

سبک زندگی خانواده‌ها و رابطه آن با میزان درگیری با ویروس کرونا*

زهرا قاسمی^۱

(تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۱۴، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۵/۱۴)

چکیده

همه‌گیر شدن ویروس کرونا بر تعاملات خانواده و سبک زندگی خانوادگی اثر گذاشته و سبک زندگی در ارتباط با الزامات پیشگیری دگرگون شده است. این پژوهش با روش کمی به شیوه پیمایش بر روی تعداد چهارصد خانواده شامل افرادی که یک یا دو بار درگیر بیماری کرونا شده‌اند یا یکی از اعضای خانواده آن‌ها فوت شده از همه مناطق تهران به شکل نمونه‌گیری تصادفی انجام شده است.^۲

نتایج نشان می‌دهد میانگین سطح پیشگیری فردی و اجتماعی افراد مورد مطالعه زیاد و میانگین کنترل ارتباطات اجتماعی و کنترل حضور در جامعه آنان کم است. از گویه‌های سبک زندگی بین ماسک زدن، رابطه زوجین با والدین و خواهر و برادرها، رابطه با فامیل، رابطه با دوستان، کاهش گردش شهری و تفریحات داخل شهر، کاهش سفر به سایر شهرها و کاهش پارک رفتن با شدت درگیری با کرونا رابطه معنی‌دار وجود دارد. بین سن افراد و سطح تحصیلات و تعداد اعضای خانواده که بیرون می‌روند با شدت کرونا رابطه مستقیم وجود دارد.

میانگین پیشگیری فردی و خانوادگی در افراد بستری کم‌تر از افراد بی‌نیاز به بستری بود. میزان ارتباطات اجتماعی هم در بستری‌شده‌ها بالاتر از افراد بی‌نیاز به بستری شدن بود. کنترل ارتباطات اجتماعی و کنترل حضور در جامعه رابطه معنی‌داری با دو بار ابتلا

<http://dx.doi.org/10.22034/jss.2021.526686.1506>

* مقاله علمی: پژوهشی

^۱ استادیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز

^۲ اطلاعات مربوط به این خانواده‌ها از طریق خانه سلامت شهرداری‌ها و دانشجویانی که در بسیج مناطق در حوزه کرونا کمک می‌کردند، تهیه شده است.

مجله مطالعات اجتماعی ایران، دوره پانزدهم، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۰: ۷۵-۵۱

به کرونا دارند و در بین افرادی که دوبار کرونا گرفته بودند، میزان ارتباطات اجتماعی و حضور در جامعه بیشتر از سایر پاسخ‌گویان بوده است. براساس یافته‌ها پاسخ‌گویی که شدت بیماری آنان در دور اول بیشتر بوده است در دور دوم نیز نوع شدید آن را تجربه کرده‌اند.

واژگان کلیدی: سبک زندگی خانوادگی، نحوه گذران فراغت، نوع درگیری با کرونا، شدت بیماری کرونا.

مقدمه و بیان مسئله

هم‌اکنون شیوع ویروس کرونا به بحران بزرگ جهانی تبدیل شده و کشورهای زیادی از جمله ایران را درگیر کرده است. در پی شیوع کرونا از سوی مراجع علمی دستورالعمل‌هایی برای پیش‌گیری داده شد که سبب تغییر سبک زندگی و شیوه رفتار روزمره خانواده‌ها شد. تغییر سبک زندگی در هماهنگی با قواعد علمی، پیشگیری پزشکی یکی از الزامات اصلی سلامت است و میزان توجه مردم به ابعاد مختلف پیشگیری قابل‌بررسی است. این پدیده در نگاه اول صرفاً در ارتباط با امور بهداشتی و سلامت جوامع قابل‌تحلیل است. اما از آنجا که بستر تعاملات اجتماعی و همچنین برخی آداب و رسوم (فرهنگ) کنشگران اجتماعی به‌عنوان زمینه تسهیل‌گر شیوع و تکثیر این ویروس است، پس پیشگیری ماهیتی اجتماعی و فرهنگی یافته است. ضمن اینکه باید توجه داشت اموری که این گونه تمام عرصه‌ها و ارکان کشور حتی جهان را درگیر می‌کنند اموری چندوجهی است و پیامدهای آن در حوزه‌های مختلف اجتماعی فرهنگی اقتصادی و سیاسی قابل‌رصد و پیگیری است (اسکندریان، ۱۳۹۹: ۶۵). یکی از حوزه‌های اجتماعی متأثر از ویروس کرونا سبک زندگی کنشگران اجتماعی و به‌ویژه تغییر عادات و شیوه عمل آنان در درون خانه است و قابل‌توجه است که واقعاً کنشگران تا چه حد حاضرند تغییر رفتار و عادت را اعمال کنند در شرایطی که سلامت آنان در خطر است. با ارزیابی سبک زندگی افراد می‌توان میزان موفقیت‌های فردی و اجتماعی آنان را در زندگی مورد ارزیابی و بررسی قرار داد (کاکرهام^۱، ۲۰۰۵). در واقع، سبک زندگی شیوه‌ای نسبتاً ثابت است که فرد اهداف خود را به‌وسیله آن پی می‌گیرد (کاوایی، ۱۳۹۰: ۲۸). سبک زندگی سلامت‌محور به‌منزله پدیده‌ای چندعلتی، چندبعدی و چنددلالتی به الگوهای جمعی رفتار مربوط می‌شود که می‌تواند مانعی در مشکلات مربوط به سلامت و تضمین‌کننده سلامت برای

^۱. Cockerham

فرد باشد. این سبک از ابعاد متنوعی چون ورزش، تغذیه مناسب و نامناسب، خودکنترلی، رفتارهای پیشگیرانه و ... تشکیل شده است. جوهره تعریف سبک زندگی سلامت‌محور انسجام در انجام دادن مجموعه‌ای از رفتارهای مرتبط با بهداشت و سلامتی است (چانی^۱، ۲۰۰۲). سبک زندگی سالم منبعی ارزشمند برای کاهش شیوع و تأثیر مشکلات بهداشتی، ارتقای سلامت، تطابق با عوامل استرس‌زای زندگی و بهبود کیفیت زندگی است (سازمان جهانی بهداشت^۲، ۱۹۹۸: ۴۱). بحران کرونا توانسته است بسیاری از رفتارها، نگرش‌ها و حتی ارزش‌ها را دچار تغییر کند. شیوه عمل در درون خانه براساس الزامات پیشگیری دگرگون شده است. عرصه کنشگری انسان در تعاملات اجتماعی تقلیل یافته تا جایی که افراد در حالت قطع ارتباطات رودررو و ازدست دادن بسیاری از وظایف عرصه نقش و کنشگری خود هستند. نقش دایی، خاله، عمو و عمه تقلیل یافته و نقش فرزندی برای والدین و خواهر و برادری برای خانواده والدینی کم‌رنگ شده است. از سویی، الگوهای گذران اوقات فراغت به شدت دگرگون شده و انجام تفریحات خارج از منزل مانند خرید کردن، به پارک رفتن، داشتن مرادده اجتماعی و گفت‌وگو با دیگران به سطح حداقلی خود و حتی حذف کشیده شده است. در درون زندگی خانوادگی نیز افراد درگیر انجام فعالیت‌هایی برای پیشگیری شده‌اند، به‌گونه‌ای که نظافت و شست‌وشوی وسایل فلزی و پراستفاده به شدت افزایش یافته است و برای ورود و خروج به منزل افراد خانواده‌ها ناچار به تدارک شیوه‌هایی خاص برای ضدعفونی و رعایت پیشگیری در حوزه لباس‌ها و ابزارهای همراه در خارج از خانه شده‌اند. همچنین، ورود وسایل خریداری شده با رعایت اصول پیشگیری و شست‌وشو و جایگزینی آن‌ها نسبت به حالت عادی زندگی بسیار پرکار و وقت‌گیر شده است و انرژی زیادی باید صرف نظافت و بهداشت وسایل خریداری شده شود. شست‌وشوی دائمی دست‌ها و ماسک زدن سبب از دست دادن فضای ردوبدل احساسات عاطفی از طریق لمس بین فامیل و اعضای درجه‌یک خانواده‌ها شده که خود سبک جدیدی در کنش متقابل و نحوه بروز احساسات و عواطف ایجاد کرده است. «از سویی مردم به دلیل بسته شدن مدارس و کسب‌وکارها احساسات منفی شدیدی را تجربه می‌کنند و محدودیت‌های منع رفت‌وآمد سبب کاهش مسافرت و مبادلات عاطفی در اعضای خانواده‌ها شده است و این فشار روانی زیادی را به اعضای خانواده وارد می‌کند و سبب بروز رفتارهای اجتنابی و عدم اطمینان آن و احساس ناامنی می‌گردد» (فراحتی، ۱۳۹۹: ۲۰۸).

^۱. Chaney

^۲. World Health Organization

تا چه حد جامعه ایرانی که به روابط با خانواده و فامیل و بستگان وابسته است می‌تواند در مسیر پیشگیری در سبک زندگی تغییر ایجاد کند؟ و آیا این شیوه ایرانی پیشگیری با نوع ابتلا و میزان شدت درگیری با کرونا تأثیری داشته است؟ در این مقاله ابعاد سبک زندگی پیشگیرانه جدید و میزان مراعات آن در خانواده تهرانی با شدت و نوع درگیری با کرونا در افراد مبتلا بررسی شده است.

