J TOLOO E BEHDASHT, School of Public Health, Yazd Shahid Sadoughi Univ Med Sci

ORIGINAL ARTICLE

Received:2020/12/28 *Accepted:2021/02/08*

Women's Self-Care and the Explanatory Role of Religion in its Promotion: a Comparative Study in Yazd

Hamideh Shiri Mohammadabd (Ph.D.)[1], Seyed Alireza Afshani (Ph.D.)[2]

1.Ph.D. Candidate in Sociology, Department of Cooperation and Social Welfare, Faculty of Social Sciences, Yazd University, Yazd, Iran.
2. Corresponding Author: Professor, Department of Cooperation and Social Welfare, Faculty of Social Sciences, Yazd University, Yazd, Iran. Email: afshanialireza@yazd.ac.ir Tel: 09131681590

Abstract

Introduction: Today, religious coping behaviors such as prayer, hope in God and participation in collective rituals are considered as one of the main determinants of health behaviors because it can have positive effects on women's behavioral strategies with the aim of self-care. However, there is little empirical research in this scope and the present study intends to investigate the relationship between religiosity and self-care of women.
Methods: The present research was a survey cross-sectional study. The population of this study included all 18-70 year old, of Yazd in 2020. The sample size was determined based on Cochran formula 737 and was used with Probability Proportionate to Size Sampling (PPS). Data based on a researcher-made self-care questionnaire and religiosity standard questionnaire were collected. Results were analyzed using the software SPSS and Amos 24.
Results: The results on the relationship between religiosity and self-care revealed that the effect of religiosity on self-care was positive and significant. The effectiveness rates of religiosity on women's self-care in the marginal, the middle, and the upper areas were 0.56, 0.38, and 0.36, respectively ($p<0.001$). Also, there was no significant difference between the intensity of the relationship between religiosity and self-care in the three areas ($CR<1.96$). Also, the structural equation model had a good fit.
Conclusions: It is necessary that since women's decision to adopt care-oriented behavior is conditioned by the social conditions that surround them, we should pay special attention to the social contexts in which they live to improve self-care performance in them.

Keywords: Strategy, Self-Care, Religion, Women.
Conflict of interest: The authors declared that there is no Conflict interest.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v20i2.6763]

This Paper Should be Cited as:
Author: Hamideh Shiri Mohammadabd, Seyed Alireza Afshani .Women's Self-Care and the Explanatory Role of Religion in its Promotion: ……Tolooebehdasht Journal.2021;20(2): 27-38.[Persian]

خودمراقبتی زنان و نقش تبیین‌گر دین در ارتقای آن: مطالعه‌ای تطبیقی در شهر یزد

نویسندگان: حمیده شیری محمدآباد[۱] ، سیدعلیرضا افشانی[۲]

۱.دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی ایران، گروه تعاون و رفاه اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران.

۲.نویسنده مسئول: استاد گروه تعاون و رفاه اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران.

تلفن تماس: ۰۹۱۳۱۶۸۱۵۹۰ Email: afshanialireza@yazd.ac.ir

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی
دانشکده بهداشت یزد
سال بیستم
شماره دوم
خرداد و تیر ۱۴۰۰
شماره مسلسل: ۸۶

تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۱۰/۰۸
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۲۰

چکیده

مقدمه: امروزه رفتارهای مقابله‌ای دین از جمله دعا، امید به خدا و شرکت در مناسک جمعی به عنوان یکی از عوامل تعیین‌کننده اصلی رفتارهای سلامتی تلقی می‌شوند زیرا می‌توانند اثرات مثبتی بر استراتژی‌های رفتاری زنان در راستای مراقبت از خود داشته باشند. با وجود این تحقیقات تجربی اندکی در این زمینه وجود دارد و پژوهش حاضر قصد دارد رابطه بین دینداری و خودمراقبتی زنان مورد بررسی قرار دهد.

روش بررسی: تحقیق حاضر یک مطالعه مقطعی به شیوه پیمایشی است. جامعه آماری تحقیق شامل کلیهٔ زنان ۷۰-۱۸ ساله شهر یزد در سال ۱۳۹۹ است. حجم نمونه براساس فرمول کوکران ۷۳۷ نفر تعیین شد و پاسخگویان با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای متناسب (PPS) انتخاب شدند. داده‌ها بر اساس پرسشنامه محقق‌ساخته خودمراقبتی و دینداری گلاک و استارک جمع‌آوری شدند و نتایج با استفاده از نرم افزار SPSS و Amos نسخه ۲۴ و روش مدل‌یابی معدله ساختاری آنالیز گردید.

یافته‌ها: نتایج حاصل از بررسی رابطه بین دینداری و خودمراقبتی نشانگر آن است که تأثیر دینداری بر خودمراقبتی، مثبت و معنی‌دار است. میزان تأثیر دینداری بر خودمراقبتی زنان نیز در منطقه حاشیه ۰/۵۶، میانی ۰/۳۸ و بالا ۰/۳۶ به دست آمد (P<۰/۰۰۱). همچنین بین شدت رابطه بین دینداری و خودمراقبتی در مناطق سه‌گانه شهر یزد تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (CR<۱/۹۶).

