

بررسی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد زنان شهر سبزوار در خصوص قرنطینه خانگی جهت پیشگیری از بیماری کرونا ویروس

زهرا کیوانلو^۱، ندا مهدوی فر^۲، دکتر رضا شهرآبادی^۳، دکتر علی مهروی^۳، دکتر حمید جوینی^۳، دکتر معصومه هاشمیان^{۳*}

۱. کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.
۲. مربی گروه آمار و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیر واگیر، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.
۳. استادیار گروه آموزش بهداشت و بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۵/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۸/۰۷

خلاصه

مقدمه: قرنطینه از نظر پزشکی در پیشگیری از ابتلاء به بیماری در مردم بسیار مؤثر است. با توجه به نقش پررنگ زنان در شکل‌گیری رفتارهای بهداشتی خانواده، مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان آگاهی، نگرش و عملکرد زنان شهر سبزوار در خصوص قرنطینه خانگی جهت پیشگیری از بیماری کرونا ویروس انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۸ بر ۶۰۵ نفر از زنان شهر سبزوار انجام شد. ابزار مطالعه، پرسشنامه محقق‌ساخته بود که روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفت. دامنه نمرات هر بعد پرسشنامه بین ۰-۱۰۰ منظور شد. داده‌ها با روش نمونه‌گیری در دسترس و غیراحتمالی و به‌صورت انتشار مجازی جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های تی تست، آنالیز واریانس، همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: بیشترین نمره میانگین عملکرد نسبت به برنامه قرنطینه خانگی در گروه سنی بالای ۵۵ سال ($۸۲/۵۸ \pm ۲۲/۳۱$) و تحصیلات دانشگاهی ($۷۰/۷۷ \pm ۲۱/۹۵$) بود. میانگین نمره آگاهی زنان $۷۳/۴۵ \pm ۱۳/۷۳$ و نگرش $۸۰/۷۴ \pm ۷/۲۷$ و عملکرد آنان نسبت به برنامه قرنطینه خانگی $۶۹/۷۱ \pm ۲۲/۱۴$ گزارش شد. سن ($B=۲/۶, p=۰/۰۰۴$)، تحصیلات ($B=۴/۴۵, p=۰/۰۳$) و نگرش زنان ($B=۰/۲۷, p=۰/۰۳$) تأثیر افزایش‌دهنده‌ای بر عملکرد آنان داشتند.

نتیجه‌گیری: سطح آگاهی، نگرش و عملکرد زنان در خصوص اجرای قرنطینه خانگی جهت پیشگیری از کرونا ویروس مطلوب بود، اما برخلاف نگرش مثبت زنان نسبت به قرنطینه خانگی، عملکرد آنها مناسب گزارش نشد. این موضوع نشان می‌دهد با توجه به نقش زنان در بهبود رفتارهای بهداشتی در اعضای خانواده، افزایش مهارت و توانمندی آنها یک امر ضروری است.

کلمات کلیدی: آگاهی، بیماری‌های واگیردار، عملکرد، قرنطینه، کووید-۱۹، نگرش

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر معصومه هاشمیان؛ دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران. تلفن: ۰۵۱-۴۴۴۱۵۱۴۶؛ پست الکترونیک: masoumeh_hashemian@yahoo.com

