



The role of socio-economic factors on the health behavior of women in relation to the COVID-19 disease (Case study: District No. 4 and 8 of Tehran Municipality)

Zahra Abbaszadeh, Jila Sajadi ¹✉ 

¹- Geography and Urban Planning, Department of Human Geography, Faculty of Earth Sciences, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

²- Geography and Urban Planning, Associate professor of Department of Human Geography, Faculty of Earth Sciences, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. Email: J_sajadi@sbu.ac.ir

Article Info

ABSTRACT

Article type:

Research Article

Article history:

Received: 04 May 2023

Revised: 26 July 2023

Accepted: 15 November 2023

Published online: 20 March 2024

Keywords:

Infectious diseases,
Health,
Covid-19,
Socio-Economic status,
Women,
Districts 4 and 8 of Tehran.

Introduction: The aim of this study was to investigate the role of socio-economic factors on the health behavior of women in relation to the COVID-19 in the 4th and 8th districts of Tehran municipality

Data and Method: This study was conducted as a case study using a descriptive-analytical method on 120 Tehranian adult women (60 from District 4 and 60 from District 8 of Tehran Municipality). Data on social and economic status as well as information on the attitude and practice of healthcare of individuals towards COVID-19 were collected using a standard questionnaire. Correlation coefficients between variables have been reported using Pearson tests.

Results: Women in District 8 had higher incomes, house size, and academic education than women in District 4. Also, the household size in women of District 8 was smaller than in District 4. Women in District 8 had better performance than women in District 4 on indicators of healthcare behaviors, including the use of masks, gloves, and disinfectants, the observance of social distancing, restrictions on family visiting, and travel restrictions. Also, in District 8, a higher correlation was observed between income, education, house size, and employment status with the better performance of the above-mentioned healthcare indicators for the prevention of COVID-19 compared to women in region 4.

Conclusion: The results of the present study showed that the behaviors, attitudes, and healthcare practices of women in districts 4 and 8 are different based on geographical location, the key reasons of which can be the difference in their socio-economic status.

Cite this article: Abbaszadeh, Zahra., Sajadi, Jila. (2024). The role of socio-economic factors on the health behavior of women in relation to the COVID-19 disease (Case study: District No. 4 and 8 of Tehran Municipality). *Urban Social Geography*, 11 (1), 133-154. <http://doi.org/10.22103/JUSG.2024.2121>



© The Author(s).

Publisher: Shahid Bahonar University of Kerman.

DOI: <http://doi.org/10.22103/JUSG.2024.2121>

¹- **Corresponding Author:** Sajadi, J., Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

✉ J_sajadi@sbu.ac.ir



(+98) 9104746561

English Extended Abstract

Introduction

The COVID-19 disease was a fast-spreading pandemic disease that, as a major health problem, has caused severe disability and death in a large population around the world, such as Iran (Rothan et al., 2020). The cost of the healthcare system for control of COVID-19 in the world, such as in Iran, was very extensive, and the economic damage caused by the global economic recession and involuntary business closures during the COVID-19 pandemic had a very negative impact on the production capacity, countries income, and the socio-economic status of the families (Nicola et al., 2020 and Delardas et al., 2022). To prevent the spread of the COVID-19 pandemic, various healthcare behaviors, including using a mask, washing hands and face with soap and water, disinfecting contaminated environments and surfaces using alcohol, observing social distance, and avoiding unnecessary presence in outdoor environment was considered by the World Health Organization as well as the healthcare system of the countries (Pradhan et al., 2020 and Thunström et al., 2020). It has been reported that the attitude and performance of individuals in following healthcare protocols against the spread of COVID-19 can be very variable.

The important social and economic factors, including education level, family size, marital status, house size, employment status, and income, can play an important role in determining the healthcare behavior of people (Shushtari et al., 2021 and Moussaoui et al., 2020). Also, the geographic location related to the place of residence of individuals can be effective on individuals' healthcare behavior to control the COVID-19 pandemic by affecting the socio-economic variables and providing urban facilities (Shushtari et al., 2021 and Hamidi et al., 2021). Considering that women have a key role in managing family affairs and related issues and they can play a much more effective role in the success of the family in complying with health protocols to fight the COVID-19 pandemic (Shushtari et al., 2021), therefore, this study aimed to investigate the role of socio-economic factors in determining the healthcare behaviors of women against COVID-19 spread in the 4th and 8th districts of Tehran municipality.

Data and Method

This study was conducted as a case study using a descriptive-analytical method on 120 Tehranian adult women (60 from District 4 and 60 from District 8 of Tehran Municipality). The data of the participants was collected based on 2 main approach, i.e. library-document method and field method. Data on social and economic status as well as information on the attitude and practice of healthcare of individuals towards COVID-19 prevention were collected using a standard questionnaire. We considered a general rule for calculating the sample size using the rule of thumb method, which has been presented by VanVoorhis et al for studies that examine the analytical associations using the correlation coefficient method. The components and variables of healthcare behavior and performance included using a mask, washing hands and face with soap and water, disinfecting contaminated environments and surfaces using alcohol, observing social distance, and avoiding unnecessary presence in the outdoor environment. Also, the socio-economic variables included education level, family size, marital status, house size, employment status, and income. The relationship between the socio-economic status and the score of the healthcare behaviors of women in two districts regarding COVID-19 was determined using the correlation coefficient and r values were reported.

Results

Our findings showed that women in District 8 had higher income ($P=0.001$), housing size ($P=0.007$), and academic education ($P=0.10$) than women in District 4. Also, the family size in women of District 8 was smaller than in District 4 ($P=0.050$). Women in District 8 had better performance on indicators of health behaviors, including the use of masks, gloves, and disinfectants, the observance of social distancing, restrictions on family visiting, and traveling restrictions than women in District 4 ($P<0.05$). Also, in District 8, a higher correlation was

English Extended Abstract

observed between income, education, house size, and employment status with the better performance of the above-mentioned health indicators for the prevention of COVID-19.

In the women of District 8, high income had a significant correlation with the use of masks ($r=0.77$), the use of disinfectants and gloves ($r=0.67$), social distancing ($r=0.80$), restrictions in family visiting ($r=0.52$), and traveling restrictions ($r=0.57$) ($P<0.001$). Also, in the women of District 8, a significant correlation was observed between employed status and the use of masks ($r=0.83$), the use of disinfectants and gloves ($r=0.30$), observing social distance ($r=0.82$), restrictions in family visiting ($r=0.30$), and traveling restrictions ($r=0.47$) ($P<0.05$). Moreover, in women of District 8, there was a positive correlation between house size and the high score of using masks ($r=0.30$), using disinfectants and gloves ($r=0.35$), observing social distance ($r=0.39$), and traveling restrictions ($r=0.57$) ($P<0.05$). Furthermore, in women of District 8, the high educational level had a positive correlation with the high score of using masks ($r=0.50$), using disinfectants and gloves ($r=0.35$), observing social distance ($r=0.54$), traveling restrictions ($r=0.27$) ($P<0.05$). However, in women of District 4, the correlation of income, employment status, house size, and education level with the above-mentioned healthcare behaviors was weak and the correlation values were lower than in District 8. Finally, in the women of District 8, for higher family size, a negative correlation was observed with the use of masks ($r=-0.30$), observing social distance ($r=-0.24$), but a positive correlation with restrictions in family visiting ($r=0.40$). In the women of District 4, there was a negative correlation between the higher family size with the using masks ($r=-0.35$), disinfectants and gloves ($r=-0.25$) and observing social distance ($r=-0.36$), but a positive correlation with restrictions in family visiting was reported ($r=0.32$).

Conclusion

Our study revealed that the women of District 8 had a better attitude and performance for performing most of the healthcare behavior, including the use of masks, disinfectants, and social distancing compared to those in District 4. It is suggested that the more suitable economic status and higher income of women's families in District 8 have provided better conditions for observing preventive health behaviors against COVID-19 than women in District 4. Also, the smaller family size in the women of District 8 has been helpful for them to perform better healthcare behaviors. On the other hand, in the women of District 8, the higher education level has acted as an effective variable in following appropriate health protocols to prevent COVID-19 risk. We conclude that if families have a more favorable social and economic status, they will pay more attention to the health status of their families. Also, more possibilities will be provided for these families to spend cost and time to comply with healthcare and protect themselves against COVID-19.

نقش عوامل اجتماعی-اقتصادی روی رفتار بهداشتی زنان در ارتباط با بیماری کووید-۱۹ (مطالعه موردی: منطقه ۴ و ۸ شهرداری تهران) زهرا عباسزاده، ژیلا سجادی[✉]

^۱ - کارشناسی ارشد جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، گروه آموزشی جغرافیای انسانی، دانشکده علوم زمین، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
^۲ - جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشیار گروه آموزشی جغرافیای انسانی، دانشکده علوم زمین، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. رایانامه: J_sajadi@sbu.ac.ir

چکیده	اطلاعات مقاله
<p>مقدمه: هدف این مطالعه بررسی و تحلیل نقش عوامل اقتصادی-اجتماعی روی رفتار بهداشتی زنان در ارتباط با بیماری کووید-۱۹ در دو منطقه ۴ و ۸ شهرداری تهران بوده است.</p>	<p>نوع مقاله: <i>مقاله پژوهشی</i></p>
<p>داده و روش: این مطالعه به صورت مطالعه موردی با استفاده از روش توصیفی - تحلیلی روی ۱۲۰ زن بزرگسال تهرانی (۶۰ نفر از منطقه ۴ و ۶۰ نفر از منطقه ۸ شهرداری تهران) انجام شده است. اطلاعات وضعیت اجتماعی-اقتصادی و همچنین اطلاعات عملکردهای بهداشتی افراد برای مقابله با کووید-۱۹ با استفاده از پرسشنامه استاندارد جمع آوری شده است. ضریب همبستگی بین متغیرها با استفاده از تست پیرسون گزارش شده است.</p>	<p>تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۲/۱۴ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۵/۰۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۸/۲۴ تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۱/۰۱</p>
<p>یافته‌ها: زنان منطقه ۸ وضعیت اجتماعی-اقتصادی بهتر شامل وضعیت درآمد، مساحت مسکن و سطح سواد آکادمیک بالاتری نسبت به زنان منطقه ۴ داشتند. همچنین بعد خانوار در زنان منطقه ۸ کوچکتر از زنان منطقه ۴ بود. زنان منطقه ۸ نسبت به زنان منطقه ۴ عملکرد بهتری در مورد شاخص‌های مربوط به رفتارهای بهداشتی از جمله استفاده از ماسک، دستکش و مواد ضدعفونی‌کننده، رعایت فاصله اجتماعی، ایجاد محدودیت در رفت و آمدهای خانوادگی، ایجاد محدودیت در سفرهای خارج شهری داشتند. همچنین ضریب همبستگی بین متغیرها هم نشان داد که در منطقه ۸، ضریب همبستگی بالاتری بین وضعیت درآمد، مساحت مسکن، سطح تحصیلات و اشتغال با عملکرد بهتر شاخص‌های بهداشتی ذکر شده در بالا برای جلوگیری از کووید-۱۹ در مقایسه زنان منطقه ۴ مشاهده شد.</p>	<p>کلیدواژه‌ها: بیماری واگیر، سلامت، کووید-۱۹، وضعیت اجتماعی، وضعیت اقتصادی، زنان، مناطق ۴ و ۸ تهران.</p>
<p>نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر نشان داد که رفتارها، دیدگاه‌ها و عملکردهای بهداشتی زنان منطقه ۴ و ۸ براساس موقعیت جغرافیایی متفاوت است که دلایل عمده آن می‌تواند تفاوت در وضعیت اجتماعی و اقتصادی آن‌ها باشد.</p>	

استناد: عباسزاده، زهرا؛ سجادی، ژیلا. (۱۴۰۳). نقش عوامل اجتماعی-اقتصادی روی رفتار بهداشتی زنان در ارتباط با بیماری کووید-۱۹ (مطالعه موردی: منطقه ۴ و ۸ شهرداری تهران). *جغرافیای اجتماعی شهری*، ۱۱ (۱)، ۱۵۴-۱۳۳. DOI: <http://doi.org/10.22103/JUSG.2024.2121>



© نویسندگان.

ناشر: دانشگاه شهید باهنر کرمان.

DOI: <http://doi.org/10.22103/JUSG.2024.2121>

مقدمه

شیوع جهانی بیماری کووید ۱۹ و انتشار جهانی آن به عنوان یک مشکل بهداشتی اساسی موجب مرگ و میر جمعیت بسیار زیادی در سنین مختلف در سراسر دنیا گردیده است (روتان و همکاران، ۲۰۲۰: ۱۰۹) و هزینه بهداشتی - اقتصادی عظیمی بر دوش سیستم بهداشتی و دیگر بخش ها در سطح جهانی و کشوری گذاشته است (فرناندز و همکاران، ۲۰۲۰). کشور ایران نیز به عنوان یکی از کشورهای اصلی درگیر کووید ۱۹ بوده است (سلیمی، ۲۰۲۰: ۱۰) که هم از نظر میزان ابتلا به بیماری کووید ۱۹ و هم از نظر میزان مرگ و میر ناشی از آن آسیب های جدی دیده است (تویته و همکاران، ۲۰۱۹: ۱۷۰ و غفاری و همکاران، ۲۰۲۱: ۲۱). شدت همه گیری و انتشار سریع کووید ۱۹ به حدی سریع و متفاوت از بیماری عفونی دیگر بود که بخش عظیمی از کشورهای مختلف را با شوک بزرگی روبه کرد، که در ادامه بوجود آمدن سویه های مختلف این ویروس، راه کنترل پخش ویروس و مقابله با اپیدمی ناشی از آن را با مشکلات بیشتری مواجه کرد (لیپسیتچ و همکاران، ۲۰۲۰: ۳۸۲ و سهرابی و همکاران، ۲۰۲۰: ۷۶). میزان هزینه زایی مربوط به سیستم بهداشتی - مراقبتی در کشورهای مختلف از جمله ایران جهت مقابله با این بیماری ها بسیار سرسام آور بوده و آسیب های اقتصادی ناشی از تعطیلی ها و رکودهای ایجاد شده ناشی از همه گیری کووید ۱۹ و نیز اقدامات و تصمیماتی که در جهان از جمله ایران برای جلوگیری از انتشار و همه گیری کووید ۱۹ انجام شده است تاثیر بسیار منفی را هم به چرخه تولید و درآمدی کشورها و هم به توان درآمدی و اقتصادی خانواده ها گذاشته است (نیکول و همکاران، ۲۰۲۰: ۷۸ و دلاراس و همکاران، ۲۰۲۲: ۱۴).

در ارتباط با مقابله با انتشار کووید ۱۹ و قطع زنجیره انتقال آن، اقدامات بهداشتی مختلفی از طرف سازمان بهداشت جهانی و همچنین سیستم بهداشتی خود کشورهای درگیر با کووید ۱۹ صورت گرفت که از جمله ی آن ها می توان به استفاده از ماسک مناسب، شست و شوی دست و صورت با آب و صابون، ضدعفونی کردن محیط ها و سطوح آلوده، رعایت فاصله اجتماعی، عدم حضور غیرضروری در محیط بیرون بخصوص در محل های پرتردد و ... اشاره کرد (پرادان و همکاران، ۲۰۲۰: ۵۱ و ناسترم و همکاران، ۲۰۲۰: ۱۱)، که موارد ذکر شده به عنوان وظیفه و مشارکت فردی و اجتماعی افراد، هم به منظور جلوگیری از ابتلا به کووید ۱۹ و هم به عنوان راه پیشگیری از انتقال بیماری به دیگر افراد در نظر گرفته شد. همچنین نکات بهداشتی - سلامتی مختلف مربوط به مدیریت وضعیت افراد مبتلا به کووید ۱۹، شامل انجام قرنطینه و جلوگیری از تماس افراد مبتلا با افراد سالم، استراحت، تغذیه مناسب و دارو درمانی بیمار کرونایی و هم چنین لزوم بستری شدن بیمار در صورت حاد شدن شرایط آن جزء موارد مورد تاکید سیستم بهداشتی - سلامتی می باشد (دی موریاس و همکاران، ۲۰۲۱: ۱، یانگ و همکاران، ۲۰۲۰: ۸۳ و هل ول و همکاران، ۲۰۲۰: ۸) که رعایت این رفتارهای بهداشتی ذکر شده هم در سطح جامعه و هم در سطح فردی یک احساس مسئولیت فردی و اجتماعی از طرف تک تک شهروندان را نیاز دارد.