پیشینه پژوهش

اسکندریان (۱۳۹۹) در مقاله «ارزیابی پیامدهای ویروس کرونا بر سبک زندگی با تأکید بر الگوی مصرف فرهنگی» با روش گردآوری کتابخانه‌ای نشان می‌دهد که بحران ویروس کرونا و شرایط قرنطینه پیامدهای مثبت و منفی برای الگوی مصرف خانواده ایرانی به همراه داشته است. در حوزه مصرف کالاهای فرهنگی، الگوهای مصرف دیداری و شنیداری تقویت و در حوزه انجام فعالیت‌های فرهنگی فعالیت‌های مبتنی بر روابط خارج از خانه با محدودیت‌های جدی مواجه شده است و در مقابل، تعامل، گپ و گفت‌وگو با اعضای خانواده به‌عنوان فرصتی در کانون توجه قرار گرفته است، الگوی مصرف مجازی با قابلیت‌های بسیار جایگاه ویژه‌ای در سبک مصرف فرهنگی یافته است.

- اسماعیلی و همکاران (۱۳۹۹) در مقاله‌ای با عنوان «مطالعه پدیدارشناختی تجربه سالمندان ۶۰ تا ۹۰ ساله شیرازی از کرونا» که با روش کیفی و رویکرد پدیدارشناسی انجام شده است، مقولات تغییر جریان عادی زندگی؛ آشفتگی روحی؛ آشفتگی خانوادگی؛ لذت و فرصت؛ تقدیرگرایی همراه با تدبیرگرایی و تاب‌آوری را شناسایی کرده‌اند.

- مرادی؛ محمدی‌فر (۱۳۹۹) در مقاله «نقش شبکه‌های اجتماعی در شکل‌گیری هراس اجتماعی و تغییر سبک زندگی ناشی از ویروس کرونا» به مطالعه موردی شهر کرمانشاه با روش پیمایش پرداختند. براساس نتایج پژوهش شبکه اجتماعی داخلی در شکل‌گیری هراس اجتماعی تأثیر معنی‌داری دارد، اما با تغییر سبک زندگی رابطه غیرمعنادار دارد. همچنین شبکه‌های اجتماعی داخلی در شکل‌گیری هراس اجتماعی و تغییر سبک زندگی، تأثیرات معکوس و معناداری دارند.

- بیرقی‌فرد؛ کارگر (۱۳۹۹) در مقاله «نقش سلامتی و پیشگیری از بیماری کرونا» با روش کتابخانه‌ای به واکاوی سبک زندگی در دیدگاه‌های گیدنز، وبر، دورکیم، مارکس، زیمل و سپس به مفهوم سلامت می‌پردازند. آنان با توصیف برخی عادات و ویژگی‌های رفتاری که در جامعه ایران رواج دارد، نقش سبک زندگی در سلامتی و پیشگیری از بیماری کرونا را از نگاه جامعه‌شناسی بررسی کرده‌اند و هدفشان جلب توجه متخصصان به اهمیت این موضوع بوده است.

- فراهتی (۱۳۹۹) در مقاله «پیامدهای روان‌شناختی شیوع ویروس کرونا» با روش کتابخانه‌ای به نقل متون مقالات و روزنامه‌های مرتبط با اثرات قرنطینه و اضطراب آن و پیش‌بینی‌ناپذیری شرایط در جهان می‌پردازد و میزان اختلال استرس پس از حادثه در چین را مطرح می‌کند. او به پیامدهای روان‌شناختی کرونا در پنج حیطة اثر بر سلامت روان جامعه، سلامت روان کودکان، سلامت روان کارکنان مراقبت‌های بهداشتی، احساس اندوه جمعی، واکنش سوگ ابراز نشده است و تعارضات خانوادگی توجه می‌کند.

ایمانی جاجرمی (۱۳۹۹) در مقاله «پیامدهای اجتماعی شیوع کرونا در جامعه ایران» با روش گردآوری کتابخانه‌ای به مرور روزنامه‌ها، بررسی نظرسنجی شهرداری و انتشارات (undp) در زمینه کرونا پرداخته است. وی با این پرسش اصلی که اجرای سیاست فاصله‌گذاری اجتماعی چه تغییراتی را در نظام اجتماعی ایجاد کرده است و این تغییرات چه پیامدهایی را به دنبال خواهد داشت، نشان می‌دهد که بحران بر حوزه‌هایی چون خانواده، آموزش روابط کار و برخی گروه‌های اجتماعی مانند زنان، کودکان صاحبان مشاغل خرد و مهاجران بیشتر این پیامدها را داشته است و در پایان مقاله، راهکارهایی مانند ضرورت اتخاذ رویکرد انسجام اجتماعی به‌موازات سیاست فاصله اجتماعی را پیشنهاد می‌کند.

- ذکایی؛ و دادهیر (۱۳۹۵) با بررسی «عوامل مؤثر بر انتخاب سبک زندگی سلامت‌محور شهروندان تهران» با روش پیمایش در ۸۰۲ نفر شهروند تهرانی به بیان الگوی سبک زندگی سلامت‌محور کاکرهام پرداخته است، که چگونه کنش متقابل بین انتخاب‌ها و فرصت‌های زندگی، تمایلات افراد به عمل را تولید می‌کند. این تمایلات خود به ایجاد عادت‌واره‌ها منجر می‌شوند. به این ترتیب عادت‌واره‌هایی که در چنین فرایندی شکل گرفته‌اند، عملکردها و کنش‌های افراد را در حوزه‌های مختلف شکل می‌دهند که در مجموع به سبک‌های زندگی سلامت‌محور منجر می‌شوند. ذکایی و و دادهیر با تأکید بر مصرف رسانه‌ای نشان داده‌اند که بین مصرف رسانه‌ای افراد و سبک زندگی سلامت‌محور و همچنین بین پایگاه اجتماعی اقتصادی و سبک زندگی سلامت‌محور افراد ارتباط معناداری وجود دارد.

- پارسامهر؛ رسولی‌نژاد (۱۳۹۴) در تحقیق «بررسی رابطه سبک زندگی سلامت‌محور با سلامت اجتماعی در بین مردم شهر تالش» به روش پیمایش با انتخاب ۳۸۰ نفر حجم نمونه به نظریات سبک زندگی سلامت‌محور در نظریه کاکرهام، چانی، پارک و سازمان بهداشت جهانی و نیز نظر وزارت بهداشت و درمان ایران پرداختند و با توجه به ابعاد اجتماعی سلامت به سلامت اجتماعی تمرکز کردند. آن‌ها در این تحقیق نشان دادند که میانگین سبک زندگی سلامت‌محور و نیز سلامت اجتماعی به‌طور معناداری در بین مردان بیشتر از زنان و در بین افراد متأهل بیشتر از افراد مجرد است و تقویت و گسترش سبک زندگی سلامت‌محور به افزایش سلامت اجتماعی منجر می‌شوند.

وارد^۱ (۲۰۲۰) در مقاله «جامعه‌شناسی شیوع کووید-۱۹، تفسیر و برنامه تحقیقاتی برای جامعه‌شناسان» نشان می‌دهد که به تمرکز جامعه‌شناسان به لحاظ تئوریک و تجربی بر روی اثرات اجتماعی ویروس کرونا نیاز فوری وجود دارد و دولت‌ها در سراسر جهان درجات مختلفی از انزوای اجتماعی و محدودیت برای تجمعات اجتماعی؛ سفرها؛ ورزش؛ فعالیت‌های تفریحی؛ و رفتن به مدرسه، کار و دانشگاه را تحمیل می‌کنند. در این مقاله از ایده ژان پل سارتر در آگزیستانسیالیسم برای ترسیم جامعه‌شناسی بصری از کووید-۱۹ بهره گرفته شده است. سلندینو^۲؛ الگری^۳؛ اوریما^۴ (۲۰۲۰) در مقاله «اثرات روانی و اجتماعی کووید-۱۹» با روش گردآوری داده‌های تجربی از تحقیقات اخیر با اشاره به نظریات استول^۵ در هدف‌گذاری برای سازمان‌های روان‌شناسی عمومی و نظر سادوک^۶ در کاهش استرس و دیدگاه سولر^۷ در اثرات مثبت روان‌شناسی برخط، چشم‌انداز جدیدی در بهزیستی بیان کردند که همه‌گیری کووید-۱۹ تأثیرات روانی و اجتماعی قابل توجهی بر جمعیت داشته است. فاصله اجتماعی و اقدامات امنیتی بر روابط بین مردم و درک آن‌ها از همدلی با دیگران تأثیر گذاشته است. هدف این مقاله نشان دادن تأثیر همه‌گیری و تأمل در مداخلات احتمالی مبتنی بر ابزارهای تکنولوژیکی است.

- متیومن؛ هیویتز^۸ در مقاله «جامعه‌شناسی کووید - ۱۹» با روش گردآوری مقالات به نظریه کلیین^۹ در بحران سرمایه‌داری، دیدگاه زین^{۱۰} در مورد عواقب ناخواسته مدرنیته صنعتی، و نظر ولاس^{۱۱} ضعف سیستم سلامت مدرن به دلیل انتقال دائمی گونه‌های عجیب جانوری تغذیه‌کننده کارگران مهاجر به نقاط شهری اشاره و بیان کردند که همه‌گیری کووید - ۱۹ عمیق‌ترین بحران بهداشت عمومی و اقتصادی دوران ما را نشان می‌دهد: مرزها بسته و ملت‌ها قفل و افراد برای منافع جمعی از نظر اجتماعی منزوی شده‌اند. ما شاهد اقدامات نوع‌دوستی در سراسر جهان هستیم. اکنون مفهوم اصلاحات رفاهی، مالیات تدریجی، ملی شدن و درآمد اساسی جهانی از نظر سیاسی خوشایندتر به نظر می‌رسد.

