

عوامل موثر بر پذیرش اقدامات حفاظت شخصی در بین بیماران قبل از ابتلا به کووید-۱۹

فهیمه حسن‌زاده^۱، علی آقاجانلو^۲، محمدرضا دین‌محمدی^{۳*}

چکیده

زمینه و هدف: تداوم همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ همچنان به عنوان بزرگ‌ترین تهدید اخیر جامعه جهانی محسوب می‌شود. انجام اقدامات حفاظت شخصی جهت پیشگیری از ابتلا به کووید-۱۹ تعیین کننده است. این مطالعه با هدف تعیین عوامل موثر بر پذیرش اقدامات حفاظت شخصی در بین بیماران قبل از ابتلا به کووید-۱۹ بستره در بیمارستان‌های شمال غرب کشور ایران انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه مقطعی، ۵۶۰ بیمار واجد شرایط با تشخیص کووید-۱۹ با روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. داده‌ها از ۱۷ دی ماه ۱۳۹۹ تا یکان اردیبهشت ماه سال ۱۴۰۰ از طریق پرسشنامه پژوهشگر ساخته گردآوری شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمارهای توصیفی (تعداد، درصد، میانگین، انحراف معیار)، آزمون t مستقل و رگرسیون خطی چندگانه با نرم افزار SPSS استفاده شد. سطح معنی داری 0.05 % انتخاب شد.

یافته‌ها: میانگین سنی شرکت‌کنندگان (60.1 ± 16.0) سال با دامنه سنی بین 21 ± 9 سال بودند. اکثریت شرکت‌کنندگان مرد ($53/9$) درصد) و متاهل ($41/8$ درصد) بودند. میانگین نمره کل پذیرش اقدامات حفاظت شخصی بیماران (55.0 ± 5.9) از 20 نمره بود. وضعیت اشتغال ($\beta = 0.29, P < 0.001$), محل سکونت ($\beta = -0.19, P < 0.001$)، سطح تحصیلات ($\beta = 0.11, P = 0.048$)، مصرف سیگار ($\beta = -0.10, P = 0.03$) و سطح درآمد ماهانه خانواده ($\beta = 0.13, P = 0.01$) در پیش‌بینی میزان پذیرش اقدامات حفاظت شخصی بیماران موثر شناخته شدند. سایر متغیرهای فردی و شغلی شامل سن، جنس، تأهل، وضعیت زندگی، داشتن فرزند، سابقه واکسیناسیون آنفلوآنزا در پیش‌بینی میزان پذیرش اقدامات حفاظت شخصی بیماران شرکت‌کننده موثر شناخته نشدند.

نتیجه‌گیری: میزان پذیرش اقدامات حفاظت شخصی در بیماران نسبتاً بالا بود. میزان پذیرش در افراد بیکار، ساکنان روستا، افراد بیسواند، مصرف‌کنندگان سیگار و افراد کم درآمد پایین بود. این مطالعه بر لزوم توجه به تغییرات ویژگی‌های فردی-اجتماعی و اقتصادی افراد جامعه و تاثیرات آنها بر رفتارهای پیشگیرانه سلامتی در گروه‌های آسیب‌پذیر تاکید دارد.

واژه‌های کلیدی: پذیرش، رفتارهای پیشگیری‌کننده، اقدامات حفاظت شخصی، کووید-۱۹، همه‌گیری

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۵/۱
پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۷/۲۳

* نویسنده مسئول:
محمد رضا دین‌محمدی؛
مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت
دانشگاه علوم پزشکی زنجان

Email :
mdinmohammadi@zums.ac.ir

۱ کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

۲ استادیار گروه پرستاری داخلي و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

۳ دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

مقدمه

شیوه همه گیری انجام دادند. نتایج نشان داد که انجام اقدامات حفاظت شخصی که توسط WHO توصیه شده بود در حدود ۶۰ تا ۸۵ درصد بود. کمترین آنها مربوط به عدم لمس ناحیه T و بیشترین مورد مربوط به رعایت بهداشت دست بود و تنها ۳۴/۷ درصد از شرکت کنندگان تمام اقدامات را با استانداردهای تعریف شده اجرا می کردند(۱۱).

Kamenidou و همکاران(۲۰۲۰) نیز طی یک مطالعه مقطعی برای پاسخ به این سوال که «آیا شهروندان یونانی اقدامات احتیاطی لازم را برای جلوگیری از ابتلا به بیماری کووید-۱۹ انجام می دهند یا نه؟»، گزارش کردند که مواردی که بیشتر توسط شهروندان انجام شد، جلوگیری از جایه جایی های غیر ضروری، تماس با افراد با عالیم تنفسی و افراد در معرض خطر بیماری شدید(گروه های آسیب پذیر) بود. از طرف دیگر، کمترین اقدامات انجام شده نیز مربوط به بررسی روزانه دمای بدن، نظارت بر تب، سرفه یا تنگی نفس، استفاده از ماسک صورت هنگام حضور در مکان ها و وسایل حمل و نقل عمومی بود(۸). بررسی مطالعات فوق اهمیت پذیرش اقدامات حفاظت شخصی را در عموم مردم روش من می سازد. توجه ویژه به عوامل فردی و اجتماعی پیش بینی کننده پذیرش و رعایت اقدامات محافظتی شخصی نقطه ای عطفی است که می تواند در جوامع و فرهنگ های مختلف ظاهرات مختلفی داشته باشد. از آن جایی که تمرکز مطالعات اخیر عمدتاً بر افراد سالم جامعه بوده است و افراد مبتلا به طور مشخص مورد بررسی قرار نگرفته اند! این مطالعه با هدف تعیین عوامل موثر بر پذیرش اقدامات محافظت شخصی در بین بیماران قبل از ابتلا به کووید-۱۹ بستری در بیمارستان های شمال غرب کشور ایران انجام شده است.

