



چالش‌های حقوقی و جرم‌شناختی نظام سلامت روانی در دوران بیماری کووید-۱۹

مریم شیریان نسل

استادیار، گروه حقوق جزا و جرم‌شناسی، مرکز تحقیقات حقوق، واحد مراغه، دانشگاه آزاد اسلامی، مراغه، ایران

(نویسنده مسئول) maryam.shiriyani@yahoo.com

اللهویردی بدیهی

دانشجوی کارشناسی ارشد رشته حقوق جزا و جرم‌شناسی، واحد مراغه، دانشگاه آزاد اسلامی، مراغه، ایران

Badihy1402@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: بیماری‌های واگیر عموماً باعث خسارت‌های گسترده اجتماعی اعم از خسارات جسمی، جانی، مالی، اقتصادی و غیره می‌گردد. با شروع پاندمی کرونا سلامت روانی، سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی افراد تحت تاثیر قرار گرفته است از یک سو پیدایش این بیماری‌ها ممکن است ناشی از رفتارهای مجرمانه بوده و اقدامات خرابکارانه بیولوژیک آن‌ها را ایجاد کرده باشد؛ از سوی دیگر انتقال این بیماری‌ها که آسیب‌های جسمی، روانی و اقتصادی و اجتماعی را در پی دارد ممکن است به دلیل اقدامات عمد یا ناشی از بی‌مبالاتی و تقصیر صورت پذیرد. که در این میان شهروندان به خاطر شرایط ویژه ای که دارند بیشتر در معرض خطر قرار دارند.

روش تحقیق: از این رو هدف از پژوهش حاضر ارتباط بین چالش‌های حقوقی و سلامت روانی با شاخص‌های جرم‌شناختی در دوران بیماری کووید ۱۹ بود. برای بررسی مدل ارتباطی از تحلیل عاملی تاییدی استفاده شد. داده‌ها به کمک نرم افزار آماری SPSS و AMOS و در سطح خطای ۰/۰۵ مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نشان داد که از منظر جرم‌شناسی، هر دو بُعد نیاز به علت‌شناسی و ارائه راهکارهای پیشگیرانه اجتماعی، وضعی و در موارد ضروری، کیفری دارد. بُعد اول و دوم در صورتی که به صورت سازمان‌یافته و گسترده باشد از نگاه زمیولوژی یا جرم‌شناسی خسارت اجتماعی محور که به عنوان یکی از شاخه‌های جرم‌شناسی دو دهه اخیر، بررسی می‌شود و در صورتی که به طور محدود و فردی صورت گیرد در جرم‌شناسی پیشگیرانه و حقوقی مورد تجزیه و تحلیل جرم‌شناختی قرار می‌گیرد.

نتیجه‌گیری: عوامل افزایش این جرایم در نوع اول عموماً زیاده‌خواهی، افزایش سود و کاهش هزینه‌های اقتصادی است که پیشگیری وضعی و تدابیر خاص سیاست کیفری موثر تر بوده و جرایم نوع دوم نوعاً ناشی از فقر فکری و فرهنگی، فقر مالی و بیکاری و ضعف راهبردهای بهداشتی است که مقابله با آن‌ها راهبردهای اجتماعی و رفع موانع فکری، فرهنگی، و اقتصادی طبقات محروم جامعه را می‌طلبد.

کلیدواژه‌ها: نظام سلامت روانی، بیماری کووید-۱۹، چالش حقوقی، چالش جرم‌شناختی.



مقدمه

با افزایش رعایت اصول بهداشتی و ایمنی و متعاقب آن افزایش امید به زندگی، جمعیت افراد مسن در جهان رو به افزایش است. به گزارش مرکز آمار ایران، جمعیت سالمند بالای ۶۰ سال از ۷/۲۷ درصد در سال ۸۵ به ۸/۲ درصد در سال ۹۰ افزایش یافته است (گزیده سرشماری...، ۱۳۹۲). این ارقام نشان می‌دهد که اگر سیاست‌گذاران کشور از هم‌اکنون برنامه مدونی نداشته باشند در ۲۰ سال آینده کشور دچار معضل اساسی برای رفع مشکلات بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی این قشر از جامعه خواهد شد. در این زمینه بسیاری از متخصصان علوم پزشکی و ورزشی معتقدند، انتخاب شیوه زندگی فعال که در آن فعالیت‌های بدنی و ورزشی منظم جایگاه ویژه‌ای داشته باشد، یکی از راهکارهای مهمی است که با توجه به قابلیت ایجاد انگیزش درونی و کم‌هزینه بودن آن، می‌تواند بخش عمده‌ای از مشکلات جسمانی و روانی سالمندی را برطرف کرده و به حفظ سلامت جسم و روان در این مقطع حساس زندگی انسان کمک زیادی کند (مقصودی و همکاران، ۱۳۹۴).

زمستان سخت سال ۲۰۱۹ برای همیشه در ذهن‌ها باقی می‌ماند، زمانیکه ویروسی ناشناخته و پیچیده‌ای با نام کرونا در ووهان چین مشاهده شد و خیلی زودتر از آنچه تصور می‌شد همه جهان را در بر گرفت این ویروس حالا یک ساله شده است. کرونا همچنان مهمترین دغدغه دنیا در روزهایی است که می‌آید و می‌گذرد. از اسفندماه کم‌کم بر شمار کشورهایایی که از این ویروس تاثیر گرفتند، به قرنطینه رفتند، به تعطیلی کشیده شدند و... افزوده شد تا امروز که تقریباً کشوری نیست که رنگ کرونا را ندیده باشد و برنامه‌ای برای مقابله با آن طراحی نکرده باشد. این در حالی است که پایان کرونا تقریباً حدس زدنی نیست و بسیاری از متخصصان حرف از این می‌زنند که باید زندگی کمی طولانی‌تر را در کنار کرونا طراحی کرد.

متأسفانه، این ویروس کشور عزیزمان ایران را همچون سایر کشورهای جهان آلوده کرده و مبارزه با این ویروس به طور سراسری و همه‌جانبه در کل کشور در حال انجام است. گرچه با توجه به جدید بودن این ویروس و میزان اطلاعات موجود در مورد بیماری زایی ویروس‌های کنترل و درمان این بیماری محدود بوده ولی در حال حاضر مهم‌ترین روش مقابله با آن پیشگیری و جلوگیری از انتشار ویروس از طریق قرنطینه کردن افراد است (لیو^۱، ۲۰۲۰). در طی روند قرنطینه، ممکن است به سلامت روان افراد آسیب وارد شده و برخی از اختلالات روانشناختی بروز نمایند (وانگ^۲ و همکاران، ۲۰۱۱). به طور کلی تمامی مطالعاتی که اختلالات روانشناختی افراد در قرنطینه رو مورد بررسی قرار داده‌اند نشانه‌های زیادی از آسیب روان مثل اختلال هیجان، افسردگی، استرس، کاهش خلق، تحریک پذیری، بی‌خوابی، کاهش توجه، اختلال استرس بعد از سانحه، خشم و کرختی عاطفی را گزارش کرده‌اند (رابین^۳، ۲۰۲۰؛ بروکز^۴، ۲۰۲۰). در این بین شهروندان به خاطر شرایط روحی و روانی و جسمانی خاصی که دارند بیشتر در معرض آسیب‌های روانشناختی و اجتماعی ناشی از قرنطینه قرار می‌گیرند.

