

رفتارهای پیشگیرانه مردم ایران در برابر شیوع ویروس کرونا و عوامل موثر بر آن^۱

احمد غیاثوند^۲، مهدیه محمدتقی‌زاده^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۸/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۴/۱۵

چکیده

مقاله حاضر با هدف توصیف و تبیین وضعیت رعایت رفتارهای پیشگیرانه مردم ایران در برابر شیوع ویروس کرونا انجام گردیده است. در این مطالعه برای تبیین رفتارهای پیشگیرانه فردی و جمعی افراد از تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده آیزن و فیشباین و نیز نظریه تصمیم‌گیری مارچ استفاده شده است. روش تحقیق پژوهش حاضر، پیمایش بوده و جامعه آماری این مطالعه را کلیه افراد ۱۵ سال به بالا‌های کل کشور در سال ۱۳۹۹ تشکیل می‌دهد. از طریق فرمول کوکران حجم نمونه تحقیق برابر با ۱۶۰۰ نفر برآورد گردیده و شیوه نمونه‌گیری از نوع «نمونه‌گیری چندمرحله‌ای» می‌باشد. یافته‌های حاصل نشان می‌دهد به ترتیب ۱۰ و ۱۲ درصد مردم به رعایت رفتارهای فردی و جمعی بهداشتی نمی‌پردازند. براساس نتایج مدل یابی معادلات ساختاری با کمک نرم افزار PLS در میان متغیرهای تأثیرگذار بر رفتارهای پیشگیرانه افراد، متغیر کنترل رفتار درک شده با ضریب ۰/۲۴ و نیز وضعیت اشتغال افراد مبنی بر شاغل بودن (در مقایسه با شاغل نبودن) با ضریب ۰/۲۳ رابطه معناداری را نشان می‌دهد. در مراتب بعدی تأثیرگذاری، متغیرهای احساس امنیت شغلی و جنس افراد (با تکیه بر زن) هر دو با ضریب ۰/۱۰ و احساس هراس اجتماعی با ضریب ۰/۰۷ درصد قرار دارند. در این میان نوع قومیت، مصرف رسانه‌ای و اراده به کنش به طور مستقیم بر رفتار پیشگیرانه تأثیری ندارند.

کلیدواژه‌ها: ویروس کرونا، رفتارهای پیشگیرانه، هراس اجتماعی، کشور ایران

۱ این مقاله از طرح پژوهشی با عنوان «سازوکارهای افزایش حساسیت و مشارکت مردم در زمینه پیشگیری از شیوع ویروس کرونا» استخراج شده که با حمایت معاونت پژوهشی دانشگاه علامه طباطبائی انجام گردیده است.

۲ دانشیار گروه جامعه‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی؛ Ah.ghyasvand@gmail.com

۳ استادیار گروه مطالعات زنان دانشگاه علامه طباطبائی؛ M.mtaghizade@yahoo.com

مقدمه و بیان مساله

سازمان بهداشت جهانی در ۱۱ فوریه سال ۲۰۲۰ میلادی از شیوع ویروسی به نام کرونا (COVID 19) خبر داد که به سرعت از کشور چین در سطح دنیا گسترش یافت و بسیاری از کشورهای دنیا و نظام بهداشت عمومی آنها را تحت تأثیر قرار داد. همچنین اگر چه بیشتر کشورها در جریان درگیری کشور چین با این ویروس بودند و نیز احتمال سرایت آن را به کشورشان می‌دادند، اما بیشتر کشورها در مواجهه با ورود ویروس و سپس سرایت آن غافلگیر شدند و به سرعت شاهد اوج گرفتن تعداد مبتلایان و فوت شدگان بودند. شیوع این ویروس گرچه در ابتدای امر، پدیده‌ای پزشکی تلقی می‌گردید، و به عنوان یک بیماری عفونی به دلیل نداشتن واکسن و داروی مناسب نیازمند رفتارهای پیشگیرانه ای بود، اما با مرور زمان با ایجاد طرح فاصله‌گذاری اجتماعی و قرنطینه خانگی موجب گردید، با همه‌گیری ویروس در سراسر جهان، مراکز اداری و بنگاه‌های اقتصادی تعطیل و نیمه فعال نگه داشته شوند که به نوبه خود تبدیل به یک مسئله اجتماعی گردید که پیامدهای اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بسیاری را به همراه دارد.

از این رو، شیوع گسترده ویروس کرونا هرچند بحرانی جهانی است و دستورالعمل‌ها و سیاست‌های جهانی برای مقابله با آن توصیه شده است، اما در جوامع مختلف ممکن است به صورت‌های مختلف بروز پیدا کرده و بسته به شرایط آن جوامع، افراد مواجهه‌های مختلف با آن داشته و نیز پیامدهای گوناگونی خواهد داشت. البته از یک منظر، به خاطر فراگیری و گسترده بودن شیوع ویروس عمده متخصصان حوزه علوم اجتماعی بر این نظر هستند که می‌بایست از سوی دولت‌ها اقدامات و سیاست‌های جدی برای مهار بحران صورت گیرد؛ از منظر دیگری، در سطح الگوها و رفتارهای اجتماعی، چنین بحران‌هایی به صورت محلی عمل می‌کنند. این عمل به صورت بستر اجتماعی، تحت تأثیر تجربه افراد در ریسک‌های اجتماعی، الگوها و ساختارهای ذهنی افراد از ماهیت خطر، و ذهنیت بهداشتی افراد متفاوت است.

در جامعه ایرانی نیز همین مسئله صادق است. بحران‌هایی که جامعه ایرانی در چند سال اخیر با آن‌ها درگیر بوده است، بحران‌هایی خاص جامعه ایرانی نبوده‌اند، اما هنگامی که در بافت و زمینه جامعه ایران رخ داده‌اند، افراد الگوهای رفتاری متفاوتی داشته‌اند و مردم به شیوه‌های گوناگونی آن را تجربه نموده‌اند. برای نمونه اعتراضات خیابانی، زلزله، بیماری، هم‌بحران‌هایی جهانی هستند، اما هنگامی که در جامعه ایرانی تجربه می‌شوند، عموماً دارای پیامدهای منفی بیشتری هستند.

مطالعات جهانی مختلف در زمینه شیوع کرونا بیانگر آن است که تغییر سبک زندگی، (شارما ۱ و همکاران، ۲۰۲۰: ۲) نگرانی، ترس، عصبانیت، دلخوری، ناامیدی، احساس گناه، درماندگی، تنهایی و عصبی بودن (مامن^۲ و گریفیتس^۳، ۲۰۲۰: ۲) سرخوردگی اجتماعی (آلمیدا^۴ و همکاران، ۲۰۲۰) مشکلات روانی (راجکومار، ۲۰۲۰) و افزایش افسردگی، اضطراب و استرس (شارما و همکاران، ۲۰۲۰) از پیامدهای این همه‌گیری مطرح شده‌اند (زندى فر و بدرفام، ۲۰۲۰: ۲).

در کشور ایران با شیوع ویروس کرونا در سطح شهر قم و اطلاع رسانی رسمی دولت درباره آن از اوایل اسفند ۱۳۹۸ موجب گردید بسیاری از مناطق شمالی کشور و نیز برخی از استانهای همجوار شهر قم به سرعت با این بیماری درگیر شوند. با پیدایش بیماری کرونا در ایران و نیز سراسر جهان، شاهد شیوع گسترده و نیز آثار و تبعات آن در ابعاد مختلف می‌باشیم. در کشور ایران در طول حدود چند ماه گذشته نحوه مواجهه مردم با ویروس کرونا، تجربیات لحظه به لحظه مبارزه با این ویروس، ایجاد هراس اجتماعی، نگرش مردم نسبت به تصمیم مسئولان مبنی قرنطینه کردن یا نکردن قم و حتی کل کشور و دیگر موارد از یک سو، و از سوی دیگر، به طور عملیاتی توان و تجهیزات کادر پزشکی انتشار اخبار مختلف از رسانه‌های جمعی در مبارزه با ویروس کرونا، در کنار تحلیل‌ها و پیش‌بینی صورت گرفته پیرامون تداوم شیوع آن، وضعیت مشخص و معلومی را نشان نمی‌دهد. حتی برخی از اظهار نظرهای حکایت از واگیری این ویروس تحت عنوان افزایش ایمنی جمعی و تبعات مختلف آن دارد. به نظر می‌رسد یکی از

1 Sharma
2 Mamun
3 Griffiths
4 Almeida

مسائل جامعه ایرانی که در میان گروه‌های اجتماعی مختلف نوسان دارد میزان حساسیت نسبت به انواع خطرات (زیست محیطی، ارتباطی، بیولوژیکی و غیره) است. این حساسیت در قالب تصمیم‌گیری برای دوری از خطر و تجربه خطرگریزی قابل تحلیل می‌باشد. طبق پژوهش ایسپا فقط ۷۵ درصد مردم نسبت به مبتلا شدن به ویروس کرونا نگران هستند (ایسپا، ۱۳۹۸). بر اساس پیمایش ملی دیگری، «نزدیک به نیمی از پاسخگویان (۴۹/۳ درصد) نگران ابتلای خود یا یکی از اعضای خانواده شان به بیماری کرونا هستند. از سوی دیگر ۲۹/۷ درصد افراد پاسخگو چندان نگران مبتلا شدن خود یا نزدیکان شان به ویروس کوید ۱۹ نیستند. ۲۰/۲ درصد افراد نیز تا حدی از ابتلای خود یا اعضای خانواده‌شان به این ویروس احساس نگرانی می‌کنند (پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات؛ موج دوم، ۱۳۹۹).

بی تردید مبارزه با شیوع ویروس کرونا، در عین اینکه پدیده‌ای پزشکی است، در سطح گسترده‌تر رفتاری اجتماعی و فرهنگی محسوب می‌شود؛ و کنترل چنین رفتاری جمعی در گرو افزایش مشارکت اجتماعی مردم و به طور دقیق‌تر برنامه ریزی برای نظارت بر رفتار اجتماعی می‌باشد تا در ابعاد مختلف بتوان زنجیره ارتباطی ویروس را قطع نمود. البته در عین اینکه مبارزه با شیوع این ویروس در سطح فردی، امری بهداشتی و درمانی به نظری می‌رسد، اما روز به روز بر تعداد مبتلایان آن در سراسر کشور افزوده می‌شود. در این میان برای جلوگیری از گسترش آن لزوم بهره‌گیری از روش‌های علمی و تجارب سایر کشورها (چین، فرانسه، کوه جنوبی، و ...) اتخاذ سیاست‌های جامع و کارآمد، از اهمیت بسزایی برخوردار است. «آنفلانزای پاندمی سال ۲۰۰۹ و نیز پاندمی ۱۹۱۸-۱۹۱۹ نشان داد طبقه اجتماعی و دسترسی به منابع، ارتباط مستقیمی با بیمار شدن و شیوه گذراندن دوران پاندمی داشته است» (دیویس و لوه، ۱۳۹۹: ۸۷).

بنابراین، مطالعه حاضر در صدد توصیف و تبیین رفتارهای پیشگیرانه مردم ایران در برابر شیوع کرونا در بازه زمانی ۲۳ تا ۲۹ فروردین سال ۱۳۹۹ می‌باشد. در کشور ایران از ابتدای شروع ویروس مردم با رعایت اقدامات مختلف بهداشتی از یک سو و نیز از سوی دولت با تجهیز مراکز بهداشتی و بیمارستانی سعی در کنترل این بیماری نموده‌اند، اما تاکنون در این مدت نیز شیوع این ویروس در سطح جامعه حداقل چند بار به نقطه اوج رسیده است که پیش‌بینی

می‌شود هر چند مدت جامعه دچار شوک مبتلایان و مرگ و میر ناشی از این بیماری شوند. بر این اساس پرسش‌های پژوهش عبارت خواهند بود از:

- ۱- وضعیت میزان رعایت انواع رفتارهای پیشگیرانه مردم کشور در مبارزه با شیوع ویروس کرونا چگونه بوده است؟
- ۲- زمینه‌ها و عوامل مؤثر بر رفتارهای پیشگیرانه مردم در مبارزه با شیوع ویروس کرونا کدامند؟

ادبیات پژوهش

با توجه به وقوع و گسترش سریع ویروس کرونا در سطح جهان و ایران، پژوهش‌های متعددی انجام گرفته که عبارتند از: سنجش نگرش مردم به ابعاد شیوع ویروس کرونا توسط ایسپا طی ۲۱ تا ۲۵ اسفندماه سال ۱۳۹۸، نظرسنجی از مردم تهران درباره اپیدمی کرونا (موج اول در تاریخ ۱۲ تا ۱۴ اسفند، موج دوم در تاریخ ۲۱ تا ۲۴ اسفند ۹۸ و موج سوم در اردیبهشت ماه ۹۹) توسط معاونت اجتماعی و فرهنگی شهرداری تهران، ارزیابی ابعاد اجتماعی بحران کرونا توسط محمد فاضلی به روش پیمایشی و در قالب پرسش‌نامه الکترونیکی در فضای مجازی (اردیبهشت، ۱۳۹۹)، گزارش نظرسنجی دیدگاه شهروندان در خصوص کرونا (موج اول) توسط گروه افکارسنجی دفتر طرح‌های ملی پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات در فروردین ماه و موج دوم در خرداد ماه ۱۳۹۹ و در نهایت پژوهش ملی «سازوکارهای افزایش حساسیت و مشارکت مردم در زمینه پیشگیری از شیوع ویروس کرونا» برای دانشگاه علامه طباطبائی توسط احمد غیاثوند (اردیبهشت ماه ۱۳۹۹).

