



تغییرات سبک زندگی، سلامت روان و خشونت علیه زنان در دوران شیوع کرونا Lifestyle Changes, Mental Health, and Violence against Women during the Corona Outbreak

Mehdi Imani
Zahra Naderi
Arezuo Soltan Mohammadi
Marjan Emamjomeh
Milad Sharafi Zadegan

مهدی ایمانی*
زهرا نادری**
آرزو سلطان محمدی***
مرجان امام جمعه****
میلاد شرفی زادگان*****

Abstract

The present study is to examine lifestyle changes, mental health, and violence against women during the corona virus outbreak. The method of the present study is fundamental in terms of purpose and mode of data collection, a survey conducted in the form of a regression correlational research project. The population includes all married women living in the cities of Tehran and Shiraz in 2021. Among them, a sample of 193 subjects was selected by purposive sampling. The subjects answered the General Health Questionnaire (GHQ-28), Questionnaire to Measuring Wife Abuse (QMWA), and Lifestyle Changes Questionnaire (LCQ) during the Covid-19 pandemic. Data were analyzed with SPSS 22 software using Pearson correlation coefficient and stepwise regression. The results of the study showed that lifestyle changes had a negative significant relationship with mental health ($p < 0.01$). However, no significant association was found with violence against women ($p > 0.05$). In addition, among the lifestyle changes examined, changes in sleep were significant predictors of mental health ($p < 0.01$). Overall, the results suggest that the side effects of the Corona pandemic are severe and put women at risk for mental health problems. In addition, women may be exposed to abuse due to lifestyle changes caused by the Corona virus epidemic. Therefore, the negative impact of Corona virus on mental health and violence against women can be minimized through interventions, timely follow-up by individuals, and effective measures by society.

Keywords: Lifestyle Changes, Mental Health, COVID-19, Violence.

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی تغییرات سبک زندگی با سلامت روان و خشونت علیه زنان در دوران شیوع ویروس کرونا بود. روش پژوهش حاضر از نظر هدف، بنیادی و از حیث نوع گردآوری اطلاعات پیمایشی بود که در قالب یک طرح پژوهشی همبستگی از نوع رگرسیون انجام شده است. جامعه آماری شامل همه زنان متأهل ساکن شهرستان تهران و شیراز در سال ۱۳۹۹ است که در این میان نمونه‌ای به حجم ۱۹۳ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان به پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)، پرسشنامه تجربه همسرآزاری (QMWA) و پرسشنامه تغییرات سبک زندگی در دوران شیوع کرونا (LCQ) پاسخ دادند. داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام‌به‌گام تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد، تغییرات سبک زندگی با سلامت روان رابطه منفی و معنادار داشت ($p < 0.01$)، ولی با خشونت علیه زنان رابطه معناداری یافت نشد ($p > 0.05$). همچنین از میان تغییرات سبک زندگی بررسی‌شده، تغییرات خواب پیش‌بینی‌کننده معنادار سلامت روان بود ($p < 0.01$). به‌طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد، اثرات جانبی اپیدمی کرونا بسیار چشمگیر است و زنان را در معرض خطر آسیب‌های روانی قرار می‌دهد. همچنین به‌دلیل تغییرات به‌وجودآمده در سبک زندگی در اثر شیوع ویروس کرونا ممکن است زنان در معرض خطر خشونت قرار بگیرند؛ بنابراین با ارائه مداخلات و پیگیری‌های به‌موقع توسط فرد و اقدامات مؤثر از سوی جامعه می‌توان اثرات جانبی ویروس کرونا بر سلامت روان و خشونت علیه زنان را به حداقل رساند.

واژه‌های کلیدی: تغییرات سبک زندگی، سلامت روان، کووید-۱۹، خشونت.

* استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

** کارشناس روان‌شناسی، دانشکده اقتصاد و مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز، شیراز، ایران

*** کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور عسلویه، عسلویه، ایران

**** کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

***** نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

مقدمه

در اواخر دسامبر سال ۲۰۱۹، ویروسی به نام کووید-۱۹ توسط سازمان بهداشت جهانی^۱ برای اولین بار در شهر ووهان چین گزارش شد. این ویروس به سرعت به سایر کشورها از جمله ایتالیا، ایران و کره جنوبی سرایت کرد (علیزاده و همکاران، ۲۰۲۰). براساس داده‌های منتشرشده توسط سازمان بهداشت جهانی، تعداد مبتلایان به ویروس کووید-۱۹ در ایران تا بیست و نهم بهمن ماه سال ۱۳۹۹ به ۱۵۳۴۰۳۴ نفر رسید و حدود ۵۹۱۱۷ نفر نیز جان خود را از دست دادند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۱). بیماری کووید-۱۹ به تغییر شیوه معمول زندگی بسیاری از جمعیت جهان منجر شده است (مارکس، موراس، هاسلمن، دسلندز و ریچنهم، ۲۰۲۰). سازمان بهداشت جهانی برای جلوگیری از ابتلا به این ویروس، توصیه‌هایی از قبیل رعایت بهداشت، فاصله اجتماعی و بیرون آمدن از خانه تنها در صورت لزوم ارائه کرده است. همچنین برای کنترل شیوع بیماری کووید-۱۹ می‌توان به اقدامات دولتی اشاره کرد که راهبردهایی در راستای توصیه‌های سازمان بهداشت جهانی ارائه شده است. این اقدامات اثرات مفیدی در کنترل بیماری داشته است، اما سبب افزایش استرس، اختلال در برنامه روزمره و اضطراب نیز شده است (حسین و اشکانی، ۲۰۲۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند، اقدامات مرتبط با دوران شیوع کووید-۱۹ به افزایش فشار روانی حتی در کشورهای پیشرفته منجر شده است. همچنین افزایش سطح پریشانی روان‌شناختی، عصبانیت، پرخاشگری، اضطراب، افسردگی و همچنین آمار خشونت‌های بین فردی را نگران‌کننده اعلام کرده‌اند (جانگ، کنیر و کروگر، ۲۰۲۰). در این میان، مداخلات غیردارویی^۲ برای کاهش انتقال بیماری اجباری شده است. این مداخلات شامل محدودیت‌های شخصی و سیاست‌های فاصله فیزیکی مانند قرنطینه جمعی و انزوای اجباری در خانه است. مداخلات غیردارویی ممکن است رفتارهای مربوط به سبک زندگی^۳ را بهتر یا بدتر کنند. ماندن و کارکردن طولانی مدت در خانه می‌تواند بر رژیم غذایی، انتخاب غذا و دسترسی به غذا تأثیر بگذارد (گاریکا، دریوین، زیلینسکا و هامولکا، ۲۰۲۰).

سبک زندگی مجموعه‌ای از عادات است که با یک هدف اصلی هدایت می‌شود و الگویی است که فردی را از دیگری متمایز می‌کند. یک فرد می‌تواند به شیوه‌های مختلف، خودش را از طریق بسیاری از سبک‌های زندگی بیان کند؛ برای مثال نحوه غذاخوردن، میزان تحرک بدنی، نوع پوشش و محل زندگی می‌تواند در تعریف شخص از سبک زندگی مؤثر باشد (جنسن، ۲۰۰۷). سبک زندگی می‌تواند در تبیین سلامت روان و جسم تأثیرگذار باشد. در جوامع مدرن بیماری‌هایی که بیشترین میزان مرگومیر را دارند، به شدت توسط سبک زندگی تبیین می‌شوند. تفاوت‌های کوچک در سبک زندگی می‌تواند تفاوت عمده‌ای در وضعیت سلامت روان و جسم داشته باشد (والش، ۲۰۱۱). مطالعات در زمینه تغییرات سبک زندگی در دوران شیوع کووید-۱۹ نشان می‌دهند تعداد محدودی از رفتارها که به طور معمول در برابر افزایش وزن محافظت می‌کنند

-
1. world health organization
 2. non-pharmacological interventions
 3. lifestyle

(برای مثال فعالیت بدنی) در مقایسه با قبل از قرنطینه‌شدن کاهش یافته است (رایبسون و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین استفاده بیش‌ازاندازه دستگاه‌های دیجیتال ممکن است الگوی خواب، فعالیت بدنی و بهزیستی ذهنی را تغییر دهد و به خطر بیندازند (ماجومدار بیسواس و ساهو، ۲۰۲۰).