سلامت اجتماعی در کنار سلامت جسمی و روانی یکی از ارکان تشکیل دهنده سلامت است. در واقع زمانی شخص را دارای سلامت اجتماعی می‌دانیم که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی، احساس پیوند کند (فدایی مهربانی، ۱۳۸۶). در ایران با وجود کاستی‌های موجود، برای سلامت جسمی افراد گام‌های مناسبی برداشته شده است، اما آنچه در تمام عرصه‌های کشور محسوس است، بی‌توجهی به ابعاد اجتماعی سلامت است. در شرایط همه‌گیری کرونا و با توجه به آسیب پذیری بیشتر شهروندان، چه از نظر تحمل بیماری و چه از نظر آسیب‌های سلامت اجتماعی و روانشناختی، این بی‌توجهی می‌تواند آسیب‌های بیشتری را به این قشر از جامعه وارد کند. (پارسامهر و رسولی-نژاد، ۱۳۹۴). یکی از فاکتورهای بسیار مهم که در شرایط پاندمی کووید ۱۹ ممکن است تحت تاثیر قرار گرفته و آسیب ببیند چالش‌های حقوقی و جرم‌شناختی در نظام سلامت است. کیفیت زندگی عبارت است از برداشت هر شخص از وضعیت سلامت

- 1 -Liu
- 2 -Wang
- 3 -Rubin
- 4 -Brooks



خود و میزان رضایت از این وضع (کینگ^۵، ۲۰۰۶). در نتیجه مطالعات گو ناگون ثابت شده است که با افزایش سن به علت اختلالاتی که در سیستم های مختلف فرد صورت می گیرد، به خصوص به علت محدودیت های حرکتی، وابستگی فرد به دیگران در انجام کارهای روزانه افزایش می یابد، که این عوامل می تواند در احساس خوب بودن و در نتیجه بر کیفیت زندگی فرد اثرات منفی زیادی ایجاد نماید (نیوسام^۶، ۱۹۹۹). توجه به کیفیت زندگی و تأثیر ملاحظات مختلف روانشناختی و اصلاح شیوه زندگی تا حد بسیار زیادی می تواند باعث افزایش کارایی و استقلال شهروندان شود و آنها را در کنترل عوارض متعدد سالمندی و درمان های مختلف آن کمک نماید (وود^۷، ۲۰۰۱). پیری موفق یا داشتن یک دوره سالمندی با کیفیت زندگی بالا به وسیله راو^۸ و همکاران تحت تأثیر سه جنبه توصیف شده است: نداشتن بیماری، سازگاری با زندگی و داشتن کفایت روحی و روانی (راو، ۱۹۹۹). کیفیت زندگی بالا در سالمندی یعنی داشتن احساس خوب بودن، بهتر کار کردن در طول روز و داشتن زندگی غیر وابسته و مستقل در اغلب موارد است (استیوارت^۹، ۲۰۰۲). از جمله عواملی که بر کیفیت زندگی شهروندان تأثیر می گذارد سلامت روانی آنهاست.

سلامت روانی شامل رضایت و تصور شخص از خود و ظاهر بدنی اش، احساسات مثبت و منفی فرد، اعتماد به نفس، اعتقادات روحی، مذهبی، شخصی، تفکر، یادگیری، حافظه و تمرکز است. به نظر برخی روانشناسان، نخستین عامل تعیین کننده در مطالعه چالش های حقوقی زندگی بررسی نگرش فرد نسبت به زندگی است و بعد روانی چالش های حقوقی زندگی با توجه به دو مقوله احساس بهزیستی و احساس رضایت مورد توجه ایشان قرار گرفته است. به اعتقاد لئونارد (۱۹۹۳) وجود یا عدم فشارهای روانی به ویژه در زندگی شهری، تأثیر به سزایی در تعیین احساس بهزیستی دارد. زندگی شهری معمولاً مملو از فشارهای روانی مزمنی است که افراد به واسطه قرار گرفتن در مناسبات شهری گریزی از تجربه آنها ندارند. مراقبت و توجه مداوم به بچه های کوچک در خارج از خانه، رانندگی در ترافیک سنگین روزانه، احساس سنگینی و فشار کار و کمبود وقت، مثال هایی از این نوع استرس ها در زندگی روزانه انسان های شهرنشین است.

یکی از ابعاد عمده عدم امنیت اجتماعی و روانی شهروندان، انزوای اجتماعی آنها است. در شرایط کنونی و بروز پاندمی ویروس کرونا، بروز انزوا و تنهایی برای بسیاری از شهروندان اتفاق می افتد. ممانعت از ورود به فعالیت های اجتماعی و ناتوانی در دیدار از خویشاوندان و دوستان، از جمله مسائلی است که زمینه این تنهایی را فراهم می آورد. این انزوا و احساس تنهایی می تواند باعث زوال عقل و رفتار و افکار خودکشی شده و همچنین پیش بینی کننده علائم افسردگی نیز می باشد. براساس مطالعات فعالیت هایی از قبیل دیدن تلویزیون، باغبانی در محیط منزل، آشپزی و ورزش از شدت و متعاقباً از تنهایی می کاهد. حال سوالی که مطرح می شود این است که سلامت اجتماعی و روانی و متعاقباً کیفیت زندگی شهروندان در ایام بروز پاندمی ویروس کرونا به چه صورت است و آیا بین سلامت اجتماعی و سلامت روانی با شاخص های کیفیت زندگی شهروندان در دوران بیماری کووید ۱۹ رابطه ای وجود دارد؟

اهداف تحقیق

هدف کلی تحقیق حاضر عبارتند از " بررسی چالش های حقوقی و جرم شناختی در نظام سلامت در دوران بیماری کووید ۱۹ " می باشد. و اهداف ویژه پژوهش عبارتند از:

۱. بررسی رفتارهای مجرمانه بوده و اقدامات خرابکارانه بیولوژیک آنها را ایجاد کرده باشد

- 5 - king
- 6 - Newsom
- 7 - Wood
- 8 - Rowe
- 9 - Stewart



۲. بررسی چالش های حقوقی انتقال این بیماری‌ها که آسیب‌های جسمی، روانی و اقتصادی و اجتماعی را در پی دارد

سلامت روان

سلامت روان بیش از آنکه یک علم و یا یک فعالیت بالینی باشد، یک موضوع بسیار مهم حیاتی است و تلاشی است که تعهدات اجتماعی و انسانی را در برمی گیرد (گیمون، ۲۰۰۴).

سلامت روان، واژه ایست برای بیان هدفی خاص برای جامعه. هر فرهنگی در پی معیارهای ویژه خود در پی سلامت روان است. هدف هر جامعه‌ای آن است تا شرایطی برای افراد خویش در ابعادی همچون هوش، ذهن، حالت، فکر و جسم مهیا سازد (نجات و ایروانی، ۱۳۷۸).