طبق نظر سنجی از مردم شهر تهران پیرامون سوال: «تا چه اندازه نگران ابتلای خود یا خانواده تان به کرونا هستید؟ ۲۲ و ۱۲/۸ درصد در حد خیلی کم و کم و در مقابل ۲۰ و ۲۹/۵ درصد در حد زیاد و خیلی زیاد (شهرداری تهران، موج اول: ۱۳۹۸)؛ همچنین ۳۸/۸ درصد کم، ۱۱/۵ درصد در سطح تاحدودی و ۴۹/۴ درصد در سطح زیاد (شهرداری تهران؛ موج دوم: ۱۳۹۸) در نظر سنجی موج سوم که در تاریخ ۱۶ تا ۱۹ فروردین ماه ۱۳۹۹ انجام شده، ۵۱،۳ درصد از شهروندان به میزان زیاد و خیلی زیاد و ۲۹،۱ درصد از شهروندان به میزان کم و خیلی کم و نگران بوده‌اند که خود یا خانواده شان به کرونا مبتلا شوند.

در نظر سنجی پژوهشگاه، هنر و ارتباطات؛ از پاسخگویان درباره میزان رعایت خود قرنطینگی سوال پرسیده شد؛ نتایج حاصل نشان می دهد که ۵۶/۶ درصد پاسخگویان بیان کرده اند که کاملاً و ۲۰/۹ درصد در سطح زیاد خود قرنطینگی را رعایت کرده اند. این در حالی است که ۳/۳ درصد افراد پاسخگو در سطح کم خود قرنطینگی را رعایت کرده و نیز ۳/۳ درصد اصلاً پایبند به خود قرنطینگی نبوده اند (پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات، موج اول: ۱۳۹۹). نزدیک به نیمی از پاسخگویان (۴۹/۳ درصد) نگران ابتلای خود یا یکی از اعضای خانواده شان به بیماری کرونا هستند. از سوی دیگر ۲۹/۷ درصد افراد پاسخگو چندان نگران مبتلا شدن خود یا نزدیکانشان به ویروس کوید ۱۹ نیستند. ۲۰/۲ درصد افراد نیز تا حدی از ابتلای خود یا اعضای خانواده شان به این ویروس احساس نگرانی می کنند. همچنین بر اساس نتایج به دست آمده زنان بیشتر از مردان نگران ابتلای خود یا اعضای خانواده شان به کرونا هستند. در نهایت تمام رده های سنی و تحصیلی و پاسخگویان شهری و روستایی در این زمینه نزدیک به هم می اندیشند و بیشتر نگران مبتلا شدن خود یا خویشان شان به ویروس کوید ۱۹ هستند (پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات، موج دوم: ۱۳۹۹).

طبق نتایج پیمایش ملی فاضلی (۱۳۹۹)، ۸۶ درصد افراد با قرنطینه اجباری موافقاند (۷ درصد مخالف)، ۹۲ درصد موافق ماندن در منزل و رعایت بهداشت اند؛ ۶۷ درصد موافق راهبرد ادامه تعطیلی گسترده مراکز، ادارات و مشاغل مختلف هستند؛ ۴۸ درصد مخالف راهبرد بازگشت جامعه به حالت عادی با رعایت فاصله اجتماعی اند. «طبق نتایج ایسپا، ۲۰/۸ درصد افراد در طول هفته گذشته از منزل خارج نشده اند. ۵۷/۸ درصد برای خرید مایحتاج روزمره از منزل خارج شده اند، ۲۱ درصد برای فعالیت های شغلی از خانه بیرون رفته اند و ۱۵/۷ درصد برای مراجعه به داروخانه، درمانگاه یا بیمارستان از منزل خارج شده اند. در مراتب بعدی به ترتیب انجام امور بانکی با ۸/۵ درصد، هواخوری و خیابان گردی با ۶/۵ درصد، مهمانی و دید و بازدید با ۳/۵ درصد و آرایشگاه با ۱/۳ درصد گفته شده اند (ایسپا، ۱۳۹۹).

مرور و مقایسه نظر سنجی های صورت گرفته در سطح ملی و نیز شهر تهران بیانگر آن است که بیشتر وضعیت رفتارهای پیشگیرانه مردم به همراه آثار و پیامدهای شیوع کرونا مورد تحلیل قرار گرفته است و کمتر به تبیین این امر پرداخته اند. در مطالعه حاضر در کنار توصیف رفتارهای

فردی و جمعی پیشگیرانه مردم در سراسر کشور، در سطوح فردی و اجتماعی مختلف علل آنها نیز مورد شناسایی قرار گرفته است. مرضیه ابراهیمی در پژوهش «سنخ شناسی مواجهه خانواده ایرانی با بحران کرونا» در بین خانواده‌های تهرانی با استفاده از روش کیفی، الگوی ارتباطی خانواده، سازماندهی کنش افراد و نحوه مواجهه افراد را در سه دسته تقسیم‌بندی نموده است: خانواده‌های رضایت‌مدار یا توافق‌کننده، خانواده‌های سهل‌انگار (به حال خود واگذارنده) و خانواده‌های محافظتی. مهمترین تفاوت این خانواده‌ها در نحوه مدیریت روابط خانوادگی است. در خانواده‌های رضایت‌مدار، به دلیل افزایش میزان گفتگو که منجر به شناخت بیشتر اعضای خانواده از یکدیگر شده الگوهای رفتاری پیشین در بین اعضا در این دوران اصلاح می‌شود، اما در خانواده‌های سهل‌انگار، به دلیل ضعف شناخت اعضا از یکدیگر، فقدان فضای گفتگو و بحران‌های ناشی از مسئله کرونا، تنش در میان افراد افزایش پیدا می‌کند؛ اما مهمترین ویژگی در خانواده‌های نوع سوم پیش‌بینی‌ناپذیر بودن است که تلفیقی از دو گروه پیشین است.

در این مطالعه برای تبیین رفتارهای پیشگیرانه مردم در برابر شیوع ویروس کرونا از تئوری عمل منطقی آیزن و فیشباین و نیز نظریه تصمیم‌گیری مارچ استفاده شده است.

جیمز مارچ در کتاب درآمدی بر علم تصمیم‌گیری، بحث از «تصمیم‌گیری چگونه رخ می‌دهد؟ انتخاب یک عمل را موقعیت قطبی شده‌ای می‌داند که در قالب دو چشم‌انداز بیشتر مورد تفسیر است: رویکرد نخست، چشم‌انداز عقلانیت است که در آن کنش‌های فرد از انتظاراتش از نتایج آن کنش و ترجیح‌هایش برای آن نتایج ریشه می‌گیرد. در این معنا عمل تصمیم‌گیری به پیش‌بینی‌هایی بستگی دارد که در مورد آثار و نتایج کنونی صورت می‌گیرد. بنابر نظریه‌های عقلانی انتخاب، تصمیم‌گیران به گزینه‌ها از زاویه پیامدهای مورد انتظار خود توجه می‌کنند. روند تصمیم‌گیری به این معنا مبتنی بر ترجیحات است، یعنی نتایج بر مبنای ترجیح‌های شخصی تصمیم‌گیران ارزیابی می‌شود و گزینه‌ها بر این مبنای مقایسه می‌شوند که نتایج مورد نظر آنها تا چه حد در خدمت ترجیح‌های تصمیم‌گیرنده است. (مارچ، ۱۳۹۶: ۱۳).

بنابراین گزینه‌هایی که مورد توجه قرار می‌گیرد، انتظارات حاصل از پیامدها، نظام ترجیحات و از سوی دیگر، قاعده تصمیم‌گیری مبنی بر انتخاب از میان چند گزینه با توجه به ارزش‌های پیامدهایشان، تعیین می‌کند که افراد چگونه تصمیم بگیرند. در مجموع در این رویکرد، عمل تصمیم‌گیری به منزله محاسبه عقلانی مبتنی بر قصد است و تصمیم‌ها به عنوان

کنشی مبتنی بر ارزیابی گزینه‌ها از نظر پیامدهایی که برای ترجیح‌های تصمیم‌گیران دارند، دیده می‌شوند. در چشم انداز دوم، در مقابل منطق محاسبه عقلانی پیامدها می‌توان از منطق تناسب درباره تصمیم‌گیری سخن به میان آورد؛ در این چشم‌انداز پیروی از اصول و قواعد مبنای تصمیم‌گیری است که بر طبق آن اقدام از انطباق خواست‌های هویت‌ها یا تعریفی از موقعیت ریشه می‌گیرد (مارچ، ۱۳۹۶: ۲۶۱). پس افراد طبق موقعیت تصمیم می‌گیرند و ملاک‌شان همسازی تصمیم با اصول و قواعدی است که هویت تصمیم‌گیرنده را شکل می‌دهد و از ارزش‌های وی پیروی می‌کند. در واقع وقتی افراد و سازمان‌ها هویت خود را تحقق می‌بخشند، در واقع دارند از قواعد یا رویه‌هایی پیروی می‌کنند که متناسب با موقعیتی است که خود را در آن می‌بینند؛ از این رو روند تصمیم‌گیری متأثر از تشخیص موقعیت (موقعیت من چه موقعیتی است؟)، پرسش در مورد هویت (من چه نوع شخصی هستم؟) و تطبیق قواعد با موقعیت‌های تعیین شده است (در این موقعیت چه چگونه تصمیم بگیرد؟). قواعد و هویت‌ها برای تصمیم‌گیری در تمام عرصه‌های زندگی، مانند خانواده، گروه‌های غیررسمی، بازارها، مبارزات سیاسی و انقلاب‌ها مبنای دست می‌دهند. افراد و نظام‌های اجتماعی به قواعد استانداردسازی، مرحله‌بندی و سازماندهی فعالیت‌های خود متکی هستند. از این زاویه، هر تصمیم در هر زمینه‌ای را می‌توان شکل گرفته با هویت‌ها و منطق تناسب دید (مارچ، ۱۳۹۶: ۸۲).

تئوری عمل منطقی در سال ۱۹۷۵ توسط آیزن و فیشباین^۱ ابداع شد و در سال‌های ۱۹۸۵ و ۱۹۹۱ توسط آیزن توسعه داده شد (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975) و تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده نام گرفت. نظریه عمل منطقی یک الگوی شناختی-اجتماعی ارزش است و فرض مهم این تئوری منطقی بودن افراد در تصمیم‌گیری‌ها و انجام رفتارها است. این نظریه در شرایطی کاربرد دارد که کنترل ارادی قابل توجهی بر رفتار وجود داشته باشد.

