

تحلیل ارتباط بین استرس درک شده و دینداری در بین زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت

اشرف سادات دهقانی^۱، رحمن پناهی^۲، علی اصغر حائری مهریزی^۳، فاطمه مهدیزاده^۴، لیلا ناطقی^۵، نوشین پیمان^۶

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: استرس، واکنشی به فشارهای ادراک شده درونی یا بیرونی است که در صورت شدت بالا، بر جنبه‌های مختلف زندگی اثر می‌گذارد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که باورهای مذهبی از جمله عوامل مؤثر بر سلامت روان افراد بالغ هستند و می‌توانند نقش مهمی در کاهش استرس و ارتقاء سازگاری روانی ایفا کنند. از این رو، با توجه به نقش مؤثر دینداری در مدیریت استرس و جایگاه زنان در خانواده، این مطالعه با هدف تحلیل ارتباط میان استرس ادراک‌شده و دینداری در زنان انجام شد.

روش‌ها: در یک پژوهش مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی، ۲۵۱ نفر از زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهر قاین در سال ۱۴۰۳ از طریق نمونه‌گیری تصادفی ساده برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل مشخصات دموگرافیکی و زمینه‌ای و پرسشنامه‌های استاندارد جهت سنجش استرس ادراک‌شده و دینداری بود. داده‌ها با به‌کارگیری آمارهای توصیفی و آزمون رگرسیون لجستیک، تحلیل شدند.

یافته‌ها: هر دو متغیر استرس درک شده و دینداری، در سطح متوسطی قرار داشتند. طبق نتایج حاصل از رگرسیون لجستیک چندگانه، تنها متغیر دینداری عامل مؤثر بر استرس درک شده زنان بود، به طوری که هر چه افراد دیندارتر بودند، شانس نداشتن استرس در آنها فقط ۲ درصد کمتر بود.

نتیجه‌گیری: دینداری با کاهش استرس درک شده در زنان ارتباط معنادار داشت، هر چند این رابطه ضعیف بود. عوامل فرهنگی، نقش‌های اجتماعی و سبک زندگی می‌توانند در این ارتباط نقش میانجی داشته باشند. توجه به ابعاد معنوی در کنار سایر عوامل روانی و اجتماعی در برنامه‌های ارتقای سلامت روان زنان توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: دینداری؛ استرس روان‌شناختی؛ زنان

ارجاع: دهقانی اشرف سادات، پناهی رحمن، حائری مهریزی علی‌اصغر، مهدیزاده فاطمه، ناطقی لیلا، پیمان نوشین. تحلیل ارتباط بین استرس درک شده و دینداری در بین زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۴؛ ۴۳ (۸۴۳): ۱۷۲۱-۱۷۲۷.

مقدمه

حافظه و تغییرات پوستی همراه باشد (۱).
بر اساس آمارهای اخیر، حدود یک چهارم جمعیت جهان حداقل یک نوع اختلال اضطرابی را تجربه می‌کنند، در این میان برخی روان‌شناسان معتقدند باورهای مذهبی می‌توانند به طور قابل توجهی بر سلامت روانی افراد بالغ تأثیر بگذارند. همچنین ارتباط مثبت و معنی‌داری میان روان‌رنجوری و سطح استرس گزارش شده است (۲).
استرس، نه تنها سلامت جسم و روانی فرد را تهدید می‌کند، بلکه

استرس، واکنشی پیچیده است که شامل جنبه‌های روان‌شناختی، فیزیولوژیکی، هیجانی و رفتاری می‌شود و در مواجهه با تهدیدها یا فشارهای درونی و محیطی بروز می‌کند. این پدیده می‌تواند با علائمی نظیر خستگی جسمی، تحریک‌پذیری، اختلالات خواب، مشکلات گوارشی، خشکی دهان، بی‌اشتهایی، افسردگی، لرزش عضلانی، تمایل به مصرف مواد دخانی، اختلال تمرکز، سرگیجه، تکرر ادرار، ضعف

۱- دانشجوی دکتری، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۲- مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران.

۳- گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۴- استاد گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران.

نویسنده مسؤول: نوشین پیمان؛ استاد گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران.

Email: peymann@mums.ac.ir

پیامدهای اجتماعی گسترده‌ای نیز به همراه دارد.

یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که نگرش مذهبی و معنویت می‌توانند نقش مؤثر در کاهش استرس و ارتقای سلامت روان ایفا کنند، زیرا این عوامل به فرد کمک می‌کنند تا با چالش‌های زندگی به شیوه‌ای سازنده‌تر مواجه شود (۳، ۴). افرادی که از حمایت‌های مذهبی برخوردارند، معمولاً در مقابله با اضطراب عملکرد بهتری دارند و از شبکه‌های اجتماعی قوی‌تری بهره‌مند هستند که در شرایط بحرانی نقش حمایتی مهمی ایفا می‌کنند. باورهای دینی همچنین می‌توانند به فرد در یافتن معنا و هدف زندگی کمک کرده و در کاهش احساسات منفی و افزایش تاب‌آوری مؤثر باشند (۱، ۵). از منظر روان‌شناختی، این ارتباط را می‌توان چنین تحلیل کرد که باورهای مذهبی با ایجاد حس کنترل و پیش‌بینی‌پذیری در زندگی، موجب کاهش سطح استرس می‌شوند. افراد دیندار غالباً حس می‌کنند که بر زندگی خود تسلط بیشتری دارند و این احساس می‌تواند به عنوان یک عامل محافظتی عمل کند (۲).

افزون بر آن، آموزه‌های دینی به فرد امکان می‌دهند تا موقعیت‌های دشوار را در چارچوبی معنوی و هدفمند درک کند؛ به گونه‌ای که این موقعیت‌ها به عنوان بخشی از یک طرح الهی یا آزمون تلقی شوند. چنین دیدگاهی می‌تواند پذیرش مشکلات را تسهیل کرده و از شدت ناامیدی بکاهد. همچنین، ارزش‌های اخلاقی و دستورات العمل‌های رفتاری برگرفته از دین، می‌تواند در تنظیم واکنش‌های فرد در برابر استرس نقش راهبردی داشته باشند (۴).

مشارکت در فعالیت‌های مذهبی و اجتماعی مرتبط با آن، حس تعلق به اجتماع و حمایت اجتماعی را تقویت می‌کند. این مشارکت‌ها با کاهش انزوای اجتماعی و ایجاد روابط معنی‌دار، زمینه‌ساز ارتقای سلامت روان و کاهش استرس فردی می‌شوند. بنابراین توجه به ابعاد مذهبی و معنوی در برنامه‌های ارتقای سلامت روان می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی افراد منجر شود (۱، ۵).

دینداری، همچنین بر ویژگی‌های شخصیتی، حالات روانی، نگرش‌ها و شناخت‌های فردی تأثیرگذار است (۶). دین، به عنوان مجموعه‌ای از باورها و شیوه‌های نهادینه شده، رفتار، نگرش، ارزش‌ها و باورهای فرد را شکل می‌دهد (۷) و در سطح فردی و اجتماعی کارکردهای متعددی دارد؛ از جمله ایجاد انسجام اجتماعی، پیشگیری از رفتارهای ضد اجتماعی و ارائه‌ی راهکارهایی برای بازپذیری اجتماعی افراد متخلف (۸).

دینداری واقعی با تعهد پایدار همراه است و رفتار گزینشی را بر نمی‌تابد؛ فرد دیندار در تمامی شرایط به اصول اعتقادی خود پایبند می‌ماند و دینداری را ابزاری برای منافع شخصی تلقی نمی‌کند (۶). در این میان زنان به عنوان محور اصلی خانواده، نقش کلیدی در تأمین

آرامش، امنیت و تربیت نسل ایفا می‌کنند. سلامت خانواده به عنوان واحد بنیادین جامعه، وابسته به سلامت روانی و اجتماعی زنان است و آنان در شکل‌گیری و پایداری ساختارهای اجتماعی نقش تعیین‌کننده‌ای دارند (۹). با توجه به نقش مؤثر ابعاد مذهبی و معنوی در مدیریت استرس (۱، ۵) و اهمیت جایگاه زنان در ساختار خانواده (۹)، پژوهش حاضر با هدف تحلیل ارتباط میان استرس ادراک شده و دینداری در زنان، طراحی و اجرا شد.