روش بررسی

این مطالعه مقطعی به صورت چند مرکزی در بخش های عادی و ویژه بیمارستان های شمال غرب کشور ایران (تبریز، زنجان و خوی) بر روی بیماران بستری با تشخیص کووید-۱۹ انجام شد. معیارهای ورود شامل افراد بالای ۱۶ سال با تشخیص قطعی کووید-۱۹ که مابین به شرکت در مطالعه بودند. همچنین کارکنان و دانشجویان مرتبه با حوزه هی سلامت، بیماران غیر هوشیار و تحت نتیلاسیون و بیماران با مشکلات شناختی وارد مطالعه نشدند. نمونه ها با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. حجم نمونه با فرمول کوکران با احتساب میانگین رعایت اقدامات حفاظت شخصی PPM به میزان ۷۰ درصد در جمعیت عادی(۱۱)،

در اواخر دسامبر سال ۲۰۱۹ یک مورد پنومونی ناشناس در شهر ووهان استان هوبی در چین گزارش شد که مشخصات بالینی آن بسیار شبیه به پنومونی ویروسی بود. سازمان بهداشت جهانی این ویروس را کووید-۱۹ (COVID-19) و کمیته بین المللی طبقه بندی ویروس ها آن را سارس کووید-۱۹ (SARS-CoV-2) نام گذاری کرد. این موضوع چالش های بزرگی برای پیشگیری و درمان COVID-19 ایجاد می کند(۲و۱). این ویروس مستقیماً به وسیله هوا از طریق مجاری تنفسی، دهان یا بینی فرد آلوده، به چشم، بینی یا دهان فرد گیرنده منتقل می شود یا توسط اشیای آلوده به ویروس و لمس این اشیا و سپس لمس منطقه T (چشم ها، بینی و دهان) منتقل می شود(۳). مطالعات در رابطه با بیماری کووید-۱۹ به طور مداوم در حال افزایش است. زیرا بحران ایجاد شده فوق العاده شدید است و دارویی که بتواند آن را درمان کند، هنوز کشف نشده است(۴). طبق اظهارات سازمان بهداشت جهانی WHO در حال حاضر هیچ درمان موثری برای کووید-۱۹ وجود ندارد و استفاده از داروهای ضد ویروس، آنتی بیوتیک ها، گلوكورتیکوئیدها یا دیگر داروهای سنتی با اختلاف نظر توصیه می شود(۵). واکسیناسیون عمومی از اولویت های فوری برای بهداشت عمومی است(۶). در حالی که تلاش ها برای توسعه مداخلات دارویی برای کووید-۱۹ در حال انجام است، علوم اجتماعی و رفتاری می توانند بینش های ارزشمندی را برای مدیریت بیماری همه گیر و تاثیرات آن ارایه دهند(۷). انجام اقدامات حفاظت شخصی Personal Protection Measures (PPM) جهت پیشگیری از ابتلا به ویروس کرونا قبل از دستیابی به واکسیناسیون همگانی و حتی بعد از آن بسیار مهم است(۸).

یک عنصر مهم در پیشگیری، تغییر سریع و گستردگی رفتار در شهروندان عادی است(۹). پاسخ رفتاری به کووید-۱۹ به طور اجتناب ناپذیری جمعی است. احتمال ابتلای هر فرد به ویروس نه تنها به رفتار خود او، بلکه همچنین به رفتار سایر افراد بستگی دارد(۱۰). سازمان بهداشت جهانی پنج اقدام حفاظت شخصی شامل: رعایت بهداشت دست، فاصله گذاری اجتماعی، عدم لمس چشم و بینی و دهان، رعایت بهداشت تنفسی و ایزوله کردن خود در صورت ابتلا را توصیه کرده است(۱۱).

Machida و همکاران(۲۰۲۰) مطالعه ای با هدف شفاف سازی وضعیت اجرای اقدامات حفاظت شخصی توسط شهروندان عادی ژاپن در مرحله اول

با مقیاس لیکرت ۵ رتبه‌ای، حتماً می‌توانستم^(۴)، شاید می‌توانستم^(۳)، شاید نمی‌توانستم^(۲)، اصلاً نمی‌توانستم^(۱) و اجازه نداشتم^(۰) امتیازبندی شد. افرادی که به هر دلیلی از جمله عدم اختیار یا اشتغال داشتن در پاسخ به سوال پنجم، اجازه نداشتم^(۰) را انتخاب کرده بودند به جهت اختلال در تجزیه و تحلیل کلی پرسش نامه از مطالعه خارج می‌شدند. در این پرسش نامه، حداقل نمره ۵ و حداً کثر نمره ۲۰ بود و نمره‌های بالا بیانگر میزان بالای رعایت PPM بود. جهت تعیین روایی پرسش نامه از روایی محتوای کیفی استفاده شد. پرسش نامه پس از تهیه در اختیار ۲۰ نفر از اعضای هیات علمی و افراد صاحب نظر قرار گرفت و نظرات آنان از نظر روایی صوری و رفع ایراد و اشکالات ادبی و معنایی در پرسش نامه اعمال شد. پایایی پرسش نامه نیز با ارزیابی ثبات درونی با استفاده از آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۹۹ محاسبه شد.

برای توصیف متغیرهای مطالعه از شاخص‌های میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد استفاده شد. با توجه به نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف- اسمیرنف، برای تحلیل ارتباط بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و پذیرش PPM از آزمون T مستقل و برای بررسی عوامل موثر بر پذیرش PPM از تحلیل رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد. قبل از اجرای آزمون از برقراری مفروضات رگرسیون خطی چندگانه اطمینان حاصل شد. تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS انجام شد و مقدار α کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

یافته‌های مطالعه، حاصل تجزیه و تحلیل ۵۶۰ پرسش نامه‌ی کامل بود. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۱۶/۰/۱ (۱۶/۰/۱) سال با دامنه سنی بین ۲۱ تا ۹۵ سال بودند. اکثریت شرکت‌کنندگان، مرد (۵۳/۹ درصد) و متاهل (۹۱/۸ درصد) بودند.