پیش‌بینی می‌شود افزایش مصرف تغذیه ناسالم، رفتار کم‌تحرک و غیره ممکن است پیامدهای پیش‌بینی‌نشده میان‌مدت و بلندمدتی برای سلامت روان و جسم داشته باشد (بالانزا مارتینز، اتینزا کاربونل، کاپزینسکی و دی‌بونی، ۲۰۲۰). همچنین افزایش قرارگرفتن در معرض نور مصنوعی، تأثیر سوء بر سلامت خواب و کاهش کیفیت آن دارد و سبب افزایش خواب‌آلودگی در طول روز می‌شود (سین‌ها، پانده و سینها، ۲۰۲۰). اگرچه قرنطینه و اقدامات انزوای فیزیکی ممکن است با جلوگیری و کاهش انتقال ویروس تأثیر مثبتی در محافظت از سلامت جسمی مردم داشته باشد، اما اعمال این اقدامات مهارکننده^۱ که به تغییراتی در سبک زندگی منجر شده است، می‌تواند تأثیر روانی و اجتماعی منفی طولانی‌مدت و گسترده‌ای در زندگی افراد داشته باشد (آنتونس و همکاران، ۲۰۲۰). در این راستا پژوهشی توسط همدانی و همکاران (۲۰۲۰) در بنگلادش انجام شد و تأثیر شرایط ماندن در خانه برای کنترل کووید-۱۹ را روی متغیرهایی مانند سلامت روان، خشونت شریک زندگی و شرایط اقتصادی اجتماعی را بررسی کرده است و نتایج آن، کاهش قابل‌توجه درآمد، افزایش ناامنی غذایی، افزایش وخامت در سلامت روان، افزایش اضطراب و همچنین مستنداتی بر تجربه خشونت از سمت شریک زندگی را نشان داده است (همدانی و همکاران، ۲۰۲۰).

طی این همه‌گیری اگرچه در ابتدا تمرکز بیشتر بر سلامت جسمی بوده، نگرانی‌های مربوط به بهداشت روانی به‌سرعت افزایش‌یافته است (سدیری و همکاران، ۲۰۲۰). براساس گفته اورژانس بهداشت عمومی، مشکلات بهداشت روان ناشی از بیماری همه‌گیر کووید-۱۹ را نمی‌توان نادیده گرفت (رن و همکاران، ۲۰۲۰). بر مبنای تعریفی از سازمان بهداشت جهانی، سلامت روان حالتی است که در آن فرد به توانایی‌های خود پی ببرد، بتواند با استرس‌های طبیعی زندگی کنار بیاید، به‌طور مفید کار کند و قادر باشد در جامعه خود سهمی داشته باشد (گالدربسی، هینز، کاستراپ، بی‌زالد و سارتریوس، ۲۰۱۵).

تغییرات سبک زندگی ناشی از شیوع کووید-۱۹ تأثیرات روان‌شناختی قابل‌توجهی در سلامت روان سطوح مختلف جامعه داشته است؛ از جمله بالابردن سطح اضطراب، استرس، ترس، افسردگی، بی‌حوصلگی، اطمینان‌نداشتن، علائم استرس پس از سانحه^۲ و همچنین عصبانیت را به همراه داشته است. این نشانه‌ها را می‌توان هم در افراد مبتلا و هم در افراد مشکوک به ابتلا ردیابی کرد (علیزاده و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین دیده شده است بیماران مبتلا به ویروس کووید-۱۹ علاوه بر علائم بیماری، علائم روان‌پزشکی مانند بی‌خوابی، خلق افسرده و طغیان‌های تهاجمی را نشان می‌دهند (سزیناک، گلدکا، میسیاک، گیران و ریما‌سزسکا، ۲۰۲۰). از سوی دیگر اضطراب هنگامی که از حد طبیعی خود بالاتر باشد، سیستم ایمنی بدن را ضعیف می‌کند و در نتیجه خطر ابتلا به ویروس را افزایش می‌دهد (مغنی باشی منصوریه، ۲۰۲۰). در این میان

-
1. inhibitory actions
 2. posttraumatic stress disorder

جنسیت یکی از فاکتورهای تعیین کننده در ابتلا به بیماری‌های روان‌شناختی است (کانر و همکاران، ۲۰۲۰). براساس مطالعه‌ای در ایران، زنان به‌طور چشمگیری در مقایسه با کووید-۱۹ احساس اضطراب بیشتری کردند (پیه، بادیمیر و پرابست، ۲۰۲۰). همچنین داده‌های اولیه نشان داده‌اند زنان در مقایسه با مردان تأثیر روانی قابل توجه‌تری از شرایط بیماری همه‌گیر پذیرفته‌اند (فارل و همکاران، ۲۰۲۰)؛ از این‌رو زنان در معرض خطر بیشتری هستند. تغییرات سبک زندگی ناشی از شیوع کرونا همچنین میزان خشونت خانگی را تحت تأثیر قرار داده است؛ چراکه شرایط استرس‌زا مانند پروتکل‌های فاصله‌فیزیکی می‌تواند خطر خشونت خانگی^۱ و جنسی^۲ را تشدید کند (ویوایرس و بانامی، ۲۰۲۰).

خشونت خانگی به طیف وسیعی از تخلفات مربوط به یک فضای خانگی اشاره دارد. این اصطلاحی گسترده است که شامل خشونت از سمت شریک صمیمی زندگی^۳ است (بردبری جانز و ایشام، ۲۰۲۰). یکی از تأثیرات بالقوه اجتماعی کووید-۱۹ که به‌سرعت توجه جهانی را به خود جلب کرد، میزان خشونت خانوادگی است. در این زمینه، سازمان ملل در ۲۷ مارس ۲۰۲۰ بیانیه‌ای صادر کرد و هشدار داد میزان خشونت گسترده شریک زندگی صمیمی به‌دلیل بیماری همه‌گیر ویروس کووید-۱۹ افزایش می‌یابد (بردلی، دی پاسکال، دیلابا و اسکیندر، ۲۰۲۰). این تغییرات به شکل رفتارهای اعمال‌شده توسط یکی از اشخاص در رابطه برای اعمال قدرت بر فرد دیگر به شکل صدمات جسمی، روانی یا جنسی بوده است (راش، امین، گاپتا و مونرو، ۲۰۲۰). با این حال بررسی‌ها نشان می‌دهد روند تغییرات خشونت خانگی سیر ثابتی را طی نمی‌کند؛ برای نمونه شاغل‌بودن یا نبودن زنان در تجربه خشونت مؤثر است. یک زن شاغل خشونت خانوادگی کمتری را تجربه می‌کند؛ زیرا او وقت کمتری را در خانه در موقعیت آسیب‌پذیر می‌گذراند (هسو و هنکه، ۲۰۲۰). همچنین در گزارش‌های مربوط به انواع خاصی از جرائم، مانند خشونت خانگی، روند کاهشی مشاهده می‌شود؛ زیرا برخی قربانیان ممکن است از تماس با پلیس یا مراکز مخصوص رسیدگی به خشونت ترس داشته باشند؛ زیرا مرتکبان خشونت در مکانی مشترک با آن‌ها هستند و می‌توانند ارتباطات آن‌ها را از نزدیک کنترل و محدود کنند. از طرف دیگر، براساس پژوهشی، داده‌های اولیه‌ای از شهر میامی در فلوریدا نشان می‌دهد دستگیری‌های خشونت خانگی در طول ماه مارس کاهش یافته است (پیکوترو و همکاران، ۲۰۲۰).