به طور کلی در تئوری عمل منطقی قبل از ایجاد فوری رفتار به قصد یا تصمیم رفتاری فرد توجه شده است و بر طبق این نظریه مهمترین تعیین‌کننده رفتار، قصد رفتاری^۲ است که این قصد نیز خود تابعی از دو عامل نگرش نسبت به رفتار^۳ و هنجارهای ذهنی^۴ وابسته به رفتار

1 Ajzen & Fishbein

2 Behavior Intention

3 Attitude toward Behavior

4 Subjective Norm

است (Hellriegel, 1989: 50) نقل از محسنی، (۱۳۷۵: ۲۹). به وجود آمدن قصد و نیت (Intention) نیز خود تابع دو متغیر تعیین کننده است: ۱- گرایش به رفتار (Attitude toward the behavior). ۲- هنجارهای ذهنی (Subjective norms). در متغیر اول یا گرایش به رفتار، یک ارزیابی شخصی توسط فرد از کیفیت و نتایج عمل و رفتار خود صورت می گیرد. متغیر گرایش خود با دو شاخص ارزیابی می شود: ۱. انتظار فایده به این معنا که فرد چه میزان فایده را از یک رفتار و پدیده انتظار دارد. ۲. ارزیابی فایده که به معنای ارزیابی فرد از اینکه آیا رفتار یا پدیده مورد نظر برای او فایده ای دارد یا نه. متغیر دوم یا هنجارهای ذهنی بازتاب دهنده فشار اجتماعی بر فرد در راستای انجام یک رفتار است. گروه های مرجعی همچون خانواده، دوستان، همسایگان، همکاران و غیره می توانند در جهت دهی به فرد و فشار بر او برای انجام یک رفتار خاص مؤثر باشند. این متغیر نیز با دو شاخص مورد سنجش قرار می گیرد: ۱. انتظار اینکه رفتار مورد نظر از سوی دیگران مهم (Significant others) چگونه ارزیابی می شود. ۲. انگیزه افراد برای پیروی از انتظارات دیگران بدین معنی که آیا اساساً نظر دیگران مهم و گروه های مرجع برای فرد مهم است و اینکه دیگران در مورد او چه می گویند یا نه. الگوی قصدهای رفتاری نشان می دهد که گرایش ها و هنجارها هر دو تحت تأثیر عقاید فرد درباره رفتارهای خاص هستند (Ajzen, 1988).

در واقع در این مدل، اراده متأثر از عوامل انگیزاننده است که یک رفتار را تحت تأثیر قرار می دهند. اینکه افراد چقدر سخت تلاش می کنند تا کاری را انجام دهند. به عنوان یک قاعده کلی در این مدل، هر چه اراده برای انجام یک رفتار قوی تر باشد به همان نسبت احتمال انجام آن رفتار بیشتر خواهد بود. با اینکه برخی از رفتارها را می توان با این متغیرها پیش بینی و تحلیل کرد اما تبیین اکثر رفتارهای پیچیده انسانی تا حدی مبتنی بر عوامل غیرانگیزشی همچون زمان، پول، مهارت و همکاری دیگران است که در قالب میزان دسترسی به فرصتها و منابع طبقه بندی می شوند.

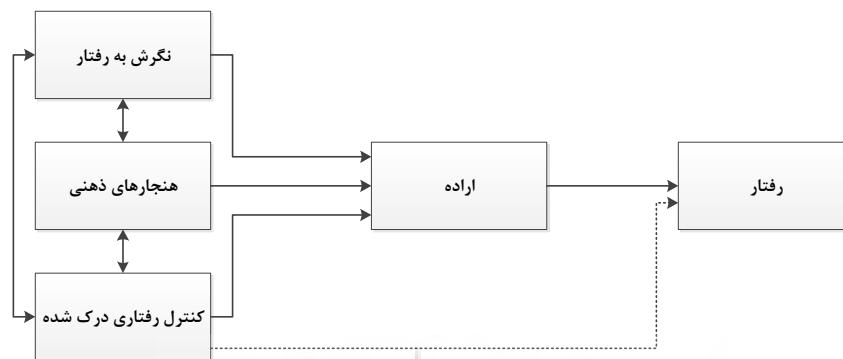
در واقع، این عوامل میزان کنترل واقعی افراد بر رفتارهایشان را نشان می دهند. هر چه یک فرد منابع و فرصت های مورد نیاز بیشتری را در اختیار داشته باشد و اراده لازم برای انجام یک رفتار در او بیشتر باشد، او در انجام آن رفتار موفق تر خواهد بود (Ajzen, 1985). این ایده که انجام یک رفتار به صورت توأمان مبتنی بر دو عامل انگیزش (اراده) و توانایی (کنترل رفتار)

است، نظریه جدیدی محسوب نمی‌شود. این ایده مبانی لازم برای نظریه‌پردازی در رابطه با موضوعات مختلف همچون آموزش حیوانات (Hull, 1943)، سطح اشتیاق (Lewin, 1944)، عملکرد در کارهای روانی و حرکتی و ادراک فرد و نسبت دادن شخصی، داراست (Dembo, 1974; Heider, 1944; Anderson, 1974). همچنین این موضوع مطرح شده که مفهومی از کنترل رفتاری را می‌توان در مدل‌های رفتاری عمومی‌تر رفتار انسانی یافت، مفاهیمی در شکل عوامل تسهیل‌کننده (Triandis, 1977)، منابع (Liska, 1984) و کنترل کنش (Kuhl, 1985) فرضیه اصلی این است که معمولاً انگیزش و توانایی در تأثیرشان بر نتایج رفتاری دارای اثر متقابل هستند (Ajzen, 1991).

در نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده، رفتار فرد به طور کلی در نتیجه اراده وی به انجام دادن یک رفتار و عواملی همچون گرایش به رفتار، هنجارهای ذهنی و کنترل رفتاری ادراک شده شکل می‌گیرد. هر چه گرایش به یک رفتار قوی‌تر بوده و هنجارهای ذهنی رفتاری را تقویت کنند و کنترل رفتاری ادراک شده نیز قوی‌تر باشد، اراده فرد به انجام آن رفتار قوی‌تر خواهد بود. بنابراین، در شرایط وجود میزان کافی از کنترل واقعی بر رفتار و در شرایط وجود فرصت‌های کافی، مردم اراده لازم را برای انجام رفتار خواهند داشت. اهمیت کنترل رفتاری واقعی بسیار واضح است. منابع و فرصت‌های در دسترس یک فرد باید تا حدود زیادی نتایج رفتاری را تعیین کند. مفهوم «کنترل رفتاری ادراک شده» نقش تعیین‌کننده‌ای در نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده ایفا می‌کند. در واقع تفاوت این نظریه با نظریه کنش منطقی در افزوده شدن همین متغیر جدید است.

در رابطه با عوامل موثر بر انجام یک رفتار مشخص، کنترل رفتاری ادراک شده عبارت است از درک افراد نسبت به آسانی یا دشواری انجام یک رفتار دلخواه. یکی از شاخص‌های مهم در این نظریه، انتظار موفقیت است که در قالب احتمال ادراک شده از موفقیت در یک کار مشخص تعریف می‌شود. این مفهوم بسیار شبیه به مفهوم کنترل رفتاری ادراک شده است. در نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده، سازه اعتقاد به خودکارآمدی یا کنترل رفتاری ادراک شده در چارچوب کلی‌تری مرکب از روابط بین عقاید، گرایش‌ها، اراده‌ها و رفتار تعریف می‌شود. کنترل رفتاری ادراک شده، ارزیابی فرد نسبت به توانایی وی برای انجام یک رفتار است. کنترل رفتاری درک

شده نشان می‌دهد که تا چه اندازه یک فرد احساس می‌کند انجام یا عدم انجام رفتار تحت کنترل ارادی او قرار دارد.



شکل ۲: مدل کلی نظریه رفتار برنامه ریزی شده (TPB)

منبع: (Ajzen, 1991:182)

بر طبق این نظریه مهمترین تعیین‌کننده‌های تمایلات و رفتارها به طور منطقی از اعتقادات رفتاری، هنجاری و کنترل پیروی می‌کنند و یا می‌توانند برحسب آن‌ها فهمیده شوند. متغیرهای متعددی ممکن است بر روی اعتقادات مردم تأثیر بگذارند. افرادی که در محیطهای اجتماعی گوناگون رشد می‌یابند به گونه‌ای واضح، اطلاعات مختلفی درباره مباحث گوناگون و یا اطلاعاتی که مبنایی برای اعتقاد درباره‌ی پیامدهای رفتارشان، انتظارات هنجاری دیگران مهم و مواعی که ممکن است از اجرای یک رفتار جلوگیری کند، فراهم می‌کنند. بنابراین همه‌ی این عوامل می‌توانند اعتقادات رفتاری، هنجاری و کنترلی را تحت تأثیر قرار دهند و در نهایت بر تصمیمات و اعمال ما نفوذ کنند این عوامل، عوامل زمینه‌ای نام گرفته‌اند که به سه دسته تقسیم می‌شوند و هرکدام شامل چند عامل است. ۱- عوامل شخصی مانند: نگرشهای کلی، ویژگی‌های شخصیتی، ارزش‌ها، عاطفه و هوش یا فهم. ۲- عوامل اجتماعی مانند: سن، جنسیت، نژاد، قومیت، تحصیلات، درآمد، مذهب. ۳- عوامل اطلاعاتی مانند: تجربه، دانش، قرارگرفتن در معرض رسانه‌ها (Ajzen, 1991:135)

در راستای تدوین چارچوب نظری برای پژوهش نظریه کنش منطقی ایزاک آیزن و مارتین فیش باین، یک تئوری برای تبیین رفتار، می‌توان بدین جمع بندی رسید که ارزیابی فرد از کیفیت و نتایج عمل و رفتار وابسته به ارزیابی فایده و نیز انتظار فرد بوده و نیز ناشی از

هنجارهای ذهنی که به نوبه خود از ارزیابی انتظار دیگران مهم از فرد و انگیزه افراد برای پیروی از انتظارات دیگران متأثر می‌باشد. همچنین رفتار افراد از یک سو توأمان مبتنی بر دو عامل انگیزش (اراده) و توانایی (کنترل رفتار) بر اساس ارزیابی فرد نسبت به توانایی وی برای انجام یک رفتار (کنترل رفتار ادراک شده) می‌باشد، که در شرایط وجود میزان کافی از کنترل واقعی بر رفتار و در شرایط وجود فرصت‌های کافی، افراد اراده لازم را برای انجام رفتار خواهند داشت. از منظر دیگر، تصمیم‌گیری‌های فرد حاصل انتظاراتش از نتایج آن کنش و ترجیح‌هایش بوده که از انطباق خواست‌های هویت‌ها یا تعریفی از موقعیت ریشه می‌گیرد. بر این اساس ملاحظه می‌گردد در عین اینکه ارزیابی فردی از نتایج، انتظارات فردی و جمعی پیشوانه کنش‌های اجتماعی می‌باشد؛ محدودیت‌ها، فرصت‌ها و توان کنترل و تداوم نیز از اهمیت بسیاری برخوردار است. بنابراین مدل نظری پژوهش بدین گونه ترسیم می‌گردد:



فرضیات پژوهش

- به نظر می‌رسد بین کنترل رفتار ادراک شده با میزان انجام رفتار پیشگیرانه در برابر شیوع کرونا رابطه آماری معناداری وجود دارد.
- به نظر می‌رسد بین میزان اراده به کنش با میزان انجام رفتار پیشگیرانه در برابر شیوع کرونا رابطه آماری معناداری وجود دارد.

- به نظر می‌رسد بین وضعیت اشتغال افراد با میزان انجام رفتار پیشگیرانه در برابر شیوع کرونا رابطه آماری معناداری وجود دارد.
- به نظر می‌رسد بین میزان احساس امنیت شغلی با میزان انجام رفتار پیشگیرانه در برابر شیوع کرونا رابطه آماری معناداری وجود دارد.
- به نظر می‌رسد بین میزان احساس هراس اجتماعی با میزان انجام رفتار پیشگیرانه در برابر شیوع کرونا رابطه آماری معناداری وجود دارد.
- به نظر می‌رسد بین سن افراد با میزان انجام رفتار پیشگیرانه در برابر شیوع کرونا رابطه آماری معناداری وجود دارد.
- به نظر می‌رسد بین وضعیت تأهل افراد با میزان انجام رفتار پیشگیرانه در برابر شیوع کرونا رابطه آماری معناداری وجود دارد.
- به نظر می‌رسد بین جنس افراد با میزان انجام رفتار پیشگیرانه در برابر شیوع کرونا رابطه آماری معناداری وجود دارد.
- به نظر می‌رسد بین نوع قومیت افراد با میزان انجام رفتار پیشگیرانه در برابر شیوع کرونا رابطه آماری معناداری وجود دارد.
- به نظر می‌رسد بین مصرف رسانه های جمعی با میزان انجام رفتار پیشگیرانه در برابر شیوع کرونا رابطه آماری معناداری وجود دارد.
- به نظر می‌رسد بین وضعیت درآمدی با میزان انجام رفتار پیشگیرانه در برابر شیوع کرونا رابطه آماری معناداری وجود دارد.
- به نظر می‌رسد بین میزان سواد افراد با میزان انجام رفتار پیشگیرانه در برابر شیوع کرونا رابطه آماری معناداری وجود دارد.
- به نظر می‌رسد بین نوع شهر محل سکونت با میزان انجام رفتار پیشگیرانه در برابر شیوع کرونا رابطه آماری معناداری وجود دارد.