پاندمیک کووید ۱۹ نه اولین و نه آخرین بیماری مرگ بار بشریت بوده و خواهد بود تجربه نسبتا کوتاه انتشار سریع این بیماری و عواملی که انتشار آن را آسان تر نموده است مبین اهمیت رفتارهای مسئولانه انسان ها نسبت به یکدیگر است (علی و همکاران، ۲۰۲۰: ۷۲۸). بررسی حاکی از این است که میزان جدیت افراد در رعایت موارد ذکر شده ی بهداشتی و همچنین مهم شمردن جزء به جزء این اقدامات بهداشتی می تواند بسیار متغیر باشد. عوامل مهمی می تواند در تعیین وضعیت رفتار شهروندان در مورد رعایت پروتکل های بهداشتی جهت مقابله با همه گیری کووید ۱۹ تعیین کننده باشد که از جمله ی آن ها می توان به وضعیت اجتماعی و اقتصادی شامل سطح تحصیلات، بعد خانوار، وضعیت تاهل، وضعیت مسکن، وضعیت اشتغال و درآمد اشاره کرد (شوشتری و همکاران، ۲۰۲۱: ۱۲ و موسائویی و همکاران، ۲۰۲۰: ۱۲). همچنین موقعیت جغرافیایی محل سکونت افراد هم از لحاظ تاثیر روی متغیرهای ذکر شده و هم از نظر وضعیت امکانات شهری مربوط به پاکیزگی و بهداشت محیط، امکانات مربوط به تردد، تراکم جمعیت و ... می تواند در ارتباط با شیوه رفتار افراد در جهت مقابله با کووید ۱۹ موثر باشد (شوشتری و همکاران، ۲۰۲۱: ۱۲ و حمیدی و همکاران، ۲۰۲۱: ۲۰۵).

زنان جامعه بخصوص زنان متاهل دارای فرزند با توجه به اینکه نقش کلیدی در مدیریت امور خانواده و مسایل مربوط به آن دارند می توانند نقش بسیار تاثیرگذارتری در موفقیت خود و افراد خانواده در رعایت پروتکل های بهداشتی جهت مقابله با

همه‌گیری و انتشار کووید ۱۹ ایفا کنند (شوشتری و همکاران، ۲۰۲۱: ۱۲)، که این رفتارهای بهداشتی در زنان می‌تواند بر اساس وضعیت اجتماعی-اقتصادی و موقعیت سکونت شهری آن‌ها متفاوت باشد. لذا این پژوهش با هدف بررسی نقش عوامل اقتصادی-اجتماعی در تعیین رفتارهای بهداشتی زنان برای مقابله با بیماری کووید ۱۹ در دو منطقه ۴ و ۸ شهرداری تهران انجام گرفته است.

پیشینه نظری

بطور کلی مسئله سلامتی در بعد فردی و در بعد اجتماعی، اساسی‌ترین موضوع افراد و جامعه محسوب می‌شود و به نوعی تعیین‌کننده‌ی طول حیات فرد و کیفیت زندگی او خواهد بود. بهداشت افراد در طول زندگی نقش کلیدی در تعیین میزان سلامتی افراد در ابعاد مختلف دارد. منظور از بهداشت، داشتن فعالیت‌های پیشگیرانه اعم از انجام یا عدم انجام آن‌ها جهت حفظ ارتقای سلامتی بشر است که به دو قسمت فردی و عمومی تقسیم می‌شود. بهداشت فردی شامل فعالیت‌های خودمراقبتی اعم از انجام یا عدم انجام آن‌ها در ارتباط با پاکیزگی بدن و اشیای شخصی جهت حفظ سلامتی انسان است. همچنین منظور از بهداشت عمومی فعالیت‌های دگرمراقبتی پیشگیرانه اعم از انجام یا ترک در ارتباط با پاکیزگی اشیای عمومی جهت حفظ یا ارتقای تندرستی همه اعضای جامعه است (کهیل مایکل، ترجمه: حاتمی و همکاران، ۱۳۹۲: ص ۱).

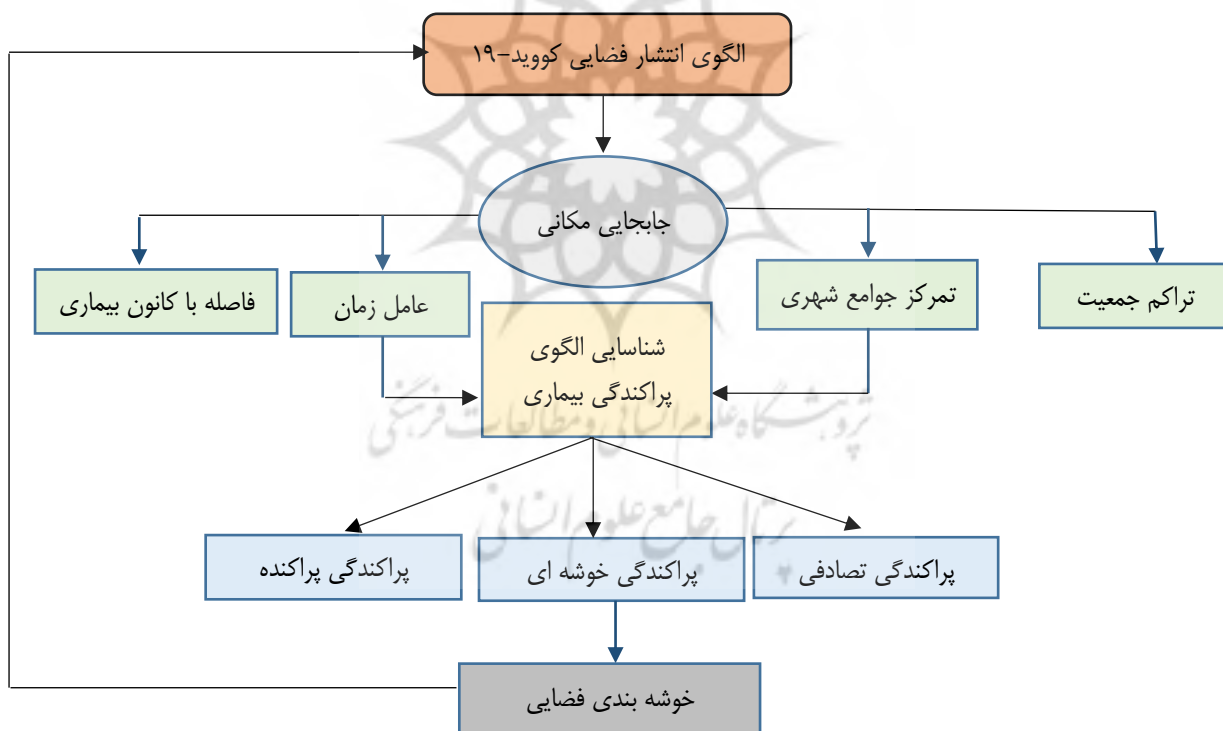
بروز و گسترش بیماری‌های واگیر که از قدیم الایام بشر با آن دست و پنجه نرم کرده است یکی از تهدیدکننده‌های مهم زندگی افراد می‌باشد که شیوع و انتشار آن ارتباط مستقیمی با وضعیت بهداشت فردی و بهداشت اجتماعی دارد. بیماری‌های واگیردار به بیماری‌های ناشی از یک عامل عفونی خاص از جمله ویروس‌ها، باکتری‌ها و ... گفته می‌شود که به روش مستقیم یا غیرمستقیم، آن عامل یا فراورده‌های آن از طریق انسان‌ها، حیوان‌ها، گیاه‌ها، اشیاء و ... انتقال یافته و در جامعه به سرعت پخش می‌شوند. برای پخش و شیوع بیماری‌های واگیر علاوه بر پیدایش خود آن بیماری و یا انتقال آن در یک منطقه، وجود عوامل زمینه‌ساز انتشار آن مثل ازدحام و تماس‌های مداوم افراد با یکدیگر، پایین بودن سطح بهداشت فردی و اجتماعی، عدم توجه افراد آن منطقه به اصول اولیه پیشگیری و مقابله با شیوع بیماری و ... می‌تواند سرعت انتقال و شیوع بیماری را در آن منطقه بشدت تحت تاثیر قرار دهد (نلسون و همکاران، ۲۰۱۴ و سلیمی و همکاران، ۲۰۲۰).

یکی از بیماری‌های واگیر مهم که این اواخر کل جامعه جهانی را دچار چالش عظیمی کرده است بیماری کووید-۱۹ است که به عنوان یک بیماری واگیر با منشا ویروسی برای اولین بار در اواخر سال ۲۰۱۹ در چین کشف شد (منتی، ۱۳۹۹: ص ۱۶۴) و از آن زمان شکل اپیدمی جهانی بخود گرفت که در ۱۱ فوریه سال ۲۰۲۰ میلادی، سازمان بهداشت جهانی به طور رسمی این ویروس را به عنوان بیماری COVID-19 نام‌گذاری کرد. در حال حاضر کووید ۱۹ به یکی از دشوارترین آزمون‌های بشری در تاریخ مدرن دنیا تبدیل شد (منتی و همکاران، ۱۳۹۹: ص ۱۶۴) که به سرعت از لحاظ هزینه‌های بهداشتی و تبعات اقتصادی بر دولت‌ها و سیستم‌های بهداشتی تأثیر عمیق گذاشته است. شیوع سریع این بیماری در کشورهای دنیا برخاسته از یکی از تحولات بزرگ دهه‌های اخیر یعنی "جهانی شدن" است. گسترش شبکه‌های حمل و نقل به ویژه در عرصه صنعت هوانوردی، مهاجرت‌های گسترده و یکپارچه شدن حوزه‌های تولید، توزیع و مصرف در جهان سبب شده است تا به دنبال جابه‌جایی‌های گسترده جمعیتی، کووید ۱۹ با سرعتی خیره‌کننده مرزهای نه‌چندان محسوس کشورها را پشت سر گذاشته و به شکل همه‌گیری در کل دنیا گردد (ایمانی جاجرمی و همکاران، ۱۳۹۹: ص ۸۸).

در مورد بیماری واگیر از جمله کووید-۱۹، "پخش و انتشار" سریع از ویژگی‌های بارز آن‌ها است. موقعیت جغرافیایی و ویژگی محیطی جامعه‌ای که فرد در آن زندگی می‌کند می‌تواند با تاثیر روی عوامل مختلفی روند انتشار و پخش فضایی بیماری‌های واگیر مثل کووید-۱۹ را کند یا تسریع ببخشد. از نگاه تئوری پخش، ماهیت انتشار فضایی بیماری واگیر مثل کووید-۱۹ در دو سطح مورد بررسی قرار می‌گیرد که شامل بخش ناحیه‌ای و جابه‌جایی مکانی پخش می‌باشد (رهنما و همکاران، ۱۳۹۹: ص ۳۰). در مورد بیماری کووید ۱۹، شیوه پخش ناحیه‌ای نقش مهمی در گسترش و همه‌گیری آن داشته است بطوریکه در طول ۲ سال، این روش انتشار موجب شروع و یا اوج‌گیری شیوع ابتلا به گونه‌های مختلف کووید ۱۹ از یک نقطه‌ای جغرافیایی و انتشار و پخش آن در کل کشور گردید که ما آن‌ها بصورت چند پیک کووید ۱۹ در چند نقطه

زمانی متفاوت هم در دنیا و هم در کشور ایران مشاهده کردیم. در مورد انتشار فضایی کووید ۱۹، اگرچه شکل انتشار بصورت جابجایی مکانی بطور دقیق و کامل اتفاق نمی افتد ولی در هر مرحله اوج گیری بیماری کووید ۱۹ و یا شروع انتشار گونه های جدید این بیماری، معمولاً آن نقاط جغرافیایی که در کشور در ابتدا در مرحله انتشار وسیع قرار گرفته اند در صورت انجام اقدامات پیشگیرانه در مقابل کووید ۱۹ زودتر از مناطق درگیر بعدی شرایط پایدار پیدا می کنند (شکل ۱).

در تقسیم بندی دیگر، گسترش پخش پدیده ها از جمله بیماری ها به دو شکل پخش سازش پذیر و سلسله-مراتبی تفکیک شدند؛ انتشار سازش پذیر یعنی اینکه انتقال پخش یا تراوش مستقیماً صورت می گیرد؛ نظیر سرایت بیماری از شخصی به شخص دیگر و یا از محله ای به محله مجاور در شهرها، این مرحله با عامل فاصله رابطه نزدیکی دارد (ابراهیم زاده و همکاران، ۱۳۸۴:ص ۲۸)، که در مورد کووید ۱۹ نیز این شکل انتشار نقش مهمی در شیوع و همه گیری بیماری داشت که یکی از مهمترین راهها برای مقابله با آن انجام قرنطینه و همچنین رعایت فاصله اجتماعی پیشنهاد شد. در مورد شکل پخش سلسله مراتبی نیز بیان شده است در این مرحله از پخش، پدیده ها و نوآوری ها به صورت منظم و در قالب سلسله مراتب فضایی گسترش می یابند. در مجموع بررسی نظریه پخش فضایی ها، گراستراند نشان می دهد که عامل فاصله، نقش عمده ای در ارتباط پذیری پدیده ها دارد. منظور از عامل فاصله در اینجا، هم فاصله جغرافیایی و هم فاصله اجتماعی-اقتصادی میان گروه های درآمدی و میان شهرها و روستا می باشد (رهنما و همکاران، ۱۳۹۹:ص ۳۱)، که در مورد کووید ۱۹، عامل فاصله هم از نظر فاصله جغرافیایی تاثیر زیادی در میزان شیوع و همه گیری کووید ۱۹ دارد و همچنین وجود فاصله اقتصادی - اجتماعی در بین افراد در سطح کشوری، شهری، منطقه ای و حتی در سطح خانوار می تواند در انجام رفتارهای بهداشتی و به تبع آن تاثیر در میزان بروز کووید ۱۹ و انتقال آن به یکدیگر نقش مهمی ایفا کند.



شکل ۱. الگوی انتشار فضایی کووید-۱۹
(رهنما و همکاران، ۱۳۹۹:ص ۳۱)

در مورد بیماری کووید ۱۹، هم ابتدا و هم انتقال و پخش آن در جامعه تحت تاثیر عوامل تعیین کننده سلامت و بهداشت افراد می باشد در بررسی های قبلی از جمله عوامل زمینه ساز انتشار کووید-۱۹، ازدحام جمعیتی، تماس مداوم افراد بیمار با سالم، نبود امکانات و دانش بهداشتی کافی در افراد و نیز شرایط ضعیف اجتماعی - اقتصادی افراد در یک منطقه نام برده شده است (نلسون و همکاران، ۲۰۱۴ و سلیمی و همکاران، ۲۰۲۰). بطور کلی وضعیت سلامت و بهداشت افراد در سطح

فردی و عمومی می‌تواند تحت تاثیر عوامل تعیین کننده‌ی مختلف قرار بگیرد که از جمله‌ی آن‌ها می‌توان به ویژگی‌های فردی مثل سن و جنس، متغیرهای مربوط به سبک زندگی، وضعیت اجتماعی-اقتصادی اشاره کرد. در مورد بیماری کووید ۱۹ سبک زندگی افراد از نظر وضعیت تغذیه و متغیرهای مرتبط دیگر از جمله فعالیت بدنی و سیگار می‌تواند در تعیین قدرت سیستم ایمنی افراد تاثیر گذار باشد و به این طریق روی بیماریزایی ویروس کووید ۱۹ در افراد با کارایی سیستم ایمنی مختلف اثر متفاوتی بگذارد. همچنین تفاوت در وضعیت اجتماعی-اقتصادی افراد و تفاوت در محیط جغرافیایی از نظر تراکم جمعیتی می‌تواند در مسئله همه‌گیری و انتشار کووید ۱۹ اثر قوی بگذارد. زیرا رفتارها و اقدامات بهداشتی افراد برای مقابله با کووید ۱۹ می‌تواند متأثر از متغیرهای تعیین کننده‌ی وضعیت اجتماعی-اقتصادی از جمله سطح سواد، وضعیت درآمد، وضعیت اشتغال، بعد خانوار، میزان هزینه خانوار و ... باشد

همچنین داشتن شهر سالم می‌تواند یک نکته بسیار کلیدی در جلوگیری از گسترش بیماری‌های واگیر به خصوص کووید ۱۹ باشد، زیرا امروزه مواردی مثل گسترش مسیر ارتباطات، سهولت و سرعت در نقل انتقالات و رفت و آمدها، بالا بودن تراکم جمعیتی و موارد دیگر می‌تواند در جوامع شهری بخصوص در شهرهای ناسالم منجر به شیوع و گسترش شدید بیماری‌های واگیر و عفونی گردد. در واقع در صورتیکه در محیط شهری، امکانات شهری در محل زندگی افراد از نظر مواردی مثل فضای لازم برای رفت و آمد بصورت پیاده، وضعیت سیستم حمل و نقل عمومی، امکان رعایت موازین بهداشتی در مجموعه‌های رفاهی-تجاری و اماکن اداری و ... در سطح مناسبی نباشد می‌تواند شیوع و پخش سریع بیماری ویروسی و واگیر مثل کووید ۱۹ را بسیار تشدید کند. با توجه به اینکه مناطق مختلف شهر تهران از نظر تراکم جمعیتی، بافت شهری و همچنین سطح امکانات ذکر شده در بالا می‌توانند متفاوت باشند بنابراین افراد ساکن در مناطق مختلف آن، با توجه به تفاوت‌های مهم مرتبط با محیط جغرافیایی خود از لحاظ وضعیت اقتصادی-اجتماعی می‌توانند دارای تفاوت‌هایی باشند که این موارد خودش می‌تواند در وضعیت آگاهی، نگرش و عملکرد بهداشتی-سلامتی افراد برای مقابله با کووید ۱۹ موجب ایجاد تفاوت گردد. بنابراین انجام مطالعه موردی روی افراد ساکن مناطق با شرایط متفاوت در کلانشهری مثل تهران می‌تواند هم داده‌ها و نتایج خوبی در مورد وضعیت اقتصادی-اجتماعی افراد ساکن در مناطق مختلف در اختیار محققین و سیاست‌گذاران قرار دهد و همچنین می‌تواند با بررسی عملکرد و رفتارهای بهداشتی افراد مناطق مختلف با شرایط زندگی متفاوت در تهران و بررسی رابطه آن با شرایط اقتصادی-اجتماعی افراد، نتایج خوبی در زمینه‌ی عوامل تعیین کننده‌ی تفاوت افراد در عملکردهای بهداشتی در مناطق مختلف شهر تهران ارائه دهد.