روش‌ها

این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی است و جامعه‌ی مورد مطالعه‌ی آن را زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهرستان قاینات در سال ۱۴۰۳ تشکیل می‌دادند. نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای چند مرحله‌ای انجام شد؛ ابتدا فهرستی از مراکز بهداشتی اصلی شهرستان تهیه گردید و از هر مرکز، یک مرکز خدمات جامع سلامت به طور تصادفی انتخاب شد. سپس، افراد مراجعه‌کننده به این مراکز به صورت دسترس انتخاب شدند تا حجم نمونه‌ی مورد نظر تأمین گردد. لازم به ذکر است که استفاده از نمونه‌گیری در دسترس در مرحله‌ی آخر، می‌تواند بر تعمیم‌پذیری نتایج تأثیر بگذارد و این موضوع در تحلیل یافته‌ها مورد توجه قرار گرفته است.

برای برآورد حجم نمونه، با توجه به نتایج برگرفته از مطالعه پایلوت در بین ۳۰ نفر از زنان و در نظر گرفتن $T = 0/15$ برای میزان همبستگی بین دینداری و استرس درک شده و همچنین استفاده از جدول حجم نمونه برای پژوهش‌های همبستگی، حداقل حجم نمونه مورد نیاز ۱۷۵ نفر تخمین زده شد (۱۰). در ادامه با احتساب $1/4 = \text{Design Effect}$ ، حجم نمونه ۲۴۵ نفر برآورد شد. در نهایت با در نظر گرفتن احتمال ریزش ۱۰ درصدی نمونه‌ها، ۲۶۰ نفر وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل تمایل برای شرکت در پژوهش، مراجعه به یکی از مراکز خدمات جامع سلامت و داشتن پرونده‌ی فعال یا تشکیل پرونده در همان روز مراجعه در آن مرکز بود. همچنین عدم رضایت برای ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش و تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها، به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌ی سه قسمتی بود که عبارتند از:

(الف) بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیکی و زمینه‌ای مانند سؤالاتی درباره سن، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و وضعیت تأهل بود.

(ب) در بخش دوم پرسشنامه، برای سنجش دینداری از ابزار طراحی شده توسط سراج‌زاده استفاده شد (۱۱). این ابزار شامل چهار بعد اعتقادی، مناسکی، تجربی و پیامدی است. بعد فکری یا دانش

استاندارد استرس ادراک شده کوهن و همکاران (۱۹۸۳)، از شاخص‌های مختلفی استفاده شده است. روایی این پرسشنامه با همبستگی مثبت معنادار آن با مقیاس‌های مرتبط مانند مقیاس افسردگی، اضطراب و تنش تأیید شده است که نشان‌دهنده‌ی روایی همگرایی مناسب آن می‌باشد (۱۳).

همچنین در مطالعه‌ی سعادت و همکاران، پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، بیشتر از ۰/۷ محاسبه گردید (۱۴). همچنین در مطالعه‌ی حاضر، در ابتدا این پرسشنامه در اختیار ۳۰ نفر از زنان قرار داده شد و ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۸ محاسبه شد.

در این پژوهش، پس از دریافت کد اخلاق از معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی مشهد (با کد اخلاق IR.MUMS.FHMPM.REC.1403.239) و هماهنگی با شبکه‌ی بهداشت در ابتدا هدف از اجرای این تحقیق برای زنان منتخب توضیح، و رضایت آگاهانه از آنها اخذ گردید. سپس پرسشنامه‌ها به صورت الکترونیکی در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفتند و ضمن تاکید به ایشان بر پاسخگویی صادقانه، محرمانه بودن اطلاعات و بدون نام بودن آن تضمین شد. پس از جمع‌آوری، داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۳ (version 23, IBM Corporation, Armonk, NY) شدند و سپس با به کارگیری آمارهای توصیفی و آزمون رگرسیون لجستیک مورد تحلیل قرار گرفتند. ضمناً سطح معنی داری در این مطالعه کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مطالعه‌ی حاضر، ۲۵۱ نفر از زنان مورد مطالعه قرار گرفتند (میزان پاسخگویی: ۹۶/۵۳ درصد). میانگین و انحراف معیار سن زنان مورد مطالعه برابر با $12/101 \pm 41/60$ سال بود. در این بین، ۷۳/۷ درصد (۱۸۵ نفر) از نمونه‌ها متأهل بودند و تحصیلات ۳۹/۸ درصد (۱۰۰ نفر) از آنها در سطح دیپلم بود (جدول ۱).