به‌طور خاص، همه‌گیری‌ها، نابرابری‌های جنسیتی موجود را برای زنان و دختران بدتر می‌کند و می‌تواند بر نحوه درمان و مراقبت از آن‌ها تأثیر بگذارد. افزایش گزارش‌ها مربوط به خشونت خانگی علیه زنان طی همه‌گیری، هشدار برای پژوهشگران، نمایندگان و چندین سازمان جامعه مدنی بوده است. آن‌ها با استفاده از شبکه‌های رسمی و غیررسمی، نگرانی خود را ابراز و تأیید کردند (سانچز، واله، رودریگس و سوریتا، ۲۰۲۰). با توجه به افزایش چشمگیر موارد خشونت خانگی که طی شیوع کووید-۱۹ مشاهده شده، بسیار نگران کننده است (باربارا و همکاران، ۲۰۲۰). با وجود این جامعه جهانی بهداشت، همچنان درگیر چگونگی

-
1. domestic violence
 2. sexual violence
 3. intimate partner violence

جلوگیری از شیوع کووید-۱۹ است و نمی‌توان اپیدمی مداوم خشونت را نادیده گرفت (راش و همکاران، ۲۰۲۰). در ایران هم با توجه به اینکه قبلاً گزارش‌هایی مبنی بر سطح بالای اعمال خشونت علیه زنان وجود داشته است (پیرنیا، پیرنیا و پیرنیا، ۲۰۲۰) و با تشدید این بیماری، گزارش‌های مربوط به خشونت شریک زندگی روند افزایشی داشته است. پرداختن به خشونت خانگی و همچنین سلامت روان اولویتی جهانی به شمار می‌رود (سانتاسو و همکاران، ۲۰۲۱). به‌علاوه با توجه به برخی پژوهش‌های انجام‌شده درباره خشونت خانگی در دوران شیوع کرونا، گزارش‌هایی حاکی از تغییرات یا کاهش میزان خشونت دیده شده است؛ بنابراین ضرورت پرداختن به خشونت خانگی علیه زنان در راستای تغییرات سبک زندگی، با گذشت نزدیک به یک سال، با توجه به دلایلی اهمیت دارد. از جمله می‌توان به گزارش‌ندادن خشونت خانگی توسط زنان به‌ویژه در ایام قرنطینه اشاره کرد. از سوی دیگر، طی بررسی‌های انجام‌شده، با وجود شیوع خشونت علیه زنان در ایران، پژوهشی درباره اثرات جانبی ویروس کووید-۱۹ بر خشونت علیه زنان تاکنون صورت نگرفته است. همچنین بررسی پیشینه نشان می‌دهد، روند تغییرات خشونت خانگی ثابت نبوده است که این موضوع نیاز به بررسی بیشتر دارد (پیکوئرو و همکاران، ۲۰۲۰). به‌علاوه بیشتر بررسی‌ها در این دوران روی آثار جسمی کرونا معطوف بود و تأثیرات این شرایط بر سلامت روان اشخاص پیگیری نشده است. همچنین تحقیقات تنها بر وضعیت روانی در مراحل اولیه شیوع تمرکز داشتند و اثرات روان‌شناختی طولانی‌مدت بیماری پیگیری نشده است (رن و همکاران، ۲۰۲۰)؛ بنابراین علاوه بر اینکه همه‌گیری ویروس کووید-۱۹ یک نگرانی عمده درباره سلامت جسمی است، این عوامل ممکن است به تبدیل شدن آن به یک بحران روانی - اجتماعی منجر شود (سدیری و همکاران، ۲۰۲۰). در همین راستا مطالعه حاضر با هدف بررسی تغییرات سبک زندگی با سلامت روان و خشونت علیه زنان در دوران شیوع کووید-۱۹ انجام شده است.

سؤالات پژوهش

- آیا تغییرات سبک زندگی، سلامت روان و خشونت علیه همسر با یکدیگر رابطه دارند؟
- تغییرات سبک زندگی و خشونت علیه همسر به چه میزان پیش‌بینی‌کننده سلامت روان هستند؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

روش پژوهش حاضر از نظر هدف، بنیادی و از حیث نوع گردآوری اطلاعات، پیمایشی است که در قالب یک طرح پژوهشی همبستگی از نوع رگرسیون انجام گرفته است. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی زنان ساکن شهرستان‌های تهران و شیراز در سال ۱۳۹۹ تشکیل داده است. براساس فرمول تاباچنیک، فیدل و المان (۲۰۰۷) با قراردادن تعداد متغیرهای پیش‌بین در این مطالعه که برابر با ۴ متغیر است، حداقل حجم نمونه مورد نیاز برابر با ۸۲ خواهد بود. با توجه به احتمال ریزش و برای افزایش توانایی تعمیم‌پذیری، تعداد

۲۲۰ نفر به‌عنوان نمونه به روش نمونه‌گیری هدفمند از میان افرادی که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب شدند. ملاک ورود افراد به پژوهش، متأهل بودن، داشتن رضایت کامل و دارا بودن حداقل تحصیلات ابتدایی و ملاک خروج این بود که کمتر از یک سال از ازدواجشان گذشته باشد. سپس با اعلام آمادگی، موافقت و آگاهی شرکت‌کنندگان از اختیار داشتن برای خاتمه‌دادن به همکاری در هر مرحله از اجرای پژوهش به نسخه الکترونیکی پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند.

ابزار سنجش

پرسشنامه سلامت عمومی^۱ (GHQ-28)

این پرسشنامه شامل ۲۸ سؤال درباره بررسی وضعیت سلامت روان است که توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۹ تدوین و ارائه شده است (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹) و دارای چهار مقیاس فرعی علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید است و هر مقیاس هفت پرسش دارد. در نمره‌گذاری سؤالات، حداقل نمره کسب‌شده از سمت پاسخ‌دهنده صفر، به معنای بیشترین میزان از سلامت روان و حداکثر نمره ۸۴ به معنای کمترین میزان از سلامت روان است. به‌منظور تعیین اعتبار روایی و ساختار عاملی پرسشنامه سلامت عمومی، تحقیقی توسط نظیفی و همکاران انجام شده که نتایج آن بر روی ۴۱۵ نفر نمونه نشان می‌دهد همه ضرایب آلفا در این مطالعه بالاتر از ۰/۷۴ هستند. این یافته‌ها از همسانی درونی مناسب خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه حکایت دارند. به‌منظور انجام تحلیل عاملی از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی یک راه‌حل چهار عاملی و چرخش واریماکس استفاده شد. شاخص KMO مساوی با ۰/۸۶۹ بود و این چهار عامل ۶۰ درصد از واریانس کلی را تبیین کردند (نظیفی و همکاران، ۱۳۹۲). گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) نتیجه بیش از ۷۰ تحقیق را در این خصوص ارائه داده‌اند و براین اساس اعتبار متوسط ۰/۸۳ و پایایی متوسط را ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند. در پژوهش رضایی، صالحی، یوسف‌زاده چابک، موسوی و کاظم‌نژاد (۱۳۹۰) ضریب روایی ملاکی ۰/۷۸، ضریب پایایی تنصیف ۰/۹۰ و آلفای کرونباخ ۰/۹۷ این پرسشنامه گزارش شده است.