با توجه به تحقیقات موجود تاکنون در مورد تدوین مؤلفه‌های علمی پیش‌گیری کرونا و نیز میزان رعایت پیشگیری توسط آحاد جامعه و نقش شدت پیشگیری در ابتلا به کرونا تحقیقی

^۱. Ward

^۲. Saladino

^۳. Alger

^۴. Auriemma

^۵. Stoll

^۶. Sadock

^۷. Sular

^۸. Matthewman; Huppertz

^۹. Klein

^{۱۰}. Zinn

^{۱۱}. Wallace

صورت نگرفته است. مطالعهش جهت ارائه تیپولوژی پیشگیری در جامعه ما برای دستیابی به نتیجه درمانی موفق تر ضروری است.

چارچوب نظری

در میان جامعه‌شناسان «الگوی مصرف» و «اوقات فراغت»، مرکز ثقل توجه آنان در توصیف سبک زندگی بوده است.

طبق دیدگاه گیدنز جامعه اطلاعاتی نوین باعث شکل‌گیری انواع جدید از ارتباطات می‌شود؛ انواعی که به هر حال عامل شکل‌گیری سبک‌های جدید زندگی است که تاکنون وجود نداشته است و «امروزه به دلیل باز بودن زندگی اجتماعی، شاهد کثرت یافتن زمینه‌های کنش و نیز بروز الگوهای مقتدرتر سبک زندگی هستیم که این الگوها برای ساختن هویت شخصی و درپیش گرفتن فعالیت‌های روزانه، به‌طور فزاینده‌ای اهمیت می‌یابد» (گیدنز، ۱۳۸۲: ۸۸). از نظر گیدنز:

سبک زندگی را می‌توان مجموعه‌ای کم‌وبیش جامع از عملکردها تعبیر کرد که فرد آن‌ها را به کار می‌گیرد. این عملکردها نه فقط نیازهای جاری او را برآورده می‌سازد، بلکه روایت خاصی را هم که وی برای هویت خویش قائل است و همه رفتارها و فعالیت‌های یک فرد معین در جریان زندگی روزمره را تدوین می‌کند شامل می‌گردد (گیدنز، ۱۳۸۶: ۱۲۰).

بورديو با بهره‌گیری از مفاهیم سرمایه اقتصادی و فرهنگی و استفاده از مفهوم منش که از آن به‌مثابه الگوهای اندیشه، درک، مصرف و سبک زندگی تعبیر می‌کند، به تبیین مدلی جهت ساختار طبقاتی و بازتولید طبقه دست زد و معتقد بود که افراد موقعیت طبقاتی خود را درونی می‌کنند و آن را از طریق انتخاب‌های فرهنگی خویش بیان می‌کنند (خادمیان، ۱۳۸۷: ۱۰۱). او به مدد این مفاهیم، نظریه‌ای منسجم درباره شکل‌گیری سبک‌های زندگی ارائه کرده است. طبق مدل بورديو برای سبک زندگی، شرایط عینی زندگی و موقعیت فرد در ساختار اجتماعی به تولید منش‌های خاص منجر می‌شود که مولد دو دسته نظام، یعنی نظام طبقه‌بندی اعمال و نظام ادراکات و شناخت‌هاست. سبک زندگی درواقع تعامل این دو نظام است. از نظر وی سبک زندگی الگویی غیرتصادفی است و ماهیت طبقاتی دارد و درواقع همان اعمال و کارهایی است که به شیوه‌ای خاص طبقه‌بندی شده و حاصل ادراکات خاصی است. وی سبک زندگی را محصول منش‌ها و تجسم‌یافته ترجیحات افراد می‌داند که به‌صورت عمل درآمده و قابل مشاهده هستند (فاضلی، ۱۳۹۲: ۴۵). بورديو در رهیافت نظری خود و در تحلیل سبک‌های زندگی نشان می‌دهد که تمایزهای اجتماعی و ساختاری چگونه از رهگذر صورت‌های فرهنگی قابل بیان است. در نظریه بورديو سبک زندگی که شامل اعمال طبقه‌بندی شده و طبقه‌بندی‌کننده فرد در عرصه‌هایی چون

تقسیم ساعات شبانه‌روز، نوع تفریحات و ورزش، شیوه‌های معاشرت، وسایل و اثاثیه مورد استفاده و مسکن، آداب سخن گفتن و راه رفتن است (اله‌دادی، ۱۳۹۴: ۳۵).

سبک‌های زندگی سلامتی الگوهای جمعی از رفتار مرتبط با سلامت‌اند که بر انتخاب‌هایی از اختیاری‌هایی که طبق شانس‌های زندگی آن‌ها در دسترس مردم است، متکی‌اند (کیوان آرا، ۱۳۸۶: ۶۶). به‌علاوه سبک‌های زندگی سلامت‌محور توسط صنعت محصولات سلامتی گسترده‌ای از کالاها و خدمات حمایت می‌شود. کاکرهام در مقاله «تئوری سبک زندگی سلامت و هم‌گرایی عاملیت و ساختار» به تحقیق ویکرز و همکارانش (۱۹۹۰) در رابطه با سبک زندگی کارکنان ارتش آمریکا اشاره می‌کند. سبک‌های زندگی سلامت عادات شخصی هستند که به شکل‌های توده‌ای که بیانگر گروه‌ها و طبقات خاصی است، تبدیل شده‌اند. کاکرهام همچنین به نتایج تحقیق بلکستر در انگلستان اشاره می‌کند. او دریافت که تفاوت‌های مهمی در سبک‌های زندگی سلامتی بین طبقات بالا و طبقات کارگری وجود دارد که براساس آن طبقات بالا نسبت به طبقات کارگری بیشتر مراقب خودشان هستند و نتیجه می‌گیرد که شرایط اقتصادی - اجتماعی و محیطی تعیین می‌کند که تا چه حد سبک زندگی سلامت به‌طور مؤثرتری عمل می‌کند (کاکرهام، ۲۰۰۵: ۵۶). از سوی دیگر مطالعات تجربی معاصر نشان می‌دهند که متغیرهایی همچون سن، جنسیت، نژاد و قومیت سبک زندگی سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهند. به این معنا که افراد با افزایش سن تمایل بیشتری به رفتارهای مثبت سبک زندگی و مراقبت از خود دارند. زنان سبک زندگی سالم‌تری نسبت به مردان دارند. سبک زندگی مثبت یا سالم شامل شکل‌های گوناگون انتخاب‌های مصرف‌گرایی مانند انتخاب‌های مربوط به غذا، لباس پوشیدن، ظاهر، خودرو، مراعات بهداشت فردی، بستن کمربند ایمنی، مسواک زدن و ... می‌شود. در نظریه سبک زندگی سالم، اولین بخش مربوط به عوامل ساختاری است که طبقه اجتماعی، سن، جنسیت، نژاد، شبکه‌های اجتماعی و شرایط زندگی را شامل می‌شود.

سبک زندگی در فرایند کرونا درگیر تغییرات در زمینه‌های زیر شده است: در خوراک (حذف هزینه‌های غیرضروری مانند رفتن به رستوران)، گفت‌وگو (افزایش گفت‌وگو، تعامل و مدارا در خانواده‌ها)، اوقات فراغت (نوع آموزش‌ها در منزل و با تکیه بر شبکه‌های اجتماعی)، زندگی جدید در بستر فضای مجازی (شیوه‌های زیست اجتماعی نوین در بستر شبکه‌ها و فضای مجازی)، آشتی با کتاب و مطالعه (افزایش سطح دانش، آگاهی، فضیلت و معرفت اجتماعی) (مرادی، ۱۳۹۹: ۱۲۹).

هورکس^۱ و همکارانش (۲۰۲۰) در مرکز مطالعات بیولوژیک میشیگان، دیدگاه‌های متمایزی متمایزی را در مورد تغییرات سبک زندگی ناشی از ویروس کرونا ارائه می‌دهند. آن‌ها براین

^۱. Hourex

باورند که اگر کرونا تا یک سال مهمان این سیاره باشد، فرهنگ مراودات و تعاملات اجتماعی را تغییر و جمع‌های دوستانه را کوچک‌تر می‌کند. در این فرایند، حضور افراد جای خود را به تصاویر دیجیتال و مجازی می‌دهد. دلتنگی‌ها بیشتر و آهسته آهسته این سیطرهٔ تلفن‌ها و دنیای اینترنت، جای خالی افراد و عزیزانمان را پر خواهد کرد. دنیای بعد از کرونا، شاید میزها و صندلی‌های خالی بسیاری باشد که از حضورها خالی است. سیستم آموزش انسانی تغییر خواهد کرد. ویدئوکنفرانس‌ها و آموزش‌های تحت شبکهٔ اینترنت، سرفصل تازه‌ای از آیندهٔ علم و آموزش است. تمامی مدارس به‌ناچار به جدیدترین ابزار انتقال علم مجهز خواهند شد و تعاریف بسیاری از علوم آموزشی دچار تحولی بزرگ خواهد بود. این اتفاق می‌تواند به‌صورت غیرمستقیم و بعضاً مستقیم، از نابودی جنگل‌های بسیاری جهت چاپ کتب درسی و آموزشی در سراسر سیاره محافظت کند. هورکس معتقد است در یک سال، صنایع دستی و هنرهای مبتنی بر فرد، یک رنسانس تازه را تجربه خواهد کرد (مرادی؛ محمدی‌فر، ۱۳۹۹: ۱۳۰).