پیشینه عملی

فلیپا و همکارانش (سال ۲۰۲۰)، نقش تعیین کننده‌ی اجتماعی-اقتصادی را در ابتلا به بیماری کووید ۱۹ و مرگ و میر ناشی از آن را در افراد کشور انگلستان و ولز مورد بررسی قرار دادند. داده‌های مربوط به موارد ابتلا به کووید ۱۹ و مرگ و میر ناشی از آن براساس گزارشات ثبت شده از طرف مقامات پایگاه‌های بهداشتی محلی شهرستان‌های مختلف بریتانیا گردآوری شده است. همچنین داده‌های مربوط به اطلاعات عمومی و تعیین کننده‌ی اجتماعی-اقتصادی براساس اطلاعات حاصل از سرشماری سال ۲۰۱۱ و داده‌های مربوط به تراکم جمعیتی نیز از گزارش‌های ملی ۲۰۱۸ تعیین شده‌اند. یافته‌های این مطالعه نشان داده است مناطقی که دارای خانواده‌های بزرگ‌تر، سطح سلامتی فردی نامناسب‌تر بودند و همچنین از وسایل حمل‌ونقل عمومی بیشتر استفاده کردند، بیشتر در معرض ابتلا به کووید ۱۹ بودند. همچنین مناطق دارای جمعیت مسن‌تر، نژادهای سیاه‌پوست یا آسیایی و همچنین افراد با سلامتی فردی نامناسب، بیشتر در معرض مرگ و میر ناشی از ابتلا به کووید ۱۹ بودند (فلیپا و همکارانش، ۲۰۲۰).

گارنیر و همکارانش در سال ۲۰۲۱، در یک مطالعه‌ی مشاهده‌ای، نقش نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی را در رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی افراد برای مقابله با همه‌گیری COVID-19 در ایالات متحده مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج نشان داده است که سرعت، عمق و مدت فاصله‌گذاری اجتماعی در ایالات متحده ناهمگن است بطوریکه رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی در شهرستان‌های دارای تراکم بالاتر افراد زیر سطح فقر و درصد بالای افراد کارگر کمتر است. در مقابل میزان

رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی در شهرستان‌هایی با تراکم جمعیت بالاتر و درصد جمعیت سیاه‌پوست بزرگ‌تر به منظور جلوگیری از کووید ۱۹ بیشتر اتخاذ شده است. بطور کلی نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که نابرابری‌های اجتماعی-اقتصادی می‌تواند در تعیین رفتارهای بهداشتی افراد در قبال کووید ۱۹ از جمله رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی نقش داشته باشد و میتواند به طور بالقوه منجر به تفاوت‌های گسترده در شدت همه‌گیری COVID-19 در مناطق مختلف ایالات متحده گردد (گارنیر و همکارانش، ۲۰۲۱).

گونزالو و همکارانش در سال ۲۰۲۱، در مطالعه‌ای عوامل و تعیین‌کننده‌های اجتماعی-اقتصادی در رابطه با بروز کووید ۱۹ و مرگ و میر ناشی از آن را در شهر سانتیاگو پایتخت شیلی بررسی کردند. نتایج مطالعه مذکور ارتباط قوی بین وضعیت اجتماعی-اقتصادی با ظرفیت و عملکرد بهداشت عمومی و پیامدهای COVID-19 را نشان داده است. بطوریکه افرادی که در وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین‌تری بودند، در طول قرنطینه به اندازه افراد مرفه‌تر، فعالیت‌های و حضور در محیط بیرون را کاهش ندادند. افراد وضعیت اجتماعی-اقتصادی بالاتر بیشتر تمایل انجام تست کووید ۱۹ بودند. همچنین یک ارتباط قوی بین نابرابری اجتماعی-اقتصادی با عوارض و مرگ و میر ناشی از کووید ۱۹ دیده شده است بطوریکه میزان مرگ و میر ناشی از عفونت کووید ۱۹ در افراد و خانواده‌های کم‌درآمد بالاتر بوده است که این نتایج، پیامدهای حیاتی نابرابری‌های اقتصادی-اجتماعی بر پیامدهای سلامت را برجسته می‌کنند (گونزالو و همکارانش، ۲۰۲۱).

در سال ۲۰۲۱، در کشور ژاپن، ارتباط وضعیت اجتماعی-اقتصادی با وجود نابرابری‌ها در بروز کووید ۱۹ و پیامدهای ناشی از آن مورد ارزیابی قرار دادند. مطالعه بصورت مقطعی انجام شده و داده‌های مختلف نظیر درآمد سالانه خانوار، نسبت جمعیت دریافت‌کننده کمک‌های دولتی، میزان تحصیلات، نرخ بیکاری، اشتغال در صنایع که در تماس نزدیک و مکرر با مردم باشد، شلوغی و پرجمعیتی خانوارها برای ۴۷ استان ژاپن جمع‌آوری شده است. نتایج مطالعه نشان داده است درآمد کمتر، درصد بیکاری بالاتر و بعد خانوار بزرگتر (تعداد بالاتر جمعیت خانواده) با خطر بیشتر ابتلا به کووید ۱۹ و پیامدهای ناشی از آن همراه است. همچنین درصد بالاتر استفاده از تسهیلات دولتی در افراد که نشان‌دهنده محرومیت بالاتر خانوارها بوده است ارتباط قوی‌تری با خطر رخداد کووید ۱۹ داشته است. از طرفی افرادی که دارای مشاغل که با ازدحام جمعیتی و ارتباط بالاتر با مردم بودند از جمله شاغلین در صنعت خرده‌فروشی، سیستم حمل و نقل عمومی، پست و رستوران‌ها بیشتر در معرض ابتلا به کووید ۱۹ و مرگ و میر ناشی از آن بودند (یوشیکاوا و همکارانش، ۲۰۲۱).

مطالعه‌ای در آمریکا در سال ۲۰۲۲، وضعیت عوامل اجتماعی و جمعیت‌شناختی مرتبط با رفتارهای محافظتی افراد از جمله فاصله‌گذاری اجتماعی و استفاده از ماسک در قبال کووید ۱۹ را در طول همه‌گیری کووید-۱۹ مورد بررسی قرار دادند. با تکیه بر داده‌های جمع‌آوری‌شده در آوریل ۲۰۲۰ در مراحل اولیه همه‌گیری کووید-۱۹، این مطالعه روی نقش تفاوت‌های اجتماعی-اقتصادی در تعیین وضعیت رفتارهای بهداشتی ذکر شده تمرکز کرده است. این داده‌ها شامل اطلاعات درآمد، جنسیت و نژاد همراه با متغیرهای منحصر به فرد مرتبط با کووید-۱۹، مانند وضعیت شغلی و کیفیت مسکن بوده است. نتایج حاصل از آنالیزها نشان داده است که افراد با درآمد بالاتر دارای تغییرات بزرگتر در رفتارهای محافظت‌کننده از خود در قبال کووید-۱۹ بودند. پیشنهاد شده است افراد با درآمد پایین‌تر احتمال دارد شرایطی مانند ناتوانی در دورکاری را گزارش کنند که اتخاذ رفتارهای محافظتی از خود را دشوارتر می‌کند. این مطالعه بیان کرده است عدم توجه به تفاوت‌های اجتماعی-اقتصادی موجب می‌شود سیاست‌هایی اتخاذ شده برای بهبود اقدامات بهداشتی محافظتی افراد در برابر کووید ۱۹ مؤثر یا پایدار نباشد (پاگانورگ و همکارانش، ۲۰۲۱).

یک مطالعه مقطعی در سال ۲۰۲۱ با هدف تحلیل رفتارهای پیشگیرانه و عوامل مؤثر بر آن در قبال کووید ۱۹ در جمعیت ایرانی انجام شده است. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های جمعیت‌شناختی و ارزیابی‌کننده‌ی رفتارهای پیشگیرانه استفاده شده است. این نظرسنجی مبتنی بر وب از طریق پلتفرم‌های رایج مورد استفاده مردم ایران در اینترنت انجام شده است. یافته‌های این مطالعه نشان داده است ۵۰ درصد مردم، ۳ رفتار اصلی پیشگیرانه در قبال کووید ۱۹ شامل شستن دست، استفاده از ماسک و دستکش را جدی نگرفته‌اند و به طور کلی زنان نسبت به مردان رفتارهای پیشگیرانه بهتری داشتند. همچنین نتایج نشان داده است که استفاده از دستکش با وضعیت تحصیلی و وضعیت اقتصادی ارتباط

معناداری مستقیمی داشته است. استفاده از ماسک نیز با وضعیت بهتر اقتصادی رابطه معناداری نشان داده است (فیروزبخت و همکارانش، ۲۰۲۱).

در سال ۲۰۲۲، Lee و همکارانش تاثیر نابرابری‌های اجتماعی-اقتصادی را در افراد در ارتباط با وضعیت سبک زندگی، اقدامات احتیاطی و رفتار بهداشتی در طول شیوع بیماری کروناویروس ۲۰۱۹ مورد بررسی قرار دادند. این مطالعه اکتشافی روی شرکت‌کننده‌های با سن بالای ۲۵ سال انجام شده است که وضعیت اجتماعی و اقتصادی در این افراد با وضعیت پیشرفت تحصیلی و سطح درآمد خانوار سنجیده شده است. نتایج این مطالعه نشان داده است افرادی که سطح تحصیلات یا درآمد پایین‌تری دارند، تمایل کمتری به رعایت اقدامات احتیاطی ایمنی و رفتارهای بهداشتی پیشگیرانه برای مقابله با کووید-۱۹ داشتند. همچنین افراد با سطح تحصیلات پایین و درآمد ضعیف دارای سبک زندگی ناسالم تر شامل مصرف سیگار بالاتر، سطح فعالیت بدنی پایین تر و مصرف غذای نامناسب تر بودند که این سبک زندگی نامناسب به همراه رفتارهای بهداشتی ضعیف تر در افراد با سطح سواد پایین و درآمد ضعیف، آن‌ها در برابر رخداد بیماری کووید-۱۹ و عوارض‌های ناشی از ابتلا به آن آسیب پذیرتر کرده است (لی و همکارانش، ۲۰۲۲).

داده‌ها و روش‌شناسی

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است که در آن، اطلاعات موردنیاز براساس ۲ دسته روش اصلی یعنی روش‌های کتابخانه‌ای-اسنادی و روش‌های میدانی جمع‌آوری شده است. به منظور گردآوری اطلاعات و محتوی مربوط به بیان مسئله، پیشینه تحقیق، منطقه مورد مطالعه و نیز مبانی نظری تحقیق از روش مطالعات اسنادی یعنی مراجعه به کتابخانه، کتاب‌ها فارسی و لاتین، نشریات، پایان‌نامه‌ها و مقالات چاپ شده در بانک‌های اطلاعاتی معتبر خارجی استفاده شده است. همچنین بخش عمده اطلاعات مورد نیاز این تحقیق که قسمت اصلی مربوط به اجرای مطالعه است به روش‌های میدانی تعیین و جمع‌آوری شده است. به منظور جمع‌آوری داده‌های مربوط به این روش از پرسشنامه با در نظرگیری متغیرهای مختلف اقتصادی-اجتماعی، فرهنگی و بهداشتی لازم در افراد استفاده شده است. جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه در زنان دو منطقه مختلف شهر تهران شامل منطقه ۴ و ۸ انجام شده است که دارای ۲ بخش اصلی بوده است. بخش اول پرسشنامه اطلاعات افراد مربوط به وضعیت اجتماعی-اقتصادی افراد را تعیین کرده است و بخش دوم نیز سوالات مرتبط با رفتار بهداشتی زنان در مقابله با ابتلا به بیماری کووید ۱۹ و دیدگاه بهداشتی افراد در ارتباط با کووید ۱۹ را دارا بوده است. تکنیک کار و ابزار گردآوری اطلاعات شامل مطالعات کتابخانه‌ای، استفاده از آمار و اطلاعات، روش‌های میدانی و استفاده از پرسشنامه بوده است.

جامعه آماری مورد نظر مطالعه کنونی، زنان ساکن منطقه ۴ و ۸ شهرداری تهران بودند که برای بررسی همبستگی احتمالی بین عوامل اجتماعی-اقتصادی با رفتار بهداشتی در ارتباط با کووید ۱۹، از این ۲ تا منطقه با مشخص کردن حجم نمونه مورد نیاز، گروهی از زنان برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند. برای تعیین حجم نمونه، از یک قاعده کلی در مورد محاسبه حجم نمونه به روش rule of thumb که توسط VanVoorhis و همکارانش برای مطالعات بررسی‌کننده‌ی رابطه‌های تحلیلی به روش ضریب همبستگی ارائه شده است استفاده شد؛ طبق این روش، در این مطالعه برای بررسی رابطه بین متغیرهای مستقل با پیامدهای وابسته به روش Correlation Coefficient، با در نظرگیری قدرت مطالعه بالای ۸۰٪ و خطای آلفای کمتر از ۰/۰۵، به ازای هر گروه حداقل ۵۰ نفر حجم نمونه مورد نیاز بود. با توجه به اینکه در مطالعه حاضر دو گروه (زنان منطقه ۴ و ۸) شرکت داده شدند و همچنین با در نظرگیری احتمال ۲۰ درصد ریزش افراد شرکت‌کننده در مطالعه، در مجموع حجم نمونه ۱۲۰ نفر (۶۰ نفر برای هر گروه) برای این مطالعه در نظر گرفته شد (وان و ووریس و همکارانش، ۲۰۰۷).

پرسشنامه‌ی استفاده شده جهت جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز ۲ بخش اصلی شامل سوالاتی راجع به وضعیت اجتماعی-اقتصادی پرسش‌شوندگان و بخش دوم سوالاتی راجع به رفتارهای بهداشتی افراد جهت جلوگیری از ابتلا به کووید ۱۹ بوده است. با توجه به تاثیرگذاری ویژگی‌های فردی بر عملکرد پرسش‌شوندگان، اطلاعات مربوط به ویژگی‌های

مختلف افراد مطالعه شامل سن، محل تولد، محل سکونت، میزان سکونت در منطقه مورد نظر، قومیت و زبان به همراه متغیرهای مربوط به وضعیت اقتصادی و اجتماعی افراد شرکت کننده شامل بعد خانوار، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، وضعیت اشتغال، وضعیت درآمد، وضعیت مسکن (اجاره ای، شخصی، سازمانی و ...) و مساحت مسکن مورد پرسش قرار گرفته است. همچنین یکسری سوالات عمومی در ارتباط با کووید ۱۹ مثل اهمیت شیوع کووید ۱۹ در کشور از نظر شرکت کنندگان، تعداد مرگ و میر ناشی از کووید ۱۹ در خانواده، وابستگان، همکاران و دوستان افراد مورد مطالعه و نیز ترتیب درجه اهمیت رفتارهای بهداشتی برای پیشگیری از ابتلا به کووید ۱۹ از نظر شرکت کنندگان در نظر گرفته شده است.

