افزایش عملکرد پیشگیرانه منجر شود. همچنین ازآنجاکه خودکارآمدی جزء مهم کنترل رفتاری درک‌شده است، استفاده از راهبردهای ارتقای خودکارآمدی همچون تنظیم اهداف، تبدیل اهداف کلی به اهداف جزئی و مرحله‌ای، مشاهده الگوهای رفتاری و ترغیب کلامی نیز در ارتقای رفتارهای پیشگیرانه مؤثر است.

یافته مهم دیگر مطالعه کنونی، تأثیر معنی‌داری نگرش بر قصد رفتاری بود که با پژوهش‌های قبلی انطباق داشت (۲۰،۲۲). در مطالعه Shubayr و همکاران (۲۰۲۰) مشخص شد که نگرش به‌طور معنی‌داری رفتارهای کنترل عفونت را در کارکنان دندان‌پزشکی پیش‌بینی کرد (۲۱). افرادی که درباره میزان شیوع و مرگ‌ومیر ناشی از کووید-۱۹ نگران هستند، احتمال بیشتری دارد که خودشان را مستعد ابتلا به بیماری بدانند و پیامدهای آن را جدی بگیرند. نگرش مثبت نسبت به پیشگیری از کووید-۱۹ ممکن است ناشی از اقدامات وسیع رسانه‌ای وزارت بهداشت در راستای کاهش یا کنترل انتشار ویروس باشد. نگرش مطلوب، درک صحیح از عوامل خطر و سطح ترس مناسب در جامعه عاملی برای کنترل بهتر پاندمی است؛ بنابراین، ارائه آمار واقعی درباره تعداد مبتلایان به کووید-۱۹ و بازخورد صحیح درباره پیامدهای بیماری توسط رسانه‌ها نگرش‌های عموم مردم را در راستای اهمیت رعایت رفتارهای پیشگیرانه تقویت می‌کند.

یافته مهم بعدی در مطالعه کنونی، ضریب مسیری مثبت و معنی‌دار بین سازه هنجارهای انتزاعی و قصد رفتاری بود که با مطالعات قبلی همسو بود (۲۰-۲۲). اعضای خانواده و رهبران مذهبی نقش پررنگی در تشویق و تأثیرگذاری بر قصد مردم برای رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی برای کاهش انتشار کووید-۱۹ دارند؛ بنابراین، مداخلات سیاستی مؤثر برای بهبود رفتارهای پیشگیرانه باید شامل درگیرکردن شخصیت‌های بانفوذ همچون رهبران مذهبی، ورزشکاران و هنرمندان در راستای ترغیب مردم برای رعایت پروتکل‌های بهداشتی باشد.

یکی دیگر از یافته‌های جالب مطالعه کنونی، پیش‌بینی سازه‌های قصد و رفتار پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹ بود که منطبق با یافته‌های سایر پژوهش‌ها بود (۲۰-۲۲). علاوه‌براین، سلامت معنوی و جایگاه خدا در کنترل سلامت تأثیر مثبت و معنی‌داری بر قصد رفتاری داشتند که با نتایج مطالعات قبلی همسو بود (۲۳،۲۴). یافته‌های مطالعه Benjamins و همکاران (۲۰۱۱) حاکی از آن بود که روحیات و باورهای مذهبی و میزان مشارکت در فعالیت‌های معنوی ارتباط معنی‌داری با استفاده از

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

غربالگری کلسترول و واکسن آنفلوآنزا داشت. همچنین میزان استفاده از کولونوسکوپی و انجام غربالگری در اعضای کلیسا از سایر افراد جامعه بیشتر بود (۲۳). به‌طورکلی، ارتباط مثبت بین عقاید مذهبی و سلامت معنوی با طیف وسیعی از رفتارهای پیشگیرانه مانند الکل نوشیدن، سیگار کشیدن، سوءمصرف مواد، استفاده از کمربند ایمنی، کیفیت خواب و ورزش تأیید شده است (۲۵، ۲۶). در پژوهش Holt و همکاران (۲۰۱۴) مشخص شد باورهای مذهبی بر رفتارهای بهداشتی تأثیرگذار هستند و رفتارهایی مانند مصرف بیشتر میوه و استفاده کمتر از الکل و سیگار تحت تأثیر عقاید مذهبی است (۲۶). Garcia و همکاران (۲۰۱۳) نیز نشان دادند پروتستان‌هایی که به‌طور منظم در مراسم مذهبی شرکت می‌کنند، به‌طور قابل توجهی پرهیز می‌کنند و هرگز سیگار نمی‌کشند (۲۴).