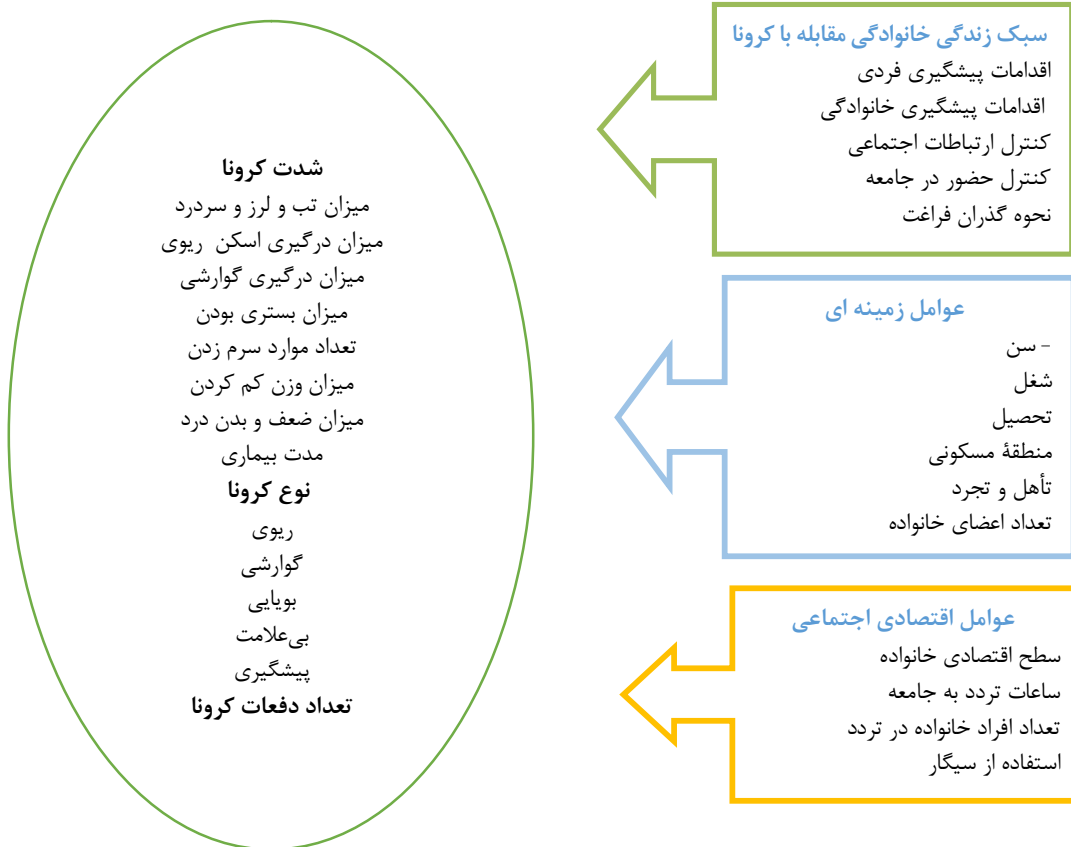
بیماری کرونا دارای علائم گسترده‌ای است. اغلب افراد آلوده بعد از طی دورهٔ کمون تظاهرات بالینی یک بیماری تنفسی خفیف تا متوسط مانند تب، سرفهٔ خشک، احساس خستگی، درد عضلانی و تنگی نفس را داشته‌اند. علائم تابلوی بالینی نوع شدید این بیماری عبارت از تنگی نفس، درد یا فشار مزمن قفسهٔ سینه و کبودی لب‌ها یا صورت است. عارضه‌هایی از قبیل پنومونی، هیپوکسی تنفسی، شوک و نارسایی چندسیستمی^۱ از علل دورهٔ طولانی بستری یا نتیجهٔ مرگبار این بیماری هستند (ثبوتی؛ معلم سواسری؛ آریانا؛ مسگرانی، ۱۳۹۹: ۱۸۸). در موارد حاد مشکلات گوارشی نظیر اسهال، نارسایی حاد تنفسی، اختلالات انعقادی خون و نارسایی کلیه نیز گزارش شده است. علائم شدیدتر بیماری شامل تب، درد شکمی، اسهال و کم‌شدن اشتهاست. ازدست دادن حس بویایی و نیز حس چشایی از جمله علائمی هست که در بسیاری از مبتلایان گزارش شده است. از علائم دیگر می‌توان به علائم گوارشی نظیر بی‌اشتهایی، ضعف، بی‌حالی، خستگی زودرس، دل‌درد، تهوع، اسهال و استفراغ اشاره کرد (وزارت بهداشت و درمان، ۱۳۹۹: ۱۵، ۱۶).

از موارد شیوع بیماری سفر افراد به نقاط دیگر است. از راه‌های پیشگیری این ویروس شست‌وشوی مداوم دست‌ها و رعایت فاصلهٔ یک متری با افراد دیگر و استفاده از ماسک است (طاهری، ۱۳۹۹: ۹۰). در مطالعه‌ای که در نشریهٔ قفسهٔ سینه^۲ منتشر شد، محققان دریافتند که سیگار کشیدن با افزایش علائم کرونا همراه است و احتمال بستری شدن مصرف‌کنندگان سیگار، پس از ابتلا به کرونا، بیش‌تر است (سایت سازمان نظام پزشکی ایران).

براساس نظریات و مطالعات موجود، می‌توان مدل پژوهش را به‌صورت زیر ارائه کرد:

^۱. failure organ multiple

^۲. Thorax



مدل پژوهش

فرضیات پژوهش

۱. بین مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت‌محور و شدت درگیری با کرونا رابطه وجود دارد.
۲. بین مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت‌محور و وضعیت بستری افراد رابطه وجود دارد.
۳. بین مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت‌محور و دفعات ابتلا به کرونا رابطه وجود دارد.
۴. بین وضعیت اقتصادی - اجتماعی و شدت درگیری با کرونا رابطه وجود دارد.
۵. بین متغیرهای زمینه‌ای (سن و تحصیلات) و شدت درگیری با کرونا رابطه وجود دارد.

روش پژوهش

در این تحقیق از روش پیمایش استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش را خانواده‌هایی که در طول این مدت درگیر ویروس کرونا شده‌اند تشکیل می‌دهند. از هر خانواده فقط یک نفر مورد بررسی قرار گرفت تا سبک زندگی خانوادگی مورد مطالعه قرار گیرد. لیست خانوارهای درگیر در مناطق مختلف تهران با کمک خانه سلامت شهرداری‌های مناطق و نیز بخش کمک به کرونا در بسیج مناطق ۲۲ گانه تهران به دست آمد. نمونه مورد مطالعه با کمک این لیست و به نسبت جمعیت هر منطقه از خانوارهای حاضر به طور تصادفی از میان افراد درگیر به کرونا در سطح مناطق ۲۲ گانه شهر تهران، انتخاب شدند و نهایتاً با تعداد چهارصد نفر از زنان و مردان در همه گروه‌های سنی و شغلی و تحصیلی مصاحبه تلفنی انجام و پرسش‌نامه‌ها پر شد. در خانوارهایی که از میان اعضای درگیر، یکی بر اثر کرونا فوت کرده بود جهت ارزیابی میزان رعایت مؤلفه‌های پیشگیری و نقش آن در شدت ابتلا، اطلاعات فرد فوت شده توسط خانواده پر شد. قابل تأمل است که لیست معرف همه افراد مبتلا در تهران نبود و این خطا در نمونه‌گیری وجود دارد که همه خانوارهای درگیر را شامل نمی‌شود.

متغیرها، معرف‌ها، پایایی و روایی

روایی شاخص‌ها: برای حصول اطمینان از وسیله جمع‌آوری اطلاعات (پرسش‌نامه) از روایی محتوایی استفاده شد. روایی محتوا بدین معناست که ابزار اندازه‌گیری تمام خصوصیات مفهومی را که شما می‌خواهید اندازه بگیرید، در بردارد که از طریق استفاده از نظرات جامعه‌شناسان و پژوهشگران مرتبط در این پژوهش با کمک منابع معتبرترین شاخص‌های گردآوری شده در پرسش‌نامه اقدام شد. منظور از پایایی حصول نتایج مشابه در تکرار اعمال قبلی است (ساروخانی، ۱۳۸۰: ۱۴۶). بهترین روش به دست آوردن پایایی استفاده از آلفای کرونباخ است که در این پژوهش نیز استفاده شده است. ضرایب پایایی آلفای کرونباخ متغیرها به همراه تعریف عملیاتی آنها در جدول ۱ آمده است:

جدول ۱. متغیرها، مؤلفه‌ها و معرف‌ها به همراه ضریب پایایی برای هر شاخص

		متغیر	متغیر	
۰,۷۲۰	۰,۸۲۷	درصد سی تی اسکن، روزهای بستری، تعداد سرم زدن، میزان بدن درد، میزان تب، میزان سردرد، میزان درگیری گوارشی، میزان درگیری ریوی	شدت بیماری	شدت کرونا
	۰,۷۲۳	میزان تب و لرز، میزان سردرد، میزان درگیری اسکن ریوی، میزان بستری بودن، میزان بدن درد	نوع ریوی	نوع کرونا
	۰,۷۴۰	میزان درگیری گوارشی، میزان سرگیجه، میزان دل درد و دل پیچه، میزان سرم زدن، میزان وزن کم کردن	نوع گوارشی	
	۰,۷۱۲	میزان ضعف و بدن درد، عدم بویایی و چشایی،	نوع بویایی	
	۰,۷۴۰	آیا بی علامت بود، بستری نشدن، نداشتن درد،	بدون علامت	
۰,۸۰۲	۰,۸۱۶	ضد عفونی دست‌ها در محیط کار، ضد عفونی دست‌ها در خانه، استفاده دائمی از ماسک در بیرون، دست زدن به صورت در خارج خانه، کاهش دست‌مالی سطوح در خارج خانه، رعایت فاصله اجتماعی	پیشگیری فردی	سبک زندگی سلامت محور
	۰,۸۷۲	ضد عفونی مواد خریداری در منزل، ضد عفونی دستگیره‌ها و سطوح، جدا کردن لباس‌های بیرون جدا کردن کفش‌های استفاده شده، ضد عفونی موبایل، عینک، کیف و ...	پیشگیری خانوادگی	متغیر مستقل
	۰,۷۲۷	مراوده با اعضای درجه یک، پدر و مادر و خواهر و برادر، مراوده با فامیل، مراوده با دوستان و همکاران و ...	کنترل ارتباطات اجتماعی	
	۰,۸۱۸	کاهش خریدهای معمول و جانبی، کاهش گردش شهری و تفریحات داخل شهری، کاهش باشگاه ورزشی، کاهش رستوران، کاهش سفر بیرون شهری، رفت و آمد به پارک‌ها	کنترل حضور در جامعه	
	۰,۸۸۲	مطالعه کتاب، مقاله، مجله و ... دیدن تلویزیون ایران، شبکه‌های مجازی، ماهواره، کارهای دستی	نحوه گذران اوقات فراغت	

یافته‌های پژوهش

یافته‌های توصیفی

از چهارصد نفر خانواده درگیر با کرونا نتایج نشان می‌دهد که میانگین سن پاسخ‌گویان ۴۱ و افراد درگیر کرونا بین ۴ سال تا ۸۵ سال هستند. ۵۵ درصد زن و ۴۵ درصد پاسخ‌گویان مرد هستند. سطح تحصیلات از بی‌سواد تا دکتری تخصصی گسترده‌گی دارد و میانگین سواد

فوق دیپلم است. بیشترین فراوانی در گروه لیسانس است. میانگین ابعاد خانواده ۳,۴ نفر است. بیشترین فراوانی در خانوارهای چهارنفره است. ۲۹ درصد افراد مجرد و ۶۵ درصد متأهل و ۹ درصد مطلقه و بیوه هستند. شغل افراد مورد بررسی از بالاترین منزلت شغلی تا پایین ترین وجود دارند و بیشترین فراوانی در گروه شغلی پنج معلمان، کارمندان عادی، منشی، مستخدمان دیپلم بخش خصوصی و صاحبان تاکسی با ۲۲ درصد است و ۳۲ درصد هم خانه دار هستند. افراد از صفر ساعت تا ۱۴۰ ساعت در هفته بیرون از خانه به سر می برند و میانگین ساعات خروج از خانه در هفته ۳۲ ساعت است. ۱۳ درصد پاسخ گویان سیگاری هستند و بیشترین فراوانی با کسانی است که کم سیگار می کشند. میانگین اوقات فراغت افراد دو و نیم روز در هفته و چهار ساعت در روز است.

میانگین تعداد افراد درگیر کرونا در خانواده های مورد بررسی ۱,۹ نفر است و در خانواده ها از یک نفر تا ۸ نفر درگیر شده اند. در چهارصد خانوار مورد بررسی، در مجموع ۶۰۲ نفر درگیر کرونا شده بودند. در برخی خانواده ها بیش از یک نفر درگیر کرونا بود.

از تعداد ۴۰۰ نفر پاسخگو ۸۷,۵ درصد یک بار و ۱۲,۳ درصد دو بار درگیر کرونا شده اند. ۷۶ درصد افراد دارای علائم بیماری بودند و ۲۳,۸ درصد بدون علامت بودند. از پاسخ گویان ۱۵,۵ درصد در بیمارستان بستری شده اند، که دوره بستری آنان بین یک تا ۶۰ روز بوده است. ۴۹ درصد پاسخ گویان نیاز به سرم نداشتند و ۵۱ درصد افراد بین یک تا ۹۰ بار در دوره بیماری سرم دریافت کرده اند. ۵۷ درصد افراد سی تی اسکن سالم داشتند و ۴۳ درصد بین ۲ تا ۹۰ درصد درگیری سی تی اسکن داشته اند. مواردی که درصد درگیری ریه بالا بوده، منجر به فوت شده است. ۲ درصد افراد درگیر فوت کرده اند. دوران قرنطینه افراد از یک روز تا ۹۰ روز گستره داشته است و طول دوره درمان نیز از ۱ تا ۹۰ روز نوسان داشته است.

جدول ۲. توزیع فراوانی شدت کرونا و مؤلفه های سبک زندگی سلامت محور

میانگین	بسیار زیاد	زیاد	متوسط	کم	بسیار کم	
شدت کرونا	۰,۵	۰,۸	۷,۲	۲۴,۳	۶۷,۲	
پیشگیری فردی	۲۶,۳۲ = زیاد	۳۹,۳	۲۷,۳	۲۳	۷,۸	۲,۸
پیشگیری خانوادگی	۲۱,۱۳ = زیاد	۴۰,۱	۲۱,۱	۱۹,۰	۱۳,۰	۶,۸
کنترل ارتباطات اجتماعی	۸,۹۱ = کم	۱۲,۳	۱۶,۵	۱۸,۳	۲۹,۵	۲۳,۵
کنترل حضور در جامعه	۱۲,۵۶ = کم	۳,۰	۵,۸	۱۲	۲۳	۵۶,۳
نحوه گذران فراغت	اصلا	بسیار زیاد	متوسط	زیاد	کم	بسیار کم

میانگین	بسیار زیاد	زیاد	متوسط	کم	بسیار کم	
۳۱,۳	۶	۸,۵	۱۷	۱۲	۲۵,۳	مطالعه کتاب، مقاله و درس
۳۱,۳	۴,۸	۱۴,۵	۱۶	۱۲,۸	۲۰,۸	دیدن تلویزیون ایران
۹,۸	۲۵,۵	۲۴,۸	۱۸,۵	۱۱,۸	۹,۸	شبکه‌های مجازی و اینترنت
۲۵	۱۲	۱۴	۱۵,۵	۱۳,۵	۱۹	دیدن ماهواره و شبکه‌های خارجی
۵۵,۵	۴,۰	۵,۳	۹,۰	۱۰,۵	۱۵,۸	کارهای دستی و هنری

۶۷,۲ درصد افراد کرونا را با شدت بسیار کم تجربه کرده‌اند و بسیار کم عوارض داشتند. میزان پیشگیری فردی (در بین ۶۶,۶ درصد افراد) و پیشگیری خانوادگی (در بین ۶۱,۲ درصد افراد) بسیار زیاد و زیاد بوده است. کنترل روابط با والدین، فامیل و دوستان نسبت به پیشگیری فردی و اجتماعی خیلی کم تر بوده و در ۵۳ درصد افراد کم و بسیار کم گزارش شده است. کنترل حضور در جامعه نیز در ۷۹ درصد افراد بسیار کم و کم است. پاسخ‌گویان در کنترل ارتباطات اجتماعی و حضور در جامعه برعکس موارد پیشگیری رفتار کرده‌اند. در نحوه گذران اوقات فراغت، میانگین مطالعه و تماشای تلویزیون ایران بسیار کم است. میانگین استفاده از شبکه‌های مجازی و تماشای ماهواره‌های خارجی متوسط است. به این ترتیب الگوی فراغت به سمت دیدن شبکه‌های مجازی و ماهواره‌های خارجی تغییر مسیر داده است. از تغییرات دیگر در سبک زندگی افزایش بیش از حد رعایت پیشگیری فردی و خانوادگی است. ضدعفونی دست‌ها، استفاده از ماسک، مراعات عدم لمس سطوح و صورت با دست‌ها و نیز شست‌وشوی مواد خریداری شده، کنترل لباس‌های بیرون، کفش‌ها و ضدعفونی موبایل و سطوح داخل خانه به سبک زندگی اضافه شده است. اما زندگی خانوادگی ایرانی با کاهش روابط با فامیل، دوستان و والدین مقاومت می‌کند و نیز روابط با بیرون خانه از قبیل خریدهای غیرضروری و گردش شهری و رستوران و پارک و... همچنان کنترل کمی در خانوارها صورت می‌گیرد. مدل‌های درگیری با کرونا طبق آمارهای دریاقتی از بیماران به این انواع دسته‌بندی شد:

جدول ۳. انواع مدل‌های درگیری با کرونا

نوع ریوی	گوارشی ریوی	گوارشی بویایی	بویایی	بی علامت
۳۰,۸	۱۰,۰	۲۳,۰	۳,۸	۱۶

بیشترین مدل درگیری افراد به صورت ریوی یا علائم تنفسی و ریوی است و کم‌ترین فراوانی مدل گوارشی و بویایی با ۳,۸ درصد است و ۳۲ درصد افراد با حداقل علائم بویایی و بی‌علامت هستند.

یافته‌های استنباطی

- فرضیه نخست: بین مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت‌محور و شدت درگیر با کرونا رابطه وجود دارد.