بخش "ب" شامل ۴۷ سوال با جواب بسته ۵ گزینه ای لیکرت بود که تعیین کننده میزان رعایت پروتکل های بهداشتی و اهمیت موازین بهداشتی از دیدگاه شرکت کنندگان به منظور جلوگیری از ابتلا به کووید-۱۹ در سطح فردی و اجتماعی است. در این بخش مهمترین رفتارها و عملکرد های بهداشتی افراد (۸ نوع رفتار یا دیدگاه) برای مقابله با کووید-۱۹، شامل استفاده از ماسک (۱۳ سوال)، استفاده از مواد ضدعفونی کننده (۸ سوال)، رعایت فاصله ی اجتماعی (۷ سوال)، ایجاد محدودیت در رفت و آمدهای خانوادگی (۷ سوال)، استفاده از وسایل نقلیه شخصی برای امورات جاری (۵ سوال)، مصرف ویتامین ها (۱ سوال)، اعتقاد به ضرورت رعایت پروتکل های بهداشتی (۳ سوال) و نیز محدودیت در سفرهای بیرون شهری (۳ سوال) با طراحی سوال ها و گویه های مختلفی مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفتند تا اطلاعات مورد نیاز در مورد دیدگاهها و رفتارهای بهداشتی افراد اخذ گردد. پرسشنامه ها در اختیار افراد شرکت کننده قرار گرفت تا اطلاعات افراد در مورد ۸ شاخص عملکرد بهداشتی مورد بررسی قرار گیرد. برای سنجش هر یک از این متغیرها در پرسشنامه، از طیف لیکرت پنج سطحی استفاده شد.

پرسشنامه طراحی شده از نظر برخورداری از روایی و پایایی کافی و مناسب بودن برای جمع آوری اطلاعات، اعتبار سنجی شده است؛ هدف از این کار این بوده است که پرسشنامه طراحی شده شرایط استاندارد داشته باشد و بتواند اطلاعات مورد نظر پژوهش حاضر را در مورد رفتارهای بهداشتی افراد و دیدگاههای آن ها در قبال کووید ۱۹ بطور دقیق و مناسب تعیین کند تا محقق بتواند داده های متناسب با تحقیق را گردآوری کرده و با انجام تجزیه و تحلیل روی داده ها جمع آوری شده، فرضیه های مورد هدف را آزموده و به سؤال مطالعه حاضر پاسخ دهد. روایی محتوایی پرسشنامه طراحی شده مورد ارزیابی قرار گرفت تا اطمینان حاصل شود که سوالات گنجانده شده در پرسشنامه، قدرت سنجش اهداف و موضوع مورد نظر را داشته باشند. برای بررسی روایی محتوایی پرسشنامه ی مطالعه حاضر، از نظرات و پیشنهادات خبرگان، اساتید، صاحب نظران و دانشجویان تحصیلات تکمیلی واجد شرایط استفاده شده است و با در نظرگیری نظرات آن ها، سوالات و گویه های در پرسشنامه نهایی حفظ شدند که روایی محتوایی آن ها تأیید شدند. علاوه بر سنجش روایی پرسشنامه، وضعیت پایایی یا قابلیت تکرارپذیری پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت، هدف از ارزیابی پایایی این بود که ابزار اندازه گیری طراحی شده برای سنجش متغیر و صفتی خاص و یا تعیین اطلاعات مورد هدف بتواند نتایج مشابه و یکسانی در استفاده از آن در زمان های مختلف روی یک گروه افراد داشته باشد و یا به عبارتی یک پرسشنامه یا دیگر ابزار طراحی شده برای مطالعه زمانی از پایایی مناسب برخوردار باشد که دارای خاصیت تکرارپذیری بالایی بوده و بتواند نتایج یکسانی در سنجش اطلاعات در یک گروه افراد در تکرار اندازه گیری ها ارائه دهد. برای تعیین پایایی پرسشنامه حاضر از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است که دامنه آن بین صفر و یک می باشد. در این پرسشنامه با بررسی داده های جمع آوری شده در نرم افزار SPSS، میزان ضریب پایایی برای متغیرها و شاخص های استفاده شده در پرسشنامه بالای ۰/۸۵ حاصل گردید که نشان دهنده پایایی بالای پرسشنامه مورد استفاده در مطالعه حاضر بوده است.

با استفاده از نرم افزار SPSS، آنالیز آماری جهت توصیف و تحلیل رفتار شهروندان براساس وضعیت اجتماعی و اقتصادی مختلف انجام شده است. طبق آنالیز آماری، میزان متغیرهای کمی برای افراد بصورت میانگین به همراه انحراف معیار و مقادیر برای متغیرهای کیفی بصورت درصد (تعداد) بیان شده است. با استفاده از تست کلموگروف-اسمیرنوف نرمالیته متغیرهای مطالعه بررسی شدند که بررسی ما نشان داد همه ی آن ها از توزیع نرمال برخوردار بودند. جهت مقایسه متغیرهای کمی بین دو گروه زنان مربوط به منطقه ۴ و ۸ از آزمون t زوجی مستقل و همچنین مقایسه و تحلیل تفاوت در متغیرهای

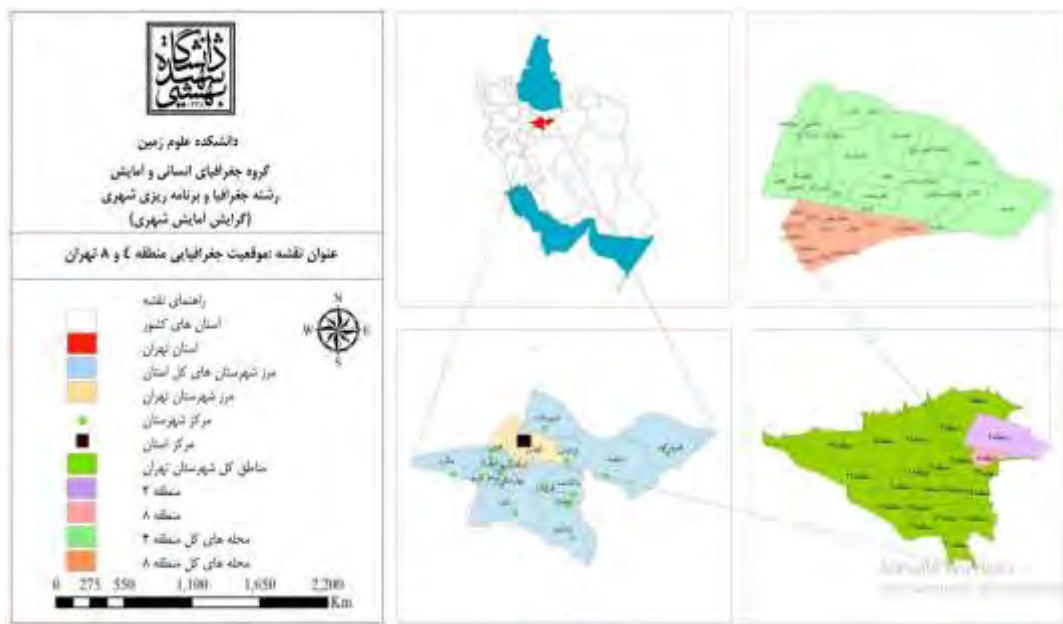
کیفی بین دو گروه از آزمون کای ۲ (Chi Square) استفاده شده است. با استفاده از طیف لیکرت به افراد براساس وضعیت پاسخ دهی به مولفه های ارزیابی کننده دیدگاه ها و عملکردهای بهداشتی امتیاز داده شده است و برای مقایسه امتیاز کمی حاصل شده برای این شاخص های بهداشتی بین زنان دو منطقه ۴ و ۸ از آزمون t زوجی مستقل استفاده شده است. همچنین به منظور بررسی رابطه بین وضعیت اجتماعی- اقتصادی افراد و امتیاز شاخص های تعیین کننده ی رفتارهای بهداشتی زنان دو منطقه در قبال کووید ۱۹ از ضریب همبستگی با گزارش مقادیر r استفاده شده است، به منظور تفسیر معنی دار بودن یا نبودن نتایج مربوط به بررسی ضریب همبستگی بین متغیرها از P-Value استفاده شده است که مقدار کمتر از ۰/۰۵ آن بیانگر معنی دار بودن ضریب همبستگی بین متغیرها بوده است.

قلمرو پژوهش

برای نمونه گیری و گرفتن اطلاعات، ۲ مکان نمونه گیری منتخب برای هر دو منطقه ۴ و ۸ در نظر گرفته شد که این مکان های منتخب یک محیط پرتردد برای افراد از محله های مختلف منطقه ۴ و ۸ بودند. چارچوب مکانی تحقیق یا نقطه مکانی برای نمونه گیری شامل پارک محله گلشن و پارک حکیمیه برای منطقه ۴ و میدان فلکه اول تهرانپارس (میدان قمر بنی هاشم) برای منطقه ۸ بودند که افراد مراجعه کننده به این ۲ نقطه مکانی نمونه گیری، از محله های مختلف مربوط به ۲ منطقه ۴ و ۸ بودند.

منطقه ۴ شهرداری تهران (شکل ۲) از نظر مساحت وسیع ترین منطقه بین مناطق ۲۲ گانه است که در شرایط فعلی بالغ بر ۶۱۵۵۴۵۲۲ متر مربع می باشد که با مناطق ۱-۳-۷-۸-۱۳ دارای بدنه مشترک و هم جوار است (پنجم و همکاران، ۱۳۹۷: ص ۳۶۴ و ۳۶۵). منطقه ۴ براساس سرشماری اخیر تراکم جمعیتی بالایی داشته است و دارای ۹۱۷۲۶۱ نفر جمعیت بوده که از این تعداد ۴۵۶۳۹۴ نفر مرد و ۴۶۰۸۶۷ نفر زن بوده اند. نسبت جنسی در این منطقه در سال ۱۳۹۵، ۹۹ درصد بوده است. تعداد خانوارهای این منطقه در سال ۱۳۹۵، ۳۰۳۷۳۰ عدد و بعد خانوار ۳ بوده است (سالنامه آماری شهر تهران، ۱۳۹۵). نرخ باسواد در این منطقه براساس سرشماری سال ۱۳۹۵، ۹۵ درصد و نرخ بیسوادی ۵ درصد بوده است. نرخ اشتغال در منطقه ۴ تهران براساس نتایج سرشماری سال ۱۳۹۵، برابر با ۸۸ درصد و نرخ بیکاری برابر با ۱۲ درصد بوده است. همچنین بار تکفل ناخالص ۲/۵ و بار تکفل خالص ۱/۷ و نرخ مشارکت اقتصادی در این منطقه ۳۸ درصد بوده است. (سالنامه آماری شهر تهران، ۱۳۹۵ و ۱۳۹۸). در منطقه ۴ براساس نتایج سرشماری سال ۱۳۹۵ می توان بیان کرد که از مجموع ۳۰۲۱۴۲ خانوار، ۱۳۸۸۲۲ خانوار (۴۵/۹ درصد) مالک واحد مسکونی خود بوده و ۱۳۷۲۶۹ خانوار (۴۵/۴ درصد) اجاره نشین و ۲۵۲۲۳ خانوار (۸/۳ درصد) جز سایر موارد می باشد (مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۵).

منطقه ۸ تهران (شکل ۲) با وسعتی برابر ۱۳۱۵۶۴۴۲ متر مربع در منتهی الیه شرق تهران (مرکز آمار ایران، سال ۱۳۹۵) همجوار با مناطق ۴، ۷ و ۱۳ قرار دارد (قرخلو و همکاران، ۱۳۸۴: ص ۱۴۱). براساس سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵ تعداد جمعیت منطقه ۸ برابر با ۴۲۵۰۴۴ نفر بوده که از این تعداد ۲۰۸۲۸۴ نفر مرد و ۲۱۶۷۶۰ نفر زن می باشند. همچنین تعداد خانوار در این منطقه در سال ۹۵، برابر با ۱۴۸۵۳۵ عدد و بعد خانوار هم برابر با ۲/۹ بوده است. در منطقه ۸، ۹۵/۷ درصد جمعیت باسواد و ۴/۳ هم بیسواد گزارش شدند. نرخ اشتغال در منطقه ۸ تهران براساس نتایج سرشماری سال ۱۳۹۵، برابر با ۸۸ درصد و نرخ بیکاری برابر با ۱۲ درصد بوده است. همچنین بار تکفل ناخالص ۲/۳ و بار تکفل خالص ۱/۵ و نرخ مشارکت اقتصادی در این منطقه ۳۹ درصد بوده است (سالنامه آماری شهر تهران در سال ۱۳۹۵). در منطقه ۸ هم میزان جمعیت شاغل فعال ۳۳/۵ درصد و جمعیت بیکار هم ۴/۷ درصد بوده است. همچنین از مجموع ۱۴۷۸۱۹ خانوار ساکن در این منطقه، ۷۲۸۱۵ خانوار (۴۹/۳ درصد) مالک واحد خود بوده و ۶۴۴۶۶ خانوار (۴۳/۶ درصد) اجارنشین و ۱۰۴۱۰ خانوار (۷/۰ درصد) هم جز سایر موارد می باشد (مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۵)



شکل ۲. موقعیت مناطق مورد مطالعه شامل منطقه ۴ و ۸ شهرداری تهران (ترسیم: نگارنده)

یافته‌ها

جدول ۱ نتایج مربوط به وضعیت افراد شرکت کننده در مطالعه را از نظر اطلاعات دموگرافیک و وضعیت اجتماعی - اقتصادی نشان می دهد. طبق یافته های جدول ۱، میانگین سنی، سطح درآمد، میزان مساحت خانه، هزینه خانوار در زنان شرکت کننده ی منطقه ۸ بیشتر از زنان منطقه ۴ بود هرچند از لحاظ آماری فقط در مورد میزان درآمد و مساحت خانه این تفاوت ها معنی دار بود. همچنین سطح تحصیلات، درصد قومیت فارس در زنان منطقه ۸ بالاتر از زنان منطقه ۴ بوده است. این در حالی است که یافته های ما نشان داد بعد خانوار (تعداد فرزندان)، درصد متاهلین، و نیز درصد اجاره نشینی در خانوارهای منطقه ۴ بیشتر از زنان خانوارهای مورد بررسی در منطقه ۸ بود.

جدول ۱. اطلاعات مربوط به ویژگی های دموگرافیک و وضعیت اجتماعی - اقتصادی زنان منطقه ۴ و ۸ شهرداری تهران

P-Value	مناطق مورد بررسی تهران		جمعیت کل	متغیرها*			
	منطقه ۸	منطقه ۴					
۰/۱۱	۳۶/۰	۶/۵	۳۴/۲	۶/۰	۳۵/۱	۶/۳	سن (سال)
۰/۱۰	۶/۷		۶/۷		۶/۷		وضعیت تحصیلات
	۳۶/۷		۵۰/۰		۴۳/۳		زیر دیپلم
	۵۶/۷		۴۳/۳		۵۰/۰		بالای دیپلم
۰/۰۰۲	۶۰/۰		۵۶/۷		۵۸/۳		قومیت
	۲۳/۳		۳۳/۳		۲۸/۳		فارس
	۱۶/۷		۱۰/۰		۱۳/۴		آذری
	۵۲/۳		۴۰/۰		۴۶/۷		سایر
۰/۱۰						۴۶/۷	محل تولد (تهران)، %
۰/۸۰	۲۵/۳	۱۱/۶	۲۴/۸	۱۰/۶	۲۵/۰	۱۱/۱	مدت زمان سکونت در تهران (سال)
۰/۴۰	۷۰/۰		۷۳/۳		۷۱/۷		درصد متاهلین، %
۰/۰۵	۱/۱۰	۰/۹۵	۱/۵۰	۱/۲۴	۱/۳۰	۱/۱۲	بعد خانوار
۰/۴۳	۵۰/۰		۴۶/۷		۴۸/۳		درصد شاغلین
۰/۰۰۱	۷/۶۷	۱/۶۷	۶/۶۳	۱/۶۵	۷/۱۵	۱/۷۳	سطح درآمد، میلیون تومان
۰/۰۵	۵/۸۰	۰/۷۸	۵/۵۳	۰/۸۱	۵/۶۶	۰/۸۰	هزینه خانوار، میلیون تومان
۰/۰۰۷	۸۳/۴	۱۳/۶	۷۷/۰	۱۱/۸	۸۰/۲	۱۳/۱	مساحت مسکن، متر مربع

وضعیت مسکن، %	شخصی	۴۶/۷	۴۳/۳	۵۰/۰	۰/۲۳
اجاره ای	۵۱/۷	۵۶/۷	۴۶/۷		
سایر	۱/۷	۰/۰	۳/۳		

*داده ها برای متغیرهای کمی بصورت میانگین (انحراف معیار) و برای برای متغیرهای کیفی بصورت درصد گزارش شده است

ارزیابی درجه اهمیت "عوامل دخیل در افزایش احتمال ابتلاء افراد به کووید-۱۹" در زنان به تفکیک منطقه ۴ و ۸

در جدول ۲، نتایج مربوط به درجه اهمیت ۷ عامل اصلی و تعیین کننده ابتلای افراد به بیماری کووید ۱۹ از نظر زنان به تفکیک ۲ منطقه بیان شده است. یافته های جدول نشان می دهد که طبق دیدگاه افراد در منطقه ۴، "عدم استفاده از ماسک" مهمترین عامل در ابتلای کووید ۱۹ بوده است (در ۷۱/۷ درصد زنان، این عامل به عنوان عامل اصلی انتخاب شده است) و "عدم استفاده از دستکش" نیز کمترین درجه اهمیت (اختصاص رتبه ۷ از طرف ۷۰/۰ درصد زنان) را به خودش اختصاص داده است. در منطقه ۸ نیز، بیشترین درصد افراد "عدم استفاده از ماسک" با درصد ۸۰/۰ به عنوان عامل اصلی (رتبه ۱) ابتلا به کووید ۱۹ ذکر کردند و کمترین درجه اهمیت نیز به عامل "عدم استفاده از دستکش" اختصاص داده شده است (۳/۳ درصد افراد رتبه ۷ و صفر درصد افراد رتبه ۱ را به آن اختصاص دادند).