نتیجه‌گیری: لازم است به منظور بهبود عملکرد خودمراقبتی در بین زنان توجه ویژه‌ای به بسترهای اجتماعی که زنان در آن زندگی می‌کنند داشته باشیم زیرا تصمیم زنان در اتخاذ رفتارهای مراقبت‌محور توسط شرایط اجتماعی که آن‌ها را احاطه نموده است مشروط می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: استراتژی، خودمراقبتی، دین، زنان

این مقاله برگرفته از رساله دوره دکترای رشته جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی ایران دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه یزد است.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v20i2.6763]

مقدمه

خودمراقبتی روندی جدید در مراقبت از سلامت تلقی می‌گردد (۱) و امروزه به عنوان یکی از مسائل مطرح در رشته‌های مختلف پزشکی، جامعه‌شناسی و روانشناسی شناخته می‌شود. واژه "مراقبت" از لغت Cura به معنای "ابراز نگرانی"، "مواظبت" و "مراقبت" مشتق شده است (۲) و خودمراقبتی عبارت است از فعالیت‌ها و اقدامات آموخته‌شده، آگاهانه و هدفداری که توسط فرد به منظور حفظ حیات و ارتقای سلامت خود انجام می‌شود (۳). اصل مهم در خودمراقبتی، مشارکت و قبول مسئولیت از طرف خود فرد است تا با انجام صحیح رفتارهای سلامت‌محور، از بروز بیماری و آسیب‌ها در خود جلوگیری کند (۴). اگرچه پرداختن به خودمراقبتی در هر دو جنس دارای اهمیت است اما توجه به رفتارهای سلامتی زنان و دختران از اهمیت بیشتری برخوردار است چرا که بنابر باور فرهنگی سنتی، دختران امروز مادران فردا هستند و مسئولیت آموزش رفتارهای خودمراقبتی را به فرزندان‌شان از همان نخستین سال‌های زندگی به عهده دارند و بهترین روشی که زنان قادر به آموزش فرزندان خود خواهند بود آن است که خود به شکل جدی در فعالیت‌های مراقبت از خود مشارکت داشته باشند. فارغ از باورهای سنتی رایج مبنی بر اولویت‌بخشی زنان به تمرکز بر فعالیت‌های مراقبتی نسبت به دیگر اعضای خانواده (همسر- فرزند) می‌توان به تجربه متفاوت آنها نسبت به مردان در امور خانه و خانواده از جمله تلقی زنان به عنوان افراد مسئول در اموری چون فرزندپروری، مسئولیت خانه‌داری (به ویژه در شرایطی که هیچ یک از اعضا خانواده مسئولیت‌پذیری در امور خانه نداشته باشند) و حتی کار کردن در بیرون از منزل با وجود نابرابری‌های اجتماعی-اقتصادی اشاره داشت که هر یک از این موارد می‌توانند فشار زیادی بر زنان وارد آورده و خودمراقبتی آنها را تحت‌تأثیر قرار دهد، این عوامل خود بیانگر آن است که متغیر جنسیت به عنوان یک متغیر موثر در ایجاد نابرابری‌های سطوح سلامت افراد ایفای نقش می‌نماید (۵).

علاوه‌براین سلامت زنان یکی از شاخص‌های توسعه‌یافتگی از منظر سازمان ملل تلقی می‌شود و اهمیت ویژه‌ای در تأمین و استمرار سلامت جامعه دارد (۶،۷) اما بر اساس گزارش‌های منتشر شده مرکز آمار ایران زنان عملکرد مناسبی در راستای مراقبت از خود نداشته‌اند، به گونه‌ای که زنان ۱۵ سال به بالای ایران صرفاً ۱۲ دقیقه از زمان خود را به فعالیت‌های ورزشی و ۱۳ دقیقه از وقت خود را به فعالیت‌های فرهنگی و تفریحی اختصاص می‌دهند، در حالی که همین جمعیت، ۱۳ ساعت و ۴۵ دقیقه از زمان خود را به خوردن و خوابیدن و ۵ ساعت و ۱۶ دقیقه از زمان‌شان را به خانه‌داری اختصاص می‌دهند (۶). در سراسر دنیا در بسیاری از خانه‌ها این زنان هستند که پیش از همه اعضای خانواده صبح از خواب برمی‌خیزند و آخرین افرادی هستند که پس از انجام امور، شب به بستر می‌روند تحت چنین شرایطی سوالی که لازم است به آن پاسخ داده شود آن است که آیا زنانی که خسته از کار روزانه هستند می‌توانند تحت هر شرایطی از خود مراقبت کنند؟

نکته‌ای که در رویکرد خودمراقبتی و تأکید بیش‌ازحد بر سلامتی به عنوان یک دستاورد فردی و چیزی که افراد موظفند با رفتارهای انتخابی خود به دست آورند (۷) مغفول واقع شده بی‌توجهی به فاکتورهای اجتماعی مشروط‌کننده رفتار انسان‌هاست. زیرا افراد در انتخاب رفتارهایی که در آن ردپایی

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v20i2.6763]

از مراقبت فرد از خود موجود است آزاد نیستند بلکه انتخاب‌های آن‌ها ریشه در فرصت‌هایی دارند که زندگی در اختیارشان قرار می‌دهد؛ بنابراین توجه به خودمراقبتی به عنوان مجموعه از اقدامات منهای توجه به شرایط اجتماعی نمی‌تواند فهم درستی از رفتار خودمراقبتی ارائه دهد. یکی از فاکتورهای اجتماعی تعیین‌کننده خودمراقبتی، ارزش‌ها و اعتقادات دینی فرد است.