طبق نتایج حاصله، میانگین و انحراف معیار نمره‌ی دینداری در بین زنان برابر با $13/109 \pm 13/109$ بود و در سطح متوسطی قرار داشت. طبق نتایج حاصله، میانگین و انحراف معیار نمره استرس درک شده در بین زنان برابر با $4/009 \pm 27/401$ بود و در سطح متوسطی قرار داشت. همچنین ۵۹ درصد (۱۴۸ نفر) اظهار کردند که استرس دارند و ۴۱ درصد (۱۰۳ نفر) استرس نداشتند.

جدول ۲، نتایج حاصل از رگرسیون لجستیک چندگانه نشان داد که تنها متغیر دینداری به طور معنی‌دار با استرس درک شده زنان ارتباط داشت. به طور مشخص، با افزایش سطح دینداری، احتمال تجربه نکردن استرس در زنان حدود ۲ درصد کاهش یافت.

دینی در این پرسشنامه لحاظ نشده است، زیرا در بسیاری از جوامع اسلامی از جمله ایران، آموزش دینی بخشی از نظام رسمی آموزشی است و سطح دانش دینی افراد لزوماً نشان‌دهنده‌ی میزان پایبندی یا درونی‌سازی باورهای مذهبی آنان نیست. افزون بر این، مطالعات پیشین نیز نشان داده‌اند که دانش دینی به تنهایی نمی‌تواند شاخص معتبری برای سنجش دینداری واقعی باشد، چرا که ممکن است فرد اطلاعات دینی داشته باشد اما در رفتار و باورهای شخصی پایبند نباشد. با این حال، حذف این بعد به عنوان یکی از محدودیت‌های ابزار سنجش در پژوهش حاضر در نظر گرفته شده است.

سنجه دینداری مسلمانان متشکل از ۲۶ سؤال است و دارای چهار زیر مقیاس: بعد اعتقادی (سوالات ۱ تا ۷)، بعد تجربی (سوالات ۸ تا ۱۳)، بعد پیامدی (سوالات ۱۴ تا ۱۹) و بعد مناسکی (سوالات ۲۰ تا ۲۶) است. سوالات این پرسشنامه نگرشی هستند و در یک طیف پنج قسمتی (کاملاً مخالف: ۱، مخالف: ۲، بینابین: ۳، موافق: ۴ و کاملاً موافق: ۵) بر اساس سیستم لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند. به این ترتیب نمره‌ی هر آزمودنی در این پرسشنامه از ۲۶ تا ۱۳۰ متغیر بوده و نمره‌ی بالاتر نمایانگر دینداری بیشتر است. برای بررسی پایایی این پرسشنامه، از روش اجرای مجدد و هماهنگی درونی استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ برای سنجه کلی دینداری ۰/۸۳ محاسبه گردید. روایی این ابزار از سه منظر مورد بررسی قرار گرفت که نتایج حاصل، مؤید روایی ساختاری و روایی ظاهری آن بودند. همچنین، روایی ملاکی از نوع همزمان از طریق بررسی رابطه بین نمرات افراد در پرسشنامه و ارزیابی خودشان از میزان دینداری خود در یک طیف ۱۰ قسمتی، ۰/۶۱، محاسبه گردیده است (۱۱). در مطالعه‌ی نوروزی و فرهادیان روایی و پایایی (ضریب آلفای کرونباخ: ۹۳ درصد) این پرسشنامه انجام و مورد تأیید قرار گرفته است (۱۲). افزون بر این، در مطالعه‌ی حاضر، پرسشنامه در اختیار ۳۰ نفر از زنان قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۶ به دست آمد.