بطور کلی، عوامل تعیین کننده ی بروز کووید ۱۹ از نظر زنان منطقه ۴ براساس رتبه و درجه اهمیت به ترتیب شامل عدم استفاده از ماسک (۷۱/۷ درصد از پاسخ دهندگان رتبه اول رو به این مورد اختصاص دادند)، عدم رعایت فاصله اجتماعی، حضور در مکان های شلوغ، عدم شستشوی دست ها، شرکت در مراسم پر جمعیت، استفاده از وسایل نقلیه بدون ماسک و عدم استفاده از دستکش (۷۰/۰ درصد از پرسش شونده ها به این عامل رتبه ۷ یعنی کم اهمیت ترین عامل را داده اند) بوده است. رتبه این عوامل موثر در رخداد و پخش کووید ۱۹ از نظر زنان منطقه ۸ نیز براساس رتبه و درجه اهمیت به ترتیب شامل عدم استفاده از ماسک (۸۰/۰ درصد از پاسخ دهندگان رتبه اول رو به این مورد اختصاص دادند)، عدم رعایت فاصله اجتماعی، عدم شستشوی دست ها، حضور در مکان های شلوغ، شرکت در مراسم پر جمعیت، استفاده از وسایل نقلیه بدون ماسک و عدم استفاده از دستکش (۸۳/۳ درصد از پرسش شونده ها به این عامل رتبه ۷ یعنی کم اهمیت ترین عامل را داده اند) بوده است. مقایسه افراد دو منطقه با تست کای ۲ از نظر درصد و فراوانی انتخاب ۷ عامل ذکر شده در جدول ۲ نشان می دهد که تفاوت معنی داری در دیدگاه بین زنان دو منطقه از نظر انتخاب عامل تاثیرگذار رخداد کووید ۱۹ وجود دارد. بطوریکه نتایج نشان می دهد درصد بیشتری از زنان منطقه ۸، گزینه "عدم استفاده از ماسک" را مهمترین عامل در پخش و انتشار کووید ۱۹ نسبت به زنان منطقه ۴ دانستند (۸۳/۳ درصد در مقابل ۷۱/۷ درصد).

جدول ۲. نتایج مربوط به درجه اهمیت ۷ عامل اصلی و تعیین کننده ابتلای افراد به بیماری کووید ۱۹ از نظر زنان شرکت کننده به تفکیک منطقه ۴ و ۸

P-Value	منطقه ۸							منطقه ۴							عوامل موثر در ایجاد کووید ۱۹
	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
															رتبه (بر حسب اهمیت)
۰/۰۲	۰/۰	۰/۰	۳/۳	۳/۳	۳/۳	۱۰/۰	۸۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۱۵/۰	۱۰/۰	۳/۳	۷۱/۷	عدم استفاده از ماسک
۰/۰۱	۰/۰	۶/۷	۳/۳	۳۰/۰	۴۳/۳	۱۶/۷	۰/۰	۰/۰	۶/۷	۲۰/۰	۲۳/۳	۲۳/۳	۲۶/۷	۰/۰	عدم شستشوی دست ها
۰/۲۲	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۳/۳	۱۳/۳	۶۳/۳	۲۰/۰	۰/۰	۰/۰	۶/۷	۶/۷	۱۶/۷	۵۱/۷	۱۸/۳	عدم رعایت فاصله اجتماعی
۰/۱۷	۰/۰	۰/۰	۱۶/۷	۴۶/۷	۲۶/۷	۱۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۱۰/۰	۴۰/۰	۲۶/۷	۱۶/۷	۶/۷	حضور در مکان های شلوغ
۰/۱۳	۳/۳	۲۶/۷	۵۶/۷	۳/۳	۱۰/۰	۰/۰	۰/۰	۳/۳	۲۳/۳	۴۶/۷	۱۶/۷	۶/۷	۳/۳	۰/۰	شرکت در مراسم پر جمعیت
۰/۰۱	۱۳/۳	۵۶/۷	۲۰/۰	۱۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۲۳/۳	۶۶/۷	۱۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	استفاده از وسایل نقلیه عمومی بدون ماسک
< ۰/۰۱	۸۳/۳	۱۰/۰	۰/۰	۳/۳	۳/۳	۰/۰	۰/۰	۷۰/۰	۳/۳	۶/۷	۰/۰	۱۶/۷	۰/۰	۳/۳	عدم استفاده از دستکش

جدول ۳ به تفکیک دو منطقه ۴ و ۸، یافته‌های توصیفی در مورد میزان تمایل و عمل افراد در مورد رفتارهای و عملکردهای بهداشتی مختلف برای مقابله با کووید-۱۹، شامل استفاده از ماسک، استفاده از مایع ضدعفونی کننده، رعایت فاصله اجتماعی، ایجاد محدودیت در رفت و آمدهای خانوادگی و خویشاوندی، دارا بودن وسیله نقلیه و تمایل به استفاده از آن برای دوری از تماس با افراد در رفت و آمد شهری، مصرف ویتامین‌ها برای تقویت سلامتی، اعتقاد به لزوم رعایت کلی پروتکل‌های بهداشتی و نیز خودداری از مسافرت‌های بین شهری را گزارش می‌دهد. طبق یافته‌های حاصل شده با مقایسه زنان دو منطقه و مقادیر P گزارش شده، زنان منطقه ۸ تمایل و اقدام قوی تری نسبت به زنان منطقه ۴ برای رعایت اکثر این رفتارهای بهداشتی داشتند که می‌تواند ناشی از تفاوت‌های اقتصادی-اجتماعی و موقعیت جغرافیایی باشد.

جدول ۳. نتایج مربوط به سوالات ارزیابی کننده رفتارهای و دیدگاه‌های بهداشتی مختلف افراد منطقه ۴ و ۸ در قبال کووید ۱۹ *

P-Value	منطقه ۸					منطقه ۴					مؤلفه‌های مربوط به رفتارهای بهداشتی
	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	
< ۰/۰۱	۰/۰	۰/۰	۱۳/۳	۴۳/۳	۴۳/۳	۰/۰	۰/۰	۳/۳	۷۳/۳	۲۳/۳	تا چه حد از زمان شیوع کووید ۱۹ استفاده از ماسک را در خارج از منزل رعایت کرده اید؟
< ۰/۰۱	۰/۰	۰/۰	۶/۷	۳۳/۳	۶۰/۰	۰/۰	۰/۰	۱۳/۳	۶۶/۷	۲۰/۰	تا چه حد از زمان شیوع کووید ۱۹ استفاده از ماسک را در محل کار رعایت کرده اید؟
۰/۰۱	۰/۰	۱۶/۷	۳۶/۷	۴۶/۷	۰/۰	۰/۰	۳/۳	۲۶/۷	۷۰/۰	۰/۰	تا چه حد از یک ماسک بیش از یکبار استفاده کرده اید؟
< ۰/۰۱	۰/۰	۲۶/۷	۳۰/۰	۴۳/۳	۰/۰	۰/۰	۳/۳	۵۰/۰	۴۶/۷	۰/۰	تا چه حد ماسک خود را پس از مصرف ضد عفونی و مجدداً استفاده نموده اید؟
۰/۰۴	۰/۰	۲۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳	۱۰/۰	۰/۰	۳۶/۷	۳۳/۳	۳۰/۰	۰/۰	تا چه حد ماسک خود را پس از یکبار مصرف در سطل زباله انداخته اید؟
< ۰/۰۱	۳/۳	۱۰/۰	۲۶/۷	۶۰/۰	۰/۰	۶/۷	۳۶/۷	۳۰/۰	۲۶/۷	۰/۰	تا چه حد در شرایط بدتر شدن شیوع کووید ۱۹ بجای ۱ ماسک از ۲ و یا ۳ ماسک همزمان استفاده کرده اید؟
۰/۷۳	۶۶/۷	۲۶/۷	۳/۳	۳/۳	۰/۰	۷۰/۰	۲۰/۰	۶/۷	۳/۳	۰/۰	تا چه حد برای تنوع و صرفه جویی ماسک مصرفی خود را تولید کرده اید؟
< ۰/۰۱	۳/۳	۱۰/۰	۵۳/۳	۳۳/۳	۰/۰	۳/۳	۴۳/۳	۳۶/۷	۱۶/۷	۰/۰	تا چه حد در صورت ورود غیر از اعضای خانواده به منزل شما از ماسک استفاده نموده اید؟
۰/۴۴	۱۰/۰	۵۰/۰	۳۳/۳	۶/۷	۰/۰	۲۰/۰	۴۰/۰	۳۳/۳	۶/۷	۰/۰	تا چه حد در مکانهای عمومی به افرادی که ماسک نمی‌زنند هشدار داده اید؟
< ۰/۰۱	۰/۰	۰/۰	۶/۷	۲۳/۳	۷۰/۰	۰/۰	۰/۰	۶/۷	۵۰/۰	۴۳/۳	تا چه حد استفاده از ماسک را مهمترین اولویت خود در پیشگیری از ابتلا به کووید ۱۹ می‌دانید؟
< ۰/۰۱	۰/۰	۰/۰	۶/۷	۲۳/۳	۷۰/۰	۰/۰	۰/۰	۶/۷	۵۳/۳	۴۰/۰	تا چه حد استفاده از ماسک را مسئولیتی فردی برای جلوگیری از ابتلا به کووید ۱۹ می‌دانید؟
< ۰/۰۱	۰/۰	۰/۰	۶/۷	۲۳/۳	۷۰/۰	۰/۰	۰/۰	۶/۷	۵۳/۳	۴۰/۰	تا چه حد استفاده از ماسک را مسئولیتی اجتماعی برای جلوگیری از ابتلا به کووید ۱۹ در جامعه می‌دانید؟
۰/۰۲	۰/۰	۰/۰	۶۰/۰	۴۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۴۰/۰	۶۰/۰	۰/۰	میزان هزینه مصرف ماسک خود را تا چه حد می‌دانید؟
۰/۰۱	۰/۰	۳/۳	۲۰/۰	۶۰/۰	۱۶/۷	۰/۰	۱۳/۳	۳۰/۰	۵۳/۳	۳/۳	تا چه حد در خارج از منزل برای ضدعفونی دست‌ها از الکل استفاده می‌کنید؟
۰/۶۹	۶۸/۳	۳۱/۷	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۶۶/۷	۳۳/۳	۰/۰	۰/۰	۰/۰	تا چه حد به جای الکل از محلول سرکه برای ضدعفونی دست‌ها استفاده نموده اید؟
۰/۰۱	۰/۰	۰/۰	۳/۳	۵۶/۷	۴۰/۰	۰/۰	۰/۰	۶/۷	۷۶/۷	۱۶/۷	تا چه حد در منزل از صابون و مایع دستشویی برای بهداشت دست‌ها استفاده می‌کنید؟
۰/۱۲	۰/۰	۱۳/۳	۴۶/۷	۴۰/۰	۰/۰	۰/۰	۱۳/۳	۶۳/۳	۲۳/۳	۰/۰	تا چه حد با استحمام و شستشوی لباس‌هایی که بر تن داشته‌اید بلافاصله پس از ورود به منزل موافق هستید؟
۰/۱۰	۱۶/۷	۶۳/۳	۲۰/۰	۰/۰	۰/۰	۶/۷	۸۰/۰	۱۳/۳	۰/۰	۰/۰	تا چه حد با اتو کشی و حرارت دهی البسه‌ی استفاده شده پس از ورود به منزل جهت پیشگیری از گرونا موافق هستید؟
۰/۰۲	۳/۳	۱۶/۷	۳۳/۳	۴۳/۳	۳/۳	۰/۰	۴۰/۰	۲۶/۷	۳۳/۳	۰/۰	تا چه حد از زمان شیوع کووید ۱۹ دستکش در خارج از منزل استفاده می‌کنید؟
۰/۰۲	۳/۳	۳/۳	۶/۷	۷۶/۷	۱۰/۰	۰/۰	۳/۳	۲۶/۷	۵۶/۷	۱۳/۳	تا چه حد برای ضد عفونی سطوح داخل منزل از الکل و وایتکس استفاده میکنید؟
< ۰/۰۱	۰/۰	۰/۰	۳/۳	۲۳/۳	۶۳/۳	۰/۰	۰/۰	۳/۳	۶۳/۳	۲۳/۳	تا چه حد برای شستشوی سبزی و میوه جات از محلولهای