پرسشنامه همسرآزاری^۲ (QMWA)

این پرسشنامه شامل ۱۹ سؤال درباره تجربه خشونت است که جوانب مختلفی از خشونت را می‌سنجد که توسط علی‌پور، رفیعی، علیار و بهرامی در سال ۱۳۹۸ ارائه شده است. این پرسشنامه پنج مقیاس فرعی دارد و هر مقیاس دارای تعدادی پرسش است. عامل اول، خشونت جسمی سبک شامل پنج سؤال، عامل دوم، خشونت جسمی سنگین شامل چهار سؤال، عامل سوم، خشونت عاطفی شامل چهار سؤال، عامل چهارم، خشونت کلامی شامل سه سؤال و عامل پنجم، خشونت جنسی شامل سه سؤال است. طی نمره‌گذاری

1. General Health Questionnaire-28 (GHQ_28)
2. Questionnaire To Measuring Wife Abuse (QMWA)

سؤالات، حداقل نمره کسب‌شده از سمت پاسخ‌دهنده صفر است به معنای تجربه‌نکردن خشونت و حداکثر نمره کسب‌شده ۵۷ به معنای بیشترین میزان از تجربه همسرآزاری است. برای تعیین روایی ابزار از تحلیل عاملی اکتشافی و برای تعیین پایایی آن از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای برآورد پایایی (همسانی درونی) برای کل پرسشنامه ۰/۸۶ به دست آمده است. همچنین مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای سایر خرده‌مقیاس‌ها نیز از ۰/۸۰ تا ۰/۸۴ است (علی‌پور، رفیعی، علیار و بهرامی، ۱۳۹۸).

پرسشنامه تغییرات سبک زندگی^۱ (LCQ)

پرسشنامه تغییرات سبک زندگی، توسط کوماری و همکاران (۲۰۲۰) برای بررسی تغییرات سبک زندگی در دوران شیوع کرونا ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۲۰ سؤال است که تغییرات سبک زندگی را در سه حوزه ارزیابی می‌کند که عبارت‌اند از: ۱. تغییرات مربوط به مصرف غذا (مثال: «در دوران بیماری همه‌گیر کووید-۱۹، احتمال اینکه از یکی از وعده‌های اصلی غذایی (صبحانه/ناهار/شام) صرف‌نظر کنید، تغییر کرده است؟»)، ۲. تغییرات مربوط به فعالیت‌های روزمره (به‌طور مثال: «در دوران بیماری همه‌گیر کووید-۱۹، زمان دورهمی و تلویزیون تماشا کردن شما به چه میزان تغییر کرده است؟»)، ۳. تغییرات مربوط به خواب (به‌طور مثال: «در دوران بیماری همه‌گیر کووید-۱۹، کیفیت خواب شما چه تغییر کرده است؟»). نمره‌گذاری سؤال‌های ۱، ۲، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۷ براساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از +۲ = بسیار کاهش یافته تا -۲ = بسیار افزایش یافته و نمره‌گذاری سؤال‌های ۴، ۵، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۹ براساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از -۲ = بسیار کاهش یافته تا +۲ = بسیار افزایش یافته و نمره‌گذاری سؤال‌های ۳ و ۱۸ براساس مقیاس سه‌درجه‌ای لیکرت ۰ = تقریباً یکسان بوده، -۱ = کمی کاهش یا افزایش یافته و +۲ = بسیار کاهش یا افزایش یافته است. کوماری و همکاران (۲۰۲۰) سازگاری درونی پرسشنامه را ۰/۷۲ و روایی آن را مطلوب گزارش کردند. از آنجا که این پرسشنامه برای نخستین بار در ایران و در این پژوهش استفاده شد، ابتدا با همکاری یک متخصص زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد سپس توسط یک استاد روان‌شناسی، متن ترجمه‌شده، مورد بررسی قرار گرفت و اشکالات آن رفع شد. در این پژوهش سازگاری درونی پرسشنامه ۰/۷۱ به دست آمد.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

پس از جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز، داده‌های مربوط به ۱۹۳ نفر (۲۰ نفر به دلیل بی‌اعتبار بودن پرسشنامه و ۷ نفر به دلیل اینکه مدت ازدواجشان کمتر از یک سال بود، از نمونه حذف شدند) به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام تجزیه و تحلیل شدند.

1. Lifestyle Changes Questionnaire (LCQ)

یافته‌ها

الف) توصیف جمعیت‌شناختی

میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۴۰/۲۳ سال با دامنه سنی ۲۲ تا ۷۰ سال بود. میانگین مدت زندگی مشترک تقریباً ۱۷ سال و حداکثر دارای ۵ فرزند بودند.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

وضعیت اشتغال	آزاد	خانه‌دار	قراردادی	استخدام‌شده	بدون شغل	از دست دادن کار به دلیل بحران کرونا
تعداد	۳۰	۸۲	۲۹	۳۹	۵	۸
درصد	۱۶	۴۲	۱۵	۲۰	۳	۴
تحصیلات	دیپلم و پایین‌تر	کاردانی	لیسانس	فوق‌لیسانس	دکتری و بالاتر	
تعداد	۴۶	۱۲	۷۵	۵۱	۹	
درصد	۲۴	۶	۳۹	۲۶	۵	
وضعیت جسمانی	بدون خطر	مشکوک به ابتلا به کرونا و در حالت قرنطینه	مبتلا به کرونا			
تعداد	۱۴۹	۴۱	۳			
درصد	۷۷	۲۱	۲			
آیا در محیطی به دور از خطر ابتلا به کرونا کار می‌کنید؟						
تعداد		۱۲۵	۶۸			
درصد		۶۵	۳۵			
آیا تاکنون به ویروس کرونا مبتلا شده‌اید؟						
تعداد		۲۹	۱۶۴			
درصد		۱۵	۸۵			
آیا تاکنون اعضای خانواده درجه یک به ویروس کرونا مبتلا شده‌اند؟						
تعداد		۶۶	۱۲۷			
درصد		۳۴	۶۶			

براساس یافته‌های جدول ۱، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها قابل‌مشاهده است که از ۱۹۳ شرکت‌کننده در این پژوهش ۱۵ درصد شغل آزاد داشتند، ۴۲ درصد خانه‌دار بودند. ۱۵ درصد شغل قراردادی و ۲۰ درصد استخدامی بودند. در این میان ۴ درصد از آزمودنی‌ها شغل خود را به دلیل بحران کرونا از دست داده بودند. ۴۶ نفر از شرکت‌کنندگان تحصیلات دیپلم و پایین‌تر داشتند، ۱۲۶ نفر لیسانس و فوق‌لیسانس و ۹ نفر هم دکتری داشتند. از نظر وضعیت سلامت جسمانی تنها ۷ درصد بدون خطر ابتلا به ویروس کرونا بودند، ۲۱ درصد مشکوک به ابتلا به کرونا و ۱/۵ درصد مبتلا به کرونا بودند. همچنین ۳۵ درصد

از زنان شاغل مشارکت‌کننده در پژوهش حاضر، در محیط خطرناک ابتلا به کرونا کار می‌کردند. از تعداد کل آزمودنی‌ها ۲۹ نفر ابتلا به ویروس کرونا و ۶۶ نفر هم اعضای درجه یک خانواده آن‌ها ابتلا به این ویروس را گزارش کردند.