سلامت روان و بیماری روانی دو واژه در برابر هم نیستند بلکه شاید بتوان آنها را نقطه‌هایی بر روی یک پیوستار گمان کرد. سلامت روان، حالت موفقیت آمیز یک کنش روانی است که برآیند آن کنش‌های ثمربخش، پیوندهای رضایت بخش با دیگران، توان سازگاری با دگرگونی‌ها و کنار آمدن با ناملایمات است و با رفاه شخصی و پیوندهای خانوادگی و بین فردی و اجرای نقش در اجتماع، پیوندی تنگاتنگ دارد. سلامت روان از شروع دوره کودکی تا مرگ در رشد مهارت‌های فکری و ارتباطی، یادگیری، رشد عاطفی و عزت نفس نقش بسیار مهمی دارد. این عوامل به فرد کمک می کنند تا در جامعه به گونه ای موفقیت آمیز به اجرای نقش بپردازند (نجات و ایروانی، ۱۳۷۸).

اهمیت سلامت روانی

اهمیت پرداختن به جنبه های روانی سلامتی کاملاً مشخص است . سازمان بهداشت جهانی و بسیاری از کشورها به این نتیجه رسیده اند که فراموش کردن و غافل شدن از بهداشت روانی یکی از خطاهای بزرگ نظام های بهداشتی است و هر برنا مه بهداشتی بدون در نظر آوردن رفاه روانی جامعه با شکست مواجهه خواهد شد (یوفاز و ریسی، ۱۳۸۴).

بهداشت روان بخشی از جدائی ناپذیر از بهداشت عمومی است که فرد را از عناصر شناختی، عاطفی و همچنین از توانائی‌های خود در ایجاد رابطه با دیگران آگاه می‌گرداند. انسان با داشتن تعادل روانی، بهتر می تواند بر تنیدگی ها و فشارهای زندگی فائق آید، کارهای روزانه را پر بارتر و سودمندتر گرداند و فرد مفیدی برای جامعه باشد. اختلالات روانی و مغزی با تاثیر روی سلامت روان فرد، امکان دستیابی به بخش هایی از موارد فوق و امکان عملی ساختن تمام آنها را به طور کلی و یا به گونه‌ای نسبی غیر ممکن می سازد. درمان این اختلالات و پیشگیری از بوجود آمدن آنها، راه استفاده از تمام توانایی‌های موجود در فرد را برای وی فراهم می‌سازد. از آنجا که بهداشت روان پایه و اساس رشد انسان است، این حقیقت را باید پذیرفت که مسایل بهداشت روانی همراه زندگی است، امکان پدید آمدن آنها همیشه وجود دارد .نیاز به بحث و گفتگو درباره آنها است (شاه محمدی، ۱۳۸۱).

اهداف سلامت روانی

بهداشت روانی و هدف های اصلی آن که اکثر متخصصان در مورد آنها با هم به توافق دارند به شامل موارد زیر می باشد:

۱. ایجاد سلامت به واسطه جلوگیری از ایجاد بیماری های روانشناختی.
۲. کنترل عوامل دخیل در ایجاد بیماری های درونی و تشخیص زود هنگام مشکلات روانی.
۳. پیشگیری از عوامل ناشی از برگشت بیماری های روانشناختی و داشتن محیط مناسب برای ایجاد روابط صحیح انسانی.
۴. درمان به موقع بیماری های روانی.
۵. ایجاد سیستم های حمایتی، اجتماعی و روانی.
۶. شناخت علل و نحوه شیوع بیماریهای روانی.



سازمان بهداشت جهانی این اهداف را در سه دسته شامل پیشگیری کردن، درمان و بازتوانی تقسیم کرده و به توصیه این سازمان، این اهداف باید از طریق چهار کانال اصلی عملی گردند:

۱. ارائه خدمات بهداشتی
 ۲. آموزش متخصصین مانند روانپزشکان، روان شناسان، دانشجویان و ...
 ۳. انجام تحقیقات در مورد علت ها ی ایجاد کننده بیماری های روانی و چگونگی درمان و پیشگیری
 ۴. طرح و برنامه ریزی بهداشتی و گسترش مراکز روانپزشکی و درمانی
- برخی از متخصصین هم هدف کلی سلامت روانی را چنین تعریف کرده اند: افزایش مثبت جوانب مختلف سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی همراه با پیشگیری از ناهنجاری های جسمانی، روانی و اجتماعی؛ طبق این تعریف، ارتقاء سطح سلامتی از سه راه قابل اجرا است: آموزش، پیشگیری و حفاظت (شهیدی و حمدیه، ۱۳۸۱).

عوامل بر هم زننده سلامت روانی

عوامل مختل کننده سلامت روانی شامل:

۱. عوامل زیستی: تعدادی عوامل زیستی وجود دارند که از طریق ژن ها به نسل بعد منتقل می شود مثلا افسردگی مادران قابل انتقال به فرزندان شان می باشد، تعدادی عوامل زیستی نیز می باشند که بر سیستم عصبی مرکزی اثر گذاشته و سلامت روانی فرد را بر هم می زنند، مثلا اختلال در ترشح غده تیروئید بر مغز اثر می کند و موجب کم طاقتی و عصبانیت فرد می شود.
۲. عوامل عاطفی و روانی: تفکرات منفی و انتظارات ما، دلیل عمده مشکلات روانی هستند. عواملی مانند فشار روانی مستمر، فضاهای عاطفی سرد، جدایی، تبعیض و بی محبتی موجب افسردگی، وسواس، بی خوابی، بی قراری و اضطراب در افراد می شود.
۳. عوامل اجتماعی: در تامین سلامت روانی، خانواده و اجتماع نیز تاثیر دارند. کمبود در زمینه هایی چون تهیه مسکن، شغل، تغذیه و داشتن رفاه نسبی، همه در تامین سلامت روانی نقش دارند (رضایی، ۱۳۷۸).

جامعه آماری

جامعه آماری تحقیق حاضر کلیه شهروندان ۳۰ تا ۶۰ ساله فعال در اماکن اجتماعی شهر اردبیل بودند که تعداد آنها حدود ۳۰۰ نفر برآورد شد.

نمونه و روش نمونه گیری

برای انتخاب تعداد اعضای نمونه از جدول مورگان استفاده شد. بر این اساس تعداد ۹۲ نفر برای نمونه کافی بود که به دلیل احتمال ریزش نمونه ها ۱۰۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند.

روش تحقیق

تحقیقات توصیفی وضع موجود را بررسی می کنند و به توصیف منظم و نظام دار وضعیت فعلی آن می پردازد و ویژگی ها و صفات آن را مطالعه و در صورت لزوم ارتباط بین متغیرها را بررسی می نمایند. همچنین در طرح تحقیق از نوع همبستگی رابطه بین دو متغیر را اندازه گیری می کند. هدف این است که دریابیم که چه رابطه ای بین دو متغیر وجود دارد (دلاور، ۱۳۹۹) از آنجا که هدف اصلی تحقیق حاضر بررسی ارتباط بین سلامت اجتماعی و سلامت روانی با شاخص های کیفیت زندگی شهروندان در دوران بیماری کووید ۱۹ بود، لذا روش تحقیق از نوع توصیفی همبستگی بود.



متغیرهای تحقیق

متغیر ملاک این تحقیق شاخص‌های جرم شناختی و رفتارهای مجرمانه بود. متغیر پیش بین تحقیق هم سلامت اجتماعی و سلامت روانی بود.