جدول ۱: توزیع فراوانی شرکت‌کنندگان بر حسب مشخصات جمیعت‌شناختی

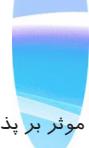
متغیرها	تعداد(درصد)
زن	(۴۶/۱)۲۵۸
مرد	(۵۳/۹)۳۰۲
متاهل	(۹۱/۸)۵۱۴
مجرد	(۸/۲)۴۶
زندگی با خانواده	(۹۳/۶)۵۲۴
زندگی به تنها بی	(۶/۴)۳۶

وضعیت زندگی

جنسیت

میزان تقریبی نمونه ۳۲۳ نفر برآورد شد که با احتساب ۲۰ درصد ریزش احتمالی نمونه‌ها، ۳۸۸ نمونه مورد نیاز برآورد شد. در این مطالعه به جهت چند مرکزی بودن و انجام مصاحبه‌های همزمان توسط دو پژوهشگر، تعداد نمونه‌ها بیشتر از حد برآورد مطالعه بود و در نهایت ۵۶۰ نمونه واجد شرایط تجزیه و تحلیل گردید. داده‌های مطالعه از ۱۷ دی ماه ۱۳۹۹ تا ۳۰ آذر بهشت ماه سال ۱۴۰۰ از بیماران واجد شرایط بستری در بیمارستان آموزشی و درمانی حضرت ولی‌عصر(عج) شهر زنجان، بیمارستان آموزشی و درمانی امام رضا، شهر تبریز و بیمارستان آموزشی و درمانی امام خمینی شهرستان خوی جمع‌آوری شد. روش جمع‌آوری داده‌ها انجام مصاحبه‌های فردی با بیماران واجد شرایط بود. دو کارشناس پرستاری آموزش دیده در محیط‌های پژوهش حضور پیدا کردند و با در دست داشتن پرسش نامه‌ی یکسان در مورد پذیرش PPM قبل از ابتلا به بیماری کووید-۱۹ با بیماران مصاحبه کردند. به منظور رعایت شیوه‌نامه‌های بهداشتی، هنگام مصاحبه از ماسک و تجهیزات حفاظت فردی مناسب استفاده شد.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل یک پرسش نامه‌ی محقق ساخته مشتمل بر ۱۹ سوال بود. بخش اول شامل ۱۴ سوال جمعیت‌شناختی (شامل: شهر محل سکونت، سن، جنس، وضعیت تا هل، وضعیت زندگی، داشتن فرزند، وضعیت اشتغال، زمینه تحصیلی و شغلی، محل سکونت، سطح تحصیلات، سابقه‌ی واکسیناسیون آنفلوآنزا در سال جاری، بیماری زمینه‌ای، مصرف دخانیات و وضعیت اقتصادی) بود. بخش دوم شامل ۵ سوال مربوط به پذیرش رفتارهای محافظت شخصی پیشنهادی WHO (شامل: رعایت بهداشت دست، فاصله گذاری اجتماعی، عدم لمس چشم و بینی و دهان، رعایت بهداشت تنفسی و ایزوله کردن خود در صورت احساس بیماری) بود. چهار سوال اول بخش دوم پرسش نامه در قالب مقیاس لیکرت چهار رتبه‌ای، همیشه^(۴)، بعضی اوقات^(۳)، بهندرت^(۲)، هرگز^(۱) امتیازبندی شد و سوال پنجم (ایزوله کردن خود در صورت احساس بیماری) نیز



(۹۱/۱)۵۱۰	دارد	داشتن فرزند
(۸/۹)۵۰	ندارد	
(۲۷/۳)۱۵۳	شاغل	
(۱۰)۵۶	بیکار	وضعیت اشتغال
(۲۳/۴)۱۳۱	بازنیشه	
(۳۹/۳)۲۲۰	خانه‌دار	
(۸۳)۴۶۵	شهر	محل سکونت
(۱۷)۹۵	روستا	
(۴۰/۹)۲۲۹	بیسواند	
(۴۷)۲۶۳	زیردیپلم	سطح تحصیلات
(۱۲/۱)۶۸	بالای دیپلم	
(۳/۴)۱۹	بله	سابقه‌ی واکسیناسیون آنفلوآنزا
(۹۶/۶)۵۴۱	خیر	
(۴۸/۹)۲۷۴	ندارد	سابقه‌ی بیماری زمینه‌ای
(۵۱/۱)۲۸۶	دارد	
(۷۹/۸)۴۴۷	خیر	سابقه‌ی مصرف سیگار
(۲۰/۲)۱۱۳	بله	
(۴۵/۲)۲۵۳	<۳	
(۳۸/۹)۲۱۸	۳-۶	سطح درآمد ماهانه خانواده (میلیون تومان)
(۱۵/۹)۸۹	>۶	

دیگر اطلاعات جمعیت‌شناسی در جدول ۱ آمده است. میانگین نمره‌ی کل پذیرش اقدامات حفاظت شخصی بیماران (۱۶/۵۵) (۲/۵۹) در بازه نمره‌های ۲۰-۵-۲۰ بود.