از نظر جامعه‌شناسان، دین واقعیتی فرهنگی- اجتماعی است و متفکرانی چون Idler، Durkheim، Cockerham و Green به طور خاص معتقدند که دین و آموزه‌های آن بر رفتار افراد از جمله رفتار سلامتی آنها اثرگذار خواهد بود. درواقع آنچه انسان‌ها از دینشان درک می‌کنند به شکل مستقیم و حتی غیرمستقیم در رفتارها و اقدامات آنها (از جمله خودمراقبتی) نمود پیدا می‌کند. در این زمینه Idler معتقد است که دین مشوق افراد در انتخاب عادات رفتاری سالم است (۸) و Cockerham دین را تضمین‌کننده سلامتی افراد از طریق حس دلگرمی و حمایت در شرایط سخت قلمداد می‌کند (۷). از نگاه Green نیز بین سلامتی و دین رابطه تنگاتنگی وجود دارد و تلقی گرین آن است که سلامتی درجه نهایی کمال بوده و لازم است افراد با اقداماتی چون (ورزش کردن، با نشاط بودن و رسیدن به خود) به آن دست یابند (۹). هم چنین Durkheim از زاویه کارکردگرایانه نسبت به دین می‌نگرد و معتقد است دین در برانگیختن حس خویشتن‌داری، ارتقای همبستگی اجتماعی، برانگیختن احساس اطمینان و آرامش نقش موثری ایفا می‌کند (۱۰). علاوه بر این مطالعات انجام شده در دنیا نیز تقویت دینداری در فرد را برای دستیابی به خودمراقبتی بیشتر تأیید می‌کنند، به عنوان نمونه Hill و همکارنش (۱۱) اذعان داشتند که هر چه تعلق مذهبی فرد در طول زندگی بیشتر باشد فرد عملکرد بهتری در مراقبت از خود خواهد داشت، گودرزیان و همکارانش معتقدند بهبود سطح اعتقادات مذهبی در افراد می‌تواند اثر مفیدی بر خودمراقبتی آنان داشته باشد و Pfeiffe و همکارانش (۱۲) گزارش کردند که رابطه مثبت و معنی‌داری بین رفتارهای مذهبی و رفتارهای مرتبط با خودمراقبتی چون انتخاب تغذیه سالم وجود دارد. این مطالعه نیز با هدف کمک به رشد تحقیقاتی که در زمینه بررسی رابطه دین به عنوان یک مولفه اصلی در راستای بهبود خودمراقبتی زنان صورت گرفته است انجام شده است.

روش بررسی

جامعه آماری تحقیق را کلیه زنان (۱۸ تا ۷۰ سال) ساکن در شهر یزد تشکیل می‌دهند. با توجه به اهمیت متغیرهای اقتصادی اجتماعی در این مطالعه، تلاش شد که از محلات مختلف شهر یزد در نمونه حضور داشته باشند. با توجه به مطالعات انجام شده قبلی (۱۳) و تقسیم‌بندی مناطق شهر یزد به لحاظ کیفیت و سطح برخورداری از شاخص‌های آموزشی، بهداشتی و خدماتی، بر حسب تراکم (وضعیت اقتصادی- اجتماعی محلات مختلف)، محلات شهر یزد به سه سطح بالا، میانی و حاشیه‌ای قابل تقسیم هستند. مبتنی بر تقسیم بندی مزبور، محلات صدرآباد، حسن‌آباد و اسکان به عنوان مناطق حاشیه‌ای شهر یزد، محلات نعیم‌آباد، آذریزدی و رزمندگان به عنوان مناطق میانی و محلات بلوار جمهوری، صفاییه و مسکن به عنوان مناطق بالای شهر یزد مورد مطالعه قرار گرفتند.

برای برآورد حجم نمونه ابتدا یک مطالعه مقدماتی روی ۵۰ نفر از زنان انجام گردید تا واریانس صفت مورد مطالعه

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v20i2.6763]

(خودمراقبتی) مشخص گردد، سپس با استفاده از فرمول کوکران با سطح اطمینان ۹۵ درصد و دقت احتمالی ۵ درصد، حجم نمونه ۷۳۸ نفر مشخص گردید. حجم نمونه برای هر یک از سه منطقه (بالا، میانی و حاشیه‌ای شهر) به تفکیک ۲۴۶ نفر و در مجموع حدود ۷۳۸ نفر بود که به دلیل احتمال وجود پرسشنامه مخدوش و ریزش نمونه، در هر منطقه ۲۵۰ پرسشنامه تکمیل گردید و در نهایت ۷۳۷ پرسشنامه سالم، تحلیل گردید.

زنان پاسخگو از نه محله مزبور در شهر یزد، با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای متناسب با حجم (PPS) انتخاب شدند. بدین صورت که ابتدا نه محله شهر یزد به‌عنوان نه خوشه اصلی در نظر گرفته شد و در مرحله‌ی بعد، خیابان‌ها و میادین اصلی هر منطقه حکم بلوک برای خوشه‌ها را داشت و در مرحله‌ی آخر به روش تصادفی، پاسخگویان انتخاب شدند.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه‌ای بود که در دو بخش تنظیم شده و بخش اول آن مربوط به اطلاعات دموگرافیک شامل سن، وضعیت تأهل و میزان تحصیلات و بخش دوم شامل پرسشنامه خودمراقبتی و پرسشنامه دینداری Glock and Stark است (۱۴).