ابزار پژوهش

پرسش نامه اطلاعات فردی

در پرسشنامه اطلاعات فردی، سن، جنسیت، میزان تحصیلات و سابقه ورزشی شرکت کنندگان اندازه‌گیری شد.

مقیاس سلامت اجتماعی

برای اندازه‌گیری سلامت اجتماعی از مقیاس سلامت اجتماعی کییز و شیپرو (۲۰۰۴) استفاده شد. این مقیاس توسط کییز و شیپرو (۲۰۰۴) برای سنجش سلامت اجتماعی افراد ساخته شده و دارای ۲۰ سؤال می‌باشد. نمره‌گذاری این ابزار به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (خیلی زیاد = ۵ تا خیلی کم = ۱) انجام می‌شود و دامنه نمرات بین ۲۰ تا ۱۰۰ خواهد بود. اعتبار مقیاس توسط سازندگان آن بالای ۰/۷۰ (کییز و شیپرو، ۲۰۰۴) و در ایران ۰/۷۱ به دست آمد (ابراهیم‌پور، پورجلی و رضانی‌مقانی، ۱۳۹۱). در تحقیق حاضر ضریب الفای کرونباخ برای زیر مقیاسهای سلامت اجتماعی و نمره کل ۰/۸۰ به دست آمد.

پرسش نامه سلامت عمومی؛ ۲۸ سؤالی

برای اندازه‌گیری سلامت روانی، از نسخه ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی استفاده شد. این پرسشنامه اولین بار توسط گلدبرگ (۱۹۷۹) تنظیم گردید. پرسشنامه اصلی دارای ۶۰ سؤال می‌باشد، اما فرم‌های کوتاه شده ۳۰ سؤالی، ۲۸ سؤالی و ۱۲ سؤالی آن در مطالعات مختلف استفاده شده است. پرسشنامه سلامت عمومی به ۳۸ زبان مختلف ترجمه شده و تحقیقات مختلفی بر روی این پرسشنامه در ۷۰ کشور به انجام رسیده است (گلدبرگ، ۱۹۹۷). بررسی‌های انجام گرفته در خصوص اپیدمیولوژی اختلالات روانی در ایران که از پرسشنامه سلامت عمومی - ۲۸ سؤالی استفاده شده نشان دهنده این است که میزان روانی و پایایی ایمن آزمون با نمره برش ۶ بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۳ متغیر است. دو شیوه نمره‌گذاری برای پرسشنامه GHQ وجود دارد؛ یکی روش سنتی است که گزینه‌ها به صورت (۰-۱-۱-۰) نمره داده می‌شوند و حداکثر نمره آزمودنی با این روش برابر ۲۸ خواهد بود. روش دیگر نمره‌گذاری، روش نمره‌گذاری لیکرت است که گزینه‌ها به صورت (۰-۱-۲-۳) نمره داده می‌شوند. حداکثر نمره آزمودنی با این روش نمره‌گذاری، در پرسشنامه مذکور برابر با ۸۴ خواهد بود. در این مطالعه از روش نمره‌گذاری لیکرت به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. در تحقیق حاضر ضریب الفای کرونباخ برای زیر مقیاسهای سلامت روانی و نمره کل ۰/۸۲ به دست آمد.

روش اجرای تحقیق

روش جمع آوری داده‌ها میدانی بود. بعد از شناسایی و هماهنگی اعضاء جامعه پژوهش، ابتدا اهداف تحقیق برای آنها تشریح شد و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات پرسشنامه تکمیل شده توسط آنها کاملاً محرمانه خواهد بود. سپس پرسشنامه‌ها بین آنها توزیع و پس از تکمیل دریافت گردید.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آمار توصیفی و استنباطی و از نرم افزار آماری SPSS و AMOS استفاده شد. برای توصیف آماری داده‌ها از جداول توزیع فراوانی و میانگین و در سطح آمار استنباطی از آزمون تی تک نمونه‌ای، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون استفاده شد. همچنین برای بررسی مدل ارتباطی از تحلیل عاملی تاییدی با کمک نرم افزار AMOS استفاده شد.



اطلاعات توصیفی مربوط به مشخصات فردی آزمودنی‌ها

در این قسمت به توصیف ویژگی‌های شرکت‌کننده‌های شرکت‌کننده‌های تحقیق شامل سن، جنسیت و دانشگاه محل تحصیل آن‌ها پرداخته می‌شود. مشخصات سن و سابقه فروشنده‌گی شرکت‌کننده‌ها در جدول (۱) نشان داده شده است.

جدول ۱: توصیف وضعیت سن، قد و وزن شرکت‌کننده‌ها

وضعیت	میانگین	انحراف معیار
سن (سال)	۶۰/۹۲	۶/۱۳
قد (سانتی‌متر)	۱۶۰/۴۰	۴/۴۹
وزن (کیلوگرم)	۶۷/۳۰	۵/۷۹
جنسیت	مرد	۷/۳۹
	زن	۵/۹۱

همانطور که در جدول ۴-۱ مشاهده می‌شود، میانگین سنی شرکت‌کننده‌ها حدوداً ۶۱ سال بود. در ادامه وضعیت شرکت‌کننده‌ها از لحاظ جنسیت در جدول زیر آورده شده است.

جدول ۲: توزیع فراوانی جنسیت شرکت‌کننده‌ها

متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت زن	۴۲	۴۲
جنسیت مرد	۵۸	۵۸

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، ۵۸ درصد شرکت‌کننده‌ها مرد و ۴۲ درصد آنها زن بودند. توزیع فراوانی جنسیت شرکت‌کننده‌ها

توزیع داده‌ها

برای آزمون نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف در سطح خطای ۰/۰۵ استفاده شد.

جدول ۳: آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن متغیرهای تحقیق

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	Z کولموگروف اسمیرنوف	p
جرم شناختی	۳۸/۶۶	۱۱/۴۶	۱/۳۰	۰/۰۶
سلامت روانی	۴۹/۸۷	۱۳/۱۷	۰/۵۶	۰/۹۰
سلامت اجتماعی	۳۱۲/۶۸	۱۰۷/۳۷	۰/۷۹	۰/۵۴

همانگونه که در جدول بالا مشاهده می‌گردد آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای نمره همه متغیرهای تحقیق معنادار نیست ($P > 0.05$) و بنابراین همه متغیرها دارای توزیع نرمالی هستند و می‌توان از تحلیل‌های پارامتریک برای آنها استفاده کرد.

آزمون فرضیه‌ها

فرض صفر اول: رفتارهای مجرمانه بوده و اقدامات خرابکارانه در دوران بیماری کووید ۱۹ در وضعیت مطلوبی قرار ندارد. برای بررسی این فرضیه از آزمون آماری t تک گروهی در سطح معنی‌داری ($P < 0.05$) استفاده شد.



در جدول زیر نتایج حاصل از تحلیل تی تک گروهی آمده است. در این جدول نمره رفتارهای مجرمانه گروه نمونه با نمره استاندارد ۶۰ مقایسه شده است.