جدول ۲: توزیع فراوانی میزان پذیرش اقدامات حفاظت شفافی در بین بیماران قبل از ابتلا

میزان پذیرش		رفتارهای محافظت شخصی	
همیشه تعداد(درصد)	بعضی اوقات تعداد(درصد)	به ندرت تعداد(درصد)	هرگز تعداد(درصد)
(۰/۹)۵	(۴/۳)۲۴	(۳۰/۷)۱۷۲	(۶۴/۱)۳۵۹
(۳/۲)۱۸	(۲۰/۴)۱۱۴	(۴۹/۶)۲۷۸	(۲۶/۸)۱۵۰
(۷/۱)۴۰	(۱۸/۹)۱۰۶	(۴۰/۵)۲۲۷	(۳۳/۴)۱۸۷
(۱/۸)۱۰	(۷/۳)۴۱	(۳۷/۷)۲۱۱	(۵۳/۲)۲۹۸
اصلانمی توانستم	شاید نمی توانستم	شاید می توانستم	حتماً می توانستم
تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)
(۵/۵)۲۱	(۷/۵)۴۲	(۱۴/۳)۸۰	(۷۲/۷)۴۰۷

ضعیف(گزینه همیشه/ حتماً می توانستم به علاوه گزینه گاهی اوقات /شاید می توانستم) نیز ۹۴/۸ درصد شرکت کنندگان بهداشت دست؛ ۷۶/۴ درصد فاصله گذاری اجتماعی؛ ۵۳/۲ درصد عدم لمس چشم، بینی و دهان خود؛ ۵۳/۲ درصد بهداشت تنفسی درصد قرنطینه را رعایت می کردند(جدول ۲).

بر اساس استانداردهای سختگیرانه(گزینه همیشه/ حتماً می توانستم)؛ ۶۴/۱ درصد شرکت کنندگان بهداشت دست، ۲۶/۸ درصد فاصله گذاری اجتماعی؛ ۴۳/۴ درصد عدم لمس چشم، بینی و دهان خود؛ ۵۳/۲ درصد بهداشت تنفسی و ۷۲/۷ درصد قرنطینه را رعایت می کردند. همچنین بر اساس استانداردهای

جدول ۳: تفاوت میانگین نمره‌های کل پذیرش اقدامات حفاظت شفaci بر مسیب متغیرهای جمعیت شناختی

P-Value	F	میانگین (انحراف معیار)	متغیرها
<0.001	15/29	(۲/۳۵)۱۷	زن
		(۲/۷۲)۱۶/۱۶	مرد
0/11	۲/۶۰	(۲/۵۰)۱۶/۶۰	متاهل
		(۳/۴۲)۱۵/۹۶	مجرد
0/14	۰/۶۷	(۲/۶۰)۱۶/۵۲	با خانواده
		(۲/۴۹)۱۶/۸۹	تنها
0/20	۱/۶۳	(۲/۵۴)۱۶/۵۹	دارد
		(۳/۰۹)۱۶/۱۰	ندارد
<0/001	۲۰/۲۷	(۲/۷۵)۱۶/۱۳	شاغل
		(۲/۸۹)۱۴/۵۰	بیکار
		(۲/۳۳)۱۶/۷۶	بازنشسته
		(۲/۲۱)۱۷/۲۳	خانه‌دار
<0/001	۲۸/۹۸	(۲/۴۷)۱۶/۸۱	شهر
		(۲/۵۹)۱۶/۵۵	روستا
0/99	۲/۳۲	(۲/۶۲)۱۶/۶۶	بیسواند
		(۲/۴۷)۱۶/۹۷	زیردپام
0/۳۰	۱/۱۰	(۲/۳۹)۱۷/۱۶	دانشگاهی
		(۲/۶۰)۱۶/۵۲	بله
0/۳۲	۱/۰۰۵	(۲/۶۰)۱۶/۴۳	خیر
		(۲/۵۸)۱۶/۶۵	ندارد
<0/001	۱۴/۸۷	(۲/۴۶)۱۶/۷۶	دارد
		(۲/۹۱)۱۵/۷۲	بله
<0/001	۱۰/۱۰	(۲/۷۷)۱۶/۱۰	<۳
		(۲/۴۲)۱۶/۶۹	۳-۶
		(۲/۱۹)۱۷/۴۷	>۶

صرف سیگار (P<0.001) و سطح درآمد خانوادگی (P<0.001) به طور جداگانه

نتایج آزمون t برای گروههای مستقل نشان داد که متغیرهای

با میزان پذیرش اقدامات حفاظت شخصی ارتباط معنی دار داشتند (جدول ۳).

جنسيت (P<0.001)، وضعیت اشتغال (P<0.001)، محل سکونت (P<0.001)،

جدول ۴: رگرسیون خطی پندگانه (مدل Enter) عوامل موثر بر میزان پذیرش اقدامات حفاظت شفaci

متغیر	B	SE	β	t	P-Value	بیشتر کمتر	% ۹۵ CI
							متغیر
سن	-0/01	0/01	-0/08	-1/64	0/10	0/003	-0/03
جنسيت	0/08	0/32	0/01	0/24	0/81	0/71	-0/56
وضعیت تأهل	-0/62	0/46	-0/07	-1/35	0/18	0/28	-1/53
وضعیت زندگی	0/87	0/47	0/08	1/86	0/06	1/82	-0/05
داشتن فرزند	-0/22	0/42	-0/02	-0/54	0/09	0/60	-1/10
وضعیت اشتغال	0/61	0/13	0/29	4/82	0/10	0/86	0/36
محل سکونت	-1/29	0/28	-0/19	-4/59	<0/001	-0/74	-1/85
سطح تحصیلات	0/43	0/22	0/11	1/99	0/048	0/86	0/005
واکسیناسیون	-0/23	0/57	-0/02	-0/41	0/68	0/89	-1/36