از نگاه Cameron & Leventhal (۱۵) مفهوم خودمراقبتی به یک سازه چندبعدی اشاره دارد که شامل مشارکت در فعالیت‌های متنوعی به منظور ارتقای بهزیستی می‌شود. محققان مختلف نیز برای سنجش خودمراقبتی از ابعاد گوناگون استفاده کرده‌اند. با الهام از تعاریف عملیاتی خودمراقبتی در تحقیقات این حوزه (۱۸-۱۶)، برای سنجش خودمراقبتی در پژوهش حاضر به این نتیجه دست یافتیم که در هر پرسشنامه، به برخی از ابعاد خودمراقبتی پرداخته شده است و هم چنین برخی گویه‌ها در برخی پرسشنامه‌ها به ویژه برای جامعه ما مناسب نیستند. از این رو تصمیم بر آن شد که ابعاد این پرسشنامه را با هم ترکیب و پرسشنامه کامل‌تری تهیه شود.

در این راستا ۱۲ نسخه از پرسشنامه را در اختیار ۷ متخصص در رشته جامعه‌شناسی، ۳ متخصص در رشته جمعیت‌شناسی و ۲ متخصص در رشته روان‌شناسی گذاشته شد و از آن‌ها درخواست شد که با توجه به هدف تحقیق در مورد نسبت محتوایی پرسشنامه (CVR) یعنی ضرورت آیتم‌ها و در مورد شاخص روایی محتوا پرسشنامه (CVI) یعنی "سادگی و روان بودن"، "مربوط یا اختصاصی بودن" و "وضوح یا شفاف بودن" آیتم‌ها اظهارنظر کنند. در نهایت سوالات با CVR مساوی و بالاتر از ۰/۷۵ و CVI مساوی و بالاتر از ۰/۷۹ در پرسشنامه باقی گذاشته شد.

مقیاس خودمراقبتی شامل ۳۰ گویه است که خودمراقبتی جسمی (۵ گویه)، روانی/عاطفی (۵ گویه)، معنوی (۵ گویه)، فکری (۵ گویه)، اجتماعی (۵ گویه) و تفریحی (۵ گویه) زنان را بررسی می‌کند. ابعاد خودمراقبتی پاسخگویان در یک طیف پنج قسمتی (۱، هرگز ، ۲، بعضی‌اوقات، ۳، اغلب، ۴، به طور منظم ۵، همیشه) اندازه‌گیری شده است و دامنه امتیازات مقیاس از ۳۰ تا ۱۵۰ است که بیشترین امتیاز نشانگر سطح بالاتر خودمراقبتی است.

پرسشنامه دینداری نیز مبتنی بر مقیاس استاندارد Glock and Stark طراحی شده و ابعاد اعتقادی، پیامدی و عاطفی، مناسکی و فکری، دینداری پاسخگویان در قالب ۱۵ گویه و در یک طیف پنج قسمتی (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) اندازه‌گیری شده که بر حسب نوع گویه، از ۱ تا ۵ امتیاز به آن اختصاص داده

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v20i2.6763]

شده است. پاسخ‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS، کدگذاری (و برای گویه‌های معکوس، کدگذاری مجدد) شدند. سپس مجموع نمرات هر یک از خرده مقیاس‌ها و همچنین مقیاس کل خودمراقبتی و دینداری محاسبه شده است. نمره‌گذاری به گونه‌ای انجام شده است که نمره بالاتر به منزله بیشتر بون دینداری پاسخگویان است.

داده‌های حاصل از تکمیل و جمع‌آوری پرسشنامه نیز با استفاده از نرم‌افزار کامپیوتری SPSS و Amos نسخه ۲۴ و با استفاده از مدل‌یابی معادله ساختاری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. این مطالعه بخشی از نتایج حاصل از رساله دکتری بوده که به تأیید کمیته ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه یزد IR.YAZD.REC.1398.032 رسیده است.

یافته‌ها

از یافته‌های توصیفی برای بررسی خصوصیات جمعیت‌شناختی زنان و از آزمون تی تک نمونه‌ای برای بررسی وضعیت خودمراقبتی آن‌ها استفاده شده است.

نتایج نشان داد که میانگین سنی پاسخگویان ۳۷/ ۳۵ سال است (مناطق حاشیه‌ای= ۸۳/ ۳۵ سال؛ مناطق میانی= ۳۵/۷۴ سال و مناطق بالایی= ۳۴/۵۳ سال). ۷۵/۷ درصد حجم نمونه (معادل ۵۵۸نفر) را افراد متأهل و ۲۱/۹ درصد از پاسخگویان (معادل ۱۶۱ نفر) را مجردین تشکیل می‌دهند. میانگین سطح تحصیلات پاسخگویان نیز ۱۲/۸۳ سال بوده است (مناطق بالا= ۱۳/۹۶ سال، مناطق میانی= ۱۳/۶۲ سال، مناطق حاشیه‌ای= ۱۰/۸۳ سال).

چنان‌که در جدول ۱ مشاهده می‌گردد، با توجه به حداقل (۳۰) و حداکثر (۱۵۰) نمرات خودمراقبتی، میانگین خودمراقبتی زنان مناطق بالا، میانی و حاشیه‌ای شهر یزد بالاتر از ۹۰ (میانگین نظری) است و نشانگر آن است که میانگین خودمراقبتی زنان تا حدی بالاتر از سطح متوسط قرار دارد (p< ۰/۰۰۱).