جدول ۴: تحلیل T تک گروهی برای مقایسه نمره رفتارهای مجرمانه شرکت کنندگان با نمره معیار

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	نمره معیار	t	p
رفتارهای مجرمانه	۴۹/۸۷	۱۳/۱۷	۶۰	-۷/۶۹	$p < ۰/۰۰۱$

همانگونه که در جدول بالا مشاهده می‌شود میانگین نمره رفتارهای مجرمانه در گروه نمونه ۴۹/۸۷ با انحراف استاندارد ۱۳/۱۷ بود که به طور معناداری از نمره برش ۶۰ پایین تر بود. به عبارت دیگر سلامت اجتماعی در بین شهروندان در دوران بیماری کووید ۱۹ پایین تر از حد میانگین است.

فرض صفر دوم: آسیب‌های جسمی، روانی و اقتصادی و اجتماعی در دوران بیماری کووید ۱۹ در وضعیت مطلوبی قرار ندارد. برای بررسی این فرضیه از آزمون آماری t تک گروهی در سطح معنی‌داری (P<۰/۰۵) استفاده شد.

در جدول زیر نتایج حاصل از تحلیل تی تک گروهی آمده است. در این جدول نمره سلامت اجتماعی روانی گروه نمونه با نمره استاندارد ۴۲ مقایسه شده است.

جدول ۵: تحلیل T تک گروهی برای مقایسه نمره سلامت روانی شرکت کنندگان با نمره معیار

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	نمره معیار	t	p
سلامت اجتماعی و سلامت روانی	۳۸/۶۶	۱۱/۴۶	۴۲	-۲/۹۱	۰/۰۰۴

همانگونه که در جدول بالا مشاهده می‌شود میانگین نمره سلامت روانی در گروه نمونه ۳۸/۶۶ با انحراف استاندارد ۱۱/۴۶ بود که به طور معناداری از نمره برش ۴۲ پایین تر بود. به عبارت دیگر سلامت روانی در بین شهروندان در دوران بیماری کووید ۱۹ پایین تر از حد میانگین است.

پیش فرض نرمال بودن تک متغیری داده‌ها

همچون همه روش‌های آماری پارامتریک، نرمال بودن توزیع داده‌ها از پیش فرض‌های اصلی روش مدل‌یابی معادلات ساختاری محسوب می‌شود. یکی از روش‌های بررسی نرمال بودن، استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف است. همانگونه که در بخش آمار توصیفی و در جدول‌های مربوط به متغیرهای اصلی پژوهش بیان شد، این پیش فرض تایید شد.

پیش فرض نرمال بودن چند متغیری داده‌ها

در روش‌های چند متغیری، علاوه بر نرمال بودن تک متغیری، بررسی توزیع داده‌ها از لحاظ نرمال بودن چند متغیری نیز مهم است. پژوهشگران برای بررسی این مساله از شاخص استاندارد شده مردیا ۱۰ استفاده می‌کنند. اگر مقدار این شاخص کمتر از حاصل فرمول $p(p+2)$ (که p در آن تعداد متغیرهای مشاهده شده است) باشد، نشان دهنده نرمال بودن چند متغیری توزیع نمرات است (تئو و نویس، ۱۱، ۲۰۱۲). مقدار این شاخص در خروجی نرم افزار Amos برابر ۱۴/۹۳ بود و با توجه به فرمول فوق که عدد معیار برابر $۳۲۴ = ۱۷(۱۹+۲)$ می‌شود لذا نرمال بودن چند متغیری توزیع نمرات تایید می‌شود.

10-Mardia value
11- Teo & Noyes



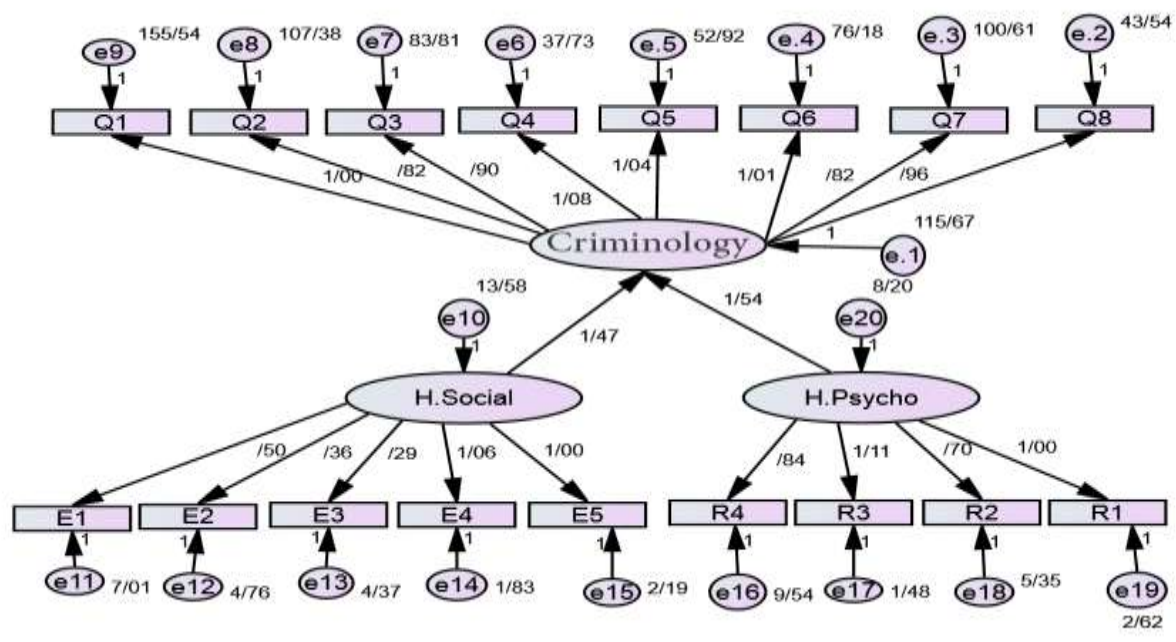
خطی بودن

بسیاری از تحلیل‌های چند متغیری اینطور فرض می‌کنند که رابطه فاکتورهای پژوهش با یکدیگر خطی است. استفاده از ماتریس‌های نمودار پراکندگی ۱۲ یکی از رایج‌ترین روش‌های بررسی این مفروضه است. در این پژوهش برای بررسی خطی بودن رابطه بین فاکتورها از این روش استفاده شد. نتایج نشان داد که نمودارهای مربوطه به شکل بیضی بوده و هیچ کدام از روابط در بین متغیرها انحراف واضحی از خطی بودن را نشان نمی‌دهد.

تحلیل استنباطی داده‌ها

پس از بررسی و تایید وجود مفروضه‌های مدل‌یابی معادلات ساختاری، مدل مفروض پژوهش برای ارزیابی فرضیه هفتم، به شرح زیر مورد برازش قرار گرفت:

شکل ۴-۱ مدل ارزیابی روابط بین کیفیت زندگی با سلامت اجتماعی و سلامت روانی است. این مدل با استفاده از اطلاعات بدست آمده از پرسشنامه جرم شناختی و سلامت روانی برازش شده است.



شکل ۱: مدل الگوی معادله ساختاری برای تبیین رابطه متغیرهای پژوهش

در این الگو، ۱۷ متغیر مشاهده شده وجود دارد که در آن Q۱ تا Q۸ معرف‌های متغیر پنهان جرم شناختی، E۱ تا E۵ معرف‌های متغیر پنهان سلامت اجتماعی و R۱ تا R۴ معرف‌های متغیر پنهان سلامت روانی هستند. متغیرهای خطای e۱ تا e۲۰ نماد خطای اندازه‌گیری متغیرهای تحقیق هستند. در جدول ۶ متغیرها و نماد ترسیمی آنها در مدل ارائه شده است.