روش پژوهش

مطالعه حاضر به «روش پیمایش» (survey) از نوع تبیینی صورت گرفته است. جامعه آماری این مطالعه را کلیه افراد ۱۵ سال به بالا های کل کشور در سال ۱۳۹۹ تشکیل می‌دهند. داده ها در بازه

زمانی ۲۳ تا ۲۹ فروردین سال ۱۳۹۹ جمع آوری شده است. از طریق فرمول کوکران حجم نمونه تحقیق برابر با ۱۶۰۰ نفر برآورد گردیده و شیوه نمونه‌گیری از نوع «نمونه‌گیری چندمرحله‌ای» (Multi-stage sampling) می‌باشد، به نحوی که سعی گردید ابتدا با کمک گرفتن از شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، کشور به ۹ خوشه تقسیم گردد. ملاک تعیین خوشه‌ها بر حسب میزان شیوع ویروس کرونا، در نظر گرفتن مناطق جغرافیایی مختلف و ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی شهرها بوده است. سپس شهرهای تهران، مشهد، شیراز، سنج، قم، کرمان، اصفهان، تبریز، خرم‌آباد به عنوان نماینده هر خوشه، به طور تصادفی انتخاب گردیدند. در مرحله آخر با انتخاب شهرهای مورد نظر، تلفن ثابت شهرها، تهیه گردید و در اختیار تیم پرسش‌گران قرار داده شد و جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه تلفنی صورت گرفت. برای تحلیل چندمتغیره داده‌های پژوهش از نرم‌افزار PLS با انجام دستورات الگوریتم و بوت استرپ استفاده شده است. اعتبار و روایی در مدل‌سازی معادلات ساختاری بسته به اینکه مدل تحقیق ترکیبی یا انعکاسی باشد تفاوت‌های عمده‌ای با هم دارند (غیاثوند، ۱۳۹۷: ۸۶). در این پژوهش با توجه به اینکه برای سنجش هریک از مفاهیم، بدین سبب که در بین معرف‌ها قرار نیست همبستگی وجود داشته باشد. همچنین معرف‌های مدل ترکیبی بدون خطا فرض می‌شوند، از مدل‌های اندازه‌گیری ترکیبی (مدلی که معرف‌های آن سازنده متغیر مربوطه‌اند) استفاده شده است. بر این اساس محاسبه پایایی برحسب همگنی درونی برای مفاهیم مناسب نیست. در واقع استفاده از اعتبار همگرا و واگرا در مدل اندازه‌گیری ترکیبی معنایی ندارد (چین، ۲۰۱۰: ۹۶). بنابراین از میان انواع اعتبار محتوایی، تحلیل حشو، هم‌خطی بین معرف‌ها معناداری و ارتباط وزن‌های بیرونی، نخست از طریق مطالعه‌ای اکتشافی و نیز مصاحبه با نخبگان (صوری) شاخص‌های متغیرها استخراج شد. بعد از جمع‌آوری داده‌ها خروجی‌های حاصل از نرم‌افزار PLS نشان داد که برای هریک از متغیرها ضریب VIF کمتر از ۵ و نیز مقدار بیشتر از ۰/۲ و ارتباط وزن‌های بیرونی (مقدار t بیشتر از ۱/۹۶) می‌باشد (غیاثوند، ۱۳۹۷: ۵۰).

یافته‌های پژوهش

با توجه به حجم نمونه ۱۶۰۰ نفری، نسبت جنسی تقریباً برابر بوده، در بین افراد نمونه ۸۱ درصد متأهل و در مقابل ۱۴ درصد هرگز ازدواج نکرده‌اند. حدود یک سوم، دیپلم (۳۲ درصد)

و ۲۹ درصد تحصیلات کارشناسی، ۷/۵ درصد تا مقطع کارشناسی ارشد و دکتری تحصیل نموده و در مقابل ۵ درصد بی سواد هستند. میانگین کل سن افراد مورد مطالعه، برابر با ۴۴ سال و بیشترین فراوانی سن مربوط ۴۵ ساله‌هاست. طبق بررسی صورت گرفته ۵۹ درصد افراد مورد مطالعه فارس زبان اند، حدود یک پنجم نمونه قومیت آذری (۱۹ درصد)، ۱۲ درصد لر و نیز ۹ درصد کرد هستند. از افراد نمونه، ۲۴ درصد نمونه از شهر تهران، ۱۰ درصد از تبریز، ۱۲ درصد از اصفهان، ۹ درصد از قم، ۹ درصد از مشهد، ۹/۵ درصد از خرم آباد، ۹ درصد از سنندج، ۹ درصد از کرمان و ۸/۵ درصد از شهر شیراز می‌باشند. حدود نیمی از افراد نمونه خانه دار (۴۷ درصد) و نیز بیش از یک سوم شاغل (۳۴/۸ درصد) هستند.

وضعیت رفتارهای پیشگیرانه

در این پژوهش برای سنجش وضعیت رفتارهای پیشگیرانه مردم در برابر شیوع کرونا، دو دسته از رفتارهای بهداشتی فردی و جمعی برحسب پروتکل‌های رسمی و عمومی در جامعه ایران مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج حاصل بدین شرح است:

رفتارهای پیشگیرانه فردی: با توجه به بازه انجام پژوهش (اواخر فروردین ماه سال ۱۳۹۹) و نیز شیوع گسترده ویروس از اوائل اسفندماه سال ۹۸، برای سنجش وضعیت رفتارهای پیشگیرانه فردی ۵ توصیه بهداشتی از طریق این سؤال: «با توجه به گسترش ویروس کرونا در سطح جامعه هر یک از رفتارهای پیشگیرانه زیر را چقدر انجام داده‌اید؟» مورد سنجش قرار گرفت.

جدول ۱: توزیع پاسخگویان بر حسب رفتارهای پیشگیرانه فردی

وضعیت	اوایل اسفند	اواخر اسفند	ایام عید	هیچ وقت	جمع
شستشوی مداوم دست‌ها	۹۵/۵	۳	۰/۸	۰/۷	۱۰۰
استفاده از دستکش	۸۰	۸	۲	۱۰	۱۰۰
زدن ماسک در بیرون از منزل	۷۹	۷	۲	۱۲	۱۰۰
استفاده از ژل ضدعفونی کننده یا الکل	۸۶	۶	۲	۶	۱۰۰
شستشوی وسایل خریداری شده برای منزل	۹۲	۶	۰/۸	۱/۲	۱۰۰

در مجموع می توان چنین قضاوت نمود که ۷۴ درصد مردم در حد زیاد و در مقابل ۱۶ درصد آنها کمتر به انجام رفتارهای پیشگیرانه فردی پرداخته اند. ۱۰ درصد مردم نیز اصلاً به رعایت رفتارهای بهداشتی فردی نمی پردازند.

جدول ۲: توزیع پاسخگویان بر حسب میزان رعایت رفتارهای پیشگیرانه فردی

وضعیت	کاملاً	تاحدی	اصلاً	بدون پاسخ	جمع
تعداد	۱۱۸۱	۲۴۹	۱۶۹	۱	۱۶۰۰
درصد	۷۴	۱۶	۱۰	-	۱۰۰

رفتارهای پیشگیرانه جمعی: برای سنجش این رفتارها، ۹ توصیه بهداشتی از طریق این سؤال: «به طور مشخص از ایام تعطیل عید نوروز به بعد، کدامیک از کارهای زیر را انجام داده اید؟» مورد سنجش قرار گرفت. طبق بررسی صورت گرفته سر زدن به پدر و مادر (۱۶/۵ درصد)، رفتن به سرکار (۱۵ درصد) و رفتن به بازارچه ها و مراکز خرید از جمله بیشترین اموری هستند که مردم در ایام تعطیلات عید نوروز انجام داده اند. همچنین در بحث از رعایت فاصله اجتماعی در روابط با دیگران ۸۳/۵ درصد از ابتدا به چنین توصیه ای عمل می نمودند (اوایل اسفند ماه). تعداد کسانی که در اواخر اسفند چنین توصیه ای را در نظر گرفتند برابر با ۱۰ درصد و نیز بعد از عید ۵ درصد بدین دسته از افراد اضافه گردید.

جدول ۳: به طور مشخص از ایام تعطیل عید نوروز به بعد، کدامیک از کارهای زیر را انجام داده اید؟

وضعیت	بلی	خیر	جمع
رفتن به سرکار	۱۵	۸۵	۱۰۰
رفتن به پارک	۰/۵	۹۹/۵	۱۰۰
رفتن به مهمانی	۲/۳	۹۷/۷	۱۰۰
رفتن به عید دیدنی	۰/۶	۹۹/۴	۱۰۰
رفتن به مسافرت	۰/۷	۹۹/۳	۱۰۰
سر زدن به پدر و مادر	۱۶/۵	۸۳/۵	۱۰۰
خرید شب عید	۰/۵	۹۹/۵	۱۰۰
رفتن به بازارچه‌ها و مراکز خرید	۱۲/۲	۸۷/۸	۱۰۰

وضعیت	اوایل اسفند	اواخر اسفند	ایام عید	هیچ وقت	جمع
رعایت فاصله در روابط با دیگران	۸۳/۵	۱۰	۵	۱/۵	۱۰۰

در مجموع یافته‌های حاصل نشان می‌دهد ۸۱ درصد افراد کاملاً توصیه‌های بهداشتی جمعی را رعایت نموده‌اند؛ ۱۹ درصد تاحدودی و در مقابل ۱۲ درصد اصلاً به انجام رفتارهای پیشگیرانه جمعی نمی‌پردازند.

جدول ۴: به طور مشخص از ایام تعطیل عید نوروز به بعد، کدامیک از کارهای زیر را انجام داده‌اید؟

وضعیت	کاملاً	تاحدی	اصلاً	جمع
تعداد	۱۲۲۸	۱۰۳	۱۸۸	۱۰۰
درصد	۸۱	۷	۱۲	۱۰۰

با توجه به تشخیص دو نوع رفتار بهداشتی فردی و جمعی برای مبارزه با شیوع کرونا برای بررسی همسانی رفتارهای پیشگیرانه مبنی بر اینکه کسانی که رفتارهای فردی را رعایت کرده‌اند، چقدر نیز همزمان به رعایت رفتارهای جمعی پرداخته‌اند، از خط دیاگونال با ترکیب اعداد قطری ماتریس جدول کمک گرفته‌ایم که در مجموع برابر با ۷۰ درصد محاسبه شده است. در مقابل ۳۰ درصد از افرادی که رفتارهای پیشگیرانه فردی دارند؛ لزوماً رفتارهای پیشگیرانه جمعی را رعایت نمی‌کنند و برعکس. این یافته از طریق آزمون کندال تأیید گردیده است.

جدول ۵: خط دیاگونال رابطه رعایت رفتارهای فردی در برابر رفتار جمعی

وضعیت	اصلاً	تاحدودی	کاملاً	جمع
اصلاً	۳	۱	۶	۱۰
تاحدودی	۳	۲	۱۰	۱۵
کاملاً	۶	۴	۶۵	۷۴
جمع	۱۲	۷	۸۱	۱۰۰
آزمون	$S = ۰/۰۰۰$ $Kb = ۰/۲۶$			

طبق یافته‌های دیگر مطالعه کشوری، در استفاده از ماسک و دستکش ۶۹/۶ درصد کاملاً و در مقابل ۶/۸ درصد اصلاً، در زمینه ماندن در خانه و رعایت قرنطینه ۷۵/۱ درصد کاملاً و در مقابل ۳/۷ درصد اصلاً، در زمینه شستشو و ضدعفونی کردن وسایل خریداری شده از بیرون ۸۵/۵ درصد کاملاً و در مقابل ۱/۲ درصد اصلاً، توجه به فاصله فیزیکی ۶۴/۸ درصد کاملاً و ۲/۷ درصد اصلاً رعایت نمی‌کنند (پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات (موج اول، ۱۳۹۹).