جدول ۴. رابطه مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت‌محور با شدت درگیری با کرونا

شدت درگیری با کرونا	ضریب تعیین تعدیل شده	بتا	معناداری
پیشگیری فردی	-.372	-.070	.293
پیشگیری خانوادگی	.594	.112	.082
کنترل ارتباطات اجتماعی	1.368	.151	.019
کنترل حضور در جامعه	.384	.067	.293

بین کنترل حضور در جامعه و شدت کرونا و پیشگیری فردی و خانوادگی رابطه وجود ندارد. بین کنترل ارتباطات اجتماعی با شدت درگیری با کرونا رابطه معنی‌داری وجود دارد. سطح معنی‌داری ۰,۰۱۹ نشان می‌دهد که به ازای یک واحد تغییر کنترل ارتباطات اجتماعی شدت کرونا ۰,۱۵۱ درصد بیشتر می‌شود؛ یعنی به‌ازای ارتباطات بیشتر با والدین و با فامیل و دوستان میزان شدت کرونا نیز افزایش می‌یابد. در این تحقیق چون همه افراد درگیر کرونا مورد بررسی قرار گرفته‌اند و چون درگیری با کرونا در همه آنها ثابت بوده است، لذا بین درگیری با کرونا و شدت آن با میزان پیشگیری فردی و خانوادگی رابطه نشان داده نشده است، زیرا با آلودگی به ویروس، شدت بیماری به مؤلفه‌های فیزیولوژیک بدن افراد وابسته است.

جدول ۵. هم‌بستگی میان گویه‌های سبک زندگی سلامت‌محور با شدت ابتلا به کرونا

گویه‌ها	ضریب پیرسون	معنی داری	گویه‌ها	ضریب پیرسون	معنی داری
ضد عفونی دست‌ها در محیط کار	۰,۵۷	۰,۲۵	ضد عفونی موبایل، عینک و ...	-۰,۰۴۴	۰,۳۷
ضد عفونی دست‌ها در خانه	۰,۶۴	۰,۱۹	رابطه با والدین و ... در زوجها	۰,۱۲۷	۰,۱۱
ماسک زدن	-۰,۱۰۳	۰,۰۴	رابطه با فامیل	۰,۱۴۱	۰,۰۰۵
عدم لمس سطوح	-۰,۶۷	۰,۱۷۹	رابطه با دوستان	۰,۱۱۱	۰,۰۲۷
عدم لمس صورت	-۰,۰۴۶	۰,۳۵	کاهش خریدهای غیرضروری	۰,۰۵۲	۰,۳۰۳
رعایت فاصله اجتماعی	-۰,۷۱	۰,۱۵۹	کاهش گردش شهری و تفریح در بیرون خانه	۰,۱۱۸	۰,۰۱۸
شستن مواد خریدشده	۰,۳۷	۰,۴۶۵	کاهش باشگاه ورزشی	۰,۰۶	۰,۲۲۸
ضد عفونی سطوح منزل	۰,۵۷	۰,۲۶۰	کاهش رستوران	۰,۰۱۸	۰,۷۱۹
جداسازی لباس‌های بیرون	-۰,۰۰۲	۰,۹۶	کاهش سفر بیرون شهری	۰,۱۳۱	۰,۰۰۹
جداسازی کفش‌ها	۰,۰۴۷	۰,۳۴۶	کاهش پارک رفتن	۰,۱۴۴	۰,۰۰۴

بین ماسک زدن، رابطه زوجین با والدین و خواهر و برادرها، رابطه با فامیل، رابطه با دوستان، کاهش گردش شهری و تفریحات داخل شهر، کاهش سفر به سایر شهرها و کاهش پارک رفتن با شدت درگیری با کرونا رابطه معنی دار وجود دارد. ضریب هم‌بستگی منفی ۰,۱۰۳ - نشان می‌دهد هر چه ماسک زدن بیشتر می‌شود شدت ابتلا به کرونا کم‌تر می‌شود. این مؤلفه‌ها از سایر مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت‌محور در شدت کرونا مؤثرتر هستند. بی‌تردید پیشگیری‌های فردی و خانوادگی هم در بروز کرونا تأثیر دارند، اما چون ما با افراد مبتلا به کرونا وارد تحقیق شده‌ایم و بروز کرونا را نمی‌سنجیم، بلکه فقط شدت آن و نوع کرونا در این تحقیق بررسی می‌شود، لذا این شاخص‌های پیشگیری فردی و خانوادگی اهمیت خود را نشان نمی‌دهند. اثر آن‌ها در تحقیق جامع دیگری - در میان همه افراد جامعه هم مبتلا به کرونا و هم عدم ابتلا به کرونا - قابل سنجش است.

- فرضیه دوم: بین مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت‌محور با وضعیت بستری افراد

رابطه وجود دارد.

جدول ۶. مقایسه میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های سبک زندگی در بستری شده‌ها و نشده‌ها

متغیر بستری	پیشگیری فردی		پیشگیری خانوادگی		کنترل ارتباطات اجتماعی		کنترل حضور در جامعه	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بستری نشده‌ها	۲۶,۷۵	۶,۷۲۲	۲۱,۳۶۴	۷,۰۶۸	۸,۷۴۲	۳,۹۹۷	۱۲,۲۵۴	۶,۰۲۲
بستری شده‌ها	۲۴,۲۵	۷,۸۵۹	۱۹,۴۲۸	۶,۹۶۴	۹,۸۵۴	۴,۲۶۵	۱۴,۲۴۱	۸,۰۸۷

از آنجایی که تعداد افراد بستری شده ۱۵,۵ درصد کل افراد بود اثر بستری شدن در شدت ابتلا به کرونا کم‌رنگ شده است. برای همین منظور بین دو گروه بستری شده و عدم نیاز به بستری با مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت‌محور تحلیل واریانس و آزمون لون انجام شد.

جدول ۷. بررسی آزمون لون و برابری واریانس مربوط به میزان پیشگیری فردی و وضعیت بستری

آزمون لون برای برابری واریانس‌ها	آزمون t برای برابری میانگین‌ها		
	F	معنی‌داری	T
فرض برابری واریانس	۳,۵۰۹	۰,۶۲	درجه آزادی
			سطح معنی‌داری
فرض نابرابری واریانس	۲,۴۹۳	۰,۰۲۲	اختلاف میانگین
			درجه آزادی

طبق آزمون لون فرض صفر، برابری واریانس‌ها رد می‌شود. پیشگیری فردی بین افراد بستری شده و افراد بی‌نیاز به بستری نابرابر است و میانگین پیشگیری در بستری شده‌ها و افراد بی‌نیاز به بستری تفاوت معنی‌داری دارد و به طوری که افراد بی‌نیاز به بستری شدن ۲۶,۷۵ میانگین پیشگیری فردی و بستری شده‌ها ۲۴,۲۵ پیشگیری فردی داشتند و اختلاف میزان پیشگیری در آنان ۲,۴۹۳ است. پس می‌توان گفت که افراد بی‌نیاز به بستری شدن بیشتر کنترل و پیشگیری فردی در ضد عفونی دست‌ها در خانه و محیط کار، عدم لمس سطوح در بیرون خانه، ماسک زدن، رعایت فاصله اجتماعی را انجام داده و لذا نیاز به بستری شدن در آن‌ها کاهش داشته است.

جدول ۸. بررسی تأثیر پیشگیری خانوادگی بر بستری شدن و عدم نیاز به بستری شدن

متغیر	وضعیت بستری	تعداد	میانگین	آماره ^۱	درجه آزادی	معنی داری
پیشگیری خانوادگی با وضعیت بستری	بستری نشده	۳۳۷	۲۱,۶۲	۳,۲۵	۳۹۷	۰,۰۰۱
	بستری شده	۶۲	۱۸,۴۸			

بین وضعیت بستری افراد با میزان پیشگیری خانوادگی تفاوت معنی داری وجود دارد و به عبارتی در میان بستری شده‌ها میانگین رعایت پیشگیری خانوادگی کم‌تر از افراد بی‌نیاز به بستری بوده است. جدول ۸ تأیید می‌کند که رعایت ضدعفونی مواد خریداری شده، ضدعفونی دستگیره‌ها و سطوح خانه، جدا کردن لباس‌های بیرون و کفش‌های مصرفی، ضدعفونی موبایل با بستری شدن و نشدن افراد رابطه معنی داری دارد. هر چه رفتارهای پیشگیری خانوادگی بیشتر مراعات شود افراد کم‌تر به بستری شدن کشیده می‌شوند.

جدول ۹. همواری مدل رگرسیونی بین کنترل ارتباطات اجتماعی و وضعیت بستری

کنترل ارتباطات اجتماعی و وضعیت بستری	جمع مجذورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	بتا	F	سطح معنی داری
رگرسیون	۰,۶۶۰	۱	۰,۶۶۰	۰,۱۱۲	۵,۰۸۰	۰,۰۲۵
باقیمانده	۵۱,۷۳۰	۳۹۸	۰,۱۳۰			
جمع کل	۵۲,۳۹۰	۳۹۹				

طبق جدول واریانس ANOVA کنترل ارتباطات اجتماعی با وضعیت بستری رابطه معنی داری دارد. با توجه به مقدار بتا^۱ و سطح معنی داری ۰,۰۲۵ میزان کنترل مرادوات در جامعه تأثیر قابل توجهی بر نیاز به بستری شدن دارد. به‌ازای هر واحد افزایش مرادوات در جامعه به میزان ۰,۱۱ درصد نیاز به بستری شدن افزایش می‌یابد.

- فرضیه سوم: بین مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت‌محور با دفعات ابتلا به کرونا رابطه وجود دارد.

بین تعداد دفعات ابتلا با کرونا نیز با مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت‌محور رابطه رگرسیونی سنجیده شد.