اما با توجه به اهمیت خودمراقبتی به عنوان یک استراتژی رفتاری در عرصه ارتقاء سلامت زنان، انتظار می‌رود خود مراقبتی در سطح مطلوب‌تری قرار داشته باشد.

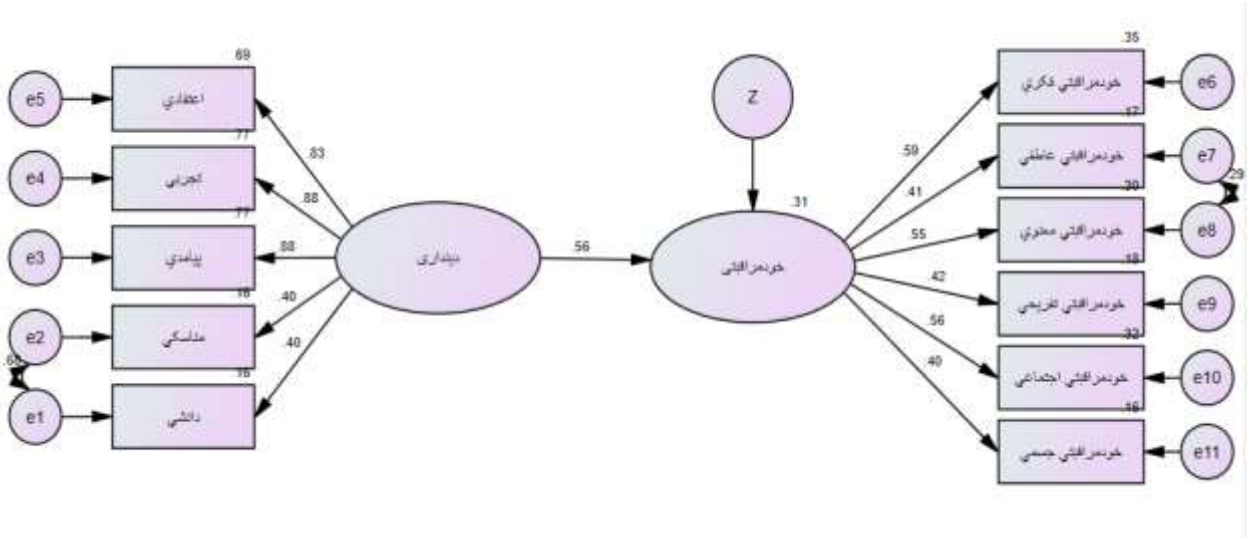
یافته‌ها نشان داد در کل، متغیر دینداری اثر مثبت و معنی‌داری بر رفتار خود مراقبتی زنان دارد. با استفاده از مدل معادلات ساختاری، رابطه دینداری و خودمراقبتی زنان به تفکیک در مناطق مختلف شهر یزد مورد بررسی قرار گرفت، خروجی‌ها تفسیر شد و در نهایت ضرایب این سه گروه مقایسه گردید (به نمودار ۱ تا ۳ مراجعه شود). نیز شاخص‌های برازش مدل معادله ساختاری دینداری و خودمراقبتی ارائه شد.

جدول ۱: خروجی آزمون تی تک نمونه‌ای برای مقایسه تفاوت میزان خودمراقبتی زنان برحسب مناطق

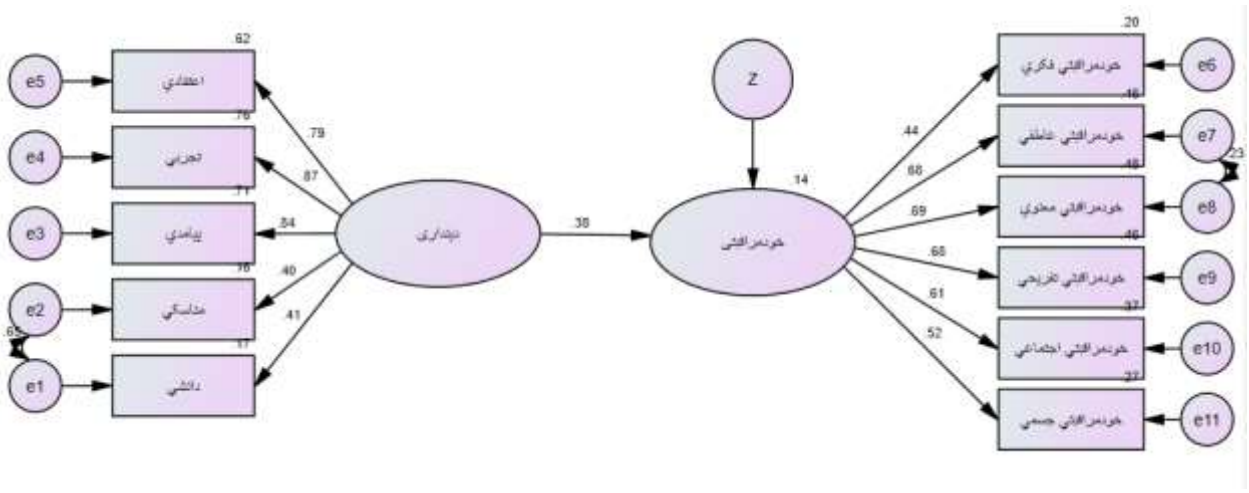
متغیر	منطقه	میانگین	انحراف معیار	تفاوت میانگین	T	P
خودمراقبتی	حاشیه	۹۴/۶۶۰	۱۱/۴۹۵۱	۴/۶۶۰۱	۶/۳۵۸	۰/۰۰۱
	میانی	۹۷/۲۱۲	۱۲/۳۷۳۰	۷/۲۱۲۱	۹/۱۴۲	۰/۰۰۱
	بالا	۱۰۰/۲۰۸	۱۴/۱۵۱۲	۱۰/۲۰۸۲	۱۱/۲۹۱	۰/۰۰۱