رابطه رفتار پیشگیرانه با ویژگی‌های زمینه‌ای افراد

رابطه جنس با رفتارهای پیشگیرانه: چنانچه نتایج حاصل نشان می‌دهد در زمینه رفتارهای پیشگیرانه فردی ۷۶ درصد زنان کاملاً و در مقابل ۷۰ درصد مردان به رعایت آنها پرداخته‌اند؛ در مقابل ۱۴ درصد مردان و نیز ۹ درصد زنان به رفتارهای بهداشتی فردی بی توجه بوده‌اند. این یافته از طریق آزمون‌های آماری کای اسکور معنادار شده است. بنابراین در سراسر کشور زنان در مقایسه با مردان به طور معناداری بیشتر به رعایت رفتارهای پیشگیرانه فردی می‌پردازند ($\chi^2=0/08$; $p=0/006$).
درباره رفتارهای پیشگیرانه جمعی ۸۳ درصد زنان و نیز ۷۸ درصد مردان مقید بوده‌اند؛ همچنین به ترتیب نیز ۱۲ و ۱۴ درصد چندان به رعایت آنها نمی‌پرداختند. نتایج آزمون کای اسکور نشان می‌دهد که رفتارهای جمعی بهداشتی زنان و مردان چندان متفاوت نمی‌باشد ($p=0/10$).

رابطه وضع تأهل با رفتارهای پیشگیرانه: نتایج حاصل نشان می‌دهد ۷۵ درصد افراد متأهل و در مقابل ۶۸ درصد مجردان به رعایت رفتارهای پیشگیرانه فردی پرداخته‌اند؛ در مقابل ۱۳ درصد افراد مجرد و نیز ۱۰ درصد متأهلان رعایت نکرده‌اند. یافته‌های آزمون کای اسکور و نیز وی کرامرز بیانگر آن است که رفتارهای بهداشتی فردی مجردها و متأهلان به لحاظ آماری چندان متفاوت نیست ($p=0/10$). همچنین درباره رفتارهای پیشگیرانه جمعی ۸۱ درصد متأهلان و نیز ۷۷ درصد مجردان بدان مقید بوده‌اند و نیز به ترتیب ۷ و ۹ درصد چندان به رعایت آنها نمی‌پرداختند. نتایج آزمون آماری نشان می‌دهد که رفتارهای جمعی بهداشتی افراد بر حسب وضع تأهل تقریباً یکسان بوده و به لحاظ آماری معنادار نیست ($p=0/28$).

رابطه سن با رفتارهای پیشگیرانه: نتایج آزمون کندال نشان می‌دهد که ۷۰ درصد افراد ۱۵ تا ۲۵ سال و در مقابل ۷۶ درصد ۴۶ تا ۵۵ ساله‌ها و نیز ۵۶ ساله‌ها و بیشتر در حد زیاد به رعایت رفتارهای بهداشتی فردی می‌پردازند. همچنین افراد ۲۶ تا ۳۵ ساله کمتر به رفتارهای فردی بهداشتی توجه دارند. البته استنباط آماری به عمل آمده، رابطه معناداری را نشان نمی‌دهد ($p=0/19$). پس نمی‌توان قضاوت نمود سن افراد بر انجام توصیه‌های بهداشتی فردی تاثیر دارد. در مقابل رابطه سن با رفتارهای جمعی بهداشتی معنادار شده است؛ بدین معنا که هر چه سن پاسخگویان بالاتر می‌رود؛ بیشتر رفتارهای پیشگیرانه جمعی را رعایت می‌کنند و برعکس ($p=0/02$).

رابطه درآمد با رفتارهای پیشگیرانه: نتایج آزمون حاصل نشان می‌دهد کسانی که ماهانه تا ۱۵۰۰ میلیون درآمد دارند ۶۳ درصد در سطح کاملاً و در مقابل ۲۰ درصد اصلاً به انجام رفتارهای فردی بهداشتی نمی‌پردازند. در بین دارندگان درآمد بین ۱۵۰۱ تا ۲۵۰۰ میلیون این نسبت ۷۷ درصد در برابر ۹ درصد می‌باشد. در مجموع آزمون آماری کندال بین گروه درآمدی با رفتارهای فردی پیشگیرانه رابطه معناداری را نشان نمی‌دهد ($s = 0/22$). همچنین وضعیت درآمدی افراد ارتباطی با رفتار بهداشتی جمعی آنها ندارد ($s = 0/60$).

رابطه سواد با رفتارهای پیشگیرانه: افراد دارای تحصیلات زیر دیپلم ۶۹ درصد کاملاً به رعایت رفتارهای مراقبتی می‌پردازند و نیز ۱۴ درصد اصلاً رفتارهای فردی بهداشتی را رعایت نمی‌کنند. البته در خصوص رفتارهای جمعی ۸۱ درصد در برابر ۱۳ درصد می‌باشند. همچنین مشاهده می‌گردد دیپلمه‌ها و افراد دانشگاهی بیشتر از افراد زیر دیپلم به انجام رفتارهای فردی می‌پردازند. آزمون آماری کندال این تفاوت را معنادار نشان می‌دهد. پس می‌توان قضاوت کرد که میزان سواد با رفتارهای فردی بهداشتی افراد ارتباط دارد ($s = 0/001$)؛ ولی بر رفتارهای جمعی تأثیری ندارد ($s = 0/6$). بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت افراد دارای تحصیلات دانشگاهی و دیپلم (۷۴ و ۷۹ درصد در حد زیاد) بیش از افراد دارای تحصیلات زیردیپلم (۶۹ درصد در حد زیاد) به رعایت رفتارهای فردی بهداشتی می‌پردازند.

رابطه نوع شهر با رفتارهای پیشگیرانه: نتایج آزمون کای اسکوئر نشان می‌دهد مردم ساکن در شهرهای تهران، سنندج و خرم‌آباد به طور معناداری بیش از شهرهای شیراز، تبریز و کرمان به رعایت رفتارهای فردی بهداشتی می‌پردازند ($v = 0/27$; $s = 0/000$). همچنین مردم ساکن در شهرهای تهران، قم، کرمان، سنندج، مشهد بیش از سایر شهرهای نمونه رفتارهای پیشگیرانه جمعی را رعایت می‌کنند ($v = 0/24$; $s = 0/000$).

رابطه نوع قومیت با رفتار پیشگیرانه: نتایج آزمون کای اسکوئر نشان می‌دهد بر اساس اقوام مورد مطالعه لرها و نیز کردها بیش از آذری‌ها به رعایت رفتارهای پیشگیرانه فردی و جمعی می‌پردازند.

جدول ۶: وضعیت رفتارهای فردی و جمعی پیشگیرانه برحسب وضعیت قومیت

وضعیت / رفتار	رفتار پیشگیرانه فردی			رفتار پیشگیرانه جمعی		
	اصلاً	تاحدودی	کاملاً	اصلاً	تاحدودی	کاملاً
فارس	۹	۱۷	۷۴	۱۳	۷	۸۰
آذری	۱۹	۱۸	۶۳	۱۷	۷	۷۶
لر	۱۰	۸	۸۲	۶	۶	۸۸
کرد	۷	۱۱	۸۲	۶	۵	۸۹
آزمون	$X^2 = 44/3 \quad V = 0/12$ $S = 0/0060$			$X^2 = 24/3 \quad V = 0/09$ $S = 0/0065$		

رابطه احساس امنیت شغلی با رفتار پیشگیرانه: در این مطالعه برای سنجش احساس امنیت شغلی این سوال پرسیده شد: «چقدر مجبور هستید؛ به خاطر نوع شغل و تامین هزینه‌های زندگی از منزل خارج بشوید؟» طبق نتایج حاصل ۳۴ درصد خانواده‌ها اعلام کرده‌اند که اصلاً مجبور نیستند که به خاطر نوع شغل شان از منزل خارج شود. ۱۲ درصد در حد کم بدان اشاره کرده‌اند. در مقابل به ترتیب ۱۶ و ۲۲ درصد از افراد در حد خیلی زیاد و زیاد اعلام کرده‌اند که برای تأمین هزینه‌های زندگی بایستی به سرکار بروند. نتایج حاصل نشان می‌دهد هر چه افراد مجبور باشند به خاطر نوع شغل شان از منزل خارج شوند، رفتارهای پیشگیرانه جمعی کمتری را رعایت می‌کنند و در مقابل هر چه افراد احساس امنیت بیشتری داشته باشند رفتارهای جمعی بهداشتی بیشتری خواهد بود. البته رابطه احساس امنیت شغلی با رفتارهای بهداشتی فردی معنادار نشده است.

جدول ۷: وضعیت رفتارهای فردی و جمعی پیشگیرانه برحسب امنیت شغلی

وضعیت / رفتار	رفتار پیشگیرانه فردی			رفتار پیشگیرانه جمعی		
	اصلاً	تاحدودی	کاملاً	اصلاً	تاحدودی	کاملاً
اصلاً	۱۱	۱۲	۷۷	۱۰	۶	۸۴
کم	۱۱	۱۷	۷۲	۱۴	۶	۸۰
تاحدی	۱۱	۱۷	۷۲	۱۲	۶	۸۲
زیاد	۱۰	۱۵	۷۵	۱۴	۶	۸۰
خیلی زیاد	۱۱	۱۸	۷۱	۱۳	۱۰	۷۷
آزمون	$Kc = 0/02 \quad S = 0/23$			$Kc = -0/05 \quad S = 0/01$		

رابطه هراس اجتماعی با رفتار پیشگیرانه: یافته‌های به دست آمده حاکی از آن است که بیش از نیمی از مردم جامعه (یعنی ۵۵ درصد در حد زیاد و خیلی زیاد) مردم از مبتلا شدن به این بیماری می‌ترسند؛ در مقابل حدود یک چهارم (۲۵ درصد) افراد یعنی ۱۲ درصد اصلاً نگران نیستند و ۱۳ درصد در حد کم چنین احساسی دارند. البته «سایر یافته‌ها در سطح کشور نیز نشان می‌دهد که ۵۰ درصد (موج اول) و ۶۱/۵ درصد (موج دوم) مردم از مبتلا شدن خود و اعضای خانواده نگران هستند و در مقابل به ترتیب ۱۸/۴ و ۱۹/۷ درصد در حد کم و خیلی کم ابراز نگرانی کرده‌اند» (پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات، ۱۳۹۹). نتایج حاصل نشان می‌دهد نگرانی از مبتلا شدن به بیماری کرونا با میزان رعایت کردن یا نکردن رفتارهای پیشگیرانه فردی و جمعی آنها رابطه آماری معناداری را نشان نمی‌دهد.

جدول ۱۰-۱۶: وضعیت رفتارهای فردی و جمعی پیشگیرانه برحسب نگرانی از مبتلا شدن

وضعیت / رفتار	رفتار پیشگیرانه فردی		رفتار پیشگیرانه جمعی	
	اصلاً	تاحدودی	کاملاً	تاحدودی
اصلاً	۱۳	۱۵	۷۲	۱۳
کم	۱۰	۱۴	۷۶	۸
تاحدی	۷	۱۸	۷۵	۱۳
زیاد	۱۲	۱۶	۷۲	۱۵
خیلی زیاد	۱۱	۱۴	۷۵	۱۱
آزمون	S = ۰/۸۸ Kc = ۰/۰۰۳		S = ۰/۸۰ Kc = ۰/۰۰۶	

رابطه اراده به کنش با رفتار پیشگیرانه: یافته‌های به دست آمده در پاسخ به سوال: «چقدر امیدوار هستید که با رعایت رفتارهای پیشگیرانه به بیماری کرونا مبتلا نشوید؟» نشان می‌دهد که ۷۶ درصد پاسخگویان در حد زیاد و خیلی زیاد انتظار موفقیت در برابر مبارزه با ویروس کرونا را اعلام کرده‌اند؛ در مقابل ۷ درصد چندان خود را توانمند ندانسته‌اند (یک درصد اصلاً و ۶ درصد کم). نتایج حاصل نشان می‌دهد که هر چه افراد انگیزه و اراده بیشتری برای مبارزه با ویروس کرونا در خود احساس کنند، رفتارهای بهداشتی فردی بیشتری از خود نشان می‌دهند و بر عکس. البته این متغیر با رفتارهای بهداشتی جمعی رابطه معناداری را نشان نمی‌دهد.