۰/۰۲	۰/۰	۰/۰	۲۶/۷	۵۶/۷	۱۶/۷	۰/۰	۰/۰	۵۰/۰	۴۳/۳	۶/۷	ضد عفونی کننده استفاده می کنید؟
< ۰/۰۱	۰/۰	۰/۰	۲۰/۰	۶۶/۷	۱۳/۳	۰/۰	۰/۰	۵۲/۹	۴۷/۱	۰/۰	تا چه حد از زمان شیوع کووید ۱۹ فاصله اجتماعی را در خارج از منزل رعایت نموده اید؟
۰/۰۵	۱۶/۷	۵۳/۳	۲۶/۷	۳/۳	۰/۰	۲۰/۰	۳۳/۳	۳۶/۷	۱۰/۰	۰/۰	تا چه حد از زمان شیوع کووید ۱۹ به اشخاصی که فاصله اجتماعی را رعایت نمی کنند تذکر می دهید؟
۰/۰۵	۰/۰	۱۰/۰	۴۰/۰	۴۶/۷	۳/۳	۰/۰	۳/۳	۲۳/۳	۷۰/۰	۳/۳	تا چه حد از زمان شیوع کووید ۱۹ پیاده رویهای باریک را مانع رعایت فاصله اجتماعی خود می دانید؟
۰/۰۲	۰/۰	۱۰/۰	۴۰/۰	۵۰/۰	۰/۰	۰/۰	۳/۳	۲۳/۳	۷۳/۳	۰/۰	تا چه حد از زمان شیوع کووید ۱۹ به دلیل باریکی پیاده روها برای رعایت فاصله اجتماعی مجبور به استفاده از خیابان شده اید؟
< ۰/۰۱	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۲۶/۷	۷۳/۳	۰/۰	۰/۰	۶/۷	۵۳/۳	۴۰/۰	تا چه حد از زمان شیوع کووید ۱۹ رعایت فاصله اجتماعی در خارج از منزل را وظیفه فردی خود می دانید؟
< ۰/۰۱	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۳۳/۳	۶۶/۷	۰/۰	۰/۰	۳/۳	۵۶/۷	۴۰/۰	تا چه حد از زمان شیوع کووید ۱۹ عایت فاصله اجتماعی را در خارج از منزل وظیفه اجتماعی خود می دانید؟
< ۰/۰۱	۰/۰	۳/۳	۲۶/۷	۵۶/۷	۱۳/۳	۰/۰	۰/۰	۴۳/۳	۵۶/۷	۰/۰	تا چه حد شیوع کووید ۱۹ در کم شدن رفت و آمد های خانوادگی شما یا خویشاوندان موثر بوده است؟
۰/۰۲	۰/۰	۰/۰	۲۹/۲	۵۸/۳	۱۲/۵	۰/۰	۰/۰	۴۳/۵	۵۶/۵	۰/۰	تا چه حد شیوع کووید ۱۹ باعث کم شدن رفت و آمد شما با والدین خود شده است؟
۰/۲۳	۰/۰	۰/۰	۳۵/۰	۶۰/۰	۵/۰	۰/۰	۰/۰	۴۵/۵	۵۴/۵	۰/۰	تا چه حد شیوع کووید ۱۹ باعث کم شدن رفت و آمد شما با والدین همسرتان شده است؟
۰/۰۳	۲۰/۰	۵۰/۰	۳۰/۰	۰/۰	۰/۰	۶/۷	۴۳/۳	۴۶/۷	۳/۳	۰/۰	تا چه حد از زمان شیوع کووید ۱۹ در مجالس عروسی شرکت کرده اید؟
۰/۰۴	۲۰/۰	۶۰/۰	۲۰/۰	۰/۰	۰/۰	۶/۷	۵۶/۷	۳۳/۳	۳/۳	۰/۰	تا چه حد از زمان شیوع کووید ۱۹ در خاکسپاری و مجالس ترحیم شرکت نموده اید؟
۰/۰۱	۰/۰	۰/۰	۱۶/۷	۷۶/۷	۶/۷	۰/۰	۰/۰	۳۶/۷	۶۳/۳	۰/۰	تا چه حد در زمان شیوع کووید ۱۹ شرکت نکردن در مراسم خاکسپاری برای خانواده شما قابل قبول است؟
۰/۲۹	۰/۰	۰/۰	۴۰/۰	۵۳/۳	۶/۷	۰/۰	۰/۰	۳۰/۰	۶۶/۷	۳/۳	تا چه حد از زمان شیوع کووید ۱۹ جواب منفی دادن به کسانی که تمایل به آمدن به منزل شما را دارند سخت است؟
۰/۲۳	۰/۰	۲۶/۷	۳۳/۳	۴۰/۰	۰/۰	۰/۰	۲۶/۷	۴۶/۷	۲۶/۷	۰/۰	تا چه حد از زمان شیوع کووید ۱۹ برای رفت و آمدها و خرید روزانه از اتومبیل استفاده می کنید؟
۰/۳۵	۰/۰	۱۵/۸	۵/۳	۶۸/۴	۱۰/۵	۰/۰	۱۷/۶	۱۷/۶	۵۲/۹	۱۱/۸	تا چه حد از زمان شیوع کووید ۱۹ برای رفتن به محل کار از اتومبیل استفاده می کنید؟
< ۰/۰۱	۰/۰	۳۳/۳	۴۰/۰	۲۶/۷	۰/۰	۰/۰	۳۰/۰	۶۳/۳	۶/۷	۰/۰	تا چه حد به نظر شما استفاده از اتومبیل حتی در فواصل کم برای جلوگیری از ابتلا به کووید ۱۹ مناسب است؟
< ۰/۰۱	۰/۰	۲۶/۷	۴۰/۰	۲۳/۳	۰/۰	۳/۳	۱۶/۷	۳۰/۰	۵۰/۰	۰/۰	تا چه حد از زمان شیوع کووید ۱۹ استفاده از وسایل نقلیه عمومی (بی آر تی - مترو ...) را مناسب تر و مقرون به صرفه تر می دانید؟
۰/۱۰	۰/۰	۰/۰	۱۳/۳	۸۳/۳	۳/۳	۰/۰	۶/۷	۲۱/۷	۶۸/۳	۳/۳	تا چه حد از زمان شیوع کووید ۱۹ شما و اعضای خانواده از اتومبیل شخصی استفاده نموده اید؟
۰/۰۵	۰/۰	۰/۰	۱۳/۳	۸۳/۳	۳/۳	۰/۰	۶/۷	۲۱/۷	۶۸/۳	۳/۳	تا چه حد از زمان شیوع کووید ۱۹ از ویتامین ها برای جلوگیری از ابتلا به کووید ۱۹ استفاده نموده اید؟
< ۰/۰۱	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۲۳/۳	۷۶/۷	۰/۰	۰/۰	۶/۷	۴۶/۷	۴۶/۷	تا چه حد از زمان شیوع کووید ۱۹ رعایت پروتکل های بهداشتی را مشارکت اجتماعی می دانید؟
< ۰/۰۱	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۲۶/۷	۷۳/۳	۰/۰	۰/۰	۶/۷	۵۰/۰	۴۳/۳	تا چه حد از زمان شیوع کووید ۱۹ رعایت پروتکل های بهداشتی را مسئولیت مادرانه خود می دانید؟
۰/۳۵	۰/۰	۰/۰	۴۰/۰	۵۶/۷	۳/۳	۰/۰	۰/۰	۴۰/۰	۶۰/۰	۰/۰	تا چه حد خود را موفق در رعایت پروتکل های بهداشتی می دانید؟
۰/۰۲	۶/۷	۳۳/۳	۴۶/۷	۱۳/۳	۰/۰	۰/۰	۱۸/۳	۶۸/۳	۱۳/۳	۰/۰	تا چه حد از زمان شیوع کووید ۱۹ از تهران خارج شده اید؟
۰/۰۵	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۵۰/۰	۵۰/۰	۰/۰	۰/۰	۳/۳	۶۳/۳	۳۳/۳	تا چه حد جلوگیری از سفر به شهرهای قرمز را در کاهش ابتلا به کووید ۱۹ موثر می دانید؟
< ۰/۰۱	۰/۰	۰/۰	۳۰/۰	۳۶/۷	۳۳/۳	۰/۰	۰/۰	۱۳/۳	۷۰/۰	۱۶/۷	تا چه حد رفت و آمد ساکنین تهران را به خانه های دوم (خانه خارج از تهران) خود را در بالا رفتن تعداد مبتلایان به کووید ۱۹ در مبدا و مقصد موثر می دانید؟

در جدول ۴، ضریب همبستگی بین میزان درآمد در زنان دو منطقه با شاخص های تعیین کننده ی رفتارهای بهداشتی زنان برای مقابله با کووید ۱۹ بیان شده است در منطقه ۸، درآمد بالا همبستگی مثبت و معنی داری با استفاده از ماسک ($r=0/77$)، استفاده از مواد ضد عفونی کننده و دستکش ($r=0/67$)، رعایت فاصله اجتماعی ($r=0/80$)، پرهیز از

رفت و آمدهای خانوادگی و فامیلی ($r = 0/52$)، مصرف ویتامین ($r = 0/46$)، اعتقاد به اهمیت رعایت پروتکل های بهداشتی ($r = 0/64$)، استفاده از خودرو برای کارهای روزانه و رفت و آمدها ($r = 0/51$) و پرهیز از سفرهای بین شهری ($r = 0/57$) داشت ($P < 0/001$). این در حالی است که در منطقه ۴، همبستگی میزان درآمد با شاخص های تعیین کننده رفتارهای بهداشتی نسبت به منطقه ۸ ضعیفتر بوده و فقط ارتباط میزان درآمد با استفاده از ماسک ($r = 0/41$)، رعایت فاصله اجتماعی ($r = 0/51$) و استفاده از خودرو برای کارهای روزانه و رفت و آمدها ($r = 0/41$) معنی دار بوده است ($P < 0/001$). ولی ضریب همبستگی بین میزان درآمد با دیگر شاخص های تعیین کننده رفتارهای بهداشتی معنی دار نبوده است.

در جدول ۴، ضریب همبستگی بین وضعیت اشتغال افراد در زنان منطقه ۴ و ۸ با شاخص های تعیین کننده رفتارهای بهداشتی زنان برای مقابله با کووید ۱۹ بیان شده است. در منطقه ۸، شاغل بودن همبستگی مثبت و معنی داری با امتیاز بالای استفاده از ماسک ($r = 0/83$)، استفاده از مواد ضد عفونی کننده و دستکش ($r = 0/30$)، رعایت فاصله اجتماعی ($r = 0/82$)، مصرف مکمل های ویتامین ($r = 0/25$)، اعتقاد به رعایت پروتکل های بهداشتی ($r = 0/40$)، استفاده از خودرو برای کارهای روزانه و رفت و آمدها ($r = 0/60$)، پرهیز از سفرهای بین شهری ($r = 0/47$) و پرهیز از رفت و آمدهای خانوادگی و فامیلی ($r = 0/30$) داشت ($P < 0/05$). در منطقه ۴، شاغل بودن فقط با امتیاز استفاده از ماسک ($r = 0/60$)، استفاده از مواد ضد عفونی کننده و دستکش ($r = 0/33$)، رعایت فاصله اجتماعی ($r = 0/64$) و استفاده از خودرو برای کارهای روزانه و رفت و آمدها ($r = 0/77$) همبستگی معنی داری داشته است ($P < 0/05$) ولی ضریب همبستگی شاغل بودن با دیگر شاخص های تعیین کننده رفتارهای بهداشتی معنی دار نبوده است.

در جدول ۴، ضریب همبستگی بین وضعیت مساحت مسکن افراد در زنان منطقه ۴ و ۸ با شاخص های تعیین کننده رفتارهای بهداشتی زنان برای مقابله با کووید ۱۹ گزارش شده است. در منطقه ۸، مساحت بیشتر مسکن همبستگی مثبتی با استفاده از ماسک ($r = 0/30$)، استفاده از مواد ضد عفونی کننده و دستکش ($r = 0/35$)، رعایت فاصله اجتماعی ($r = 0/39$)، پرهیز از رفت و آمدهای خانوادگی و فامیلی ($r = 0/25$)، اعتقاد به اهمیت رعایت پروتکل های بهداشتی ($r = 0/46$)، استفاده از خودرو برای کارهای روزانه و رفت و آمدها ($r = 0/45$) و پرهیز از سفرهای بین شهری ($r = 0/57$) داشت ($P < 0/05$). این در حالی است که در منطقه ۴، ضریب همبستگی مساحت مسکن با شاخص های بهداشتی نسبت به منطقه ۸ ضعیفتر بوده و فقط ارتباط آن با استفاده از ماسک ($r = 0/25$) معنی دار بوده است ($P < 0/05$). ولی ضریب همبستگی بین مساحت مسکن با سایر شاخص های تعیین کننده رفتارهای بهداشتی ذکر شده در بالا معنی دار نبوده است.

جدول ۴. بررسی ضریب همبستگی بین وضعیت اقتصادی با شاخص های تعیین کننده رفتارهای بهداشتی زنان دو منطقه ۴ و ۸

بررسی ضریب همبستگی بین متغیرهای وضعیت اقتصادی با شاخص های تعیین کننده رفتارهای بهداشتی زنان دو منطقه																
متغیرها	امتیاز مربوط به استفاده از ماسک		امتیاز مربوط به استفاده از ماده ضد عفونی کننده و دست کش		امتیاز مربوط به رعایت فاصله اجتماعی		امتیاز مربوط به اهمیت دادن به پروتکل های بهداشتی		امتیاز مربوط به رعایت محدودیت در رفت و آمدهای خانوادگی و فامیلی		امتیاز مربوط به استفاده از اتومبیل در رفت و آمد های روزانه و جاری		امتیاز مربوط به استفاده از مکمل های ویتامین		امتیاز مربوط به رعایت محدودیت در سفرهای خارج شهری	
	P-Value	مقدار r	P-Value	مقدار r	P-Value	مقدار r	P-Value	مقدار r	P-Value	مقدار r	P-Value	مقدار r	P-Value	مقدار r	P-Value	مقدار r
میزان درآمد																
منطقه ۴	۰/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۲۳	۰/۰۷	۰/۵۱	<۰/۰۰۱	۰/۱۸	۰/۱۶	۰/۱۱	۰/۴۰	۰/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۲۳	۰/۰۷	۰/۵۶	۰/۰۷
منطقه ۸	۰/۷۷	<۰/۰۰۱	۰/۶۶	<۰/۰۰۱	۰/۸۰	<۰/۰۰۱	۰/۶۳	<۰/۰۰۱	۰/۵۲	<۰/۰۰۱	۰/۵۱	<۰/۰۰۱	۰/۴۸	<۰/۰۰۱	۰/۵۷	<۰/۰۰۱
وضعیت اقتصادی																
منطقه ۴	۰/۶۰	<۰/۰۰۱	۰/۳۳	۰/۰۱	۰/۶۴	<۰/۰۰۱	۰/۳۰	۰/۰۱	۰/۰۳	۰/۸۳	۰/۷۷	<۰/۰۰۱	۰/۱۷	۰/۱۸	۰/۹۰	۰/۰۱

	منطقه ۸	۰/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۳۰	۰/۰۱	۰/۸۲	<۰/۰۰۱	۰/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۳۰	۰/۰۱	۰/۶۰	<۰/۰۰۱	۰/۲۵	۰/۰۵	۰/۴۷	<۰/۰۰۱
مساحت مسکن	منطقه ۴	۰/۲۵	۰/۰۴	۰/۲۱	۰/۱۰	۰/۲۵	۰/۰۶	۰/۲۱	۰/۱۰	۰/۰۴	۰/۷۵	۰/۲۴	۰/۰۶	۰/۱۵	۰/۲۲	۰/۰۳	۰/۷۸
	منطقه ۸	۰/۳۰	۰/۰۱	۰/۳۵	<۰/۰۰۱	۰/۳۹	<۰/۰۰۱	۰/۴۶	<۰/۰۰۱	۰/۲۵	۰/۰۵	۰/۴۵	<۰/۰۰۱	۰/۱۲	۰/۳۵	۰/۲۰	۰/۱۱

در جدول ۵، ضریب همبستگی بین وضعیت تحصیلات افراد در زنان منطقه ۴ و ۸ با شاخص‌های تعیین‌کننده رفتارهای بهداشتی زنان برای مقابله با کووید ۱۹ ذکر شده است. در منطقه ۸، تحصیلات بالا همبستگی مثبت و معنی‌داری با استفاده بیشتر از ماسک ($r=0/50$)، استفاده از مواد ضدعفونی‌کننده و دستکش ($r=0/35$)، رعایت فاصله اجتماعی ($r=0/54$)، مصرف ویتامین ($r=0/30$)، اعتقاد به رعایت پروتکل‌های بهداشتی ($r=0/41$)، استفاده از خودرو برای کارهای روزانه و رفت و آمدها ($r=0/50$) و پرهیز از سفرهای بین‌شهری ($r=0/27$) داشت ($P < 0/05$)، ولی همبستگی بالایی با امتیاز مربوط به پرهیز از رفت و آمدهای خانوادگی و فامیلی در ایام کرونایی نداشت. این در حالی است که در منطقه ۴، ضریب همبستگی سطح تحصیلات با شاخص‌های تعیین‌کننده رفتارهای بهداشتی ضعیف‌تر بوده است و فقط ارتباط سطح تحصیلات با امتیاز استفاده از ماسک ($r=0/50$)، استفاده از مواد ضدعفونی‌کننده و دستکش ($r=0/52$)، رعایت فاصله اجتماعی ($r=0/61$) و استفاده از خودرو برای کارهای روزانه و رفت و آمدها ($r=0/52$) معنی‌دار بوده است ($P < 0/01$).

همچنین، طبق جدول ۵، در منطقه ۸، ضریب همبستگی قوی بین متاهل بودن با امتیاز شاخص‌های بهداشتی ذکر شده شامل استفاده از ماسک، استفاده از مواد ضدعفونی‌کننده و دستکش، رعایت فاصله اجتماعی، مصرف ویتامین، اعتقاد به رعایت پروتکل‌های بهداشتی و پرهیز از سفرهای بین‌شهری مشاهده نشد. ولی زنان متاهل در منطقه ۸ تمایل بیشتری به استفاده از خودرو برای کارهای روزانه و رفت و آمدها به منظور دوری از ازدحام جمعیتی نسبت به زنان مجرد داشتند ($r=0/34$) و همچنین زنان متاهل در مقایسه با افراد مجرد در مورد پرهیز از رفت و آمدهای خانوادگی و فامیلی ($r=0/50$) شرایط نامناسب‌تری از خود نشان دادند ($P < 0/05$). در منطقه ۴، نیز همبستگی معنی‌داری بین وضعیت تاهل با استفاده از ماسک، مواد ضدعفونی‌کننده و دستکش، رعایت فاصله اجتماعی، مصرف ویتامین، اعتقاد به رعایت پروتکل‌های بهداشتی و پرهیز از سفرهای بین‌شهری دیده نشد و فقط ضریب همبستگی متاهل بودن با امتیاز استفاده از خودرو به منظور دوری از ازدحام جمعیتی معنی‌دار بود ($r=0/36$)، همچنین در این منطقه نیز متاهلین در زمینه ایجاد محدودیت در رفت و آمدهای خانوادگی شرایط بدتری نسبت به زنان مجرد داشتند ($r=0/65$).

در جدول ۵، ضریب همبستگی بین بعد خانوار (تعداد فرزندان) در زنان منطقه ۴ و ۸ با امتیاز شاخص‌های مربوط به رفتارهای بهداشتی زنان برای مقابله با کووید ۱۹ بیان شده است. در منطقه ۸، ضریب همبستگی منفی بین بعد خانوار بزرگتر با امتیاز بالای استفاده از ماسک ($r=-0/30$) و رعایت فاصله اجتماعی ($r=-0/24$) دیده شد. همچنین در منطقه ۸ ضریب همبستگی مثبتی بین رفت و آمدهای خویشاوندی با بعد خانوار مشاهده شد ($r=0/40$). در منطقه ۸، همبستگی معنی‌داری بین بعد خانوار با دیگر شاخص‌های بهداشتی دیده نشد. در مورد زنان منطقه ۴، همبستگی منفی بین بعد خانوار بزرگتر با امتیاز استفاده از ماسک ($r=-0/35$)، مواد ضدعفونی‌کننده و دستکش ($r=-0/25$)، رعایت فاصله اجتماعی ($r=-0/36$)، استفاده از خودرو برای انجام کارهای روزانه و رفت و آمدها ($r=-0/50$) و اعتقاد به رعایت پروتکل‌های بهداشتی ($r=-0/25$) مشاهده شد. همچنین در جمعیت منطقه ۴، همبستگی بین رفت و آمدهای خانوادگی با بعد خانوار رابطه مستقیم داشت ($r=0/32$).