ج) در بخش سوم، برای سنجش استرس درک شده از پرسشنامه استاندارد Cohen و همکاران استفاده شد (۱۳). این ابزار توسط Cohen و همکاران در سال ۱۹۸۳ تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۱۴ سؤال است. این ابزار بر اساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت از هرگز (۰) تا بسیاری از اوقات (۴) نمره‌گذاری می‌شود. لذا دامنه‌ی نمرات بین صفر تا ۵۶ خواهد بود بدین ترتیب که نمرات صفر تا ۱۸ به عنوان استرس درک شده پایین، نمرات ۱۸ تا ۳۶ به عنوان استرس درک شده متوسط و نمرات بالاتر از ۳۶ به عنوان استرس درک شده بالا طبقه‌بندی می‌شوند (۱۳). برای ارزیابی روایی و پایایی پرسشنامه‌ی

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی و زمینه‌ای زنان مورد مطالعه

درصد	فراوانی	متغیر	
۱۱/۶	۲۹	زیر دیپلم	تحصیلات
۳۹/۸	۱۰۰	دیپلم	
۲۹/۵	۷۴	لیسانس	
۱۹/۱	۴۸	فوق لیسانس و دکتری	
۹/۶	۲۴	کمتر از ۵ میلیون تومان	وضعیت اقتصادی
۲۳/۱	۵۸	بین ۵ تا ۱۰ میلیون تومان	
۳۵/۱	۸۸	بین ۱۰ تا ۱۵ میلیون تومان	
۱۸/۷	۴۷	بین ۱۵ تا ۲۰ میلیون تومان	
۱۳/۵	۳۴	بیش از ۲۰ میلیون تومان	
۲۶/۳	۶۶	مجرد	وضعیت تأهل
۷۳/۷	۱۸۵	متأهل	
۵۹/۰	۱۴۸	دارد	استرس
۴۱/۰	۱۰۳	ندارد	

جدول ۲. عوامل مؤثر بر استرس درک شده زنان مورد مطالعه در رگرسیون لجستیک

چندگانه		یک متغیره		متغیرها
Sig.	Odds (CI 95%)	Sig.	Odds (CI 95%)	
۰/۱۱۸	Ref.	۰/۰۱	Ref.	تحصیلات
				فوق لیسانس و دکتری
۰/۰۸۸	۰/۳ (۰/۰۸ - ۱/۲)	۰/۰۴۶	۰/۲۹ (۰/۰۹ - ۰/۹۸)	زیر دیپلم
۰/۶۰۲	۱/۲۸ (۰/۵ - ۳/۲۹)	۰/۰۹۷	۱/۸۲ (۰/۹ - ۳/۷۱)	دیپلم
۰/۷۳۶	۱/۱۷ (۰/۴۷ - ۲/۹۴)	۰/۳۹۰	۱/۳۹ (۰/۶۶ - ۲/۹۴)	لیسانس
۰/۵۸۲	Ref.	۰/۱۵۷	Ref.	وضعیت اقتصادی
				بیش از ۲۰ میلیون تومان
۰/۶۲۹	۰/۶۸ (۰/۱۴ - ۳/۲۵)	۰/۲۳۸	۰/۴۸ (۰/۱۴ - ۱/۶۲)	کمتر از ۵ میلیون تومان
۰/۳۷۳	۱/۷۱ (۰/۵۳ - ۵/۵۱)	۰/۱۷۳	۱/۸۳ (۰/۷۷ - ۴/۳۸)	بین ۵ تا ۱۰ میلیون تومان
۰/۶۳۳	۱/۲۹ (۰/۴۵ - ۳/۶۸)	۰/۳۶۶	۱/۴۶ (۰/۶۴ - ۳/۳۱)	بین ۱۰ تا ۱۵ میلیون تومان
۰/۹۵۲	۱/۰۳ (۰/۳۶ - ۲/۹۳)	۰/۷۸۲	۱/۱۴ (۰/۴۶ - ۲/۸۵)	بین ۱۵ تا ۲۰ میلیون تومان
	Ref.		Ref.	متأهل
۰/۸۹۶	۱/۰۵ (۰/۵۲ - ۲/۱)	۰/۷۸۹	۱/۰۸ (۰/۶۱ - ۱/۹۱)	مجرد
۰/۷۲۴	۱ (۰/۹۷ - ۱/۰۲)	۰/۵۷۹	۰/۹۹ (۰/۹۷ - ۱/۰۲)	سن
۰/۰۳	۰/۹۸ (۰/۹۶ - ۱)	۰/۰۰۸	۰/۹۷ (۰/۹۵ - ۰/۹۹)	دینداری

*: متغیرهای مستقل به روش همزمان وارد مدل رگرسیون لجستیک شدند.