جدول ۸: وضعیت رفتارهای فردی و جمعی پیشگیرانه برحسب میزان اراده به کنش

رفتار پیشگیرانه فردی			رفتار پیشگیرانه جمعی			وضعیت / رفتار
اصلاً	تاحدودی	کاملاً	اصلاً	تاحدودی	کاملاً	
۵۰	-	۵۰	۲۰	۱۳	۶۷	اصلاً
۲۱	۱۷	۶۲	۱۶	۸	۷۶	کم
۱۰	۱۶	۷۴	۱۲	۷	۸۱	تاحدی
۹	۱۵	۷۶	۱۲	۶	۸۲	زیاد
۹	۱۷	۷۴	۱۰	۸	۸۲	خیلی زیاد
Kc = ۰/۰۵ S = ۰/۰۵			Kc = ۰/۰۳ S = ۰/۲۶			آزمون

رابطه میزان کنترل رفتاری درک شده با رفتار پیشگیرانه: مفهوم کنترل رفتاری درک شده (Perceived behavioral control) به معنای برداشت فرد از توانایی خود در انجام رفتار می‌باشد؛ به تعبیری میزان انگیزه و توانایی مردم کشور برای تداوم رفتارهای بهداشتی در برابر شیوع ویروس کرونا بود. نتایج حاصل پیرامون سؤال: «چقدر سعی می‌کنید کارهای مختلف را عقب بندازید و تا حد ممکن از منزل خارج نشوید؟» مبنی بر اراده افراد در جهت ممانعت از مبتلا شدن و نیز مبتلا نمودن دیگران، نشان می‌دهد به ترتیب ۳۴ و ۵۰ درصد در حد زیاد و خیلی زیاد عنوان کرده‌اند که سعی می‌کنند کمتر در جامعه حضور پیدا کنند؛ البته حدود ۶ درصد چندان مقید به این الزام اخلاقی نیستند. نتایج آزمون آماری نشان می‌دهد افرادی که در سطح جامعه توانایی تداوم کنترل بیشتری بر رفتار خود داشته باشند و به هر نحو سعی کنند کمتر در جامعه حضور داشته باشند، رفتارهای پیشگیرانه جمعی بیشتری را نیز از خود نشان داده‌اند. بنابراین متغیر کنترل رفتار درک شده با رفتار جمعی بهداشتی معنادار بوده و در مقابل با رفتارهای بهداشتی فردی معنادار نمی‌باشد.

جدول ۹: وضعیت رفتارهای فردی و جمعی پیشگیرانه برحسب اراده به کنش

رفتار پیشگیرانه فردی			رفتار پیشگیرانه جمعی			وضعیت / رفتار
اصلاً	تاحدودی	کاملاً	اصلاً	تاحدودی	کاملاً	
۲۳	۲۳	۵۴	۳۱	۵	۶۴	اصلاً
۱۲	۱۳	۷۵	۲۵	۱۰	۶۵	کم
۹	۱۸	۷۳	۱۸	۸	۷۴	تاحدی
۱۱	۱۲	۷۷	۱۵	۸	۷۷	زیاد
۹/۵	۱۷/۵	۷۳	۸	۵	۸۷	خیلی زیاد
Kc = ۰/۰۰۹ S = ۰/۶۹			Kc = ۰/۱۱ S = ۰/۰۰۰			آزمون

رابطه بهره‌مندی رسانه‌ای با رفتار پیشگیرانه: در راستای بهره‌مندی افراد از رسانه‌های جمعی پیرامون استفاده از توصیه‌ها و مطالب آموزشی و بهداشتی مختلف، یافته‌های حاصل نشان می‌دهد که در این باره مردم کشور بیشترین استفاده را از صدا و سیما و جمهوری اسلامی داشته‌اند (۷۵ درصد در حد زیاد)؛ در مقابل ۱۰ درصد اصلاً از مطالب آموزشی و بهداشتی رادیو و تلویزیون داخلی استفاده نکرده‌اند. همچنین در این باره ۱۷ درصد از شبکه‌های ماهواره‌ای و نیز ۴۰ درصد از شبکه‌های مجازی بیشترین بهره آموزشی را برده‌اند. نتایج حاصل نشان می‌دهد افرادی که از توصیه‌ها و مطالب آموزشی و بهداشتی صدا و سیما استفاده بیشتری نموده‌اند، رفتارهای بهداشتی فردی بیشتری را رعایت می‌کنند و برعکس. همچنین افرادی که بیان نموده‌اند که از مطالب بهداشتی و آموزشی شبکه‌های مجازی و ماهواره پیرامون مبارزه با کرونا بهره‌مند بوده‌اند؛ بیشتر به رعایت رفتارهای جمعی پیشگیرانه پرداخته‌اند و برعکس.

جدول ۱۰: وضعیت رفتارهای فردی و جمعی پیشگیرانه بر حسب بهره‌مندی رسانه‌ای

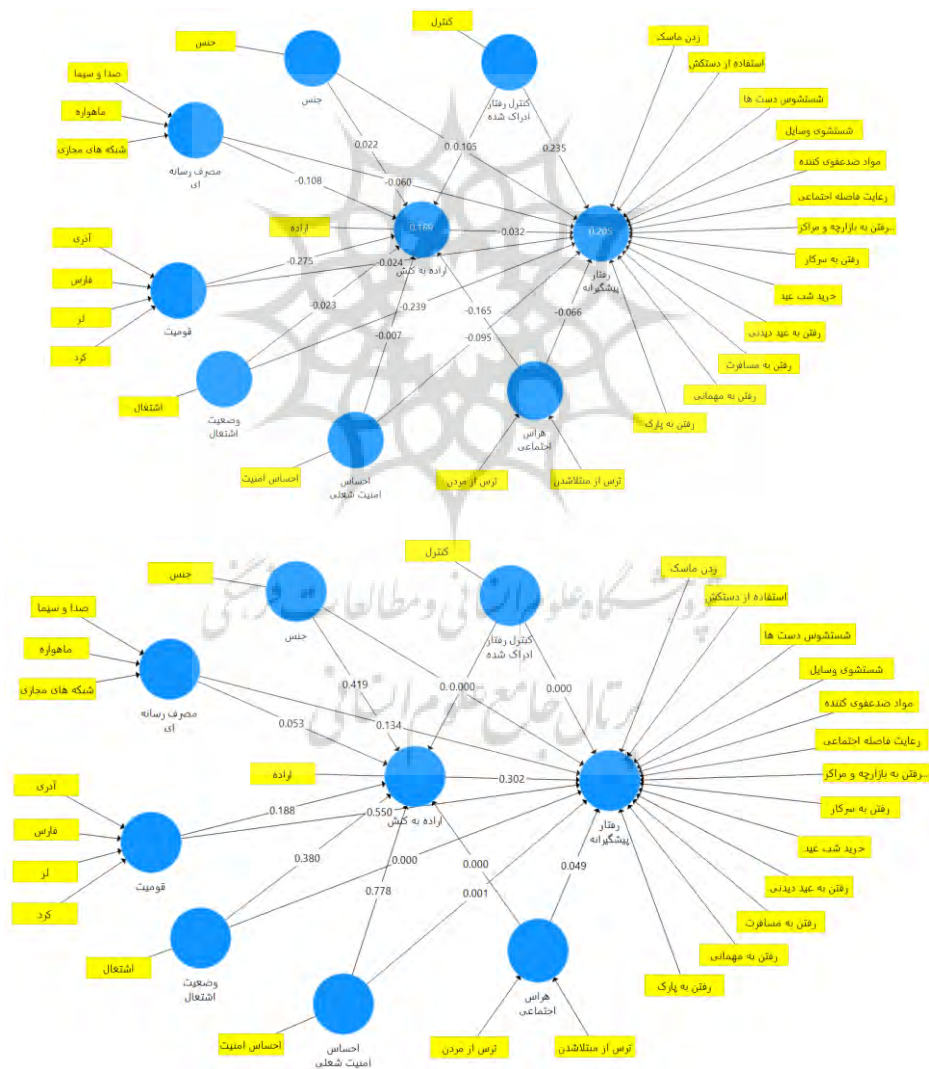
وضعیت / رفتار	رفتار پیشگیرانه فردی	رفتار پیشگیرانه جمعی
صدا و سیما	$Kc = ۰/۰۶$ $S = ۰/۰۲$	$Kc = ۰/۰۴$ $S = ۰/۰۸$
شبکه‌های ماهواره‌ای	$Kc = ۰/۰۰۵$ $S = ۰/۸۳$	$Kc = -۰/۰۷$ $S = ۰/۰۰۹$
شبکه‌های اجتماعی مجازی	$Kc = ۰/۰۰۵$ $S = ۰/۸۲$	$Kc = -۰/۰۵$ $S = ۰/۰۲$

مدل‌یابی معادلات ساختاری رفتارهای پیشگیرانه

براساس مدل نظری پژوهش، برای تبیین جمعی رفتارهای پیشگیرانه افراد در برابر شیوع کرونا، داده‌ها از طریق نرم‌افزار PLS با رویکرد مدل‌یابی معادلات ساختاری (به شیوه واریانس محور) مورد تحلیل قرار گرفته است.

چنانچه ملاحظه می‌گردد در میان متغیرهای تأثیرگذار بر رفتارهای پیشگیرانه افراد، متغیر وضعیت اشتغال افراد مبنی بر شاغل بودن (در مقایسه با شاغل نبودن) تأثیر بالایی (با مقدار بتای برابر با ۰/۲۳ -) را نشان می‌دهد. بنابراین افرادی که شاغل باشند در مقایسه با غیرشاغلان کمتر به رفتارهای پیشگیرانه جمعی و فردی می‌پردازند؛ در این زمینه نیز احساس امنیت شغلی با ضریب ۰/۱۰ تأثیر مستقیم دارد؛ چرا که عده‌ای از افراد یا خانواده‌ها مجبورند به خاطر نوع شغل و تأمین هزینه‌های زندگی از منزل خارج شوند. در این میان متغیر کنترل رفتار درک شده با

ضریب ۰/۲۴، نیز تأثیر بسیار زیادی دارد. بنابراین به تعبیر آیزن و فیشباین، کسانی که اراده لازم برای انجام یک رفتار را داشته باشند، در انجام آن رفتار موفق‌تر خواهند بود. در مراتب بعدی تأثیرگذاری، احساس هراس اجتماعی با ضریب ۰/۰۷ و جنس افراد با تکیه بر زن بودن (۰/۱۰) بر رفتارهای پیشگیرانه افراد تأثیر دارند. با توجه به مشارکت جمعی همه متغیرهای مستقل در متغیر وابسته، نوع قومیت، مصرف رسانه‌ای و اراده به کنش به طور مستقیم بر رفتار پیشگیرانه تأثیری ندارد.



بحث و نتیجه گیری

در تحلیل دو متغیره میزان رعایت رفتارهای بهداشتی فردی در برابر شیوع کرونا، مشخص شد که زنان بیش از مردان جامعه به رفتارهای پیشگیرانه مقیدند؛ بر حسب نوع قومیت لرها و نیز کردها بیش از آذری‌ها و نیز مردم ساکن در شهرهای تهران، سنندج و خرم آباد به طور معناداری بیش از شهرهای شیراز، تبریز و کرمان به رعایت رفتارهای بهداشتی می‌پردازند. هر چه افراد توانایی کنترل بیشتری مبنی بر تعویق امور داشته باشند، رفتارهای بهداشتی فردی بیشتری از خود نشان می‌دهند و بر عکس. در این باره نتایج حاصل نیز نشان داد افرادی که از توصیه‌ها و مطالب آموزشی و بهداشتی صدا و سیما استفاده بیشتری نموده‌اند؛ رفتارهای بهداشتی فردی را بیشتر رعایت کرده‌اند و برعکس.