-۰/۳۹	۰/۴۵	۰/۹۰	۰/۱۳	۰/۰۰۵	۰/۲۱	۰/۰۳	سابقهی بیماری
-۱/۲۱	-۰/۰۷	۰/۰۳	-۲/۲۲	-۰/۱۰	۰/۲۹	-۰/۶۴	صرف سیگار
۰/۱۳	۰/۷۸	۰/۰۱	۲/۷۳	۰/۱۳	۰/۱۷	۰/۴۶	سطح درآمد ماهانه خانواده

مطالعه‌ی حاضر، از پنج اقدام حفاظت شخصی توصیه شده توسط WHO، رعایت بهداشت دست و بهداشت تنفسی بیشترین و رعایت فاصله گذاری اجتماعی و عدم لمس چشم، بینی و دهان کمترین فراوانی را داشتند. این یافته با مطالعه‌ی Machida و همکاران (۲۰۲۰) کاملاً همسو می‌باشد (۱۱). در سایر مطالعات هم رعایت بهداشت دست و استفاده از ماسک همانند مطالعه حاضر بود و رعایت فاصله گذاری اجتماعی بیشتر بود (۱۶ و ۱۴-۱۲). شاید تفاوت این مطالعات در مورد فاصله گذاری اجتماعی به این دلیل باشد که این مطالعات در مراحل اولیه بیماری که میزان ترس در جمعیت بالا بود، انجام شده است. در مورد اهمیت فاصله گذاری اجتماعی مطالعه انجام شده در کره‌جنوبی نشان داد که حتی اگر فاصله گذاری اجتماعی به تنهایی نتواند از شیوع بیماری جلوگیری کند، تاثیر چشمگیری در شیوع و کاهش فشار بر روی سیستم بهداشتی و درمانی کشور خواهد داشت (۱۷). منطقه T مسیر اصلی ویروس برای ایجاد عفونت است (۱۸)، از آنجایی که جمعیت مورد مطالعه، افراد بیمار بودند و میزان رعایت فاصله گذاری اجتماعی و عدم لمس منطقه‌ی T در آن‌ها به نسبت فراوانی کمتری داشت، می‌توان نتیجه گرفت که احتمالاً حفظ فاصله اجتماعی و عدم لمس منطقه‌ی T در عدم ابتلاء بیماری نقش مهمی داشته باشد. از دیگر دلایل تفاوت در فراوانی متفاوت اقدامات محافظت شخصی در این مطالعه و مطالعات مشابه دیگر می‌تواند به تفاوت سیاست دولت‌ها در ابلاغ پروتکل‌ها، وضعیت متفاوت اقتصادی جوامع، دسترسی به امکانات و مسایل فرهنگی و آموزشی کشورها مربوط باشد.

در مطالعه‌ی حاضر درصد بالایی از بیماران ذکر کردند که در صورت مشاهده عالیم بیماری قادر بودند خود را قرنطینه نمایند. این یافته با مطالعه‌ی Atchison و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود (۱۹). میزان رعایت این رفتار در مقایسه با یافته‌های مطالعه‌ی Machida و همکاران (۲۰۲۰) بیشتر بود (۱۱). این تفاوت می‌تواند به دلیل حضور درصد بالای بیماران بازنیسته و خانه‌دار با میانگین سنی بالاتر در این مطالعه باشد که قادر بودند خود را در خانه قرنطینه نمایند. علی‌رغم بالابودن میزان پذیرش اقدامات حفاظتی در مطالعه‌ی حاضر، افراد بیمار شده و در بیمارستان بستری شده بودند. این موضوع لزوم انجام کامل همه اقدامات حفاظت شخص را تأکید می‌نماید. اقدامات حفاظت شخصی باید در حالت ایده‌آل ترکیبی از چند اقدام باشد و زمانی که به تنهایی اجرا شوند، ممکن

تحلیل رگرسیون خطی چندگانه نشان داد که از بین ۱۲ متغیر وارد شده در مدل همزمان (Enter) تنها پنج متغیر وضعیت اشتغال ($P<0.001$, $\beta=0.29$), محل سکونت ($P<0.001$, $\beta=-0.19$, $P=0.048$), سطح تحصیلات ($P=0.011$, $\beta=0.11$), مصرف سیگار ($P=0.003$, $\beta=-0.10$, $P=0.040$) و سطح درآمد ماهانه خانواده ($P=0.013$, $\beta=0.13$) از عوامل موثر بر میزان پذیرش اقدامات حفاظت شخصی بیماران هستند. به عبارتی دیگر، در متغیر وضعیت اشتغال، افراد خانه‌دار و بازنیسته از نمره پذیرش بالاتری نسبت به افراد شاغل و بیکار برخوردار بودند. همچنین افراد ساکن شهر در مقایسه با ساکنان روستا نمره پذیرش بالاتری کسب کرده بودند. سطح تحصیلات بالاتر و درآمد بالاتر بیماران نیز به عنوان عامل موثر در پیش‌بینی میزان پذیرش اقدامات حفاظت شخصی در آن‌ها شناسایی شد و در نهایت افرادی که سیگار و دخانیات مصرف نمی‌کردند، نمره پذیرش بالاتری داشتند. سایر متغیرهای فردی و شغلی شامل سن، جنسیت، تأهل، وضعیت زندگی، داشتن فرزند، سابقه واکسیناسیون آنفلوآنزا در پیش‌بینی میزان پذیرش اقدامات حفاظت شخصی بیماران شرکت کننده موثر شناخته نشدند (جدول ۴).