ابتلا به سرطان‌های دستگاه تناسلی، می‌تواند عامل این اختلاف باشد. سطح دینداری در این مطالعه در حد متوسط ارزیابی شد. این یافته‌ها ممکن است بازتابی از تحولات فرهنگی و تغییر در سبک زندگی باشد که در نتیجه گسترش فناوری‌های نوین، افزایش مصرف‌گرایی، و رشد زندگی شهری شکل گرفته‌اند. چنین تغییراتی می‌توانند بر نحوه‌ی ابراز باورهای دینی، میزان پایبندی به سنت‌ها، و مشارکت در مناسک مذهبی تأثیرگذار باشند. در همین راستا، توجه به

بحث

مطالعه‌ی حاضر با هدف تحلیل ارتباط میان استرس درک شده و دینداری در زنان انجام شد. یافته‌ها نشان دادند که سطح استرس درک شده در شرکت‌کنندگان این مطالعه در سطح متوسط قرار داشت. این نتیجه با مطالعات عابدزاده کله‌رودی و همکاران (۱۵) و صحتی شغایی و همکاران (۱۶) مغایرت داشت؛ در آن پژوهش‌ها، سطح استرس زنان بالا گزارش شده بود. تفاوت در شرایط نمونه‌ها، از جمله بارداری یا

همچنین، متغیرهایی چون تحصیلات همسر، تعداد فرزندان، مدت ازدواج و محل سکونت بررسی نشده‌اند. این عوامل می‌توانند بر نتایج تأثیرگذار باشند و در مطالعات آتی باید مورد توجه قرار گیرند. با وجود این محدودیت‌ها، مطالعه‌ی حاضر از جمله پژوهش‌های معدودی است که به تحلیل ارتباط میان دینداری و استرس ادراک شده در زنان پرداخته است. این موضوع می‌تواند به‌عنوان نقطه قوت پژوهش تلقی شود و زمینه‌ساز مطالعات گسترده‌تر در سطح ملی و با حضور هر دو جنس باشد.

نتیجه‌گیری

در مجموع نتایج مطالعه‌ی حاضر بیانگر آن بود که در بین زنان مورد مطالعه، استرس درک شده و دینداری در سطح متوسطی قرار داشتند. همچنین متغیر دینداری تنها عامل مؤثر بر استرس درک شده بود. لذا با توجه به تأثیر معکوس دینداری بر استرس درک شده، پیشنهاد می‌شود در طراحی برنامه‌های آموزشی جهت کاهش استرس زنان، علاوه بر تقویت مولفه‌های دینداری، به سایر عوامل مؤثر از جمله مهارت‌های مقابله‌ای، حمایت اجتماعی، وضعیت اقتصادی و آموزش هیجانی نیز توجه گردد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه با حمایت معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی مشهد و همکاری شبکه بهداشت شهرستان قاینات به اجرا درآمده است. از تمامی عزیزانی که محققان را در اجرای پژوهش حاضر یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تولید محتوای رسانه‌ای با مضامین معنوی و دینی می‌تواند در تقویت دینداری نقش مؤثری ایفا کند (۱۷).

در مطالعه‌ی حاجی‌زاده و همکاران، نگرش دینی زنان در سطح مطلوب‌تری گزارش شده بود (۱۸)، که احتمالاً به تفاوت‌های جمعیت‌شناختی مانند سن، تحصیلات و محل سکونت باز می‌گردد. تحلیل داده‌ها نشان داد که دینداری تنها متغیر مؤثر بر استرس درک شده بود. این نتیجه با مطالعات متعدد از جمله پژوهش‌های حمید و همکاران (۱۹)، زورمند بناب و همکاران (۲۰)، Mansurnejad و Kajbaf (۲۱)، عظیمی و ضرغامی (۲۲)، زارعی پورو همکاران (۲۳)، صالحی و مسلمان (۲۴) و کجباف و رئیس پور (۲۵) هم‌راستا بود؛ همگی بر نقش مثبت دینداری در کاهش استرس تأکید داشتند. با این حال در مطالعه‌ی حاضر، مشاهده شد که افراد با دینداری بالاتر، گاهی سطح استرس بیشتری را تجربه می‌کنند این یافته می‌تواند ناشی از حساسیت بیشتر افراد دیندار نسبت به انجام دقیق فرایض دینی و شدت پایبندی به اصول دینی باشد. همچنین، سطح متوسط هر دو متغیر ممکن است مانع از بروز اثرات کامل دینداری بر کاهش استرس شده باشد. از سوی دیگر، حفظ دینداری و مدیریت استرس در زنان ممکن است تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی پیچیده‌تری نسبت به مردان قرار گیرد؛ از جمله نقش‌های چندگانه در خانواده و جامعه، فشارهای عاطفی و انتظارات اجتماعی که می‌تواند بر نحوه‌ی تجربه و ابراز دینداری و استرس تأثیرگذار باشند. از جمله محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به اتکای آن بر داده‌های خودگزارشی، حجم نمونه محدود، عدم حضور مردان، و تمرکز صرف بر زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی اشاره کرد.