در تحلیل دو متغیره رفتارهای بهداشتی جمعی مشخص شد که با افزایش سن میزان رعایت رفتارهای پیشگیرانه جمعی افزایش می‌یابد؛ همچنین دیپلمه‌ها و افراد دانشگاهی بیشتر از افراد زیر دیپلم به انجام رفتارهای جمعی می‌پردازند. بنابراین در این باره سن و سواد عوامل تعیین‌کننده‌ای هستند. بر حسب نوع قومیت لرها و نیز کردها بیش از آذری‌ها به رعایت رفتارهای پیشگیرانه جمعی می‌پردازند. در این میان مشخص شد که مردم ساکن در شهرهای تهران، قم، کرمان، سنندج، مشهد بیش از سایر شهرهای نمونه رفتارهای پیشگیرانه جمعی را رعایت می‌کنند. دیگر نتایج نشان داد که هر چه افراد مجبور باشند به خاطر نوع شغل شان از منزل خارج شوند، رفتارهای پیشگیرانه جمعی کمتری را رعایت می‌کنند و در مقابل هر چه افراد احساس امنیت شغلی بیشتری داشته باشند رفتارهای جمعی بهداشتی بیشتر خواهد بود. نتایج حاصل نشان می‌دهد افرادی که در سطح جامعه اراده بیشتری برای کنترل بر رفتار پیشگیرانه داشته باشند و به هر نحو سعی کنند کمتر در جامعه حضور داشته باشند، رفتارهای پیشگیرانه جمعی بیشتری را نیز از خود نشان داده‌اند. همچنین افرادی که بیان نموده‌اند که از مطالب بهداشتی و آموزشی شبکه‌های مجازی و ماهواره پیرامون مبارزه با کرونا بهره‌مند بوده‌اند؛ بیشتر به رعایت رفتارهای جمعی پیشگیرانه پرداخته‌اند و برعکس.

در مجموع نیز مدل یابی معادلات ساختاری از طریق نرم افزار PLS نشان داد که متغیرهای کنترل رفتاری درک شده با ضریب ۰/۲۴، وضعیت اشتغال افراد مبنی بر شاغل بودن (در مقایسه با

شاغل نبودن) با ضریب ۰/۲۳ - ، احساس امنیت شغلی با ضریب ۰/۱۱، جنس افراد با تکیه بر زن بودن (۰/۱۰)، هراس اجتماعی با ضریب ۰/۰۷، به ترتیب بیشترین تأثیر را بر رفتارهای پیشگیرانه (فردی و جمعی) دارند. در این میان نوع قومیت، مصرف رسانه‌ای و کنترل رفتار ادراک شده به طور مستقیم تأثیر ندارد. چنانچه از منظر نظریه آیزن و فیشن باین و نیز تصمیم‌گیری مارچ به تبیین و تحلیل میزان رعایت رفتارهای پیشگیرانه مردم کشور در برابر شیوع کرونا بنگریم، مشاهده می‌گردد همراه با تأثیر ویژگی جنس افراد، متغیرهای «کنترل رفتار درک شده»، «نوع اشتغال»، «احساس هراس اجتماعی» و «احساس امنیت شغلی» پنج عامل مهم تأثیرگذار بر رفتارهای بهداشتی افراد می‌باشند.

در بحث از تأثیر کنترل رفتار درک شده می‌توان اذعان داشت هر چه افراد با توجه به منابع، فرصت‌ها و شرایط حاکم بر فضای کرونا در جامعه توان کنترل و تدوام بیشتری بر رفتار خود داشته باشند و به تعبیری سعی کنند که کارهای روزمره و عادی را به تعویق بیندازند و از منزل خارج نشوند شیوع ویروس کرونا در جامعه کمتر خواهد شد؛ گرچه به نوبه خود اراده به رفتار ناشی از هنجارها و ارزیابی افراد از نتایج کنش نیز وابسته است. این ادراک به معنای برداشت فرد از توانایی خود در پیشبرد و انجام رفتار بهداشتی است و به تعبیری میزان انگیزه و توانایی مردم کشور برای تداوم رفتارهای بهداشتی در برابر شیوع ویروس کرونا از این ادراک نشأت می‌گیرد. بنابراین افزایش این درک از شرایط بحرانی و جلوگیری از عادی‌سازی شرایط از اهمیت بسزایی برخوردار است. مطالعات نشان می‌دهد که هنجارهای ذهنی ضعیف‌ترین عامل پیش‌بینی‌کننده اراده معطوف به رفتار در مدل رفتار برنامه‌ریزی شده است (Armitage & Conner, 2001).

با توجه به معناداری متغیر وضعیت اشتغال و نیز احساس امنیت شغلی با رفتارهای پیشگیرانه، متأثر از چشم‌انداز مبتنی بر پیروی از اصول و قواعد مارچ می‌توان انتظار داشت بخشی از رفتارهای افراد از انطباق خواست‌های هویت‌ها یا تعریفی از موقعیت اجتماعی و اقتصادی فرد ریشه می‌گیرد (مارچ، ۱۳۹۶: ۲۶۱). بر این اساس رعایت رفتار پیشگیرانه، بیشتر در سازوکار این پرسش‌ها جا می‌گیرد که موقعیت رعایت کردن یا نکردن رفتار پیشگیرانه چه نوع موقعیتی است؟ طبق نتایج حاصل شاغل بودن یا نبودن افراد و نیز داشتن احساس امنیت شغلی مبنی بر گذراندن معیشت زندگی بر میزان رعایت رفتارهای پیشگیرانه افراد تأثیر

می‌گذارد. بنابراین نظام معیشت افراد در قالب نوع شغل (کارگر ساده یا با مهارت، کارمند اداری ساده یا کارشناس، دارای پشتوانه بیمه و پس انداز یا روزمزد، و ...) سهم بسزایی در رفتارهای مختلف بهداشتی افراد دارد. بنابراین هرچه افراد بیشتر نیازمند حضور در اجتماع برای مایحتاج زندگی باشند، رفتارهای پیشگیرانه کمتری را رعایت می‌کنند. بر این اساس پیچیدگی تحلیل رفتارهای پیشگیرانه در برابر ریسک‌های اجتماعی بیشتر خود را نشان می‌دهد، زیرا بیشتر سرپرست‌های خانوار در دو موقعیت دوگانه «در خانه ماندن» یا «زنده ماندن» قرار می‌گیرند؛ موقعیتی که موجب می‌گردد فرد تصمیم بگیرد که برای در امان بودن از ابتلا به بیماری در عین اینکه لازم است در منزل بماند تا زنجیره ارتباطی آن قطع گردد، نیازمند گذران زندگی و کسب درآمد نیز هست. از طرفی عدم پوشش‌های بیمه‌ای و ناتوانی دولت در کمک به اقشار نیازمند موجب شکسته شدن زنجیره ارتباطی مبارزه با ویروس کرونا نمی‌گردد. چنین سازوکاری در رویکرد انتخابی کشورهای مختلف برای مبارزه با شیوع کرونا در قالب رسیدگی به سلامت یا معیشت مردم خود را نشان می‌دهد. بدین خاطر است که در ایران و حتی بسیاری از کشورهای جهان مثل آمریکا دغدغه دولت‌ها در عین اینکه مبارزه و کنترل شیوع ویروس کروناست (جوادی یگانه، ۱۳۹۸)، از سوی دیگر توجه به معیشت اقتصادی از اهمیت بسیاری برخوردار است. بنابراین اهمیت، غلبه و برنامه‌ریزی آشکار و پنهان پیرامون رسیدگی به معیشت مردم (نان) در برابر رسیدگی بهداشتی (جان) می‌باشد.

با توجه به تأثیر هراس اجتماعی بر رفتارهای پیشگیرانه از منظر رویکرد تصمیم‌گیری افراد می‌توان بیان نمود که بی‌تردید تصمیم افراد جامعه برای رعایت درجه‌ای از رفتار پیشگیرانه بیشتر مبتنی بر محاسبه پیامدهای آن رفتار می‌باشد. به تعبیر مارچر بنیاد عمل تصمیم‌گیری چنین افرادی، این است که تصمیم‌گیر دغدغه پیامدهای تصمیمش را دارد. در این زمینه نتایج حاصل پیرامون نگرانی از مبتلا شدن به بیماری کرونا، حاکی از آن است که بیش از نیمی از مردم جامعه (یعنی ۵۵ درصد در حد زیاد و خیلی زیاد) از مبتلا شدن به این بیماری می‌ترسند؛ در مقابل حدود یک چهارم (۲۵ درصد) افراد یعنی ۱۲ درصد اصلاً نگران نیستند و ۱۳ درصد در حد کم چنین احساسی دارند. بر این اساس، با توجه به مخاطره جهانی شیوع کرونا، شکل‌گیری ذهنیت

بهداشت جمعی به میزان درک افراد از خطر و جدی بودن آنها در قبال عدم گسترش ویروس بر می‌گردد که در قالب هراس اجتماعی قابل فهم است.

طبق یافته‌های حاصل «ذهنیت بهداشتی جمعی» در زمان شیوع کرونا در بین مردم شکل نگرفته و هر از چندگاهی جامعه با عادی شدن شرایط روبرو گردیده است. لادیمیر شلاپتوخ، در کتاب «نظم اجتماعی در جامعه معاصر» ترس اجتماعی را در برابر ارزش‌های درونی‌شده به عنوان اساس نظم در جامعه انسانی می‌داند و با نقد و بررسی رویکردهای هابز، لاک و پارسونز در زمینه نظم اجتماعی، بر این باور است که جای ترس و نقش آن در ادبیات جامعه‌شناسی خالی و به تعبیری مغفول مانده است. وی معتقد است که دیدگاه‌های لاک و پارسونز که متأثر از علوم اجتماعی امریکا هستند، نقش ترس از محرومیت و نقش دولت و مقررات را به عنوان مبنای نظم اجتماعی نادیده می‌گیرند (شلاپتوخ، ۱۳۹۵).

در تحلیل تداوم و کاستی‌های رعایت رفتارهای پیشگیرانه مطالعات به عمل آمده نشان داد که گرچه اکثر مردم در قبال رفتارهای پیشگیرانه مطلوب و مناسب عمل می‌کنند؛ اما به لحاظ پزشکی رفتاری منطقی محسوب نمی‌شود و هر از چندگاهی شاهد اوج سرایت این ویروس در سطح جامعه هستیم. به طور صریح افراد رفتارهای پیشگیرانه را مبتنی بر هراس اجتماعی درک نمی‌کنند. بنابراین نوک پیکان انتقادات بر رفتارهای پیشگیرانه پیرامون عدم شکل‌گیری ذهنیت جمعی بهداشتی در قالب ترس اجتماعی از بیماری و دوری‌گزینی اجتماعی از آن بوده است که عمدتاً از بیرون و از طریق نظام سیاسی و بهداشتی بایستی تزریق می‌گردید. در مقابل تکیه مسئولان درمانی و نیز نظام سیاسی بیشتر مبتنی بر آموزش و ترویج توصیه‌های بهداشتی بوده و هیچ‌گاه عمق فاجعه نشان داده نشده است. «پنهان کردن خطر باعث شکل‌گیری وضعیتی به نام توهم آگاهی می‌شود. جامعه ما در دو ماه اول شیوع ویروس کرونا با توهم آگاهی روبرو شد و نتوانست خطر را آن گونه که واقعاً جدی و عمیق وجود دارد درک کند. نظام حکمرانی و نظام رسانه‌ای هر دو خطر را نه آن‌گونه که جدی است، جدی تلقی کردند و نه جدی برای مردم آن را بازنمایی کردند» (فاضلی، ۱۳۹۹). در آنفولانزای خوکی سال ۲۰۰۹ پیام «هشیار باش اما نترس» یکی از مضامین ارتباطی بود. این پیام‌های آماده باش، از مردم خواستند تا واکنش‌های افراطی (ترس و هراس) را با مراقبت و آمادگی برای اقدام (هشیار) کنترل کنند. این وضعیت شکلی از

تربیت فعال سوژه‌های آماده پاندمی بود که امکان مدیریت وضعیت اورژانس جهانی را در شرایطی با درجه بالاترین و عدم قطعیت بالا فراهم می‌کرد؛ شهروندانی که آماده کنش باشد، کنشی که نه خودخواهانه و نه افراطی و از سر هراس باشد (دیویس و لوهم، ۱۳۹۹: ۱۱۹).