ب) شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل نمره	حداکثر نمره	کجی	کشیدگی
سلامت روان	۲۲/۷۵	۷/۸۸	۶	۵۴	۰/۸۳	۱/۳۳
خشونت	۳/۸۲	۳/۹۹	۰	۱۸	۱/۲	۱/۰۲
سبک زندگی	۴/۲۳	۶/۸۳	- ۱۸	۳۰	- ۰/۱۹	۱/۲۱
غذا	۵/۷۲	۵/۵۸	- ۱۳	۲۰	- ۰/۲۴	۰/۲۱
فعالیت روزمره	- ۰/۰۱	۱/۸۱	- ۴	۶	۰/۳۳	۱/۰۱
خواب	- ۰/۰۶	۱/۰۸	- ۴	۲	- ۱/۰۸	۱/۰۸

جدول ۲ میانگین، انحراف استاندارد، حداقل نمره و حداکثر نمره هریک از متغیرهای مورد مطالعه را نشان می‌دهد. با توجه به نمرات این جدول، اندازه کجی و کشیدگی در همه متغیرها در دامنه‌ای میان +۲ و -۲ قرار گرفته است؛ بنابراین فرض نرمال بودن توزیع نمرات را نشان می‌دهد. فرض استقلال خطاها با آماره دوربین واتسون^۱ برای محاسبه معادلات رگرسیونی مدل پژوهش بررسی شد که مقدار به دست آمده (۲/۱۳) بیانگر برقراری این مفروضه است. علاوه بر آن آماره تحمل و عامل تورم واریانس به منظور بررسی هم‌خطی چندگانه محاسبه شد. نتایج نشان می‌دهد هیچ کدام از مقادیر آماره تحمل کوچک‌تر از حد مجاز ۱ و هیچ کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگ‌تر از حد مجاز ۱۰ نیستند؛ بنابراین براساس دو شاخص ذکر شده وجود هم‌خطی چندگانه در داده‌ها مشاهده نشد.

جدول ۳. ماتریس‌های همبستگی متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	سلامت روان	خشونت	سبک زندگی	غذا	فعالیت روزمره	خواب
سلامت روان	۱					
خشونت	۰/۲۸ ⁺⁺	۱				
سبک زندگی	- ۰/۲۹ ⁺⁺	- ۰/۰۴	۱			
غذا	- ۰/۲۳ ⁺⁺	- ۰/۰۳	۰/۵۳ ⁺⁺	۱		
فعالیت روزمره	- ۰/۰۳	۰/۰۴	۰/۴۶ ⁺⁺	۰/۲ ⁺⁺	۱	
خواب	- ۰/۳۳ ⁺⁺	- ۰/۰۳	۰/۴۸ ⁺⁺	۰/۳ ⁺⁺	- ۰/۱۵ ⁺	۱

** معناداری در سطح ۰/۰۱ * معناداری در سطح ۰/۰۵

برای بررسی ارتباط بین متغیرهای پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. همان‌طور که در

جدول ۳ مشاهده می‌شود، بین تغییرات سبک زندگی، خواب و غذا با سلامت روان رابطه منفی معناداری وجود دارد ($p < 0/01$)، اما تغییرات سبک زندگی با خشونت رابطه معناداری نداشت ($p > 0/05$). در ادامه برای بررسی اینکه کدام تغییرات زندگی پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری برای سلامت روان است، از رگرسیون گام به گام^۱ استفاده شد.

جدول ۴. پیش‌بینی سلامت روان براساس سبک زندگی، خواب و غذا

گام	متغیر پیش‌بین	R ²	F	P	β	t	p
اول	خواب	۰/۱	۲۳/۱۸	۰/۰۰۰۱	-۰/۳۲	-۴/۸۱	۰/۰۰۰۱
دوم	خواب	۰/۱۳	۱۴/۳۹	۰/۰۰۰۱	-۰/۲۴	-۳/۱۵	۰/۰۲
	سبک زندگی				-۰/۱۷	-۲/۲۶	۰/۰۲

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، از میان متغیرهای پیش‌بین تنها دو متغیر قادر به پیش‌بینی معنادار سلامت روان بودند. به عبارت دیگر تغییرات خواب بیشترین توان پیش‌بینی سلامت روان ($p < 0/01$)، $\beta = -0/32$ و بعد از آن تغییرات سبک زندگی به صورت کلی می‌تواند آن را ($p < 0/01$)، $\beta = -0/17$ پیش‌بینی کند. در گام اول، ورود متغیر تغییرات خواب به‌تنهایی می‌تواند ۱۰ درصد تغییرات سلامت روان را پیش‌بینی کند. در گام دوم، ورود متغیر تغییرات سبک زندگی به صورت کلی این مقدار را به ۱۳ درصد می‌رساند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه تغییرات سبک زندگی با سلامت روان و خشونت علیه زنان در دوران شیوع کرونا در شهرهای تهران و شیراز انجام شد. به‌طورکلی نتایج پژوهش نشان می‌دهد بین تغییرات سبک زندگی با وضعیت سلامت روان زنان رابطه معنادار وجود دارد و تغییرات سبک زندگی پیش‌بینی‌کننده سلامت روان بود. همچنین بین تغییرات میزان خواب و سلامت روان رابطه معنادار وجود دارد و تغییرات میزان خواب نیز پیش‌بینی‌کننده معنادار سلامت روان بود. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های آنتونس و همکاران (۲۰۲۰)، همدانی و همکاران (۲۰۲۰)، کانر و همکاران (۲۰۲۰)، مانی و همکاران (۲۰۲۰) و گوالانو، لومورو، واگلینو، برت و سیلیکویینی (۲۰۲۰) مبنی بر تأثیر تغییرات سبک زندگی در دوران شیوع کرونا بر سلامت روان زنان همسو بود.

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت، تغییرات سبک زندگی ایجادشده به‌دلیل شیوع کرونا، سلامت روان زنان را تحت تأثیر قرار داده است. به اعتقاد آلمیدا، شرسا، استاجاناک و میلر (۲۰۲۰)، شرایط به‌وجودآمده به میزان قابل‌توجهی نشانه‌های استرس، اضطراب، افسردگی و علائم استرس پس از سانحه را در زنان افزایش

1. stepwise regression

داده است. در واقع زنان به لحاظ تفاوت‌های فیزیولوژیکی با مردان، علائم بیشتری از درگیری‌ها و اختلالات روانی را در طول همه‌گیری و شرایط قرنطینه از خود نشان می‌دهند. از جمله فشار محیطی مزمن و شدت یافتن یا بروز علائم درگیری‌های روانی قبلی (آلمیدا و همکاران، ۲۰۲۰). واکنش و پاسخ به استرس از نظر جنسیت متفاوت است. به دلیل چندین مکانیسم اساسی بیولوژیکی، زنان ممکن است در معرض افسردگی و اختلالات اضطرابی باشند. چندین مطالعه نشان داده است، زنان مستعد ابتلا به استرس، اضطراب و بی‌خوابی هستند (سدیری و همکاران، ۲۰۲۰). همان‌طور که انتظار می‌رود، جنسیت عامل تعیین‌کننده در آسیب‌پذیری روان است. به‌طور عمده زنان تأثیرات روان‌شناختی بیشتری را درک می‌کنند؛ درحالی‌که مردان به‌طور عمده احساس خستگی می‌کنند. می‌توان برداشت کرد، زنان تأثیرات منفی بیشتری در مقایسه با مردان درک می‌کنند؛ زیرا برخی پژوهشگران گزارش کرده‌اند، زنان در مقایسه با هم‌تایان خود در معرض استرس آسیب‌پذیرتر هستند؛ بنابراین بیشتر در معرض احساسات منفی و حتی اختلال استرس پس از سانحه هستند (داگنینو، آنگوتیا، اسکابر و کیفانتس، ۲۰۲۰).