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

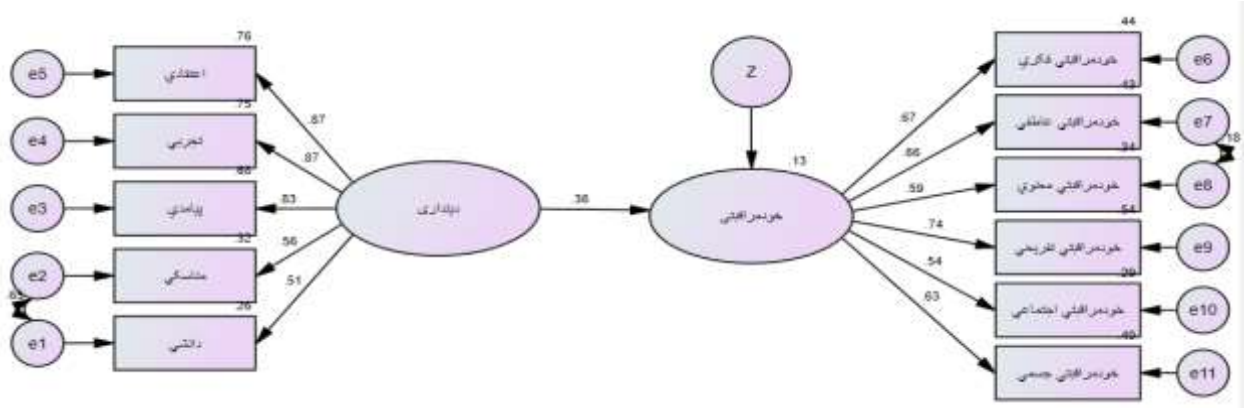
[DOI: 10.18502/tbj.v20i2.6763]



نمودار ۱: مدل رابطه دینداری و خودمراقبتی در مناطق حاشیه‌ای شهر یزد



نمودار ۲: مدل رابطه دینداری و خودمراقبتی در مناطق میانی شهر یزد



نمودار ۳: مدل رابطه دینداری و خودمراقبتی در منطقه بالای شهر یزد

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v20i2.6763]

جدول ۲: مقایسه معنی‌داری تفاوت شدت رابطه دینداری و خودمراقبتی در بین زنان ساکن در مناطق بالا، میانی و حاشیه‌ای شهر

مسیر	منطقه		نسبت بحرانی	نتیجه
	حاشیه	میانی		
	۰/۵۵۷	۰/۳۷۵	-۱/۱۴۶	غیرمعنی‌دار
	حاشیه	بالا		
دینداری ← خودمراقبتی	۰/۵۵۷	۰/۳۵۸	-۰/۴۸۹	غیرمعنی‌دار
	میانی	بالا		
	۰/۳۷۵	۰/۳۵۸	۰/۶۱۲	غیرمعنی‌دار

بر اساس اطلاعات نمودارهای فوق، متغیر دینداری تأثیر مثبت و معنی‌داری بر عملکرد زنان در مراقبت از خود دارد (P<۰/۰۰۱). با توجه به خروجی Amos نیز، مقدار cmin/df محاسبه شده ۲/۱۳۹ است، وجود cmin/df کوچکتر از ۳ نشان دهنده برازش مناسب مدل است. هم چنین ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA) برابر ۰/۰۲۸ و پایین‌تر از ۰/۰۶ است. میزان مولفه‌های GFI، CFI، NFI و IFI نیز به ترتیب برابر ۰/۹۵۹، ۰/۹۶۹، ۰/۹۴۴ و ۰/۹۷۰ و بالاتر از ۰/۹ است. بنابراین با توجه به شاخص‌ها و خروجی‌های نرم‌افزار ایموس می‌توان گفت مدل از برازش مطلوبی برخوردار است.

بر اساس اطلاعات جدول ۲، نسبت بحرانی در همه موارد از قدرمطلق ۱/۹۶ کوچکتر است بنابراین می‌توان نتیجه گرفت تفاوت ضرایب در سه منطقه حاشیه، میانی و بالا معنی‌دار نیست. به عبارتی رابطه متغیرهای مدل در سه منطقه حاشیه، میانی و بالا، تفاوت معنی‌داری ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

در سال‌های اخیر ایده غالب درباره سلامت این است که، سلامتی و تندرستی بیش از آنکه به اقدامات پزشکان و نیز پرستاران بستگی داشته باشد، به آن چه که خود مردم انجام می‌دهند بستگی دارد، بنابراین نقش عوامل رفتاری چون سفر به طبیعت بکر و زیبای حومه شهر، سپری کردن تعطیلات آخر هفته با خانواده، پیکنیک رفتن با دوستان صمیمی، کتاب خواندن، ورزش کردن، توان نه گفتن به دیگران، تماشای فیلم با اعضای خانواده و مواردی از این دست در گسترش یا کاهش بسیاری از اختلال‌ها و آسیب‌ها واضح و مشهود است (۱۹) اما از نگاه محققانی چون Wang & Laffrey رفتارهای ارتقای سلامتی آموختنی بوده و تابعی از برخی عوامل مانند ویژگی‌های اجتماعی هستند (۲۰). یکی از متغیرهای اجتماعی تأثیرگذار بر خودمراقبتی به مثابه نوعی استراتژی رفتاری، دینداری است.