مقدمه

بیماری کرونا ویروس به‌عنوان عامل ایجاد عفونت شدید در دستگاه تنفسی تحتانی در انسان می‌باشد که علت آن یک ویروس تاجی به‌نام COVID-19 است (۱). اولین بار این بیماری در اواخر سال ۲۰۱۹ در کشور چین مشاهده شد و بعد به سرعت در سایر کشورهای جهان همه‌گیر شد؛ به‌طوری‌که در حال حاضر با حجم وسیعی از ابتلاء به این بیماری در جهان روبرو هستیم (۲). مهم‌ترین راه انتقال این بیماری به‌صورت انتقال انسان به انسان از طریق ریز قطرات تنفسی، لمس یا تماس با فرد آلوده یا یک سطح آلوده می‌باشد. شدت بیماری‌زایی ویروس در افراد مسن و دارای بیماری‌های مزمن مانند بیماری‌های قلبی- عروقی، دیابت، بیماری تنفسی زمینه‌ای و سرطان به احتمال زیاد شدیدتر خواهد بود. (۳). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، در سطح جهان، تعداد موارد تأیید شده (۲۷ خرداد ۱۳۹۹) بالغ بر ۷ میلیون نفر رسیده است که تعداد ۴۳۴۷۹۶ نفر مرگ تأیید شده است (۴). در ایران نیز اولین مورد مبتلا به ویروس در تاریخ ۲۹ بهمن ۱۳۹۸ گزارش شد و در حال حاضر تقریباً ۲ میلیون نفر به این ویروس مبتلا شده‌اند که ۸۹۵۰ نفر فوت شدند. روند رو به رشد موارد ابتلاء و مرگ ناشی از بیماری بسیار نگران‌کننده است؛ به‌طوری‌که وحشت بسیار زیادی را در سطح جامعه ایجاد کرده است (۴، ۵).

هنوز برای بیماری واکسن یا درمان خاصی وجود ندارد و تنها راه مبارزه با این بیماری تنفسی، رعایت اقدامات بهداشت عمومی است. روش‌های مختلفی برای کنترل بیماری حاد تنفسی در نظر گرفته شده است که مهم‌ترین آنها شامل جداسازی و قرنطینه، فاصله‌گذاری اجتماعی و کنترل اجتماعی می‌باشد و بهترین راه ممکن برای قطع زنجیره انتقال بیماری کرونا ویروس، آگاهی مردم در مورد این بیماری و راه‌های انتقال آن است (۳، ۶). جداسازی در راستای جدا کردن افراد بیمار یا آلوده یا اشیای آلوده از سایر افراد در راستای پیشگیری از عفونت و آلودگی صورت می‌گیرد. در صورتی که قرنطینه با هدف جداسازی افراد مشکوک به بیماری فاقد علائم بالینی از سایر افراد و یا محدودیت در فعالیت‌های آنها انجام

می‌شود (۶، ۷). محدودیت‌های اجتماعی، سیاست‌های مدیریت شده در راستای کاهش حرکات مردم در یک کشور، شهر یا منطقه جغرافیایی می‌باشد. این سیاست‌ها شامل ترغیب مردم به خانه ماندن، تعطیلی یا به تعویق انداختن اجتماعات و رویدادهای بزرگ، تعطیلی مدارس، دانشگاه‌ها، دفاتر دولتی، کتابخانه‌ها، موزه‌ها و کارخانه‌ها و ... است (۸).

گرچه برای کاهش انتقال بیماری از طریق انسان به انسان، تأکید بر قرنطینه خانگی شده است، ولی مطالعات نشان داده است که اکثر جوامع از برنامه قرنطینه حمایت نکرده‌اند و دارای نگرش منفی به قرنطینه بودند (۹، ۱۰). برخی افراد در دوران قرنطینه، علائم افسردگی و اختلال استرسی پس از آسیب روانی^۱، انزوای اجتماعی، انگ اجتماعی و از دست دادن درآمد خانوار را تجربه کردند (۱۱). با این حال، گرچه ممکن است اجرای قرنطینه بر روی سلامت روانی و رفاه مردم تأثیرات منفی بگذارد، ولی از طرفی اجرای آن در هنگام شیوع بیماری‌های عفونی با قدرت انتشار بالا، بسیار ضروری است.

رعایت محدودیت اجتماعی پیشگیرانه تعیین شده توسط دولت در جهت کنترل انتشار بیماری ضروری می‌باشد و موفقیت این اقدامات به رفتار جامعه بستگی دارد که تحت دانش و نگرش مردم نسبت به کووید-۱۹ خواهد بود. مطالعات نشان داده است که آگاهی مردم در مقابله با بیماری‌های عفونی اهمیت زیادی دارد (۱۲، ۱۳). با بررسی آگاهی جامعه در خصوص coronavirus، می‌توان دید عمیق‌تری نسبت به نگرش‌های موجود در جامعه کسب کرد و در نهایت عوامل مؤثر بر اتخاذ سبک زندگی سالم و رفتار بهداشتی را شناسایی کرد (۱۴).