مردان و زنان در سطح فیزیولوژیکی و رفتاری به‌طور متفاوتی به استرس پاسخ می‌دهند. براساس یک دیدگاه تکاملی، پاسخ اصلی با هدف کاهش استرس در زنان یک واکنش «تمایل و دوستی» است. این الگوها توسط شواهد اعصاب و غدد رفتاری پشتیبانی می‌شوند. با این حال بررسی‌ها نشان می‌دهد، هیچ «جنس ضعیف‌تری» وجود ندارد و دیر یا زود، هر دو جنس زن و مرد می‌توانند به‌شدت تحت تأثیر این وضعیت بی‌سابقه قرار بگیرند (سالفی و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین براساس نظر همدانی و همکاران (۲۰۲۰) شرایط قرنطینه و وضعیت اجباری ماندن در خانه به مدت طولانی که در قالب سبک زندگی جدید حاکم شده است، بار روانی - اجتماعی زیادی را بر دوش زنان قرار داده و به تهدید سلامت روان آن‌ها منجر شده است (همدانی و همکاران، ۲۰۲۰) و چندین مطالعه نیز نشان داده است که بین زن بودن و اختلالات خواب و اضطراب ارتباط معناداری وجود دارد. در واقع زنان مستعد ابتلا به استرس، اضطراب و بی‌خوابی هستند (گولانو و همکاران، ۲۰۲۰).

قرنطینه و شرایط حبس خانگی به فاصله و انزوای فیزیکی منجر شد که تأثیرات مخربی بر بهزیستی ذهنی افراد داشت (ماجومدار، بیسواس و ساهو، ۲۰۲۰). برخی توضیحات این یافته‌ها ممکن است این باشد که هنگام معاشرت طولانی‌مدت در خانه، افراد به دلیل داشتن تحرک کم، خستگی جسمی قابل توجهی تجربه کرده و همچنین در طول روز مقدار کمی از نور آفتاب را دریافت می‌کنند و تمایل دارند به میزان بیشتری از دستگاه‌های الکترونیکی استفاده کنند. استفاده طولانی‌مدت از دستگاه‌های دیجیتالی و قرار گرفتن در معرض نور آبی ساطع شده از آن‌ها هنگام شب، تأثیر مخربی بر سلامت خواب دارد. نور آبی ساطع شده از دستگاه با ممانعت از تولید هورمون ملاتونین، هورمونی که به تنظیم چرخه خواب و بیداری در بدن کمک می‌کند، بر کیفیت و مدت‌زمان خواب تأثیر می‌گذارد. در مجموع می‌توان گفت این عوامل می‌تواند پایداری و ثبات خواب را تحت تأثیر قرار دهد؛ البته بی‌شک استرس روانی ناشی از این وضعیت بی‌سابقه، به این پدیده کمک می‌کند (ماجومدار، بیسواس و ساهو، ۲۰۲۰؛ بارتازک، والکاوایک، بارتازک و کارداس، ۲۰۲۰).

علاوه بر این، براساس یافته‌ی دیگر این پژوهش، بین تغییرات سبک زندگی و خشونت علیه زنان رابطه‌ی معناداری یافت نشد. با توجه به نمونه‌ی مورد مطالعه که ۱۹۳ نفر از زنان متأهل شهرهای تهران و شیراز بودند، تغییرات سبک زندگی در دوران شیوع کرونا، در بازه‌ی زمانی پژوهش انجام‌شده رابطه‌ای با تجربه خشونت نداشته است. یافته‌ی فوق با نتایج پژوهش پیکوئرو و همکاران (۲۰۲۰) مبنی بر مشاهده‌نشدن اثرات پایدار خشونت خانگی در دوران شیوع کرونا همسو است. یافته‌ی پژوهش فوق نشان می‌دهد شواهدی محکم مبنی بر تغییر روند خشونت خانگی مشاهده نشده است. با این حال پژوهش‌ها نشان می‌دهد در دو هفته‌ی اول پس از اجرای دستور درخانه‌ماندن، افزایش خشونت در خانواده وجود داشته، اما پس از آن کاهش یافته است. به نظر می‌رسد این تغییرات کوتاه‌مدت در تجربه‌ی خشونت تداعی‌کننده‌ی تجربیات قبل از دستور ماندن در خانه است. تجربه‌ی خشونت می‌تواند از عوامل مختلفی تأثیر بپذیرد. افرادی که در خانه بیشتر کار می‌کنند، یا از کار خود اخراج می‌شوند، در معرض خشونت خانگی هستند. علاوه‌براین در تبیین یافته‌ی فوق می‌توان گفت یکی از عواملی که در تجربه‌نکردن خشونت مؤثر بوده، شاغل‌بودن زنان است. در پژوهش حاضر، ۲۵ درصد زنان بدون شغل و ۵۰ درصد از آن‌ها شاغل بودند و در شرایط حاضر و با وجود محدودیت‌ها سر کار می‌رفتند. به اعتقاد چین (۲۰۱۱) افزایش مشارکت زنان به‌عنوان نیروی کار خطر خشونت خانگی را به مقدار چشمگیری کاهش می‌دهد (چین، ۲۰۱۱).

با این حال باید توجه داشت، عوامل محیطی گوناگونی وجود دارد که می‌تواند بر نشان‌دادن آمار حقیقی خشونت تأثیر بگذارد؛ برای مثال بررسی‌ها حاکی از آن است که قربانیان خشونت خانگی به‌دلیل شرایط قرنطینه در خانه کنار شخصی که مرتکب خشونت شده است گیر افتاده‌اند؛ بنابراین امکان گزارش کردن خشونت برای آن‌ها دشوار است (لسلی و ویلسون، ۲۰۲۰؛ هسو و هنکه، ۲۰۲۰)؛ البته از سوی دیگر یافته‌های فوق با نتایج پژوهش‌های ویوایرس و بانامی (۲۰۲۰) و مارکس و همکاران (۲۰۲۰) مبنی بر افزایش خشونت طی تغییرات سبک زندگی در دوران شیوع کرونا، همسویی ندارد.

با استناد به پژوهش‌های انجام‌شده درباره‌ی خشونت در تبیین یافته‌ی فوق می‌توان گفت، خشونت علیه زنان قبل از همه‌گیری کووید-۱۹، مسئله‌ای جهانی و بهداشت عمومی بوده است. شواهد نشان می‌دهد، از هر سه زن یک نفر در زندگی خود خشونت جسمی یا جنسی را از جانب شریک زندگی‌اش تجربه کرده است. تعدد نقش‌هایی که به زنان در جامعه اختصاص داده می‌شود، سبب افزایش قرارگرفتن آن‌ها در موقعیت‌هایی می‌شود که سلامت جسمی و روحی آن‌ها را به خطر می‌اندازد (سانچز و همکاران، ۲۰۲۰). همان‌طور که بررسی‌ها نشان می‌دهد، پاندمی کرونا تبعات پیش‌بینی‌نشده‌ی فراوانی برای جامعه و سلامت آن داشته است که یکی از این موارد افزایش نرخ خشونت علیه زنان است. برای بسیاری از زنان، اقدامات اضطراری لازم در مبارزه با ویروس کرونا، سبب افزایش کار در خانه و مراقبت از کودکان، افراد مسن و دیگر اعضای خانواده بیمار می‌شود. از سوی دیگر محدودیت‌های حرکتی، محدودیت‌های مالی و اطمینان‌نداشتن درباره‌ی آینده و عدم امکان ارتباط اجتماعی نیز سوءاستفاده‌کنندگان را تشویق می‌کند و به آن‌ها قدرت و کنترل بیشتری برای اعمال خشونت می‌بخشد (مارکس و همکاران، ۲۰۲۰).