بحث

این مطالعه با هدف تعیین عوامل موثر بر میزان پذیرش اقدامات حفاظت شخصی در بین بیماران مبتلا به کووید-۱۹ بستری در بیمارستان‌های شمال غرب کشور قبل از ابتلاء بیماری انجام شد. در مطالعه‌ی حاضر میانگین نمره کل پذیرش اقدامات حفاظت شخصی بیماران $(16/55\pm 0/59)$ به دست آمد که نشان‌دهنده‌ی میزان بالای رعایت اقدامات حفاظت شخصی بود. اگرچه این مطالعه در جمعیت بیماران انجام شده است، اما میزان پذیرش اقدامات حفاظت شخصی نزدیک به نتایج مطالعات انجام شده در بین جمعیت‌های سالم می‌باشد. در این بازه زمانی، نتایج مطالعات بیشتری بیانگر بالابودن رعایت اقدامات حفاظت شخصی در بین جوامع است (۱۱-۱۴). این مطلب نشان می‌دهد که جوامع به خوبی از خطر بیماری آگاه بوده و پروتکل‌ها را رعایت می‌کنند. اما مطالعه‌ی Bante و همکاران (۲۰۲۱) در جنوب ایوپی نشان داد که پاییندی به اقدامات محافظتی COVID-19 کم بوده است و تنها $12/3$ درصد از شرکت‌کنندگان به رعایت اقدامات پیشگیرانه پاییند بودند (۱۵). در

است تاثیر کاملی نداشته باشدند(۱۱).

می‌گذارد. در این رابطه هم شواهد پژوهشی زیادی با مطالعه‌ی حاضر هم راستا می‌باشند(۲۵و۳۰). این افراد به جهت استعمال مکرر سیگار مجبور هستند که پیوسته با منطقه‌ی T بهویژه دهان تماس پیدا کنند و همچنین با استفاده‌ی درست و مداوم از ماسک صورت هم با چالش مواجه هستند.

این مطالعه‌ی چنان‌مرکزی برای بار اول در دوره همه‌گیری کووید-۱۹ در جامعه بیماران مبتلا به کووید-۱۹ بستری در بیمارستان‌های شمال‌غرب ایران انجام شد. از آنجایی‌که مصاحبه‌ها در زمان بستری بودن بیماران انجام شده است، ممکن است آن‌ها در یادآوری نحوه‌ی رعایت اقدامات محافظت شخصی قبل از ابتلا به بیماری مشکل داشته باشند. همچنین این مطالعه در استان‌های غربی کشور انجام شده است و به جهت وجود تفاوت‌های قومی، فرهنگی و اجتماعی در پذیرش رفتارهای بهداشتی و پیشگیرانه، تعمیم نتایج به دیگر مناطق و استان‌های کشور دارای محدودیت می‌باشد. از این رو توصیه‌هی شود که مطالعات مشابهی در مناطق مختلف جغرافیایی کشور برای شناسایی بهتر عوامل موثر بر پذیرش اقدامات محافظت شخصی در بین افراد سالم، بیمار و گروه‌های سنی مختلف انجام پذیرد.

نتیجه‌گیری

در مطالعه‌ی حاضر میانگین نمره کل پذیرش اقدامات محافظت شخصی بیماران ۱۶/۵۵ (۵۹/۲) بود. یافته‌ها نشان داد که وضعیت اشتغال، محل سکونت، سطح تحصیلات، مصرف سیگار و سطح درآمد خانواده در پیش‌بینی میزان پذیرش اقدامات محافظت شخصی موثرند. بنابراین برای بهبود رفتارهای پیشگیرانه در گروه‌های آسیب‌پذیر در طول بیماری همه‌گیر COVID-19، باید مداخلات و آموزش‌های لازم توسط دولت‌ها و سیاست‌گذاران انجام شود. یافته‌های این مطالعه بر لزوم توجه به تغییرات ویژگی‌های فردی-اجتماعی و اقتصادی افراد جامعه و تأثیرات آن‌ها بر رفتارهای پیشگیرانه سلامتی بهویژه در گروه‌های آسیب‌پذیر تاکید می‌نماید.

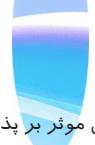
تشکر و قدردانی

این مطالعه در مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری و با تاییدیه کمیته اخلاق پژوهش (IR.ZUMS.REC.1399.367) دانشگاه علوم پزشکی زنجان انجام شده است. از همه شرکت‌کنندگان در این مطالعه قدردانی می‌شود.

تحلیل رگرسیون خطی چندگانه نشان داد که از بین عوامل مورد بررسی، تنها پنج عامل محل سکونت، سطح تحصیلات، سطح درآمد، وضعیت اشتغال و مصرف سیگار در پیش‌بینی میزان پذیرش اقدامات حفاظت شخصی معنی‌دار بودند. بیماران ساکن روستا در مقایسه با بیماران ساکن شهر، اقدامات حفاظت شخصی را کمتر رعایت می‌کردند. مطالعات متعددی نتایج مشابهی را گزارش کرده‌اند(۲۰و۲۱). دلایل متعددی می‌تواند موید این یافته باشد. سطح اطلاعات بهداشتی پایین، دسترسی محدود به امکانات حفاظت شخصی، تعاملات اجتماعی بیشتر و روابط نزدیک در بین ساکنان روستا می‌تواند از جمله این دلایل باشد. اگرچه برای شناخت بیشتر، این موضوع به بررسی بیشتر نیاز دارد.

بیمارانی که سطح تحصیلات بالاتری داشتند، اقدامات حفاظتی را بیشتر رعایت می‌کردند. این یافته نیز با نتایج مطالعات زیادی همسو بود(۲۷-۲۲و۱۴). شواهد مطالعات نشان می‌دهد که افراد با تحصیلات پایین، میزان پذیرش کمتری دارند. کمبود آگاهی، نگرش ضعیف به رفتارهای پیشگیرانه‌ی بهداشتی، دسترسی به اطلاعات نادرست و عدم تشخیص اطلاعات معتبر از دلایل مهمی است که گزارش شده است.