^۱. Bta

جدول ۱۰. رگرسیون چندمتغیره دفعات ابتلا با کرونا و مؤلفه های سبک زندگی سلامت محور

متغیر پیش بین	بتا	معنی داری	R2	R	F	معنی داری
پیشگیری فردی	۰,۰۴۰	۰,۵۵۱				
پیشگیری خانوادگی	۰,۰۸۴	۰,۱۹۷	۰,۰۷۳	۰,۲۷۱	۷,۷۶۵	۰,۰۰۰
کنترل ارتباطات اجتماعی	۰,۱۶۶	۰,۰۰۹				
کنترل حضور در جامعه	۰,۳۲۶	۰,۰۰۰				

کنترل ارتباطات اجتماعی و کنترل حضور در جامعه رابطه معنی داری با تعداد دفعات ابتلا به کرونا دارند. به طوری که به ازای هر واحد افزایش رفت و آمد با خانواده و فامیل و دوستان ۰,۱۶ درصد امکان دوباره مبتلا شدن به کرونا رخ می دهد و نیز به ازای یک واحد حضور بیشتر در پارک و سفر و باشگاه ورزشی و خرید و شهرگردی میزان ابتلا مجدد به کرونا ۰,۳۲ درصد بیشتر می شود. از مومن تحلیل واریانس همواری یا مقبولیت مدل از نظر آماری را نشان می دهد. در این جدول آماره F برابر با ۷,۷۶۵ در سطح معنی داری ۰,۰۰۰ توانایی مدل را از نظر آماری در توضیح تأثیر متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته نشان می دهد. بین میزان پیشگیری فردی و خانوادگی با ابتلا مجدد به کرونا رابطه به دست نیامد. این دو پدیده طبق جدول ۲ در همه افراد میانگین زیاد دارند.

- فرضیه چهارم: بین وضعیت اقتصادی با شدت درگیری با کرونا رابطه وجود دارد.
- فرضیه پنجم: بین متغیرهای زمینه ای (سن و تحصیلات) با شدت درگیری با کرونا رابطه وجود دارد.

جدول ۱۱. رابطه وضعیت اقتصادی، سن و تحصیلات با شدت کرونا

معناداری	تعداد	ضریب هم بستگی پیرسون	شدت درگیری با کرونا
۲۱۳.	۳۹۱	۰,۰۶۳	وضعیت اقتصادی خانواده ها
۴.00	۳۹۹	۱۹۶	سن
۰,۰۰۱	۳۹۹	۷۰-۱	سطح تحصیلات
۰,۰۰۳	۳۹۸	۰,۱۵۱	تعداد اعضای خانواده بیرون از خانه

بین شدت کرونا و وضعیت اقتصادی خانواده رابطه وجود ندارد. افراد با هر نوع سطح درآمد درگیر کرونا می‌شوند. سن افراد با شدت درگیری با کرونا رابطه معنی‌داری دارد. به‌ازای یک واحد تغییر سن شدت کرونا ۰,۱۹۶ درصد در سطح معنی‌داری ۰,۰۰۴ بیشتر می‌شود؛ یعنی به‌ازای سن بیشتر میزان شدت کرونا نیز افزایش می‌یابد. بین تعداد اعضای خانواده که به بیرون رفت‌وآمد می‌کنند با شدت درگیری با کرونا رابطه وجود دارد. به‌ازای یک نفر که به بیرون رفت‌وآمد می‌کند میزان ۰,۱۵ درصد شدت درگیری با کرونا بیشتر می‌شود. بین تحصیلات افراد هم با درگیری با کرونا رابطه دیده شده است. با تحصیلات پایین‌تر شدت درگیری با کرونا بیشتر می‌شود. علت رابطه معکوس به‌سبب افزایش ملاحظات پیشگیری و کنترل بیشتر روابط اجتماعی است.

از آنجایی که فقط ۵۱ درصد افراد سرم زده‌اند اثر این متغیر در شدت ابتلا به کرونا کم‌رنگ شده است. لذا مجدداً این متغیر با مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت‌محور بررسی شد.

– فرضیه ششم: بین شدت درگیری با کرونا با مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت‌محور رابطه وجود دارد.

جدول ۱۲. رابطه دفعات سرم زدن با مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت‌محور

معناداری	ضریب هم‌بستگی	تعداد	شدت درگیری با کرونا و
۰,۰۲۵	-۰,۱۱۲	۴۰۰	پیشگیری فردی
۰,۰۲۰	-۰,۱۱۶	۳۹۹	پیشگیری خانوادگی
۰,۰۲۹	۰,۱۰۹	۴۰۰	کنترل ارتباطات اجتماعی
۰,۱۴۹	۰,۰۷۲	۴۰۰	کنترل حضور در جامعه

بین دفعات نیاز به سرم در پاسخ‌گویان با پیشگیری فردی و خانوادگی و نیز کنترل ارتباطات اجتماعی رابطه معنی‌دار وجود دارد، به‌طوری که با افزایش پیشگیری فردی میزان نیاز به سرم کاهش می‌یابد و نیز با افزایش پیشگیری خانوادگی میزان نیاز به سرم کاهش می‌یابد و با افزایش ارتباطات اجتماعی میزان نیاز به سرم هم افزایش می‌یابد.

– فرضیه هفتم: بین شدت درگیری با کرونا در دفعه اول و دوم رابطه وجود دارد.

جدول ۱۳. رابطه شدت کرونا در دور اول با شدت کرونا در دفعه دوم ابتلا

معناداری	ضریب همبستگی	تعداد	
۰,۰۰۰	۰,۷۴۷	۵۹	شدت کرونا دفعه اول ابتلا با دفعه دوم

آزمون نشان می‌دهد که هر چه دفعه اول ابتلا شدیدتر باشد دفع دوم هم شدت ابتلا بیشتر است و رابطه مستقیم میان شدت کرونا در دو دفعه ابتلا وجود دارد. به طوری که ۰,۷۴ درصد میزان شدت ابتلا در دو بار درگیری به هم وابسته هستند که این رقم بالای وابستگی است و نشانه خطرناک بودن ابتلا در دفعه دوم برابر با دفعه اول است.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که میانگین سطح پیشگیری فردی و اجتماعی افراد زیاد است. اما میانگین کنترل ارتباطات اجتماعی و کنترل حضور در جامعه در افراد کم است و این نشانه کم‌رنگ بودن کنترل روابط اجتماعی و حضور در جامعه مبتلا به کروناست که در سطح بالایی اثر خود را بر شدت درگیری با کرونا نشان داد. خانواده تهرانی در کاهش روابط خانوادگی و فامیلی ناموفق عمل کرده است. این یافته با نظریات بورديو هماهنگ است. طبق دیدگاه بورديو افراد با انتخاب‌های فرهنگی خود موقعیت خود را درونی می‌کنند و سبک زندگی محصول ترجیحات افراد است و ترجیحات خانواده تهرانی حفظ روابط با والدین و فامیل حتی در شرایط کروناست.

نتایج استنباطی بیان می‌کنند که شدت کرونا با پیشگیری فردی و اجتماعی رابطه نشان نمی‌دهد و با کنترل ارتباطات اجتماعی شدت کرونا رابطه دارد. از کل گویه‌های سبک زندگی بین رابطه زوجین با والدین و خواهر و برادرها، رابطه با فامیل، رابطه با دوستان، کاهش گردش شهری و تفریحات داخل شهر، کاهش سفر به سایر شهرها و کاهش پارک رفتن که همگی مؤلفه‌های ارتباطات اجتماعی سبک زندگی هستند با شدت درگیری با کرونا رابطه معنی‌دار نشان دادند و این بیانگر اهمیت کنترل روابط اجتماعی در پیشگیری است که به دلیل عدم رعایت در جامعه متأسفانه شاهد رابطه قوی عدم کنترل روابط با شدت کرونا هستیم. این ابعاد سبک زندگی در تحقیقات کرونا تاکنون بررسی نشده است و دستاورد جدید این تحقیق است. این نتایج با نظریه هورکس و همکاران (مرادی؛ محمدی‌فر، ۱۳۹۹: ۱۳۰) تعارض دارد و نشان می‌دهد که برخلاف انتظار هورکس که کرونا فرهنگ مرادوات و تعاملات اجتماعی را تغییر

خواهد داد عملاً در خانواده‌های تهرانی شاهد عدم رواج این بخش از سبک زندگی مرتبط با پیش‌گیری کرونا هستیم.

براساس یافته‌های پژوهش، افراد با سن بالاتر شدیدتر کرونا می‌گیرند و افراد با تحصیلات بیشتر شدت کرونا را کم‌تر تجربه می‌کنند. وجود درگیری کم‌تر با کرونا در افراد تحصیل‌کرده با نظریه‌ی کاکرهام در چارچوب نظری هماهنگ است که می‌گوید طبقات بالا نسبت به طبقات کارگری بیشتر مراقب خودشان هستند و نتیجه می‌گیرد که شرایط اقتصادی - اجتماعی و محیطی تعیین می‌کند که تا چه حد سبک زندگی سلامت به‌طور مؤثرتری عمل می‌کند (کاکرهام، ۲۰۰۵: ۵۶) و افراد دارای اعضای خانواده‌ی پررفت‌وآمد با جامعه شدت درگیری بیشتری با کرونا را تجربه می‌کنند.