12- Scatterplot Mat rice



جدول ۶: متغیرها و نمادهای ترسیمی موجود در الگو

متغیر	شاخص‌ها	نمادهای ترسیمی در الگو
جرم شناختی (Criminology)	کارکرد	Q۱
	اختلال بخاطر سلامت جسمی	Q۲
	اختلال نبخاطر سلامت هیجانی	Q۳
	خستگی	Q۴
	هیجانی	Q۵
	کارکرد اجتماعی	Q۶
	درد	Q۷
	سلامت عمومی	Q۸
سلامت اجتماعی (H. Social)	شکوفایی اجتماعی	E۱
	همبستگی اجتماعی	E۲
	انسجام اجتماعی	E۳
	پذیرش اجتماعی	E۴
	مشارکت اجتماعی	E۵
سلامت روانی (H. Psycho)	نشانه های جسمانی	R۱
	علائم اضطرابی	R۲
	اختلال در عملکرد اجتماعی	R۳
	افسردگی	R۴

در جدول زیر شاخص‌های برازش مدل ارائه شده است:

جدول ۷: شاخص‌های برازندگی مدل پژوهش

شاخص‌های برازندگی	(χ^2)	df	χ^2/df	RMSEA	CFI	TLI	IFI	NFI	RFI
مدل نهایی	۴/۴۱	۱۱۷	۳/۸۴	۰/۱۰	۰/۷۶	۰/۷۳	۰/۷۷	۰/۷۱	۰/۶۶

۴۹

بر اساس جدول فوق، مقدار مجذور کای (χ^2) برابر ۴۴۹/۴۱ و درجه آزادی برابر با ۱۱۷ و شاخص مجذور کای بر درجه آزادی، ۳/۸۴ است. محققان معتقدند اگر شاخص مجذور کای بر درجه آزادی (χ^2/DF) کمتر از ۵ باشد دلالت بر برازش مدل دارد (شوماخر و رندال^{۱۳}، ۱۳۸۸). همان‌طور که ملاحظه می‌شود، مقدار این شاخص در مدل مفروض پژوهش در دامنه مطلوبی (کمتر از ۵) قرار دارد. همچنین، پژوهشگران حوزه SEM مقدار شاخص RMSEA کمتر از ۰/۰۵ را بسیار عالی، بین ۰/۰۵ الی ۰/۰۸ را خوب و مقادیر بین ۰/۰۸ الی ۰/۱۰ برازش قابل قبول مدل تلقی می‌کنند، که در مدل حاضر مقدار آنها در دامنه قابل قبول قرار دارد. شاخص برازش هنجار شده بنتلر - بونت^{۱۴} (NFI)، شاخص برازش نسبی (RFI)، شاخص برازش

13-Schumacker, Randall

14-Bentler-Bonett Index



افزایشی (IFI)، شاخص توکر – لويس^{۱۵} (TLI) و شاخص برزش تطبيقی (CFI) از جمله شاخص‌های تطبیقی مدل هستند که در ادامه جدول ارائه شده‌اند. این شاخص‌ها به شاخص‌های نیکویی برزش مشهورند. هر چه میزان آن‌ها به یک نزدیکتر باشد، نشان دهنده برزش مطلوب مدل است. در تحقیق حاضر این شاخص‌ها در حد قابل قبولی قرار دارند.

جدول ۸: برآورد وزن‌های رگرسیونی رابطه بین متغیرها با نرم افزار Amos

اثر شاخص‌ها	برآورد	خطای معیار	نسبت بحرانی	مقدار P	نتیجه
سلامت اجتماعی ←	۱/۴۶	۰/۳۸	۳/۷۸	۰/۰۰۰	قبول
جرم شناختی و رفتارهای اجتماعی					
سلامت روانی ←	۱/۵۳	۰/۴۸	۳/۱۵	۰/۰۰۲	قبول
جرم شناختی و رفتارهای اجتماعی					

بر اساس داده‌های جدول فوق، رابطه مثبت و معناداری بین جرم شناختی سلامت اجتماعی و سلامت روانی با کیفیت زندگی وجود دارد که آن هم معنادار است. بنابراین فرضیه هفتم تحقیق مبنی بر وجود مدل ارتباطی بین سلامت اجتماعی و سلامت روانی با کیفیت زندگی شهروندان در دوران بیماری کووید ۱۹ تایید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

تأثیرات اولیه بیماری همه گیر کووید ۱۹ بر روی نرخ جرایم عمدتاً براساس نظریه فعالیت روزمره است؛ زیرا نظریه مزبور است که پیش بینی می کند در کجا باید جرم افزایش و در کجا باید کاهش یابد و یافته های این پژوهش با چنین پیش بینی هایی سازگار است؛ اما باید دقت داشت که نظریه فعالیت روزمره، مجرمین با انگیزه را به عنوان یک امر ثابت فرض می کند. این در حالی است که تغییر و نابسامان شدن شرایط اقتصادی و افزایش نابرابری های اجتماعی نیز ممکن است روند جرم را افزایش دهد. در حقیقت، این غیرمنصفانه است تا ادعا شود تغییر در فعالیت های روزمره به تنهایی ممکن است باعث افزایش یا کاهش میزان برخی جرایم شود.

نتایج این تحقیق در فرضیه اول نشان داد که سلامت اجتماعی شهروندان در دوران بیماری کووید ۱۹ کمتر از حد متوسط بود. که این نتایج با یافته های تحقیق بروکز^{۱۶} و همکاران (۲۰۲۰) همخوانی دارد. آنها در تحقیق خود به بررسی آسیبهای روان شناختی ناشی از قرنطینه در دوران همه گیری کووید پرداختند. نتایج این مطالعه نشانه‌های زیادی از آسیب روان و از جمله کاهش سلامت اجتماعی را نشان می‌داد. این یافته‌ها با نتایج تحقیق هوانگ و همکاران (۲۰۱۹) که نشان دادند فعالیت بدنی و پیاده روی سلامت اجتماعی افراد را ارتقا می‌دهد، همسو نبود. در تبیین این فرضیه میتوان چنین عنوان کرد که هر چند شهروندان فعالیت بدنی داشتند اما بسیاری از فعالیتهای اجتماعی مثل حضور در جمع دوستان، شرکت در مهمانی و جمع های خانوادگی و ... را نداشتند و همین مساله ممکن است به کاهش سطح سلامت اجتماعی شهروندان لطمه وارد کند.