در جدول ۵، ضریب همبستگی بین قومیت افراد در زنان منطقه ۴ و ۸ با شاخص های تعیین کننده ی رفتارهای بهداشتی زنان برای مقابله با کووید ۱۹ گزارش شده است. در منطقه ۸، همبستگی مثبت و معنی داری بین قومیت با امتیاز بیشتر استفاده از ماسک ($r=0/28$)، استفاده از مواد ضدعفونی کننده و دستکش ($r=0/49$)، رعایت فاصله اجتماعی ($r=0/40$)، پرهیز از رفت و آمدهای خانوادگی و فامیلی ($r=0/28$)، اعتقاد به اهمیت رعایت پروتکل های بهداشتی ($r=0/24$)، استفاده از خودرو برای کارهای روزانه و رفت و آمدها ($r=0/38$) و پرهیز از سفرهای بین شهری ($r=0/33$) مشاهده شد ($P < 0/05$). این در حالی است که در منطقه ۴، همبستگی قومیت با شاخص های بهداشتی نسبت به منطقه ۸ ضعیفتر بوده و فقط ارتباط آن اعتقاد به اهمیت رعایت پروتکل های بهداشتی ($r=0/25$) و استفاده از خودرو برای کارهای روزانه و رفت و آمدها ($r=0/34$) معنی دار بود ($P < 0/05$).

جدول ۵. بررسی ضریب همبستگی بین وضعیت اجتماعی با شاخص های تعیین کننده ی رفتارهای بهداشتی زنان دو منطقه ۴ و ۸

بررسی ضریب همبستگی بین متغیرهای مربوط به وضعیت اجتماعی با شاخص های تعیین کننده ی رفتارهای بهداشتی زنان دو منطقه																
متغیرها	امتیاز مربوط به استفاده از ماسک		امتیاز مربوط به استفاده از ضدعفونی کننده و دست کش		امتیاز مربوط به رعایت فاصله اجتماعی		امتیاز مربوط به اهمیت دادن به پروتکل های بهداشتی		امتیاز مربوط به رعایت محدودیت در رفت و آمدهای خانوادگی و فامیلی		امتیاز مربوط به استفاده از اتومبیل در رفت و آمد های روزانه و جاری		امتیاز مربوط به استفاده از مکمل های ویتامین		امتیاز مربوط به رعایت محدودیت در سفرهای خارج شهری	
	مقدار r	P-Value	مقدار r	P-Value	مقدار r	P-Value	مقدار r	P-Value	مقدار r	P-Value	مقدار r	P-Value	مقدار r	P-Value	مقدار r	P-Value
سطح تحصیلات	منطقه ۴	۰/۵۰	<۰/۰۰۱	۰/۵۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۱	<۰/۰۰۱	۰/۲۶	۰/۰۰۶	۰/۰۹	۰/۰۴۷	۰/۵۲	<۰/۰۰۱	۰/۱۱	۰/۳۷	۰/۰۳
	منطقه ۸	۰/۵۰	<۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۰۰۶	۰/۵۴	<۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۱۰	۰/۴۹	۰/۵۰	<۰/۰۰۱	۰/۳۰	۰/۰۲	۰/۰۳
وضعیت تاهل	منطقه ۴	۰/۱۹	۰/۱۴	۰/۰۴	۰/۷۳	۰/۱۴	۰/۲۷	۰/۰۸	۰/۵۳	۰/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۰/۰۰۴	۰/۰۳	۰/۸۱	۰/۷۵
	منطقه ۸	۰/۰۵	۰/۶۷	۰/۱۰	۰/۴۴	۰/۱۵	۰/۲۶	۰/۰۲	۰/۸۳	۰/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۰/۰۰۸	۰/۱۷	۰/۱۸	۰/۶۰
بعد خانوار	منطقه ۴	۰/۳۵	۰/۰۰۶	۰/۲۵	۰/۰۵	۰/۳۶	۰/۰۴	۰/۲۵	۰/۰۵	۰/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۵۰	<۰/۰۰۱	۰/۰۳	۰/۷۹	۰/۴۷
	منطقه ۸	۰/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۱۳	۰/۳۱	۰/۲۴	۰/۰۵	۰/۱۵	۰/۲۴	۰/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۲۲	۰/۰۰۸	۰/۰۱	۰/۹۲	۰/۰۷
قومیت	منطقه ۴	۰/۱۷	۰/۱۸	۰/۱۳	۰/۳۳	۰/۲۱	۰/۰۹	۰/۲۷	۰/۰۳	۰/۱۸	۰/۱۴	۰/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۲۰	۰/۱۰	۰/۹۴
	منطقه ۸	۰/۲۸	۰/۰۰۴	۰/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۲۴	۰/۰۵	۰/۲۸	۰/۰۳	۰/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۲۳	۰/۰۷	۰/۰۱

در مطالعه حاضر نیز یافته ها نشان داد که سطوح متفاوت ویژگی های اجتماعی و اقتصادی در دو منطقه ۴ و ۸ نقش قابل توجهی در تعیین رفتارها و دیدگاههای بهداشتی آن ها برای مقابله با بروز بیماری واگیر مثل کووید-۱۹ دارد. این تعیین کننده های اجتماعی و اقتصادی شامل موارد مختلفی از جمله سطح درآمد، سطح سواد، وضعیت تاهل، وضعیت

اشتغال، بعد خانوار و وضعیت مسکن می باشد که همه ی آنها به هم مرتبط بوده و تحت تاثیر موقعیت جغرافیایی و شرایط شهرنشینی از جمله میزان تراکم جمعیتی و وضعیت امکانات موجود در محل زندگی قرار دارند. در مطالعه حاضر، زنان مورد مطالعه در منطقه ۴ و ۸ در مورد مولفه های تعیین کننده ی اجتماعی و اقتصادی دارای تفاوت عمده و یا جزئی بودند که این تفاوت ها تا حدودی موجب شده است دیدگاهها، رفتارها و عملکردهای افراد در مورد شاخص های بهداشتی مقابله کننده با شیوع کووید ۱۹ (استفاده از ماسک و دستکش، مواد ضد عفونی کننده، رعایت فاصله اجتماعی، ایجاد محدودیت در رفت و آمد های فامیلی و خانوادگی، اجتناب از ازدحام جمعیتی، اجتناب از سفرهای خارج شهری و مصرف مکمل های ویتامین جهت تقویت سیستم ایمنی) در بین دو منطقه متفاوت باشد، بطوریکه زنان منطقه ۸ که تقریباً در اکثر موارد در مورد تعیین کننده های اجتماعی و اقتصادی شرایط مناسبتری نسبت به زنان منطقه ۴ داشتند رفتارها و عملکردهای بهداشتی قویتری در مورد پیشگیری از بیماری کووید ۱۹ از خود نشان دادند.

یافته های مطالعه حاضر قابل مقایسه و در راستای نتایج مطالعات مشابه و پیشین انجام شده در جوامع مختلف است که ارتباط متغیرهای مختلف اجتماعی - اقتصادی را با عملکرد ها، دیدگاهها و یا رفتارهای بهداشتی افراد مورد بررسی قرار دادند. مطالعه ای در انگلستان نشان داده است که خانواده های با بعد خانوار بزرگتر، جمعیت مسن تر و نژادهای سیاه پوست یا آسیایی که احتمالاً وضعیت اقتصادی ضعیفتری داشتند دارای سطح سلامتی و بهداشتی فردی نامناسب تر بوده و بیشتر در معرض ابتلا به کووید ۱۹ بودند (فلیپا و همکارانش، ۲۰۲۰)، همانند این مطالعه، ما نیز نشان دادیم بعد خانوار بزرگتر و وضعیت اقتصادی پایین تر رابطه مستقیم با سطح پایین عملکردهای بهداشتی در قبال کووید ۱۹ دارد. همچنین یافته های مطالعه ما تایید کننده ی نتایج مطالعه صورت گرفته در آمریکا است که نشان داده است رعایت فاصله گذاری اجتماعی در مناطق دارای نسبت بیشتر افراد زیر سطح فقر کمتر است و نابرابری های اجتماعی - اقتصادی می تواند در تعیین رفتارهای بهداشتی افراد در قبال کووید ۱۹ از جمله رعایت فاصله گذاری اجتماعی نقش داشته و روی شدت همه گیری کووید-۱۹ در مناطق مختلف ایالات متحده اثر بگذارد (گارنیر و همکارانش، ۲۰۲۱). ما در این مطالعه نشان دادیم سطح بالاتر وضعیت اجتماعی - اقتصادی که در منطقه ۸ بارزتر بود می تواند با عملکرد بهتر رفتارهای بهداشتی مرتبط باشد، مشابه این نتایج در مطالعه ای در جمعیت شیلی مشاهده شده است که در آن، افراد در وضعیت اجتماعی - اقتصادی بالاتر بیشتر تمایل به رعایت اصول قرنطینه در قبال کووید-۱۹ داشتند (گونزالو و همکارانش، ۲۰۲۱). در مطالعه حاضر، خانواده های پرجمعیت و نیز منطقه با تراکم جمعیتی بالا در رعایت رفتارهای بهداشتی دچار مشکلات و موانع بیشتری بودند این یافته ها در مطالعه روی جمعیت ژاپنی نیز گزارش شده است به این صورت که خانواده های با بعد خانوار بزرگتر، ساکن در محله های پرجمعیت با درآمد کمتر، به دلیل عدم رعایت دقیق رفتارهای پیشگیرانه، بیشتر در معرض ابتلا به کووید-۱۹ و پیامدهای ناشی از آن بودند (یوشیکاوا و همکارانش، ۲۰۲۱). مطالعه Lee و همکارانش نیز بیان کردند افرادی که سطح تحصیلات یا درآمد پایین تری دارند، تمایل کمتری به رعایت اقدامات احتیاطی ایمنی و رفتارهای بهداشتی پیشگیرانه برای مقابله با کووید-۱۹ داشتند که آن ها را در برابر رخداد بیماری کووید-۱۹ و عوارض های ناشی از ابتلا به آن آسیب پذیرتر کرده است (لی و همکارانش، ۲۰۲۲). نهایتاً همراستا با نتایج مطالعه ما، مطالعه ی مقطعی انجام شده توسط فیروزبخت و همکارانش نیز گزارش کرده است استفاده از دستکش و ماسک با وضعیت تحصیلی و وضعیت اقتصادی افراد ارتباط مستقیمی داشته است (فیروزبخت و همکارانش، ۲۰۲۱). بطور کلی مقایسه نتایج مطالعه حاضر با مطالعات انجام شده از این نکته حمایت می کند که سطح بالاتر وضعیت اجتماعی - اقتصادی، بعد خانوار کوچکتر و تراکم جمعیتی پایین تر می تواند رفتارها و عملکردهای بهداشتی بهتری برای مقابله با شیوع کووید-۱۹ همراه باشد. برتری مهم مطالعه حاضر نسبت به مطالعات انجام شده قبلی این است که ما ارتباط احتمالی متغیرهای مختلفی شامل سطح درآمد، سطح سواد، اشتغال، وضعیت تاهل، وضعیت مسکن و بعد خانوار را با ابعاد مختلف رفتارهای بهداشتی شامل استفاده از ماسک، استفاده از وسایل و مواد ضد عفونی کننده، رعایت فاصله اجتماعی، ایجاد محدودیت در

رفت و آمدها و اجتناب از مسافرت های بین شهری مورد بررسی قرار دادیم و نتایج جامعی ارائه دادیم این در حالی است که در مطالعات پیشین فقط برخی از این متغیرها بصورت موردی و جزئی با برخی جنبه های رفتارهای بهداشتی در قبال کووید-۱۹ مورد ارزیابی قرار گرفته است.

در مطالعه حاضر، یکی از مهمترین تفاوت ها بین زنان دو منطقه مربوط به میزان درآمد خانوار بود، بطوریکه میانگین درآمد افراد در منطقه ۸ نسبت به منطقه ۴ بطور معنی داری بیشتر بود و در منطقه ۸ نیز میزان درآمد همبستگی مثبتی با سطح بالاتر و مناسبتر رفتارهای بهداشتی افراد داشت. بطور کلی خانوارهای با شرایط درآمدی بالاتر، بخش بیشتری از هزینه های جاری خود را برای فراهم کردن امکانات بهداشتی - سلامتی جهت مقابله با کووید ۱۹ صرف کردند؛ زیرا هم وضعیت درآمدی بالاتر آن ها این امکان را به آن ها داده است و هم اینکه هر چه قدر خانواده ها از لحاظ درآمدی در شرایط مناسبتری باشد آن خانواده بیشتر می تواند برای برقراری آسایش و رفاه و تامین سلامت اعضای خانواده برنامه ریزی و اقدام کند و احتمالاً بیشتر نگران عوامل و بیماری های تهدید کننده سلامت افراد از جمله کووید-۱۹ بودند. همچنین طبق یافته مطالعه ما، میانگین مساحت مسکن در منطقه ۸، میزان بالاتری نسبت به منطقه ۴ بود که داشتن مسکن با مساحت بالا و مناسب در ایام کرونایی می توانست به خانواده ها امکان بیشتری از جهت رعایت فاصله از هم دیگر بخصوص در شرایط حضور اقوام و آشنایان در خانه فراهم کند و همچنین در شرایط مشکوک بودن فردی از اعضای خانواده به کووید -۱۹، امکان انجام فاصله گذاری و قرنطینه فرد مشکوک به بیماری بطور مجزا در خانه های با مساحت بزرگتر و امکانات بیشتر امکانپذیرتر می باشد که در این مورد هم خانوارهای منطقه ۸ شرایط مطلوبتری نسبت به منطقه ۴ می توانستند داشته باشند.

یکی از موارد مهم دیگر تعیین کننده های اقتصادی، وضعیت اشتغال افراد بود که می توانست در مورد انجام رفتارهای بهداشتی در قبال کووید-۱۹ نقش تعیین کننده برای افراد ایفا کند. در بررسی وضعیت اشتغال زنان دو منطقه تفاوت چشمگیری بین زنان منطقه ۴ و ۸ از لحاظ درصد افراد شاغل دیده نشد ولی در منطقه ۸ نسبت به منطقه ۴، شاغل بودن همبستگی بالاتری با رعایت قوی تر برخی موارد پروتکل های بهداشتی داشت، این مسئله نشان می دهد که نوع شغل افراد نیز در مورد تعیین میزان رعایت پروتکل های بهداشتی افراد موثر بوده است به گونه ای که بیشتر شاغلین منطقه ۴ دارای فعالیتی بوده است که در طول روز در مواجهه بیشتر با مردم جامعه بودند که از جمله آن ها می توان به شغل فروشندگی، آرایشگری، خیاطی و منشی و ... اشاره کرد که داشتن این شرایط شغلی نه تنها یک امتیاز مثبت برای رعایت پروتکل بهداشتی نیست بلکه یک شرایط سختتری در زندگی فرد برای رعایت موازین بهداشتی و سلامتی در ایام کرونایی رقم زده است، این در حالی است که داشتن شغل های کارمندی در ادارات و شرکت های کوچکتر مثل معلمی (در ایامی که آموزش بصورت مجازی بوده است)، حسابداری امور مالی و ... این اثرات منفی ناشی از شاغل بودن را در مورد رعایت پروتکل های بهداشتی نداشتند. در مورد سطح تحصیلات، نتایج مطالعه ما نشان داد که زنان مربوط به منطقه ۸ سطح تحصیلات آکادمیک بیشتری نسبت به منطقه ۴ داشتند. همچنین ضریب همبستگی بین سطح تحصیلات و انجام دقیق تر رفتارهای بهداشتی در قبال کووید ۱۹ در منطقه ۸ در سطح بالاتری بود؛ براساس نتایج ما، این نکته استنتاج می شود که هر چقدر افراد سطح تحصیلات بالاتری داشتند بخصوص افرادی که درجات تحصیلات دانشگاهی بالاتری داشتند به دلیل اشراف بالاتر به مسائل بهداشتی و سلامتی بیشتر در تلاش بودند تا نکات بهداشتی را برای مقابله با شیوع کووید -۱۹ رعایت کنند و احساس مسئولیت بیشتری در مورد سلامتی اعضای خانواده و سایر افراد داشتند و اینکه هر چقدر افراد بیشتر بصورت علمی با مسائل پزشکی و سلامتی آشنا باشند تاثیر بیشتری می تواند در بهبود عملکرد بهداشتی آن ها داشته باشد.