از آنجایی که تعداد افراد بستری شده ۱۵,۵ درصد کل افراد بود اثر بستری شدن در شدت ابتلا به کرونا کم‌رنگ لحاظ شد و لذا به‌طور دقیق‌تر در تحلیل واریانس بستری شدن و نشدن با پیشگیری فردی و خانوادگی رابطه‌ی معنی‌داری به‌دست آمد و میانگین پیشگیری فردی و خانوادگی در افراد بستری پایین‌تر از افراد بی‌نیاز به بستری بود. میزان کنترل ارتباطات اجتماعی هم در بستری‌شده‌ها کم‌تر از افراد بی‌نیاز به بستری شدن بود. این موارد نشان می‌دهد که در افراد بستری‌شده رعایت پیشگیری فردی و اجتماعی کم بوده و میزان ارتباطات اجتماعی بالاتر از سایر پاسخ‌گویان بوده است. در افراد دوبار کروناگرفته نیز رگرسیون و تحلیل واریانس نشان داد که کنترل ارتباطات اجتماعی و کنترل حضور در جامعه رابطه‌ی معنی‌داری با دو بار ابتلا به کرونا دارند و در افراد دوبار کروناگرفته میزان ارتباطات اجتماعی و حضور در جامعه زیادتر از سایر پاسخ‌گویان بوده است. به این ترتیب در اجرای پیشگیری از کرونا در ایران متأسفانه عامل مرادفات و ارتباطات اجتماعی مورد غفلت و کم‌توجهی قرار گرفته است. ارتباطات سبب افزایش بستری شدن‌ها و شدت بیشتر کرونا شده است که خود نشانگر ضعف اعضای جامعه در کنترل این مؤلفه‌ی مهم پیشگیری علمی است که توسط وزارت بهداشت و درمان و نیز سازمان بهداشت جهانی و مجامع علمی در کل جهان بر آن تأکید می‌شود و نیز شاخص‌های اصلی سبک زندگی سلامت‌محور در مقابله با کروناست. این موارد با نظریات طاهری (۱۳۹۹) در چارچوب نظری هماهنگ است.

شدت کرونا با دو بار ابتلا هم رابطه‌ی قوی نشان داد، به‌طوری که می‌توان گفت هرچه شدت کرونا در دور اول بیشتر بوده است در دور دوم هم افراد شدید آن را تجربه کرده‌اند.

بین دفعات نیاز به سرم افراد با پیشگیری فردی و خانوادگی و کنترل حضور در جامعه رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد و هرچه پیشگیری فردی و خانوادگی بیشتر باشد پاسخ‌گویان

میزان سرم کمتری دریافت کرده‌اند و هرچه میزان ارتباطات اجتماعی بیشتر باشد افراد تعداد سرم بیشتری احتیاج داشته‌اند. این نتایج با نظرات وزارت بهداشت، درمان و سازمان بهداشت جهانی هماهنگ است (وزارت بهداشت، درمان و...، ۱۳۹۹: ۱۵، ۱۶). در این مورد هم باز عمل نکردن به مؤلفه اصلی پیشگیری یعنی کنترل ارتباطات در جامعه اثر قوی بر شدت کرونا و نیاز افراد به سرم را نشان می‌دهد. در مجموع می‌توان گفت در تهران که از شهرهای بزرگ و دارای پیشینه شهری است و شاهد حضور گسترده خانواده هسته‌ای در مقایسه با سایر شهرهای کشور است، وقتی افراد ناتوان از کاهش مراودات و ارتباطات اجتماعی و رفت‌وآمد با خانواده هستند در سایر شهرها و روستاهای دیگر نباید انتظار کنترل این مؤلفه را داشته باشیم. لذا یکی از پاشنه‌های آشیل جامعه در مقابله با کرونا همین ضعف در کاهش روابط با فامیل است. در واقع، علی‌رغم تأکید مجامع علمی و سازمان‌های بهداشتی و درمانی داخلی و خارجی باز هم ارتباطات اجتماعی انجام می‌گیرد و ادامه می‌یابد و سبک اجرایی پیشگیری زندگی سلامت‌محور در تهران فاقد توجه به مؤلفه کاهش روابط اجتماعی است.

منابع

- اسماعیلی، رضا؛ قدریند فرد شیرازی، زینب (۱۳۹۹) «مطالعه پدیدارشناسی تجربه سالمندان ۶۰ تا ۹۰ ساله شیرازی از کرونا»، *مجله مطالعات اجتماعی ایران*، شماره ۲: ۳۶-۵۸.
- اسکندریان، غلامرضا (۱۳۹۹) «ارزیابی پیامدهای ویروس کرونا بر سبک زندگی (با تأکید بر الگوی مصرف فرهنگی)»، *ارزیابی تأثیرات اجتماعی*، ویژه‌نامه پیامدهای شیوع ویروس کرونا، کووید-۱۹، شماره ۲: ۶۶-۸۵.
- اله‌دادی، نورالدین؛ زاهدی، محمدجواد؛ ناییبی، جواد؛ صداقت‌زادگان، شهناز (۱۳۹۵) «تحلیل جامعه‌شناختی رابطه سبک زندگی و هویت ملی، نمونه‌ای مطالعاتی در چهار شهر استان لرستان»، *مجله مطالعات اجتماعی ایران*، شماره ۳: ۲۷-۵۳.
- ایمانی جاجرمی، حسین (۱۳۹۹) «پیامدهای اجتماعی شیوع ویروس کرونا در جامعه ایران»، *ارزیابی تأثیرات اجتماعی*، ویژه‌نامه پیامدهای شیوع ویروس کرونا، کووید-۱۹، شماره ۲: ۸۸-۱۰۳.
- بیرقی فرد، علی؛ کارگر، فاطمه (۱۳۹۹) «سلامتی و پیشگیری از بیماری کرونا»، *مطالعات کاربردی در علوم اجتماعی و جامعه‌شناسی*، شماره ۷ (۱۰): ۴۷-۵۴.
- پارسامهر، مهربان؛ رسولس‌نژاد، سید پویا (۱۳۹۴) «بررسی رابطه سبک زندگی سلامت‌محور با سلامت اجتماعی در بین مردم شهر تالش»، *توسعه اجتماعی*، شماره ۱: ۳۵-۶۶.
- ثبوتی، فرهاد؛ معلم سواسری، آریوشا؛ آریانا، مهدی؛ مسگرانی، عباس (۱۳۹۹) «ویروس کرونا، چالش جدید کنترل عفونت در دندانپزشکی»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، شماره ۱۸۶: ۱۸۵-۱۹۴.

- خادمیان، طلیمه (۱۳۸۷) سبک زندگی و مصرف فرهنگی: مطالعه‌ای در حوزه جامعه‌شناسی فرهنگی و دیباچه‌ای بر سبک زندگی فرهنگی ایرانیان، تهران: مؤسسه فرهنگی هنری جهان کتاب.
- ذکائی، محمدسعید؛ و دادهیر، ابوعلی (۱۳۹۵) «عوامل مؤثر بر انتخاب سبک زندگی سلامت‌محور شهروندان شهر تهران با تأکید بر مصرف رسانه‌ای»، *مجله جهانی رسانه*، شماره ۱: ۴۷-۶۵.
- طاهری، سارا (۱۳۹۹) «مروری بر بیماری کروناویروس (کووید-۱۹) و آنچه درباره آن شناخته شده است»، *مجله تصویر سلامت*، شماره ۱۱: ۸۷-۹۳.
- غفاری، غلامرضا (۱۳۸۷) «سازه سرمایه فرهنگی و منابع مولد آن»، *رشد آموزش علوم اجتماعی*، شماره ۲: ۱۲-۲۶.
- فاضلی، نعمت‌الله (۱۳۹۲) «دنیای غرب و انقلاب در سبک زندگی»، *صدای جمهوری اسلامی ایران*، شماره ۷۰: ۳۰-۴۰.
- فراحتی، مهرزاد (۱۳۹۹) «پیامدهای روان‌شناختی شیوع ویروس کرونا در جامعه»، *ارزیابی تأثیرات اجتماعی*، ویژه‌نامه پیامدهای شیوع ویروس کرونا، کووید-۱۹، شماره ۲: ۲۰۷-۲۲۵.
- کاویانی، محمد (۱۳۹۰) «کمی‌سازی و سنجش سبک زندگی اسلامی»، *روان‌شناسی و دین*، شماره ۲: ۲۷-۴۴.
- کیوان‌آرا، محمود (۱۳۸۶) اصول و مبانی جامعه‌شناسی پزشکی، اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۸۲) *تجدد و تشخیص (جامعه و هویت شخصی در عصر جدید)*، ترجمه ناصر موفقیان، تهران: نشر نی.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۸۶) *جامعه‌شناسی*، ترجمه حسن چاوشیان، تهران: نشر نی.
- مرادی، علی؛ محمدی‌فر، نجات (۱۳۹۹) «نقش شبکه‌های اجتماعی در شکل‌گیری هراس اجتماعی و تغییر سبک زندگی ناشی از ویروس کرونا (مطالعه موردی شهر کرمانشاه)»، *نشریه علمی انتظام اجتماعی*، شماره ۲، ۱۲۳-۱۴۸.

- Cockerham, W. C. (2005) "Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure", *Journal of Health and Social Behavior*, No.46: 51-67.
- Chaney, D. (2002) "Comopolitan art and cultural citizenship, Theory", *Culture and Society*, No.19(1-2): 157-74.
- Matthewman, S.; Huppertz, K. (2020) "A sociology of Covid-19", *Journal of Sociology*, Vol. 56(4): 675-683
- Saladino, V.; Algeri, D.; Auriemma, V. (2020) "the psychological and social impact of covid-19: new perspective of well-being", *Frontiers in Psychology.Perspective.v 11* article 577684.

- World Health Organization* (1998) "Health promotion glossary, Geneva, Switzerland: author. Tavakoli, R. & Sanaei Nasab, H. (1996). "Use of safety belt", *Journal World Health*, No.11(1): 38-41.
- Ward, R. P. (2020) "A sociology of the Covid-19 pandemic: commentary and research agenda for sociologists, SAGE", *Journal of Sociology*, Vol. 56(4): 726-735.