همچنین افرادی که درآمد کمتری داشتند، رفتارهای محافظت شخصی را کمتر رعایت می‌کردند. این یافته نیز در مطالعات متعددی گزارش شده است(۲۶و۲۴و۲۲و۱۹). سطح درآمد با میزان پذیرش اقدامات حفاظت شخصی ارتباط دارد. تمکن مالی، امکان دسترسی به امکانات محافظت شخصی، دریافت آموزش‌های مرتبط، بهره‌مندی از خدمات سلامتی مناسب و امکان تامین نیازهای تغذیه‌ای را فراهم می‌نماید. وضعیت اشتغال از دیگر عوامل موثر بر پذیرش اقدامات حفاظت شخصی بیماران شناخته شد. این میزان در بین افراد بیکار نسبت به افراد خانه‌دار و بازنیسته کمتر بود. در مطالعه‌ی Bowman و همکاران(۲۰۲۱) نیز اقدامات محافظتی بیشتر در بین بازنیستگان انجام می‌شد(۲۸). همچنین Afzal و همکاران(۲۰۲۱) گزارش کرده‌اند که افراد بیکار کمتر رفتارهای محافظتی را رعایت می‌کنند(۲۴). در مطالعه‌ی Ferdous و همکاران(۲۰۲۰) نیز میزان پذیرش در افراد خانه‌دار بیشتر بود(۲۹). تعاملات محدود افراد بازنیسته و خانه‌دار امکان رعایت فاصله اجتماعی، تماس کمتر با افراد مشکوک و حضور محدود در محیط‌های عمومی احتمال رعایت اقدامات پیشگیرانه را در این گروه بیشتر می‌نماید. در نهایت، عامل سیگاری بودن، بر رعایت اقدامات حفاظت شخصی تاثیر



References

1. Wang L, Wang Y, Ye D & Liu Q. Review of the 2019 novel coronavirus (SARS-CoV-2) based on current evidence. *International Journal of Antimicrobial Agents* 2020; 55(6): 105948.
2. Xu X, Chen P, Wang J, Feng J, Zhou H, Li X, et al. Evolution of the novel coronavirus from the ongoing Wuhan outbreak and modeling of its spike protein for risk of human transmission. *Science China Life Sciences* 2020; 63(3): 457-60.
3. West R, Michie S, Rubin GJ & Amlot R. Applying principles of behaviour change to reduce SARS-CoV-2 transmission. *Nature Human Behaviour* 2020; 4(5): 451-9.
4. Wu D, Wu T, Liu Q & Yang Z. The SARS-CoV-2 outbreak: What we know. *International Journal of Infectious Diseases* 2020; 94(1): 44-8.
5. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)* 2020; 323(11): 1061-9.
6. World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: Interim guidance. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331446/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.4-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. 2020.
7. Xiao Y & Torok ME. Taking the right measures to control COVID-19. *The Lancet Infectious Diseases* 2020; 20(5): 523-4.
8. Kamenidou IE, Stavrianea A & Liava C. Achieving a Covid-19 free country: Citizens preventive measures and communication pathways. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020; 17(13): 4633.
9. Qualls N, Levitt A, Kanade N, Wright-Jegede N, Dopson S, Biggerstaff M, et al. Community mitigation guidelines to prevent pandemic influenza—United States. *The Morbidity and Mortality Weekly Report, Recommendations and Reports* 2017; 66(1): 1-34.
10. Sohrabi C, Alsafi Z, O'Neill N, Khan M, Kerwan A, Al-Jabir A, et al. World health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *International Journal of Surgery* 2020; 76(1): 71-6.
11. Machida M, Nakamura I, Saito R, Nakaya T, Hanibuchi T, Takamiya T, et al. Adoption of personal protective measures by ordinary citizens during the COVID-19 outbreak in Japan. *International Journal of Infectious Diseases (IJD), Official Publication of the International Society for Infectious Diseases* 2020; 94(1): 139-44.
12. Azlan AA, Hamzah MR, Sern TJ, Ayub SH & Mohamad E. Public knowledge, attitudes and practices towards COVID-19: A cross-sectional study in Malaysia. *PloS One* 2020; 15(5): e0233668.
13. Al-Hanawi MK, Angawi K, Alshareef N, Qattan AMN, Helmy HZ, Abudawood Y, et al. Knowledge, attitude and practice toward COVID-19 among the public in the kingdom of Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health* 2020; 8(1): 217.
14. De-Moura-Villela EF, Lopez RVM, Sato APS, De-Oliveira FM, Waldman EA, Van-Den-Bergh R, et al. COVID-19 outbreak in Brazil: Adherence to national preventive measures and impact on people's lives, an online survey. *BMC Public Health* 2021; 21(1): 152.
15. Bante A, Mersha A, Tesfaye A, Tsegaye B, Shibiru S, Ayele G, et al. Adherence with COVID-19 preventive measures and associated factors among residents of dirashe district, Southern Ethiopia. *Patient Preference and Adherence* 2021; 15(1): 237-49.
16. Mousavi SH, Delshad MH, Acuti-Martellucci C, Bhandari D, Ozaki A, Pourhaji F, et al. Community behavioral and perceived responses in the COVID-19 outbreak in Afghanistan: A cross-sectional study. Available at: <https://www.cambridge.org/core/journals/disaster-medicine-and-public-health-preparedness/article/community-behavioral-and-perceived-responses-in-the-covid19-outbreak-in-afghanistan-a-crosssectional-study/5EEB7D0507C0E98F2B20E84E74D44D31>. 2021.