به‌علاوه به‌دلیل محدودیت‌های شرایط قرنطینه، دسترسی به خدمات عمومی، ساختارها و شبکه‌های پشتیبان قربانیان خشونت کاهش یافت و اولویت خدمات بهداشتی به مراقبت از افراد مشکوک به ابتلا یا بیماران با علائم تنفسی تغییر یافت. تمرکز بر تأثیرات جسمی ویروس کرونا، اغلب به ضرر سلامت روان بوده است. کسانی که در حین قرنطینه دچار خشونت شدند، ممکن است احساس کنند رها شده و امکان کمک محدودی دارند. در بسیاری از موارد، آن‌ها مجبور شدند در قرنطینه با متجاوزان خود بمانند (مارکس و همکاران، ۲۰۲۰؛ سدیری و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین تغییرات در سبک زندگی فعلی، زنان را مجبور می‌کند بیشتر وقت خود را در خانه با شخص متجاوز بگذرانند. علاوه‌براین به‌دلیل کاهش ارتباط اجتماعی زنان با دوستان و خانواده، امکانات برای کمک‌گرفتن از دیگران و خروج از وضعیت خشونت برای زن کاهش می‌یابد (سانچز و همکاران، ۲۰۲۰؛ مارکس و همکاران، ۲۰۲۰). به عبارت دیگر، خانه که محلی به‌عنوان «پناهگاه» برای مقابله با بیماری همه‌گیر کرونا تصور می‌شود، ممکن است توسط این زنان به‌عنوان منبع پریشانی و ناامنی درک شود (سدیری و همکاران، ۲۰۲۰).

به‌طور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد، تغییرات سبک زندگی به‌دلیل شیوع ویروس کرونا تأثیرات بسیاری بر سلامت روان زنان دارد. اثرات جانبی اپیدمی کرونا بسیار چشمگیر است و زنان را در معرض خطر آسیب‌های روانی قرار می‌دهد. همچنین به‌دلیل شرایط ناپایدار، محدودیت‌های ارتباطی، استرس‌های ناشی از بیماری و نداشتن چشم‌انداز مشخصی از آینده در این دوره ممکن است زنان در معرض خطر خشونت خانگی قرار بگیرند که توسط آن‌ها گزارش نشود. طبیعتاً هر پژوهشی با محدودیت‌هایی روبه‌روست، این پژوهش نیز از این قاعده مستثنا نیست. از جمله می‌توان اشاره کرد به اینکه ابزاری که به‌صورت جامع بتواند تغییرات سبک زندگی را بررسی کند، وجود نداشت. همچنین از محدودیت‌های دیگر، با توجه به طرح پژوهش حاضر که از نوع همبستگی بود، امکان گرفتن نتایج علی را فراهم نمی‌کرد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با توجه به تغییراتی که شیوع ویروس کرونا در سبک زندگی افراد به وجود آورده است، مسئله خشونت علیه زنان و روند تغییرات آن در این دوره را بیشتر بررسی کنند. درنهایت پیشنهاد می‌شود علاوه بر پیگیری تأثیرات و عواقب جسمی بیماری کرونا، تأثیرات روان‌شناختی آن نیز دنبال شود و افراد جامعه درگیر را درباره روان و اهمیت سلامت آن آگاه کرد. همچنین از متخصصان حوزه سلامت روان برای آگاه‌سازی افراد و آموزش موارد ضروری پیش‌ازپیش استفاده شود تا خانواده‌ها شرایط فعلی را با اثرات جانبی کمتری پشت سر بگذارند. همچنین با توجه به اینکه مسئله خشونت علیه زنان سابقه‌ای طولانی دارد و تنها مختص به زمان پاندمی کرونا نیست و به‌دلیل اینکه اولویت‌های خدمات بهداشتی بر سلامت جسم و افراد مبتلا به کرونا است، پیشنهاد می‌شود مراکزی برای نگهداری از قربانیان خشونت خانگی که به دلایل شرایط فعلی پناهگاهی جز خانه ندارند، در نظر گرفته شود.

منابع

رضائی، س.، صالحی، ا.، یوسف‌زاده چابک، ش.، موسوی، حشمت‌الله، و کاظم‌نژاد، ا. (۱۳۹۰). بررسی ساختار عاملی،

نقطهٔ برش بالینی و ویژگی‌های روان‌سنجی نسخهٔ ۲۸ سؤالی پرسشنامهٔ سلامت عمومی در بیماران دچار آسیب مغزی تروماتیک. *مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی گیلان*. ۲۰(۷۸)، ۵۶-۷۰.

علی‌پور، ف.، رفیعی، ح.، علیار، ع.، و بهرامی، م. (۱۳۹۸). ساخت و رواسازی فرم کوتاه پرسشنامهٔ تجربهٔ همسرآزاری. *رفاه اجتماعی*. ۱۹(۷۳)، ۱۵۸-۱۳۷.

نظیفی، م.، مکرمی، ح.، اکبری‌تبار، ع.، فرجی کوجردی، م.، رهی، ع.، و تبریزی، ر. (۱۳۹۲). اعتبار، روایی و ساختار عاملی ترجمهٔ فارسی پرسشنامهٔ سلامت عمومی ۲۸ سؤالی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان. *دانشگاه علوم پزشکی فسا*. ۳(۴)، ۳۳۶-۳۴۲.

References

- Alizadeh, A., Khankeh, H. R., Barati, M., Ahmadi, Y., Hadian, A., & Azizi, M. (2020). Psychological Distress among Iranian Health-Care Providers Exposed to Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Qualitative Study, 20(1), 1-10.
- Almeida, M., Shrestha, A. D., Stojanac, D., & Miller, L. J. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health. *Archives of Women's Mental Health*, 23(6), 741-748.
- Antunes, R., Frontini, R., Amaro, N., Salvador, R., Matos, R., Morouço, P., & Rebelo-Gonçalves, R. (2020). Exploring lifestyle habits, physical activity, anxiety and basic psychological needs in a sample of portuguese adults during covid-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 1-13.
- Balanzá-Martínez, V., Atienza-Carbonell, B., Kapczinski, F., & De Boni, R. B. (2020). Lifestyle behaviours during the COVID-19 – time to connect. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(5), 399-400.
- Barbara, G., Facchin, F., Micci, L., Rendiniello, M., Giulini, P., Cattaneo, C., Vercellini, P., & Kustermann, A. (2020). Covid-19, lockdown, and intimate partner violence: Some data from an italian service and suggestions for future approaches. *Journal of Women's Health*, 29(10), 1239-1242.
- Bartoszek, A., Walkowiak, D., Bartoszek, A., & Kardas, G. (2020). Mental well-being (Depression, loneliness, insomnia, daily life fatigue) during COVID-19 related home-confinement—A study from Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 1-12.
- Bradbury-Jones, C., & Isham, L. (2020). The pandemic paradox: The consequences of COVID-19 on domestic violence. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13-14), 2047-2049.
- Bradley, N. L., DiPasquale, A. M., Dillabough, K., & Schneider, P. S. (2020). Health care practitioners' responsibility to address intimate partner violence related to the COVID-19 pandemic. *Canadian Medical Association Journal*, 192(22), E609-E610.
- Chin, Y. M. (2011). Male backlash, bargaining, or exposure reduction?: Women's working status and physical spousal violence in India. *Journal of Population Economics*, 25(1), 175-200.
- Connor, J., Madhavan, S., Mokashi, M., Amanuel, H., Johnson, N. R., Pace, L. E., &