طبق نتایج مطالعه حاضر، همبستگی بالایی بین متاهل بودن با شاخص های کلی رفتارهای بهداشتی پیشگیرانه از جمله استفاده از ماسک، مواد ضدعفونی کننده، رعایت فاصله اجتماعی، اجتناب از سفرهای خارج شهری و مصرف مکمل

های ویتامین هم در جمعیت کل و هم به تفکیک افراد دو منطقه مشاهده نشد که به نوعی بیانگر این بود که هم افراد مجرد و هم افراد متاهل تقریباً در رعایت شاخص‌های بهداشتی فوق‌الذکر مشابه هم عمل کردند ولی در مورد ایجاد محدودیت رفت و آمدهای خانوادگی، یک همبستگی منفی بین متاهل بودن با این شاخص عملکردی دیده شد که البته این یافته تا حدودی قابل انتظار بود؛ زیرا افراد مجرد با توجه به اینکه هنوز ازدواج نکردند و عمدتاً همراه با خانواده والدین زندگی می‌کنند برخی تعیین‌کننده‌های این شاخص یعنی رفت و آمدهای با خانواده والدین و یا خانواده والدین همسر در مورد آن‌ها صدق نمی‌کند این در حالی است که رعایت این دو مولفه‌ی بهداشتی برای افراد متاهل بخصوص آن‌هایی که دارای یک یا چند فرزند هستند کار سختی بوده و همین امر موجب شده است امتیاز افراد متاهل در مورد این شاخص بهداشتی ضعیف‌تر از افراد مجرد باشد و در واقع به عبارتی افراد متاهل کار سخت‌تری نسبت به افراد مجرد در ایجاد محدودیت در رفت و آمدهای خانوادگی و خویشاوندی برای مقابله با کووید ۱۹ داشته باشند. همچنین متاهل بودن افراد همبستگی مثبت با استفاده از وسایل نقلیه و خودرو به منظور انجام فعالیت‌های روزانه و رفت و آمدها داشت که این نتایج هم در جمعیت کل و هم در زنان دو منطقه مشابه بود و به نوعی بیانگر این بود افرادی که ازدواج کردند نسبت به افراد مجرد بیشتر دارای وسایل نقلیه بودند و برای انجام فعالیت‌های روزانه بخصوص کارهای مربوط به شغل خود و یا رفت و آمدهای خانوادگی و خویشاوندی در ایام کروناپی از آن استفاده کردند، این در حالی است که زنان مجرد در مطالعه ما عمدتاً افراد با سن پایین‌تر بودند که همراه خانواده والدین زندگی می‌کنند و دارای خودروی شخصی نبودند و در ایام کروناپی عمدتاً برای کارهای روزانه کمتر از خودرو شخصی استفاده کردند.

بعد خانوار نیز در این مطالعه جزء موارد تعیین‌کننده در رعایت پروتکل‌های بهداشتی در زنان مورد مطالعه دو منطقه بود. در جمعیت کلی و همچنین در زنان منطقه ۴، بعد خانوار بالاتر همبستگی منفی با امتیاز مربوط به بیشتر اجزاء عملکردهای بهداشتی (شامل استفاده از ماسک، استفاده از مواد ضدعفونی‌کننده و دستکش، رعایت فاصله اجتماعی، استفاده از خودرو برای انجام کارهای روزانه و رفت و آمدها و اعتقاد به رعایت پروتکل‌های بهداشتی) داشت که به نوعی بیانگر این بود هر چه قدر بعد خانوار بزرگتر باشد و تعداد فرزندان خانواده بیشتر باشد رعایت پروتکل‌های بهداشتی دشوارتر می‌شود، در مورد همبستگی منفی بعد خانوار با میزان استفاده از خودرو در امور روزمره هم می‌توان گفت که احتمالاً خانواده دارای بعد خانوار بزرگتر و تعداد فرزندان از لحاظ اقتصادی و درآمدی شرایط پایین‌تری داشته و اکثراً دارای خودروی شخصی نبودند در نتیجه کمتر از وسیله نقلیه در کارهای روزانه و رفت و آمدها استفاده کردند. این نتایج ذکر شده در مورد منطقه ۸ کمتر مطرح هستند زیرا بعد خانوار کوچکتر به زنان منطقه ۸ کمک کرده است بیشتر بتوانند رفتارهای پیشگیرانه بهداشتی در قبال کووید ۱۹ انجام دهند که علت اصلی آن کم بودن حجم مسئولیت‌ها و کارهای روزانه و داشتن شرایط اقتصادی مناسب‌تری می‌باشد که این امکان را به زنان منطقه ۸ داده است بتوانند برنامه ریزی دقیق‌تری برای کنترل شرایط بهداشتی انجام دهند. در مورد ایجاد محدودیت در رفت و آمدهای خانوادگی و فامیلی، همبستگی مثبتی بین بعد خانوار با این شاخص تعیین‌کننده رفتارهای بهداشتی پیشگیرانه در ایام کروناپی مشاهده شد که نشان می‌دهد خانواده‌های پرجمعیت سعی کردند در ایام کروناپی کمتر مراجعه به خانواده والدین خود و یا والدین همسر داشته باشند؛ احتمالاً به دلایلی چون بالا بودن سن والدین که آن‌ها را بیشتر مستعد عوارض ناشی از کووید ۱۹ می‌کند و همچنین بعد خانوار بالاتر نیز خودش ازدحام جمعیتی بالاتری را نیز ایجاد می‌کند زنان دارای بعد خانوار بالاتر در هر دو منطقه سعی کردند در مورد محدودیت در رفت و آمدهای خانوادگی و فامیلی، رفتار قویتری از خود نشان دهند.

نتیجه‌گیری

بطور کلی شواهد حاصل از مطالعه ما بیانگر این بود که افراد منطقه ۸، امتیاز عملکردی بهتری در مورد بیشتر شاخص‌های بهداشتی از جمله استفاده از ماسک، مواد ضدعفونی‌کننده و رعایت فاصله اجتماعی نسبت به افراد منطقه ۴

داشتند، احتمال داده می شود وضعیت اقتصادی مناسبتر و میانگین درآمدی بالاتر در خانواده های زنان منطقه ۸، شرایط را برای رعایت رفتارهای بهداشتی پیشگیرانه در قبال کووید ۱۹ نسبت به زنان منطقه ۴ بهتر فراهم کرده است. همچنین بعد خانوار کوچکتر در زنان منطقه ۸ برای داشتن رفتارهای بهداشتی مناسب در قبال کووید ۱۹ کمک کننده بوده است. از طرفی، در زنان منطقه ۸، سطح سواد بالاتر به عنوان متغیر مهم و موثر در تبعیت از رفتارها و دیدگاههای بهداشتی مناسب برای پیشگیری از کووید ۱۹ عمل کرده است. بنابراین می توان گفت که هر چقدر از لحاظ اجتماعی و اقتصادی خانواده ها شرایط مناسبتری داشته باشند با توجه به تاثیرگذاری این عامل روی تمامی جنبه های مختلف زندگی افراد و هم چنین اثر متقابل روی هم، اعضای این خانواده ها از جمله زنان تمایل بیشتری به سلامتی خود و خانواده خواهد داشت و اینکه دست این خانواده ها برای صرف هزینه و وقت برای رعایت موازین بهداشتی و محافظت از سلامتی خود بازتر خواهد بود.

پیشنهادها

- بازنگری دقیق در رابطه با در نظر گیری فضای مناسب برای پیاده روها در منطقه ۴ تهران که دارای پیاده روهای باریک و کم عرض است.

- در نظر گیری برنامه های آموزشی مناسب از طریق رسانه های جمعی سمعی- بصری برای خانوارها به منظور بالا بردن آگاهی ها و دانش بهداشتی - سلامتی شهروندان

- فراهم سازی امکانات و شرایط لازم از نظر امکان رعایت موازین بهداشتی پیشگیرانه در قبال کووید ۱۹ برای افراد در محیط بیرون از جمله مراکز اداری و تجاری، مسیرهای مربوط به محل عبور پیاده و همچنین وسایل نقلیه عمومی

- به کارگیری اقدامات حمایتی مالی - اقتصادی از خانوارهای با سطح اقتصادی پایین شامل اعطای وام های قرض الحسنه، یارانه های نقدی و غیر نقدی و یا حقوق بیکاری بخصوص در مواقع لزوم برقراری قرنطینه و تعطیلی مراکز مختلف داخل شهری

- پیگیری وضعیت سلامتی افراد از طریق تماس تلفنی براساس پرونده ی سلامتی افراد که در پایگاههای بهداشتی مشخصی در هر منطقه شهری ثبت شده است.

- انجام نیازسنجی و راه اندازی مراکز درمانی در حد نیاز برای هر منطقه و همچنین تجهیز بیمارستان ها به امکانات لازم برای مقابله با بیماری های واگیر از جمله کووید ۱۹ بخصوص در مناطق شهری فرودست که ممکن است از این جهت شرایط مطلوبی نداشته باشند.

- حمایت مالی موثر با ارائه کمک های مالی بلاعوض و یا وام های کم بهره از قشر ضعیف جامعه بخصوص در شرایطی که سرپرست خانواده به بیماری کووید ۱۹ مبتلا شده باشد که متحمل هزینه های درمانی بالا شده و به دلیل بیکاری و تعطیلی از لحاظ درآمدی نیز آسیب جدی دیده باشد.

منابع

ابراهیم زاده، عیسی. (۱۳۸۴). *بررسی چگونگی توسعه و گسترش فضایی زعفران در جنوب خراسان براساس مدل هاگراستراند(مدل پخش فضایی)*. حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه سیستان و بلوچستان.

ایمانی جاجرمی، حسین. (۱۳۹۹). *پیامدهای اجتماعی شیوع کرونا در جامعه ایران*. فصلنامه علمی- تخصصی، شماره دوم پاک منش، ملیحه؛ پرهیزکار، اکبر؛ گیوه چی، سعید. (۱۳۹۱). *ارزیابی عملکرد مدیریت شهری در منطقه ۸ شهرداری تهران به منظور ارائه الگوی بهینه*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه جغرافیا، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی.

- پنجم، رضا؛ رجبی، آرزیتا؛ عزت پناه، بختیار. (۱۳۹۷). *بررسی پدافند غیر عامل در منطقه ۴ شهرداری، شهر تهران*. فصلنامه علمی-پژوهشی نگرش‌های نو در جغرافیای انسانی ۱۱ (۱).
- پورشکیبایی، پرستو؛ مجتبی زاده خانقاهی، حسین. (۱۳۹۴). *تأثیر بعد خانوار بر ویژگی‌های مسکن نمونه موردی منطقه ۸ شهرداری تهران*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه جغرافیا، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی.
- رسولی فر، فاطمه؛ پورموسوی، سید موسی. (۱۳۹۴). *تبیین نابرابری‌های فضایی در توزیع خدمات شهری منطقه ۴ شهرداری تهران*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه جغرافیا، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی.
- رهنما، محمد رحیم؛ بازرگان، مهدی. (۱۳۹۹). مدل سازی الگوی پخش فضایی ویروس کووید-۱۹ در مناطق روستایی و شهری ایران. فصلنامه اقتصاد فضا و توسعه روستایی، ۹ (۳)، ۴۸-۲۵
- سالنامه آماری شهر تهران، سال ۱۳۹۵
- قرخلو، مهدی؛ عزیز آسیایی، فرامرز. (۱۳۸۴). *توزیع فضایی و ساماندهی شبکه گذرگاهی منطقه (هشت) شهر تهران*. پژوهش‌های جغرافیایی- شماره ۵۴، ۱۵۲-۱۳۷.
- کهیل، مایکل. (۱۳۹۲). *محیط زیست و سیاست اجتماعی*. مترجمان: حسین حاتمی نژاد، سهراب امیریان، انتشارات دانشگاه تهران، چاپ اول، تهران
- منتی، حسین. (۱۳۹۹). *بررسی اثرات ویروس- کووید ۱۹ بر اقتصاد جهانی*. فصلنامه علمی- تخصصی، شماره دوم.

References

- Ali, I., & Alharbi OM. (2020). *COVID-19: Disease, management, treatment, and social impact*. Science of the total Environment; 728, 138861.
- De Moraes, CM. (2021). *Nutritional therapy in COVID-19 management*. Kompass Nutrition & Dietetics, 1(1), 10-2.
- Delardas, O., Kechagias, KS., Pontikos, PN., & Giannos P. (2022). *Socio-Economic Impacts and Challenges of the Coronavirus Pandemic (COVID-19): An Updated Review*. Sustainability; 14(15), 9699.
- Fernandes, N. (2020). *Economic effects of coronavirus outbreak (COVID-19) on the world economy*.
- Filipa, Sá.. (2020). *Socioeconomic Determinants of COVID-19 Infections and Mortality: Evidence from England and Wales*.
- Firouzbakht, M., Omidvar, Sh., Firouzbakht, S., & Asadi-Amoli, A. (2021). *COVID-19 preventive behaviors and influencing factors in the Iranian population; a web-based survey*. BMC Public Health: Jan 15, 21(1), 143.
- Ga Bin, L., Sun Jae, J., Yang, Y., Jea Won, Y., Hoang Manh, T., & Hyeon Chang, K. (2020). *Socioeconomic inequality in compliance with precautions and health behavior changes during the COVID-19 outbreak: an analysis of the Korean Community Health Survey*. Epidemiol Health: 2022; 44: e2022013.
- Ghaffari Darab, M., Keshavarz, K., Sadeghi, E., Shahmohamadi, & J., Kavosi, Z. (2021). *The economic burden of coronavirus disease 2019 (COVID-19): evidence from Iran*. BMC Health Services Research; 21(1), 1-7.
- Gonzalo, E., Mena, P., Martinez, A., & Mahmud, P. (2021). *Marquet, Caroline O. Buckee, Mauricio Santillana. Socioeconomic status determines COVID-19 incidence and related mortality in Santiago*. Chile. Science 372, 934.
- Hamidi, S., & Zandiatashbar, A. (2021). *Compact development and adherence to stay-at-home order during the COVID-19 pandemic: A longitudinal investigation in the United States*. Landscape and urban planning; 205:103952

- Hellewell, J., Abbott, S., Gimma, A., Bosse, NI., Jarvis, CI., Russell, TW., et al. (2020). *Feasibility of controlling COVID-19 outbreaks by isolation of cases and contacts*. The Lancet Global Health; 8(4):e488-e96.
- Lipsitch, M., Swerdlow, DL., & Finelli, L. (2020). *Defining the epidemiology of Covid-19—studies needed*. New England journal of medicine, 382(13), 1194-6.
- Moussaoui, LS., Ofofu, ND., & Desrichard, O. (2020). *Social psychological correlates of protective behaviours in the COVID-19 outbreak: Evidence and recommendations from a nationally representative sample*. Applied Psychology: Health and Well-Being; 12(4):1183-204.
- Nelson, KE., & Williams, CM. (2014). *Infectious disease epidemiology: theory and practice: Jones & Bartlett Publishers*.
- Nicholas, W. Papageorge, M., Zahn, M., & Eline van den Broek-Altenburg, S., Julian, C. & Egon, T. (2021). *Socio-demographic factors associated with self-protecting behavior during the Covid-19 pandemic*. J Popul Econ, 34(2), 691-738.
- Nicola, M., Alsafi, Z., Sohrabi, C., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C., et al. (2020). *The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review*. International journal of surgery; 78:185-93.
- Pradhan, D., Biswasroy, P., Naik, PK., Ghosh, G., & Rath, G. (2020). *A review of current interventions for COVID-19 prevention*. Archives of medical research, 51(5), 363-74.
- Romain, Gr., Jan R, B., John, K., & Shweta, B. (2021). *Socioeconomic Disparities in Social Distancing During the COVID-19 Pandemic in the United States: Observational Study*. J Med Internet Res. 23(1), 24591.
- Rothan, HA., & Byrareddy, SN. (2020). *The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak*. Journal of autoimmunity, 109, 102433.
- Salimi, R., Gomar, R., Heshmati, B. (2020). *The COVID-19 outbreak in Iran*. Journal of global health, 10(1).
- Shushtari, ZJ., Salimi, Y., Ahmadi, S., Rajabi-Gilan, N., Shirazikhah, M., Biglarian, A., et al. (2021). *Social determinants of adherence to COVID-19 preventive guidelines: a comprehensive review*. Osong public health and research perspectives; 12(6):346-60.
- Sohrabi, C., Alsafi, Z., O'Neill, N., Khan, M., Kerwan, A., Al-Jabir, A., et al. (2020). *World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19)*. International journal of surgery, 76, 71-6.
- Thunström, L., Newbold, SC., Finnoff, D., Ashworth, M., & Shogren, JF. (2020). *The benefits and costs of using social distancing to flatten the curve for COVID-19*. Journal of Benefit-Cost Analysis, 11(2), 179-95.
- Tuite, AR., Bogoch, II., Sherbo, R., Watts, A., Fisman, D., & Khan K. (2020). *Estimation of coronavirus disease 2019 (COVID-19) burden and potential for international dissemination of infection from Iran*. Annals of internal medicine, 172 (10), 699-701.
- VanVoorhis, CW., & Morgan, BL. (2007). *Understanding power and rules of thumb for determining sample sizes*. Tutorials in quantitative methods for psychology, 3(2), 43-50.
- Yang, YC., Chou, CL., & Kao, CL. (2020). *Exercise, nutrition, and medication considerations in the light of the COVID pandemic, with specific focus on geriatric population: A literature review*. Journal of the Chinese Medical Association, JCMSA, 83(11), 977-80.
- Yuki, Y., & Ichiro, K. (2021). *Association of Socioeconomic Characteristics with Disparities in COVID-19 Outcomes in Japan*. JAMA Network Open.4 (7), 2117060.