References

1. McCullough ME, Larson DB, Koenig HG. Handbook of religion and health: Oxford University Press; 2001.
2. Cohen S, Janicki-Deverts D, Miller GE. Psychological stress and disease. JAMA 2007; 298(14): 1685-7.
3. Mansurnejad Z, Kajbaf MB. The relationship of religious orientation (intrinsic, extrinsic) and gender with death anxiety among students [in Persian]. Research in Cognitive and Behavioral Sciences 2012; 2(1): 55-64.
4. Seghatoleslam T, Yazdian F, Habil H. The role of spiritual-religious behaviors and beliefs in reducing stress and anxiety and enhancing spiritual psychological health among a group of Iranian women during the COVID-19 pandemic [in Persian]. Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders. 2024; 3(2): 49-58.
5. Riahi ME, Memar RA, Rahimirad M. Sociological study of the effects of religiosity on mental health using the stress process model; a study of students and scholars in Qom city [in Persian]. Social Sciences Journal of Ferdowsi University of Mashhad 2019; 15(2): 133-72.
6. Hosseini SMJ. The relationship between religiosity/religious attitude and cheating in exams among university student [in Persian]. Research Quarterly of Islamic Education and Training 2022; 2(1): 27-44.
7. Schramm DG, Marshall JP, Harris VW, Lee TR. Religiosity, homogamy, and marital adjustment: An examination of newlyweds in first marriages and remarriages. Journal of Family Issues 2012; 33(2): 246-68.
8. Tanhaei AH. Sociology of Religion in the Ancient East. Tehran: Bahman Borna; 1996. [in Persian].
9. Khatibi A. Investigating women's attitudes towards factors affecting family consolidation [in Persian]. Women and Family Studies 2015; 3(1): 59-92.
10. Panahi R, Ghorbanpour Z, Moradi B, Eidy F, Anjadian MA. The relationship between health literacy and the adoption of COVID-19 preventive behaviors: A cross-sectional study in Iran. PLoS One 2024; 19: e0299007.
11. Seajzadeh SH. Investigating the relationship between religiosity and electoral behavior (case study of Tabriz