زنان با توجه به نقشی که در مراقبت از خانواده بر عهده دارند، اگر در خصوص مباحث سلامتی خود اطلاع کافی داشته باشند و در این زمینه اقدام کنند، به سلامت کل خانواده منجر خواهد شد. به‌دلیل نقش حساس زن و موقعیت و جایگاه بسیار با اهمیت او در سلامت و سازندگی خانواده و جامعه، بررسی آگاهی و نگرش و نحوه عملکرد آنان در پاسخ به برنامه‌ریزی‌های آینده نسبت به بیماری‌های همه‌گیری می‌تواند مؤثر باشد

¹ Posttraumatic stress disorder

و تحلیل قرار گرفت. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان بالای ۱۲ سال شهرستان سبزوار با حداقل سواد که دسترسی به فضای مجازی داشتند، بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل: پرسشنامه تکمیل شده توسط مردان و زنان ساکن خارج از شهر سبزوار بود. ابزار این مطالعه، پرسشنامه محقق ساخته شود که با توجه به اهمیت موضوع، محتوی سؤالات آگاهی، نگرش و عملکرد در خصوص بیماری کووید-۱۹ توسط متخصصین مربوطه طبق دستورالعمل‌های مبارزه با کرونا وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی طراحی گردید (۱۷). تعیین روایی محتوی آن توسط ۴ نفر از متخصصین رشته آموزش بهداشت و یک نفر متخصص روانشناسی سلامت و روایی صوری توسط ۱۰ نفر از دانشجویان ارشد آموزش سلامت صورت گرفت و نظرات آنها اعمال شد (۱۸). برای تعیین تناسب و ارتباط سؤالات، ابهام و برداشت‌های نارسا و دشواری درک مفاهیم در پرسشنامه از روش تعیین روایی صوری کیفی استفاده شد؛ به این صورت که ۱۰ دانشجوی دختر به سؤالات پرسشنامه پاسخ دادند و نظرات اصلاحی آنها به صورت تغییرات جزئی اعمال شد. در بررسی روایی محتوا از متخصصین خواسته شد که در مورد گزینه‌های ابزار به صورت «ضروری است» و «ضروری نیست، ولی مفید است» و «ضرورتی ندارد» جواب دهند. بر اساس جدول Lawshe، فرمول CVR محاسبه شد. در بررسی CVI سؤالات بر اساس سه معیار طیف لیکرتی ۴ قسمتی بررسی شد (مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن). حداقل مقدار قابل قبول CVI برابر با ۰/۷۰ است (۱۹). میزان CVR و CVI به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۷ گزارش شد که قابل قبول بود. جهت تعیین پایایی پرسشنامه از ۲۰ نفر از زنان واجد شرایط در مطالعه کمک گرفته شد و نیازی به حذف هیچ یک از آیتم‌ها برای افزایش مقدار آلفا نشد. سنجش پایایی با آزمون آلفا کرونباخ صورت گرفت که میزان آن ۰/۹ به دست آمد.

این پرسشنامه دارای ۳۹ سؤال بود که در ۴ قسمت طبقه‌بندی شده بود. قسمت اول سؤالات مربوط به اطلاعات دموگرافیک زنان بود (۹ سؤال) و قسمت دوم

(۱۵). زنان به‌عنوان نیمی از جمعیت کشور اگر توانمند شوند، تأثیر آن در آینده با تربیت جامعه‌ای توانمند و نسلی قدرتمند نمود پیدا خواهد کرد (۱۶). در واقع با افزایش خودباوری و توانمندی در زنان تغییراتی چشمگیری در بهداشت و سلامت خانواده مشاهده خواهد شد (۱۵). بنابراین بایستی در برنامه‌ریزی‌های بهداشتی، آگاهی و درک زنان در نظر گرفته شود. در این صورت است که سیاست‌گذاران بهداشت عمومی می‌توانند مداخلات و آموزش‌های خود را بر پایه نگرانی‌ها و نیازهای زنان و نقش آنان در خانواده برنامه‌ریزی کنند تا از این طریق پیروی داوطلبانه با قرنطینه را در صورت نیاز و در آینده افزایش دهد، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد زنان شهرستان سبزوار در خصوص قرنطینه خانگی جهت پیشگیری از بیماری کرونا و ارتباط آن با پاره‌ای از عوامل تأثیرگذار در اسفند ماه سال ۹۸ انجام شد.