مکانیسم‌های پیشنهادی مربوط به تأثیرگذاری عقاید مذهبی و معنوی بر ابعاد سلامت شامل شبکه‌های حمایتی، فرایندهای غلبه و سایر متغیرهای روان‌شناختی همچون خوش‌بینی، امیدواری، معنی‌داری زندگی و بخشندگی است (۲۷). علاوه‌براین، افراد مذهبی به علت اعتماد بیشتر به کارکنان مراقبت بهداشتی و رضایت‌مندی از مراقبت‌های دریافت‌شده، عموماً بیشتر از خدمات بهداشتی پیشگیرانه استفاده خواهند کرد (۲۳). همچنین شبکه اجتماعی غیررسمی بین افراد مذهبی که به‌واسطه حضور منظم آن‌ها در مکان‌های مذهبی مانند مساجد شکل گرفته، ممکن است رفتارهای بهداشتی پیشگیرانه 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 دریافت می‌کنند. حضور منظم‌تر در مکان‌های مذهبی مانند مساجد، حسینیه‌ها یا مراسم مختلف مذهبی باعث می‌شود افراد مذهبی تصور کنند شبکه اجتماعی که به آن تعلق دارند، از سایر گروه‌ها و نهادهای غیررسمی قابل اعتمادتر و رضایت‌بخش‌تر است (۲۳، ۲۴).

ازآنجاکه در جریان پاندمی اخیر کووید-۱۹، مردم ساعات طولانی و روزهای ممتد را در خانه سپری می‌کنند و میزان روابط اجتماعی آن‌ها کاهش یافته است، 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؛ چراکه اعمال معنوی شامل فعالیت‌های مذهبی (از قبیل نیایش، یوگا و خیریه) و غیرمذهبی (مانند خلاقیت، هنر، ورزش، طنز و ارزش‌های انسانی) می‌توانند تأثیرات بهداشتی مثبتی داشته باشند؛ مانند افزایش اعتمادبه‌نفس، کاهش استرس، اعتیاد کمتر، کیفیت زندگی بهبودیافته، همکاری و بهره‌وری (۲۸).

یافته دیگر مطالعه حاضر تأثیر معنی‌دار و مثبت متغیر جایگاه خدا در کنترل سلامت بر قصد رعایت رفتارهای پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹ بود که با یافته‌های پژوهش‌های مشابه انطباق دارد (۲۶، ۲۹). در مطالعه Boyd و Wilcox (۲۰۲۰) مشخص شد حمایت اجتماعی تأثیر جایگاه خدا را در کنترل سلامت بر فعالیت جسمانی میانجیگری می‌کند (۲۹). البته یافته‌های مطالعه ما با نتایج برخی مطالعات در تضاد بود؛ به‌طور مثال، تمام شرکت‌کنندگان در مطالعه Albargawi و همکاران (۲۰۱۵) تأکید کردند که عوارض ناشی از دیابت به‌خاطر خواست خداست و ۸۰ درصد اعتقاد داشتند که تنها خدا می‌تواند شرایط آن‌ها را بهتر کند. همچنین بین تبعیت از رژیم غذایی ویژه و جایگاه خدا در کنترل سلامت همبستگی منفی وجود داشت (۳۰).

برداشت ذهنی افراد از اراده خدا در کنترل سلامت متفاوت است. به عبارت دیگر، بر اساس بعد فعال یا غیرفعال مرتبط با جایگاه خدا در کنترل سلامت نتایج پژوهش‌ها می‌تواند متفاوت باشد. بر اساس بعد فعال، اشخاص ممکن است اعتقاد داشته باشند که خدا به افراد قدرت می‌دهد تا در مورد رفتارهای سلامتی پیشگام باشد. در بعد غیرفعال فرض می‌شود تنها خدا پیامدهای بهداشتی را کنترل می‌کند و دلیلی وجود ندارد که افراد

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

درگیر رفتارهای بهداشتی شوند (۳۱). یکی از دلایل متفاوت‌بودن نتایج مطالعه حاضر با برخی از مطالعات ممکن است برداشت ذهنی متفاوت افراد درباره نحوه تأثیر خدا بر سلامت 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. علاوه‌براین، تفاوت نتایج بین دو مطالعه ممکن است ناشی از عوامل دیگری باشد؛ عواملی همچون تفاوت‌های فرهنگی و دموگرافیکی مانند جوان‌بودن مشارکت-کنندگان در پژوهش حاضر و تحصیلات بیشتر آن‌ها، ابزار متفاوت و استفاده‌نکردن از مقیاس اختصاصی جایگاه خدا در کنترل سلامت و البته آثار ناشی بیماری‌های مزمن مانند دیابت نوع ۲ و تغییر واکنش‌های عاطفی و نگرش‌ها در طول زمان.

نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان‌دهنده کارآمدی تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده توسعه‌یافته و متغیرهای سلامت معنوی و جایگاه خدا در کنترل سلامت در تبیین رفتارهای پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹ بود. روحانیون و خیرین ظرفیت مناسبی برای افزایش سطح آگاهی درباره کووید-۱۹ و ترغیب عموم برای رعایت پروتکل‌های بهداشتی دارند. مطالعه حاضر یکی از محدود پژوهش‌های انجام‌شده در راستای کشف ارتباط بین سلامت معنوی و باورهای مذهبی با رفتارهای پیشگیری‌کننده از کووید-۱۹ بود. به همین دلیل، ارزیابی نتایج این پژوهش به‌راحتی مقدور نیست و با توجه به پیچیدگی‌های فراوان مرتبط با تأثیر سلامت معنوی و عقاید مذهبی بر رفتارهای بهداشتی، تحقیقات بیشتری نیاز است.

محدودیت‌های پژوهش

این پژوهش با محدودیت‌های متعددی همراه بود. این محدودیت‌ها عبارت‌اند از:

- به دلیل ماهیت مقطعی‌بودن پژوهش، امکان ارزیابی روابط علّی بین متغیرها مقدور نبود.
- به دلیل شرایط خاص مربوط به شیوع کووید-۱۹، پرسش‌نامه‌ها به افراد تحویل داده شد که علاوه بر کاهش میزان مشارکت، منجر به بی‌دقتی در پاسخ‌ها هم شد.
- با وجود بومی‌سازی مقیاس‌های مربوط به اندازه‌گیری سلامت معنوی و باورهای مذهبی، به نظر می‌رسد برخی سؤالات توسط مشارکت‌کنندگان به‌خوبی درک نشده است و ممکن است بخشی از نتایج دچار تورش باشد.
- مشارکت‌کنندگان در پژوهش حاضر صرفاً از شهروندان قزوین بودند و به علت ویژگی‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی متفاوت این شهر با سایر شهرها در ایران، نتایج مطالعه نمی‌تواند به سایر ایرانی‌ها تعمیم داده شود.

پیشنهادات

انجام مطالعات طولی و پیگیری روابط بین باورهای مذهبی و نتایج سلامتی در فواصل زمانی مختلف به‌منظور تحلیل دقیق‌تر روابط بین متغیرهای مذکور با رفتارهای پیشگیری‌کننده توصیه می‌شود. همچنین با توجه به احتمال آلودگی و انتقال بیماری، در صورت امکان کاربرد روش‌های آنلاین گردآوری داده‌ها نیز می‌تواند ضمن کاهش خطر ابتلا به بیماری، درصد مشارکت را افزایش دهد. با توجه به اینکه ابزارهای استفاده‌شده برای اندازه‌گیری و سنجش سلامت معنوی و باورهای مذهبی عموماً ترجمه و بومی‌سازی شده‌اند، پیشنهاد می‌شود محققان آتی نسبت به ساخت و توسعه پرسش‌نامه‌های ایرانی اقدام کنند. درنهایت مطالعات گسترده‌تر با نمونه های بیشتر از مناطق مختلف شهری و روستایی و استان های مختلف به‌منظور افزایش قابلیت تعمیم‌پذیری نتایج پیشنهاد می‌شود.

حمایت مالی

این پژوهش با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین در قالب طرح پژوهشی انجام شده است.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

ملاحظات اخلاقی

در راستای رعایت نکات اخلاقی و محرمانه‌بودن داده ها، به افراد شرکت‌کننده اطمینان داده شد که پاسخ‌های آنان محرمانه خواهد ماند و صرفاً برای اهداف پژوهشی به کار گرفته خواهد شد.

تعارض منافع

این مقاله با منافع هیچ شخص یا اشخاص حقیقی و حقوقی در تضاد نیست.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از کارکنان مراکز بهداشتی درمانی قزوین، رابطان بهداشتی و تمام شهروندان شهر قزوین که در انجام این پژوهش ما را یاری رساندند، تشکر می‌کنیم. پژوهش کنونی حاصل طرح مصوب (به شماره ۱۴۰۰۴۲۳۶) معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین است و کمیته اخلاق آن دانشگاه با شناسه IR.QUMS.REC.1399.190 این پژوهش را تأیید کرده است.