نتایج این تحقیق در فرضیه دوم نشان داد که سلامت روانی شهروندان در دوران بیماری کووید ۱۹ کمتر از حد متوسط بود. این نتایج با یافته های تحقیق ماگری (۲۰۲۰) که نشان داد که کاهش فعالیت بدنی طی بیماری همه گیر COVID-۱۹ تأثیر منفی زیادی بر سلامت روانشناختی و بهداشت روانی افراد دارد. همچنین با نتایج تحقیق بروکز و همکاران (۲۰۲۰) که نشانه‌های زیادی از آسیب روانی ناشی از قرنطینه در دوران همه گیری کووید را نشان می‌داد، نیز همخوانی دارد. همچنین این

¹⁵-Tucker-Lewis Index

¹⁶ – Brooks



نتایج با یافته‌های پرز و همکاران (۲۰۲۱) همخوانی داشت. در تحقیق آنها اثر قرنطینه در ایام کرونا بر سطوح فعالیت بدنی در افراد مسن را ارزیابی کردند. نتایج نشان داد که علائم افسردگی و خستگی، علی رغم حفظ فعالیت بدنی، وجود داشت.

پیشنهادها

پیشنهادهای کاربردی

۱. با توجه به اینکه ورزش به تنهایی نمی‌تواند سلامت روانی و سلامت اجتماعی و کاهش جرم زندگی شهروندان را ارتقا دهد، در دوران کووید ۱۹ باید توجه بیشتری به شهروندان از طرف خانواده‌ها و ارگان‌هایی چون وزارت ورزش و جوانان شود.
۲. با توجه به ویژگی‌های شهروندان و مشکلات دوران بیماری‌های، این گروه سنی به برنامه‌ریزی و خدمات حمایتی چه از سوی دولت و چه از سوی خانواده‌ها و سایرین نیاز دارند. بنابراین ضروری است که در کشور ما و مخصوصاً در شرایط همه‌گیری ویروس کرونا، انجمن‌های حمایت از شهروندان تأسیس شود.

پیشنهادهای پژوهشی

۱. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی نقش متغیرهای مانند نقش روابط اجتماعی، گروه دوستان و عوامل خانوادگی (فوت همسر، زندگی با خانواده یا به تنهایی و...) در کیفیت زندگی، سلامت اجتماعی و سلامت روانی بررسی شود.
۲. پیشنهاد می‌شود در پژوهش دیگری تفاوت‌های جنسیتی و نقش اقتصاد خانواده در کیفیت زندگی، سلامت اجتماعی و سلامت روانی بررسی شود.

منابع

۱. ابراهیمیور، د.، پورجیلی، ر.، و رضانی مقانی، ر. (۱۳۹۱). بررسی رابطه عوامل اجتماعی اقتصادی با سلامت اجتماعی دبیران مقطع راهنمایی و متوسطه شهرستان آذرشهر. مطالعات جامعه‌شناسی، ۴(۱۴)، ۶۷-۴۷.
۲. امینی نغده، منصور (۱۳۹۰). بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی (مطالعه موردی جوانان ۱۸ تا ۲۹ سال شهرنقده)، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.
۳. پارسامهر، م.، و رسولی‌نژاد، س. پ (۱۳۹۴). بررسی رابطه سبک زندگی سلامت محور با سلامت اجتماعی در بین مردم شهر تالش. توسعه اجتماعی، ۱۰(۱)، ۶۶-۳۵.
۴. پوفاز، عبدالوهاب، و رئیسی، مهوش (۱۳۸۴). بررسی مقایسه‌ای سلامت روان دانش آموزان مقطع متوسطه شهر زاهدان. مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه زاهدان، سال دوم، شماره ۳: ۶۹-۸۶.
۵. جاهودا، ماری. (۱۳۷۷). بهداشت روانی و سلامت فکر (ترجمه فاطمه مشهدی رستم). روزنامه همشهری، سال ششم، سوم شهریور، ش ۱۶۲۴، ص ۹.
۶. حاتمی، پریسا (۱۳۸۹). بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.
۷. حکیمی نیا، بهزاد. پورافکاری، نصرالله. عوامل مؤثر بر چالش‌های حقوقی زندگی با تأکید بر هوش اجتماعی و سلامت اجتماعی (مطالعه موردی: شهر کرمانشاه). جامعه‌شناسی کاربردی. شماره دوم. تابستان ۱۳۹۶.
۸. حجازی، صدیقه "بررسی علل زمین خوردن در افراد سالمند" پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده توانبخشی، دانشگاه توانبخشی و علوم بهزیستی شهید بهشتی تهران، ۱۳۷۷.
۹. حمیدی زاده س، احمدی فا، اصلانی، اعتمادی فرش، صالحی ک، کردیزدی را. بررسی تاثیر برنامه ورزشی گروهی بر کیفیت زندگی شهروندان در سال ۸۶-۱۳۸۵. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد. ۱۳۸۷؛ ۱۱۶(۱): ۸۱-۸۶.



۱۰. ذبیحی مداح، بی بی زهره. آقاجانی مرساء، حسین. ابعاد کیفیت زندگی شهروندان با مرور پژوهش‌های پیشین فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی، سال نوزدهم، زمستان ۹۸، شماره ۷.
۱۱. رضایی، پروین (۱۳۷۸). بررسی ارتباط بین سلامت روانی و خطاهای ادراکی در ارزیابی و مهارگری خود. مجله علوم روانشناختی، دوره چهارم، شماره ۱۳: ۲۲۱-۲۳۰.
۱۲. شاه محمدی. (۱۳۸۱). بهداشت روانی گرداگرد جهان. تهران: صدا.
۱۳. شهیدی، شهریار، و حمدیه، مصطفی. (۱۳۸۱). اصول و مبانی بهداشت روانی. تهران: سمت.
۱۴. نجات، حمیده (۱۳۹۲) بررسی رابطه بین سبک زندگی ارتقا دهنده سلامتی با کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران در سال ۱۳۹۲. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه آموزشی مدیریت رفاه اجتماعی.
۱۵. منصوری سیدمسعود، مسعود زاده، عباس لهسایی زاده عبدالعلی (۱۳۸۵). بررسی رابطه بین متغیرهای زمینه‌ای، سرمایه اجتماعی و رضایت از کیفیت زندگی: مطالعه موردی در روستاهای استان فارس. روستا و توسعه. دوره ۹، شماره ۴: ۹۱-۱۳۵.
۱۶. Baek, H.; Oh, S.; Yang, H.D. and Ahn, J.H. (۲۰۱۷). Electronic word-of-mouth, box office revenue and social media. *Electronic Commerce*
۱۷. Beissner, K.L. Collin, J.E. Holmes, H. (۲۰۰۰). Muscle force & range of motion as predictors of function in older adults. *J Phys*; ۸۰: ۵۵۶-۵۶۳.
۱۸. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. ۲۰۲۰.
۱۹. Carriedo A, Cecchini JA, Fernandez-Rio J, Méndez-Giménez A. COVID-۱۹, psychological well-being and physical activity levels in older adults during the nationwide lockdown in Spain. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. ۲۰۲۰; ۵۵-۱۱: ۱۱۴۶-۱۱۵۲.
۲۰. Delbaere, K., Crombez, G., Vanderstraeten, G., Willems, T., & Cambier, D. (۲۰۰۴). Fear-related avoidance of activities, falls and physical frailty. A prospective community-based cohort study. *Age and ageing*, ۳۳(۴), ۳۶۸-۳۷۳.
۲۱. Goldberg D, Gater R, Sartorius N, et al. The validity of two version of the GHQ in general health care. *Psychol Med* ۱۹۹۷; ۲۷ (۱): ۱۹.
۲۲. Gothe NP, Ehlers DK, Salerno EA, Fanning J, Kramer AF, McAuley E. Physical activity, sleep and quality of life in older adults: Influence of physical, mental and social well-being. *Behavioral sleep medicine*. ۲۰۲۰; ۱۸(۶): ۸۰۸-۷۹۷.
۲۳. Guimon, jose. (۲۰۰۴). Relational mental health beyond. evidencebased intervention. page: ۱.
۲۴. Hogan, R. (۱۹۷۶). Personality theory: The personological Tradition. Prentic Hall. Engle Wood cliffs, Newjersey.
۲۵. Hou, R.; Wu, J. and Du, H. S. (۲۰۱۷). Customer social network affects marketing strategy: A simulation analysis based on competitive diffusion model, *Physica A: Statistical Mechanics and its Applications*, ۴۶۹, ۶۴۴-۶۵۳.
۲۶. Hwang, J., Wang, L., Siever, J., Medico, T. D., & Jones, C. A. (۲۰۱۹). Loneliness and social isolation among older adults in a community exercise program: a qualitative study. *Aging & mental health*, ۲۳(۶), ۷۴۲-۷۳۶.
۲۷. Jackson, O. (۱۹۸۳). physical therapy of geriatric patient. ۱ed. New York: Churchill Livingston, ۲-۳.
۲۸. Kelly, P., Williamson, C., Niven, A. G., Hunter, R., Mutrie, N., & Richards, J. (۲۰۱۸). Walking on sunshine: scoping review of the evidence for walking and mental health. *British Journal of Sports Medicine*, ۵۲(۱۲), ۸۰۶-۸۰۰.
۲۹. Keyes, Corey Lee. M Shapiro, Adam. (۲۰۰۴). social well-being in the united states: A Deive Epidemiology.
۳۰. King A, proutt IA, Phillips A. Comparative effects of two physical functioning and quality of life out comes in older adults . *J. Gerontol. Med Sci*. ۲۰۰۶ Jul; ۶۱(۷): ۸۲۵-۳۲.
۳۱. Korsini, R. J. (۱۹۷۳). Current Psychotherapies. Peacock Publishers. Inc. Itasc a, III inois.