17. Park SW, Sun K, Viboud C, Grenfell BT & Dushoff J. Potential role of social distancing in mitigating spread of coronavirus disease, South Korea. *Emerging Infectious Diseases* 2020; 26(11): 2697-700.
18. Lake MA. What we know so far: COVID-19 current clinical knowledge and research. *Clinical Medicine (London, England)* 2020; 20(2): 124-7.
19. Atchison C, Bowman LR, Vrinten C, Redd R, Pristera P, Eaton J, et al. Early perceptions and behavioural responses during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey of UK adults. *BMJ Open* 2021; 11(1): e043577.
20. Callaghan T, Lueck JA, Trujillo KL & Ferdinand AO. Rural and urban differences in COVID-19 prevention behaviors. *The Journal of Rural Health: Official Journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association* 2021; 37(2): 287-95.
21. Chen X & Chen H. Differences in preventive behaviors of COVID-19 between urban and rural residents: Lessons learned from a cross-sectional study in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020; 17(12): 4437.
22. Irigoyen-Camacho ME, Velazquez-Alva MC, Zepeda-Zepeda MA, Cabrer-Rosales MF, Lazarevich I & Castano-Seiquer A. Effect of income level and perception of susceptibility and severity of COVID-19 on stay-at-home preventive behavior in a group of older adults in Mexico city. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020; 17(20): 7418.
23. Zhong BL, Luo W, Li HM, Zhang QQ, Liu XG, Li WT, et al. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: A quick online cross-sectional survey. *International Journal of Biological Sciences* 2020; 16(10): 1745-52.
24. Afzal MS, Khan A, Qureshi UUR, Saleem S, Saqib MAN, Shabbir RMK, et al. Community-based assessment of knowledge, attitude, practices and risk factors regarding COVID-19 among Pakistanis residents during a recent outbreak: A cross-sectional survey. *Journal of Community Health* 2021; 46(3): 476-86.
25. Hosen I, Pakpour AH, Sakib N, Hussain N, Al-Mamun F & Mamun MA. Knowledge and preventive behaviors regarding COVID-19 in Bangladesh: A nationwide distribution. *PloS One* 2021; 16(5): e0251151.
26. Islam S, Emran GI, Rahman E, Banik R, Sikder T, Smith L, et al. Knowledge, attitudes and practices associated with the COVID-19 among slum dwellers resided in Dhaka city: A Bangladeshi interview-based survey. *Journal of Public Health, Oxford Academic* 2021; 43(1): 13-25.
27. Khosravi M, Amali M, Jalili F & Ghiasi Z. Prevalence and associated factors of personal protective measures among the southeastern Iranian population during the COVID-19 pandemic. *Electronic Journal of General Medicine* 2022; 19(3): em367.
28. Bowman L, Kwok KO, Redd R, Yi Y, Ward H, Wei WI, et al. Comparing public perceptions and preventive behaviors during the early phase of the COVID-19 pandemic in Hong Kong and the United Kingdom: Cross-sectional survey study. *Journal of Medical Internet Research* 2021; 23(3): e23231.
29. Ferdous MZ, Islam MS, Sikder MT, Mosaddek ASM, Zegarra-Valdivia JA & Gozal D. Knowledge, attitude, and practice regarding COVID-19 outbreak in Bangladesh: An online-based cross-sectional study. *PloS One* 2020; 15(10): e0239254.
30. Uddin S, Imam T, Khushi M, Khan A & Moni MA. How did socio-demographic status and personal attributes influence compliance to COVID-19 preventive behaviours during the early outbreak in Japan? Lessons for pandemic management. *Personality and Individual Differences* 2021; 175(1): 110692.

Factors Affecting the Acceptance of Personal Protection Measures among Patients before Having Covid-19

Fahimeh Hasanzadeh¹ (M.S.), Ali Aghajanloo² (Ph.D.), Mohammadreza Dinmohammadi^{3*} (Ph.D.)

1 Master of Science in Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

2 Assistant Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

3 Associate Professor, Social Determinants of Health Research Center, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

Abstract

Received: 23 Jul. 2022

Accepted: 15 Oct. 2022

Background and Aim: The most recent threat to the global community is the ongoing outbreak of the disease known as Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Taking personal protection measures (PPM) is crucial to prevent the spread of COVID-19. This study aimed to determine the factors affecting the acceptance of PPM among patients before having COVID-19 admitted to hospitals in northwestern of Iran.

Materials and Methods: In this cross-sectional study, 560 eligible patients with a diagnosis of COVID-19 were selected by convenience sampling. Data were collected from January 6 to May 21, 2021, through a researcher-made questionnaire and were analyzed with descriptive statistics (number, percentage, mean, standard deviation), independent t-test, and multiple linear regression by SPSS. A significance level of 5% was selected.

Results: The average age of the participants was 60.1 (16.01) years with an age range of 21 to 95 years. Most of the participants were male (53.9%) and married (91.8%). The mean score of PPM acceptance among patients was 16.55 (2.59) out of 20 points. Multiple linear regression analysis determined employment status ($\beta=0.29$, $P<0.001$), residency ($\beta=-0.19$, $P<0.001$), education level ($\beta=0.11$, $P=0.048$), smoking ($\beta=-0.10$, $P=0.03$) and income level ($\beta=0.13$, $P=0.01$), as predictors of acceptance of PPM. Other personal and occupational variables, including age, gender, marriage, living status, having children, and history of influenza vaccination, were not found to be effective in predicting the acceptance of personal protection measures among participating patients.

Conclusion: The acceptance of personal protection measures among patients was relatively high. Acceptance of the unemployed, rural residents, illiterate, smokers, and those with low-income level was low. This study emphasizes the need to pay attention to the changes in the individual, social and economic characteristics of the community and their effects on preventive health behaviors, especially in vulnerable groups.

Keywords: Acceptance, Preventive Behaviors, Personal Protection Measures (PPM), COVID-19, Pandemic

* Corresponding Author:
Dinmohammadi M
Email:
mdinmohammadi@zums.ac.ir