References

1. Farahani MN. Changes in attitude, beliefs and values and COVID-19 pandemic. Journal of Research in Psychological Health. 2020; 14(1):1-5.
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; 76:71-6.
4. Zhong BL, Luo W, Li HM, Zhang QQ, Liu XG, Li WT, et al. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey. International Journal of Biology Sciences. 2020; 16(10):1745-52.
5. Chan DKC, Zhang CQ, Weman-Josefsson K. Why people failed to adhere to COVID-19 preventive behaviors? Perspectives from an integrated behavior change model. Infectious Control & ital Epidemiology. 2020; 42(3):375-6.
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 Medecine. 2015; 81:150-6.
7. Tyson M, Covey J, Rosenthal HE. Theory of planned behavior interventions for reducing heterosexual risk behaviors: a meta-analysis. Health Psychology. 2014; 33(12):1454-67.
8. Ajzen I. The theory of planned behavior: reactions and reflections. Psychology and Health. 2011; 26:1113-27.
9. Hyde MK, Knowles SR, White KM. Donating blood and organs: using an extended theory of planned behavior perspective to identify similarities and differences in individual motivations to donate. Journal of Health Education Research. 2013; 28(6):1092–104.
10. 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 Medecine. 2020; 23(4):249-54.
11. 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):731-9.
12. Siavoshi M, Darrudi M, Novruzieh S, Jamali Nik M, Bordbar R. Effects of prayer on the spiritual health of patients with chronic heart failure. Journal of Religion and Health. 2018; 6(1):29-36 (Persian).
13. Khakkar S, Jahangiri M, Esmaeil Zadeh SM. A survey of health status and its dimensions in the Islamic teachings. Journal of Religion and Health. 2020; 7(2):68-74. (Persian).
14. Marzban A, Bahariniya S, Barzegaran M. Relationship between religious attitude and nutritional behavior in high school students of Yazd. Journal of Religion and Health. 2020; 7(2):12-21 (Persian).
15. Rochmawati E, Wiechula R, Cameron K. Centrality of spirituality/religion in the culture of palliative care service in Indonesia: an ethnographic study. Nursing and Health Science. 2018; 20(2):231-7.
16. Roman NV, Mthembu TG, Hoosen M. Spiritual care - 'a deeper immunity' - A response to Covid-19 pandemic. Afrerican Journal of Primary Health Care Family Medecine. 2020; 12(1):e1-3.
17. Soleimani MA, Sharif SP, Allen KA.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

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.
18. 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.
19. Rappaport LM, Amstadter AB, Neale MC. Model Fit Estimation for Multilevel Structural Equation Models. Struct Equ Modeling. 2020; 27(2):318-329.
20. Fischer R, Karl JA. Predicting behavioral intentions to prevent or mitigate COVID-19: a cross-cultural meta-analysis of attitudes, norms, and perceived behavioral control effects. Social Psychological and Personality Science. 2020; 17:19485506211019844.
21. 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.
22. Adiyoso W, Wilopo W. Social distancing intentions to reduce the spread of COVID-19: the extended theory of planned behavior. Research Squeare. 2020; 3:1-12.
23. 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 Behavioral Medecine. 2011: 34(6):462-76.
24. Garcia G, Ellison CG, Sunil TS, Hill TD. Religion and selected health behaviors among Latinos in Texas. Journal of Religious Health. 2013; 52(1):18-31.
25. Hill TD, 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.
26. 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.
27. Krause N, Ellison CG. Forgiveness by God, forgiveness of others, and psychological well-being in late life. Journal for the Scientific Study of Religion. 2003; 42(1):77-93.
28. Soheili M, Mollai Iveli M. A review of the role of spiritual cares in the nursing profession. Journal of Religion and Health. 2019; 7(1):75-84 (Persian).
29. Boyd JM, Wilcox S. Mediation analysis of the relationships between god locus of control and health behaviors in college students. Review of Religious Research Journal. 2020; 62:273-88.
30. Albargawi M, Snethen J, Gannass AA, Kelber S. Perception of persons with type 2 diabetes mellitus in Saudi Arabia. International Journal of Nursing Sciences. 2016; 3(1):39-44.
31. Moshki M, Mousavi SA, Momen Bilandi J. Design and evaluation of the spiritual health locus of control scale (SHLCS) in the Iranian students. Journal of Religion and Health. 2019; 7(1):20-30 (Persian).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]