- University students) [in Persian]. *Journal of Soft Power Studies* 2013; 3(8): 27-44.
12. Nouroozi F, Farhadiyan S. Impact of Social and Cultural Factors on youth faith (case study: students in faculty of management and social sciences, Islamic azad university-north Tehran branch). [in Persian]. *Strategic Studies on Youth and Sports* 2014; 13(23): 1-32.
 13. Cohen S, Kamarak T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 1983; 24(4): 385-96.
 14. Saadat S, Asghari F, Jazayeri R. The relationship between academic self-efficacy with perceived stress, coping strategies and perceived social support among students of University of Guilan [in Persian]. *Iranian Journal of Medical Education* 2015; 15 :67-78.
 15. Abedzadeh-Kalahroudi M, Karimian Z, Nasiri S, Khorshidifar MS. Anxiety and perceived stress of pregnant women towards Covid-19 disease and its related factors in Kashan (2020) [in Persian]. *IJOGI* 2021; 24(5): 8-18.
 16. Sehhati Shafaei F, Mirghafourvand M, Hoseinzadeh M. Perceived stress and its relationship with perceived social support in women undergoing chemotherapy for reproductive system cancers [in Persian]. *Journal of Hayat* 2018; 24(3): 269-78.
 17. Vazirinejad R, Kazemi M, Kazemi F, Azhdari T, Gomnami N. The effect of the level of religious regulations compliance among pregnant mothers on their decision about the type of delivery in an Iranian Community: A case-control study [in Persian]. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2016; 15(6): 503-14.
 18. Hajizadeh F, Ozgoli G, Saei Gharenaz M, Sheikhan Z, Nasiri M, Jannesari Sh. Examining religious attitudes and reproductive behavior among women visiting health centers of Shahid Beheshti University of Medical Sciences [in Persian]. *J Res Relig Health*. 2017; 3(3): 68-79.
 19. Hamid N, Khorasani Dehshotoran M, Beshlideh K, Marashi SA. The role of perceived stress and positive affect as mediators in the relationship between religious orientation and mental Health [in Persian]. *Journal of Studies in Islam & Psychology*. 2023; 17(32): 129-46.
 20. Zoomand Bonab Sh, Hossein Sabet F, Isa Morad A. Determining the role of patience and moral intelligence in predicting action control (action and state orientation) of mothers of children with autism spectrum disorder [in Persian]. *Journal of Psychology of Exceptional Individuals* 2023; 13(50): 1-42.
 21. Mansurnejad Z, Kajbaf MB. The relationship of religious orientation (intrinsic, extrinsic) and gender with death anxiety among students. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences* 2012; 2(1): 55-64.
 22. Âzimi H, Zarghami M. Religious coping and anxiety in students of Mazandaran university of medical sciences 1999-2000 [in Persian]. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2002; 12(34): 37-48.
 23. ZareipourMA, Sadeghi R, AbdolkarimiM, Ghasemi Afshar N, Jadgeal MS. The relationship between religious attitudes and psychological symptoms in pregnant women referring to Urima health centers in 2016 [in Persian]. *J Res Relig Health*. 2019; 4(5): 45-56.
 24. Salehi I, Mosalman M. Evaluation of the relationship between religious attitude and depression, anxiety and stress in students of Guilan University [in Persian]. *JRH* 2015; 3(1): 57-64.
 25. Kajbaf MB, Raeespour H. A study of relationship between religious attitude and mental health among students of Isfahan Girls' High Schools [in Persian]. *Journal of Studies in Islam & Psychology*. 2008; 1(2): 31-44.

Analyzing the Relationship between Perceived Stress and Religiosity Among Women Referring to Health Centers

Ashraf Sadat Dehghani¹, Rahman Panahi², Ali Asghar Haeri Mehrizi², Fatemeh Mahdizadeh³, Leyla Nateghi³, Nooshin Peyman⁴

Original Article

Abstract

Background: Stress is a reaction to perceived internal or external pressures that, if severe, affects various aspects of life. Research shows that religious beliefs are among the factors affecting the mental health of adults and can play an important role in reducing stress and promoting psychological adjustment. Therefore, given the effective role of religiosity in stress management and the position of women in the family, this study aimed to investigate the relationship between perceived stress and religiosity in women.

Methods: In a cross-sectional descriptive-analytical study, 251 women referring to health centers in Qain city, Iran in 2024 were selected to participate in the study through simple random sampling. Data collection tools included demographic and background characteristics and standard questionnaires to measure perceived stress and religiosity. Data were analyzed using descriptive statistics and Logistic Regression test.

Findings: Both perceived stress and religiosity were at moderate levels. According to the results of multiple logistic regression, only religiosity was an influencing factor on women's perceived stress, such that for more religious individuals, the odds of being stress-free were only 2% lower.

Conclusion: Religiosity was significantly associated with reduced perceived stress in women, although this relationship was weak. Cultural factors, social roles, and lifestyle can play a mediating role in this relationship. It is recommended to pay attention to spiritual dimensions along with other psychological and social factors in programs to promote women's mental health.

Keywords: Spirituality; Psychological stress; Women

Citation: Dehghani AS, Panahi R, Haeri Mehrizi AA, Mahdizadeh F, Nateghi L, Peyman N. **Analyzing the Relationship between Perceived Stress and Religiosity Among Women Referring to Health Centers.** J Isfahan Med Sch 2026; 43(843): 1721-7.

1- PhD Student, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

2- Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran.

3- Student, Department of Health Education and Health Promotion, School of Public Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

4- Professor, Department of Health Education & Promotion Social Determinants of Health Research Center, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Corresponding Author: Nooshin Peyman, Professor, Department of Health Education & Promotion Social Determinants of Health Research Center, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran; Email: peymann@mums.ac.ir