۳۲. Liu X, Na RS, Bi ZQ. [Challenges to prevent and control the outbreak of Novel Coronavirus Pneumonia (COVID-۱۹)]. Zhonghua liu xing bing xue za zhi = Zhonghua liuxingbingxue zazhi. ۲۰۲۰;۴۱(۰):E۰۲۹.
۳۳. Maugeri G, Castrogiovanni P, Battaglia G, Pippi R, D'Agata V, Palma A, et al. The impact of physical activity on psychological health during Covid-۱۹ pandemic in Italy. Heliyon. ۲۰۲۰;۶(۶):e۰۴۳۱۰.
۳۴. Newsom JT, Schulz R. Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in old adults. Psychol. Aging. ۱۹۹۹ Feb; ۱۷۸(۱۴):۰۳۸-۴۱.
۳۵. Pérez, L. M., Castellano-Tejedor, C., Cesari, M., Soto-Bagaria, L., Ars, J., Zambom-Ferraresi, F., . . . Enfedaque, M. B. (۲۰۲۱). Depressive symptoms, fatigue and social relationships influenced physical activity in frail older community-dwellers during the spanish lockdown due to the COVID-۱۹ pandemic. International journal of environmental research and public health, ۱۸(۲), ۸۰۸.
۳۶. Rowe M, Leachan E, Youg D. Evaluating the efficacy of physical activity for influencing quality of life outcomes in older adults. Ann.Beh.Med. ۱۹۹۹ Jul; ۲۰۱(۱۴):۷۱۸-۷۲۰.
۳۷. Rubin GJ, Wessely S. The psychological effects of quarantining a city. Bmj. ۲۰۲۰; ۳۶۸.
۳۸. Sasha, J. (۲۰۰۹) "Health, Quality of life & Disease", *Researcher Club Yang Journal*, ۴: ۴۰.
۳۹. Snyder, C. R. (۲۰۰۲). Hope Theory Rainbows in the Mind, *Psychological Inquiry*, Vol, ۱۳, No, ۴: ۲۴۹-۲۷۰.
۴۰. Stanton R, To QG, Khalesi S, Williams SL, Alley SJ, Thwaite TL, et al. Depression, anxiety and stress during COVID-۱۹: associations with changes in physical activity, sleep, tobacco and alcohol use in Australian adults. International journal of environmental research and public health. ۲۰۲۰; ۱۷(۱۱):۴۰۶۰.
۴۱. Stewart A, Millis M, Sepsis PG. Evaluation of a physical activity promotion program for older adults. Ann .Behav .Med. ۲۰۰۲ Jul; ۱۲(۱۱۰):۷۸-۸۱.
۴۲. Wang Y, Xu B, Zhao G, Cao R, He X, Fu S. Is quarantine related to immediate negative psychological consequences during the ۲۰۰۹ H۱N۱ epidemic? General hospital psychiatry. ۲۰۱۱; ۳۳(۱): ۷۰-۷.
۴۳. Wood R, Alvarez R, Maraya B, Sanderas C. Physical fitness ,cognitive function and health related quality of life in older adults. J.Aging.Phys Act. ۲۰۰۱ May; ۷(۷):۲۱۷-۳۰.



Legal & Criminological Challenges of Mental Health System in Periods of Covid-19 Deises

Maryam Shiriyān Nasl

Assistant Professor, Department of Criminal Law & Criminology, Law Research Center, Maragheh Branch, Islamic Azad University, Maragheh, Iran (Corresponding Author)
maryam.shiriyān@yahoo.com

Allahvirdi Badihi

M.A Student in Criminal Law & Criminology, Maragheh Branch, Islamic Azad University, Maragheh, Iran
Badihy1402@gmail.com

Abstract

Background & Aim: Communicable diseases generally cause widespread social damages, including physical, human, financial, economic, etc. With the start of the corona pandemic, people's mental health, social health and quality of life have been affected. On the other hand, the transmission of these diseases, which causes physical, psychological, economic and social damage, may be caused by intentional actions or due to carelessness and guilt. In the meantime, citizens are more at risk due to their special conditions.

Method: Therefore, the purpose of the current research was the relationship between legal and mental health problems with criminological indicators during the covid-19 disease. Confirmatory factor analysis was used to check the communication model. The data was analyzed with the help of SPSS and AMOS statistical software and at the error level of 0,05.

Findings: It showed that from the point of view of criminology, both dimensions need etiology and the provision of social, situational and, in necessary cases, criminal preventive solutions. The first and second dimension, if it is organized and extensive, from the point of view of zoology or social damage criminology, which is considered as one of the branches of criminology in the last two decades, and if it is limited and individual, it is considered in preventive criminology and Legal is subjected to criminological analysis.

Conclusion: The factors that increase these crimes in the first type are generally extravagance, increasing profit and reducing economic costs, which situational prevention and specific criminal policy measures are more effective, and second type crimes are usually caused by intellectual and cultural poverty, financial poverty and unemployment and It is the weakness of health strategies, which requires social strategies and removing the intellectual, cultural, and economic barriers of the deprived classes of the society.

Keywords: Mental Health System, Covid-19 Disease, Legal Challenge, Criminological Challenge.