- Bartz, D. (2020). Health risks and outcomes that disproportionately affect women during the Covid-19 pandemic: A review. *Social Science and Medicine*, 266, 113364.
- Dagnino, P., Anguita, V., Escobar, K., & Cifuentes, S. (2020). Psychological Effects of Social Isolation Due to Quarantine in Chile: An Exploratory Study. *Frontiers in Psychiatry*, 11(8), 1–13.
- Farrell, T., Reagu, S., Mohan, S., Elmidany, R., Qaddoura, F., Ahmed, E. E., Corbett, G., Lindow, S., Abuyaqoub, S. M., & Alabdulla, M. A. (2020). The Impact of the COVID-19 Pandemic on the Perinatal Mental Health of Women. *Journal of Perinatal Medicine*, 48(9), 971–976.
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231–233.
- Górnicka, M., Drywień, M. E., Zielinska, M. A., & Hamułka, J. (2020). Dietary and lifestyle changes during COVID-19 and the subsequent lockdowns among Polish adults: a cross-sectional online survey PLifeCOVID-19 study. *Nutrients*, 12(8), 2324.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(1), 139–145.
- Gualano, M. R., Lo Moro, G., Voglino, G., Bert, F., & Siliquini, R. (2020). Effects of COVID-19 lockdown on mental health and sleep disturbances in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 1–13.
- Santoso, A., Pranata, R., Wibowo, A., Al-Farabi, M. J., Huang, I., & Antariksa, B. (2021). Cardiac injury is associated with mortality and critically ill pneumonia in COVID-19: A meta-analysis. *The American Journal of Emergency Medicine*, 44, 352–357.
- Hamadani, J. D., Hasan, M. I., Baldi, A. J., Hossain, S. J., Shiraji, S., Bhuiyan, M. S. A., Mehri, S. F., Fisher, J., Tofail, F., Tipu, S. M. M. U., Grantham-McGregor, S., Biggs, B. A., Braat, S., & Pasricha, S. R. (2020). Immediate impact of stay-at-home orders to control COVID-19 transmission on socioeconomic conditions, food insecurity, mental health, and intimate partner violence in Bangladeshi women and their families: an interrupted time series. *The Lancet Global Health*, 8(11), e1380–e1389.
- Hsu, L. C., & Henke, A. (2020). COVID-19, staying at home, and domestic violence. *Review of Economics of the Household*, 19(1)1-11.
- Husain, W., & Ashkanani, F. (2020). Does COVID-19 change dietary habits and lifestyle behaviours in Kuwait: A community-based cross-sectional study. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 25(1), 1–13.
- Jensen, M. (2007). Defining lifestyle. *Environmental Sciences*, 4(2), 63–73.
- Jung, S., Kneer, J., & Krüger, T. H. C. (2020). Mental Health, Sense of Coherence, and Interpersonal Violence during the COVID-19 Pandemic Lockdown in Germany. *Journal of Clinical Medicine*, 9(11), 3708.
- Kumari, A., Ranjan, P., Vikram, N. K., Kaur, D., Sahu, A., Dwivedi, S. N., Baitha, U., & Goel, A. (2020). A short questionnaire to assess changes in lifestyle-related behaviour during COVID 19 pandemic. *Diabetes and Metabolic Syndrome*:

- Clinical Research and Reviews, 14(6), 1697–1701.
- Leslie, E., & Wilson, R. (2020). Sheltering in place and domestic violence: Evidence from calls for service during COVID-19. *Journal of Public Economics*, 189, 104241.
- Majumdar, P., Biswas, A., & Sahu, S. (2020). COVID-19 pandemic and lockdown: cause of sleep disruption, depression, somatic pain, and increased screen exposure of office workers and students of India. *Chronobiology International*, 37(8), 1–10.
- Mani, A., Estedlal, A. R., Kamali, M., Ghaemi, S. Z., Zarei, L., Shokrpour, N., Heydari, S. T., & Lankarani, K. B. (2020). Mental health status during COVID-19 pandemic in Fars Province, Iran: timely measures. *BMC Public Health*, 20(1), 1–11.
- Marques, E. S., de Moraes, C. L., Hasselmann, M. H., Deslandes, S. F., & Reichenheim, M. E. (2020). Violence against women, children, and adolescents during the COVID-19 pandemic: Overview, contributing factors, and mitigating measures. *Cadernos de Saude Publica*, 36(4). e00074420.
- Balanzá-Martínez, V., Atienza-Carbonell, B., Kapczinski, F., & De Boni, R. B. (2020). Lifestyle behaviours during the COVID-19 - time to connect. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 141(5), 399–400.
- Moghanibashi-Mansourieh, A. (2020). Assessing the anxiety level of Iranian general population during COVID-19 outbreak. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102076.
- Pieh, C., Budimir, S., & Probst, T. (2020). The effect of age, gender, income, work, and physical activity on mental health during coronavirus disease (COVID-19) lockdown in Austria. *Journal of Psychosomatic Research*, 136, 110186.
- Piquero, A. R., Riddell, J. R., Bishopp, S. A., Narvey, C., Reid, J. A., & Piquero, N. L. (2020). Staying Home, Staying Safe? A Short-Term Analysis of COVID-19 on Dallas Domestic Violence. *American Journal of Criminal Justice*, 45(4), 601–635.
- Pirnia, B., Pirnia, F., & Pirnia, K. (2020). Honour killings and violence against women in Iran during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(10), e60.
- Ren, Y., Qian, W., Li, Z., Liu, Z., Zhou, Y., Wang, R., Qi, L., Yang, J., Song, X., Zeng, L., & Zhang, X. (2020). Public mental health under the long-term influence of COVID-19 in China: Geographical and temporal distribution. *Journal of Affective Disorders*, 277, 893–900.
- Robinson, E., Boyland, E., Chisholm, A., Harrold, J., Maloney, N. G., Marty, L., Mead, B. R., Noonan, R., & Hardman, C. A. (2020). Obesity, eating behavior and physical activity during COVID-19 lockdown: A study of UK adults. *Appetite*, 156, 104853.
- Roesch, E., Amin, A., Gupta, J., & García-Moreno, C. (2020). Violence against women during covid-19 pandemic restrictions. *The British Medical Journal*, 369, 2–3.
- Salfi, F., Lauriola, M., Amicucci, G., Corigliano, D., Viselli, L., Tempesta, D., & Ferrara, M. (2020). Gender-related time course of sleep disturbances and psychological symptoms during the COVID-19 lockdown: A longitudinal study on the Italian population. *Neurobiology of Stress*, 13, 100259.
- Sánchez, O. R., Vale, D. B., Rodrigues, L., & Surita, F. G. (2020). Violence against

- women during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 151(2), 180–187.
- Sediri, S., Zgueb, Y., Ouane, S., Ouali, U., Bourgou, S., Jomli, R., & Nacef, F. (2020). Women's mental health: acute impact of COVID-19 pandemic on domestic violence. *Archives of Women's Mental Health*, 23(6), 1-8.
- Sinha, M., Pande, B., & Sinha, R. (2020). Impact of COVID-19 lockdown on sleep-wake schedule and associated lifestyle related behavior: A national survey. *Journal of Public Health Research*, 9(3), 239-245.
- Szczęśniak, D., Gładka, A., Misiak, B., Cyran, A., & Rymaszewska, J. (2021). The SARS-CoV-2 and mental health: From biological mechanisms to social consequences. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 104, 110046.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (5th Ed.). New York: Allyn and Bacon.
- Viveiros, N., & Bonomi, A. E. (2020). Novel Coronavirus (COVID-19): Violence, Reproductive Rights and Related Health Risks for Women, Opportunities for Practice Innovation. *Journal of Family Violence*, 6, 1-5.
- Walsh, R. (2011). Lifestyle and mental health. *American Psychologist*, 66(7), 579–592.
- World Health Organization. (2021). WHO Coronavirus (COVID-19). Available at: <https://covid19.who.int/>