در مجموع مواجهه با بحران کرونا امری چندوجهی، مبتنی بر اقدامات چندجانبه در جهت قطع زنجیره ارتباط انسانی است تا بتوان بتدریج از سطح بحران کاست و آن را به یک رویداد قابل کنترل تقلیل داد. در زیر به برخی از راهبردهای مهم اشاره می‌گردد:

- تعادل بخشی بین معیشت اقتصادی با رعایت فاصله‌گذاری هوشمند: طبق نتایج این پژوهش، ۸۶ درصد افراد با قرنطینه اجباری موافق‌اند (۷ درصد مخالف)، ۹۲ درصد موافق ماندن در منزل هستند؛ ۶۷ درصد موافق راهبرد ادامه تعطیلی گسترده مراکز، ادارات و مشاغل‌اند؛ ۴۸ درصد مخالف راهبرد بازگشت جامعه به حالت عادی با رعایت فاصله اجتماعی‌اند. با این وجود با توجه به آمادگی مردم برای پذیرفتن قرنطینه، دولت از زمان شروع ویروس به دلایل مختلف حاضر به اجرای قرنطینه اجباری نشده است. آنچه مسلم است در جهت تعادل بخشی اقتصادی با رعایت فاصله اجتماعی، می‌بایست امکان حضور کنترل‌شده و مبتنی بر نظارت مردم در سطح جامعه فراهم شود؛ تعیین پروتکل‌ها و استانداردهای بهداشتی خروج افراد از منزل، حضور در سطح اجتماع، استفاده از وسایل حمل و نقل عمومی، آغاز به کار برخی مشاغل و غیره از جمله مواردی هستند که نیاز به کنترل جدی دارند.

- چرخش وزن و مشی اطلاع‌رسانی به وضعیت بحران در داخل کشور: با شیوع و گسترش ویروس، ستاد مبارزه با کرونا، به طور موفق سعی در اطلاع‌رسانی به موقع و منظم این رویداد نموده است؛ با فراگیر شدن ویروس کرونا در ایران و سپس سرایت آن به سایر کشورهای اروپایی و به خصوص آمریکا، شاهد این هستیم که در رسانه ملی خبررسانی اوضاع کشورهای خارجی بیش از اخبار کرونا در ایران اولویت یافته است. در این زمینه می‌توان شاهد این تناقض بود که طبق گزارشات صدا و سیما مرگ و میر در کشورهای پیشرفته در حال افزایش است - جدای از اینکه یک سوم مردم آمار مبتلایان و فوت شدگان را واقعی نمی‌دانند - اما آمار مبتلایان و فوت شدگان در ایران همچنان پایین است. این امر موجب بی‌اعتمادی مردم به رسانه ملی و عملکرد ستاد مبارزه با کرونا و نیز متوسل شدن مردم به شایعات از طریق شبکه‌های ماهواره می‌گردد.

- غلبه کنترل رفتار ادراک شده بر فرسایش و عادی‌سازی بحران: بررسی‌ها نشان می‌دهد بیشتر افراد رفتارهای پیشگیرانه فردی و جمعی را از همان اوایل رعایت نمودند. چنانچه مبارزه با کنترل ویروس و امید به موفقیت تداوم نداشته و بتدریج کم رنگ شود، به عبارتی کنترل ادراک شده رفتار پیشگیرانه مردم ضربه بخورد، جامعه به سراشیبی درمان سقوط می‌کند. «میانگین نظر پاسخ‌گویان درباره زمان طول کشیدن بحران کرونا به ۳ ماه نزدیک است. جامعه آمادگی ذهنی برای پذیرش بازه‌های زمانی سه ماه و بیشتر را دارد و از سوی دیگر به سختی می‌تواند هر سخنی درباره عادی شدن شرایط در کوتاه‌مدت را باور کند» (فاضلی، ۱۳۹۹). بنابراین می‌بایست مسئولان سیاسی کشور و نیز صدا و سیما از عادی‌سازی بحران پرهیز نمایند.

- غلبه هراس اجتماعی بر توصیه‌ها و درمان پزشکی: چنانچه شاهد هستیم برخی از کشورها با برقراری قرنطینه اجباری موفق شده‌اند با شیوع ویروس مبارزه کنند. در کشور ایران، اوج گیری این ویروس در زمان‌های مختلف حاکی از تمرکز کمتر بر اقدامات پیشگیرانه در قالب ایجاد هراس اجتماعی و برخورد جدی با متخفان می‌باشد. به عبارتی به نظر می‌رسد بیشتر بر درمان و توصیه‌های بهداشتی تکیه می‌گردد، در صورتی که اساس و پایه اقدامات پیشگیرانه عدم ابتلا و عدم انتقال ویروس می‌باشد. در مطالعه فاضلی: «۶۲،۷ درصد پاسخ‌گویان گفته‌اند در صورت وضع جرمه یا محدودیت برای سفر، اقدام به سفر نمی‌کرده‌اند. این نکته فرصت از دست‌رفته سیاست‌گذاری برای اعمال محدودیت و کاهش احتمال انتقال ویروس را نشان می‌دهد» (فاضلی، ۱۳۹۹).

- غلبه شرایط آنومیک اجتماعی بر پاندمیک پزشکی: آنومی (بی‌هنجاری/بی قانونی) در یک جامعه نشان‌دهنده وجود بحران و سرگردانی در میان مردم می‌باشد؛ وضعیت پیچیده‌ای که شامل بی‌هنجاری، تعارض هنجاری و ضعف هنجارهای اجتماعی می‌گردد. بر این اساس گرچه جامعه همزمان با شروع کرونا دچار پاندمیک پزشکی گردیده، ولی به لحاظ جامعه‌شناختی با پایان کرونا زمینه رخداد شرایط آنومیک اجتماعی در جامعه ایران وجود دارد. در واقع چنانچه بعد از فروکش کردن کرونا نظام سیاسی به نیازهای اقتصادی و معیشت مردم توجه نکند، شرایط بعد از کرونا سبب افزایش حاشیه‌نشینی، ورشکستگی مالی، افزایش جرایم، آسیب‌های اجتماعی و در نهایت افزایش نارضایتی اجتماعی شده و احتمال حرکت‌های جمعی

اعتراضی افزایش خواهد یافت. بنابراین با اتمام دوران کرونا بایستی رسیدگی به گروه‌های آسیب‌پذیر در اولویت سیاست‌گذاری دولت قرار گیرد. در این باره صاحب‌نظران معتقدند: در شرایط بحران کرونا با توجه به مشکلات اقتصادی و تحریم ظالمانه دولت، انتظار می‌رفت که سازمان‌ها و نهادهای امدادی و حمایتی مانند کمیته امداد، آستان قدس رضوی، بنیاد مستضعفان و غیره برای بهبود اوضاع جامعه و منافع عمومی مردم دولت را حمایت نمایند.

- بازسازی واقعیت اجتماعی زندگی روزمره در جامعه ایران: شیوع ویروس کرونا با متوقف کردن کلیه روابط اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی جامعه به تعبیر «گارفینکل» (جامعه شناس) همچون نوعی آزمایش «نقض کننده» عمل نموده است. بنابراین با پایان ایام کرونا بایستی به بازسازی واقعیت زندگی روزمره مردم (برگزاری مراسم سوگواری، فراهم آوردن تسهیلات رفاهی و سایر امکانات) پرداخت تا افراد به زندگی عادی برگردند.

منابع

- پژوهشکده مطالعات فرهنگی و اجتماعی (۱۳۹۹)، پژوهش: جستارهایی در ابعاد فرهنگی و اجتماعی بحران ویروس کرونا در ایران، تهران، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری.
- دفتر مطالعات اجتماعی و فرهنگی (۱۳۹۸) نظرسنجی از مردم تهران درباره اپیدمی کرونا (موج اول)، معاونت اجتماعی و فرهنگی شهرداری تهران
- دفتر مطالعات اجتماعی و فرهنگی (۱۳۹۸) نظرسنجی از مردم تهران درباره اپیدمی کرونا (موج دوم)، معاونت اجتماعی و فرهنگی شهرداری تهران
- شلاتنوخ، ولادیمیر (۱۳۹۵) نظم اجتماعی در جامعه معاصر: آثار منفی و مثبت ترس، ترجمه: اصغر صارمی شهاب، تهران: نشر جامعه شناسان.
- فاضلی، محمد (۱۳۹۹) طرح پژوهشی: ارزیابی ابعاد اجتماعی بحران کرونا، تهران، خویش فرما.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۸۰) پیامدهای مدرنیت، ترجمه محسن ثلاثی، تهران، نشر مرکز.
- محمدرضا جوادی یگانه (۱۳۹۸) یادداشت تحلیلی: چه کسانی از کرونا نمی ترسند، منتشر شده در سایت مرکز افکارسنجی دانشجویان ایران (۹۸/۱۲/۱۹).
- مرکز افکارسنجی دانشجویان ایران (ایسپا) (۱۳۹۹) پژوهش: دیدگاه مردم ایران در خصوص شیوع ویروس کرونا و ابعاد مختلف آن، تهران.

- محسنی، منوچهر (۱۳۷۶) بررسی آگاهی، نگرش ها و رفتارهای اجتماعی - فرهنگی در ایران، مرکز پژوهش های بنیادی وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.
- غیاثوند، احمد (۱۳۹۹) سازوکارهای افزایش حساسیت و مشارکت مردم در زمینه پیشگیری از شیوع ویروس کرونا، طرح پژوهشی: معاونت پژوهشی دانشگاه علامه طباطبائی.
- غیاثوند، احمد (۱۳۹۷) تحلیل پیشرفته مدل یابی معادلات ساختاری با کاربرد نرم افزار « PLS، تهران، انتشارات دانشگاه علامه طباطبائی.
- مارچ، جیمز (۱۳۹۶) درآمدی بر علم تصمیم گیری (تصمیم گیری چگونه رخ می دهد؟) ترجمه: ابراهیم افشار، تهران، نشر نی.
- پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات (۱۳۹۹) گزارش نظرسنجی دیدگاه شهروندان در خصوص کرونا، گروه افکارسنجی دفتر طرح های ملی، موج اول فروردین ماه.
- پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات (۱۳۹۹) گزارش نظرسنجی دیدگاه شهروندان در خصوص کرونا، گروه افکارسنجی دفتر طرح های ملی، موج دوم خرداد ماه.
- دیویس، مارک و لوهیم، دینا (۱۳۹۹) پاندمی، روایت مردم و روایت، ترجمه: اسماعیل یزدان پور، موسسه مطالعات فرهنگی و اجتماعی.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhi & J. Beckmann (Eds.), *Actionócontrol: From cognition to behavior* (pp. 11639). Heidelberg: Springer
- Almeida-Leite, C. M., Stuginski-Barbosa, J., & Conti, P. C. R. (2020). How psychosocial and economic impacts of COVID-19 pandemic can interfere on bruxism and temporomandibular disorders?. *Journal of Applied Oral Science*, 28.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Chicago: Dorsey Press
- Ajzen, I. 1991,, "The hleooy of pnnmed behavoo", ggganaaañiona ee havoo and uu man Decision Processes, No. 50, pp: 179-211
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: PrenticeóHall
- Armitage, C.J., Conner, M., 2001. Efficacy of the theory of planned behaviour: a meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology* 40, 471-499.
- Armitage, C.J., Conner, M., 2001. Efficacy of the theory of planned behaviour: a meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology* 40, 471-499.
- Fishbein, M.. & Ajzen, I. (1974). Attitudes toward objects as predictors of single and multiple behavioral Criteria. *Psychological Review*, 81, 59674
- Heider. F. (1944). Social perception and phenomenal casuality. *Psychological Review*, 51, 3586374
- Hull, C. L. (1943). *Principles of behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts. Insko. C. A., Insko, C.
- Hellriegel. D. et al. (1989) *Organizational Behavior*. New York: West Publishing Company.

- Kuhl, J. (1985). Volitional aspect of achievement motivation and learned helplessness: Toward a comprehensive theory of action control. In B. A. Maher (Ed.), Progress in experimental personality research (Vol. 13, pp. 99-171). New York: Academic Press.
- Sharma, S., Sharma, M., & Singh, G. (2020). A chaotic and stressed environment for 2019-nCoV suspected, infected and other people in India: fear of mass destruction and causality. Asian journal of psychiatry, 51, 102049.
- Zandifar, A., & Badrfam, R. (2020). Iranian mental health during the COVID-19 epidemic. Asian journal of psychiatry, 51, 101990.