دین یکی از منابع مهم و تعیین‌کننده سلامتی است (۲۱) و می‌تواند رفتار سلامتی افراد را تحت تأثیر قرار دهد (۲۲). از این رو با توجه به ضرورت موضوع، مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط دینداری و خودمراقبتی در بین زنان شهر یزد در سال ۹۹ انجام شد. بدین منظور ابتدا به بررسی ویژگی‌های دموگرافیک زنان پرداخته شده است که نیم‌رخی از شرایط زندگی زنان مورد

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v20i2.6763]

بررسی را در اختیار پژوهشگران قرار می‌دهد. به منظور جمع‌آوری داده‌ها نیز از پرسشنامه‌های خودمراقبتی و دینداری Glock and Stark استفاده شده است.

در پژوهش حاضر به بررسی رابطه دینداری به مثابه یکی از مولفه‌های مهمی که در تحلیل رفتار خودمراقبتی موثر است پرداخته شد و نتایج بیانگر آن بود که تأثیر دینداری بر خودمراقبتی زنان، معنی‌دار و مثبت است، به عبارت روشن‌تر هر چه میزان دینداری زنان بالاتر رود آن‌ها عملکرد بهتری در مراقبت از خود خواهند داشت. علاوه‌براین بین مناطق سه‌گانه شهر یزد برحسب شدت رابطه بین دینداری و خودمراقبتی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت و اثر دینداری بر خودمراقبتی زنان در منطقه حاشیه ۰/۵۶، میانی ۰/۳۸ و بالا ۰/۳۶ به دست آمد. علاوه‌براین بررسی شاخص‌های برازش نشانگر آن است که مدل از برازش خوبی برخوردار است.

به لحاظ نظری نیز رابطه بین دینداری و خودمراقبتی مورد تأیید است؛ در این زمینه Idler اذعان داشت که افرادی با سطح اعتقادات مذهبی بالا به مراتب از ناتوانی جسمی و افسردگی کمتری رنج می‌برند (۸). زیرا دین از طریق تشویق افراد به اقدامات مثبت در راستای اتخاذ سبک زندگی سالم و منع کردن آنان از عادات رفتاری ناسالمی چون مصرف الکل و استعمال دخانیات منجر به ارتقای سلامت می‌گردد، علاوه‌براین دین با فراهم آوردن حس حمایت و پشتیبانی در مواقع استرس و بیماری نقش موثری بر تضمین سلامتی افراد دارد (۷). از نگاه Green نیز باورهای مذهبی قوی با سلامتی رابطه داشته و این رابطه به ویژه در میان اصلاح‌گرایان پروتستان مبتنی بر این باور بود که رجعت مسیح ممکن است پیش بیفتد اگر نوع بشر بتوانند به کمال که جسم سالم را نیز شامل می‌شود دست یابد. از نظر گرین دیدگاه مسلط این بود که سلامتی درجه نهایی کمال است و لازم است افراد با اقدامات خود به آن دست یابند (۹).

هم چنین McIntosh and Spilka معتقدند اثرات سودمند دینداری ممکن است ناشی از باورهای درونی همراه با احساس کنترل بر رفتارهایی که منجر به سلامتی فرد می‌شود باشد. باورهای دینی ممکن است بهزیستی افراد را از طریق ایجاد حمایت اجتماعی یا ایجاد روابط معنی‌دار اجتماعی و شبکه‌های حمایت اجتماعی افزایش دهد، با افزایش سطح حمایت اجتماعی دریافتی، افراد در مقابل شرایط استرس‌زا کمتر آسیب‌پذیر خواهند بود و حتی قادر خواهند بود تا با برخی از روش‌های مقابله‌ای با شرایط آسیب‌زا مقابله کنند (۲۳). علاوه‌براین نتایج به دست آمده با یافته‌های حاصل از پژوهش Hall (۲۴) که معتقد است، انجام فعالیت‌های معنوی خود نوعی مهارت خودمراقبتی است و برای افرادی که معنویت را جنبه مهمی از زندگی خود در نظر می‌گیرند نتایج مثبتی به همراه دارد هم‌راستاست. Pfeiffe و همکاران (۱۲)، Goudarzian و (۲۵) همکاران نیز اظهار داشتند که بین مذهب و خودمراقبتی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد و بهبود سطح اعتقادات مذهبی در افراد می‌تواند اثر مفیدی بر خودمراقبتی آنان داشته باشد. از طرف دیگر نتایج حاصل از تحقیقات Hill و همکاران (۱۱) نشان داد که هر چه تعلق مذهبی فرد در طول زندگی بیشتر باشد، فرد از سلامتی بیشتری بهره‌مند خواهد شد. آن ها مطالعه خود را بر روی نمونه خاصی از رفتار خودمراقبتی (یعنی کیفیت خواب مناسب) انجام دادند و به این نتیجه دست یافتند که بین تمایلات مذهبی افراد (به عنوان نمونه ارتباط با خدا) و بروز علایم

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v20i2.6763]

افسردگی و اختلال خواب در بین آنان رابطه معکوس و معنی‌داری وجود دارد.

با مرور تجربی و نظری دینداری و آثار آن بر خودمراقبتی می‌توان به این نتیجه دست یافت که دینداری به پشتوانه فراهم ساختن شبکه حمایت اجتماعی قوی، تشویق افراد به سبک زندگی سالم و ایجاد حس امید در زنان نقش مهمی در عملکرد آن‌ها در راستای مراقبت از خود ایفا می‌نماید و از این رو ضروری است تا تدابیر لازم جهت ارتقای فعالیت‌های معنوی زنان به منظور ارتقای سطح دینداری و متعاقب آن افزایش تمایل به خودمراقبتی در آنان صورت گیرد.

تشکر و قدر دانی

نویسندگان مراتب تشکر ویژه خود را از تمام پاسخگویانی که محققین را در این پژوهش همراهی نمودند اعلام می‌دارند.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله تعهد می‌نمایند هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

References

1- Trinh OTH, Oh J, Choi S, et al. Changes and socioeconomic factors associated with attitudes towards domestic violence among Vietnamese women aged 15–49: findings from the Multiple Indicator Cluster Surveys, 2006–2011. Global health action 2016; 9(1): 295.

2- Heidari A, Salehian M. Caring concept: an integrative review. Nursing and Midwifery Journal 2014; 12(2): 129-35.

3- Mills J, Wand T, Fraser JA. Exploring the meaning and practice of self-care among palliative care nurses and doctors: a qualitative study. BMC palliative care 2018; 17(1): 63.

4- Abbaszadeh M, Alizade Eghdam MB, Badri GR, et al. Investigating social and cultural factors affecting the self-care life style of citizens. socio-cultural Development Studies 2012; 1(1):119-41. [Persian]

5- Kingdon C. Sociology for midwives. 2nd ed. Andrews UK Limited: Mark allen group.2014: 110-37.

6- Statistical Center of Iran. International Classification of Activities for Time Use Statistics.2016. Available from: https://www.amar.org.ir/Portals/0/News/1396/ntagvnshk93-94.pdf

7- Cockerham WC. Medical Sociology. 14nd ed. UK: Routledge.2017:167-83.

8- Cockerham WC. The new Blackwell companion to medical sociology. 1st ed. USA: John Wiley & Sons.2016:131-58.

9- Green H. Fit for America: Health, fitness, sport, and American society. 1st ed. Italy: Pantheon. 1986:100-20.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v20i2.6763]

10- Solasi M. In translation Life and Thought of Sociological Elders. Kozer AL. 16nd ed. Tehran: Scientific Publications.2010:187-221.

11- Hill PC, Pargament KI, Hood RW, et al. Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure. Journal for the theory of social behaviour.2000; 30(1): 51-77.

12- Pfeiffer J, Li H, Martez M, et al. The Role of Religious Behavior in Health Self-Management: A Community-Based Participatory Research Study. Religions 2018; 9(11): 357.

13- Afshani SA, Heddat E, Shiri Mohammadabad H, et al. Assessing the quality of urban life in neighborhoods of Yazd. In: Yazd Municipality.2019. [Persian]

14- Afshani SA. A Study about relationship between religiousness and social trust. Social Sciences 2010; 17(49): 185-217. [Persian]

15- Cameron LD, Leventhal H. The self-regulation of health and illness behaviour. UK: Routledge. 2003:1-13.

16-Jackson JI. Self-Care Practices Among Undergraduate University Students [Ph.D. Thesis]. St. Francis Xavier University.2015.

17-The Institute for Functional Medicine. Self-Care Questionnaire, 2016. Available from: https://static1.squarespace.com/static/581a52ff414fb5c2f581b403/t/59d6c0bfd7bdce90d546a3c3/1507246271211/Self-Care+Questionnaire.pdf

18- Clarke E. Self-care, coping self-efficacy and stress among graduate students in the helping professions [Ph.D. Thesis]. University of Kansas. 2017.

19- Reading S. The self-care revolution: smart habits & simple practices to allow you to flourish. London: Hachette UK.2017: 42-123.

20- Wang HH, Laffrey SC. A predictive model of well-being and self-care for rural elderly women in Taiwan. Research in Nursing & Health.2001; 24(2): 122-32.

21-Shiah YJ, Chang F, Chiang SK, et al. Religion and health: Anxiety, religiosity, meaning of life and mental health. Journal of religion and health.2015; 54(1): 35-45.

22- Brewer G, Robinson S, Sumra A, et al. The influence of religious coping and religious social support on health behaviour, health status and health attitudes in a British Christian sample. Journal of religion and health 2015; 54(6): 2225-34.

23- House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. Science 1988; 241(4865): 540-5.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v20i2.6763]

24-Hall AM. Self-care and spirituality [Master Thesis]. California State University. 2015.

25-Goudarzian AH, Boyle C, Beik S, et al. Self-care in Iranian cancer patients: The role of religious coping. Journal of religion and health 2019; 58(1): 259-70.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v20i2.6763]