روش کار

این مطالعه مقطعی بر روی ۶۰۵ نفر از زنان شهرستان سبزوار با ویژگی‌های مختلف جمعیتی عضو کانال‌های اطلاع‌رسانی تلگرام و واتساپ انجام شد. پس از اخذ کد اخلاق (IR.MEDSAB.REC.1398.140) برای انجام مطالعه، پرسشنامه به صورت آنلاین در گروه تلگرامی با نام (کمپین در خانه بمانیم) با بیش از ۶۰ هزار کاربر به اشتراک گذاشته شد. لذا روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس و غیراحتمالی بود؛ به گونه‌ای که سؤالات در اختیار افرادی که در شهر سبزوار ساکن هستند، قرار گرفت و سپس به روش گلوله برفی از افراد خواسته شد تا لینک پرسشنامه را در اختیار زنان ساکن سبزوار قرار دهند، تا افراد با رضایت وارد مطالعه شده و پرسشنامه را تکمیل نمایند. طراحی نرم‌افزار پرس‌لاین به گونه‌ای است که از هر شماره همراه تنها یک نفر قادر به پاسخ‌گویی خواهد بود. در ابتدای پرسشنامه، اهداف مطالعه و محرمانه و داوطلبانه بودن تکمیل پرسشنامه ذکر شد. در ابتدا ۸۹۲ نفر پرسشنامه را تکمیل نموده، اما حدود ۲۸۷ نفر از این افراد مرد بودند و از مطالعه خارج شدند و در نهایت اطلاعات ۶۰۵ نفر مورد تجزیه

یافته‌ها

در مطالعه حاضر که بر روی ۶۰۵ نفر از زنان سبزوار انجام شد، اکثر زنان متأهل (۸۳/۶٪) بودند و در گروه سنی ۲۵-۳۵ سال (۴۱/۳٪) قرار داشتند. اکثر زنان خانه‌دار (۴۷٪) بوده و تحصیلات دانشگاهی (۷۵/۸٪) داشتند. زمان خارج شدن از منزل به جز در موارد ضروری در اکثریت زنان ۶ روز و بیشتر در چند روز گذشته (۳۷٪) گزارش شد و ۴ روز (۴/۵) کمترین گزارش در بین زنان داشت. میانگین آگاهی زنان از قرنطینه خانگی $73/73 \pm 13/45$ و نگرش آنان $80/74 \pm 7/27$ و عملکرد مردم در خصوص اجرای برنامه قرنطینه خانگی $69/71 \pm 22/14$ گزارش شد. بر اساس نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون، ارتباط معنی‌داری بین نمره نگرش و عملکرد مشاهده شد ($p=0/03$, $r=0/09$)، ولی بین نمره نگرش و عملکرد ($p=0/06$, $r=0/12$) و آگاهی و عملکرد ($p=0/06$, $r=0/15$) ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. در بررسی ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک با عملکرد فقط بین سن ($p=0/03$) و تحصیلات ($p=0/03$) ارتباط معنی‌داری مشاهده شد که بیشترین میانگین نمره عملکرد در خصوص قرنطینه خانگی در سن بالای ۵۵ سال ($31/22 \pm 58/82$) و تحصیلات دانشگاهی ($95/21 \pm 77/70$) بود. سایر اطلاعات در جدول ۱ مشخص شده است.

پرسشنامه، آگاهی زنان را در مورد بیماری کرونا ویروس می‌سنجید (۱۱ سؤال). قسمت سوم پرسشنامه در مورد تعیین نگرش زنان درباره قرنطینه خانگی جهت پیشگیری از بیماری کرونا بود (۱۶ سؤال) و قسمت انتهایی پرسشنامه، عملکرد زنان را در اجرای برنامه قرنطینه خانگی در پیشگیری از بیماری می‌سنجد (۳ سؤال). از پاسخ‌دهندگان خواسته شد که سؤالات مربوط به تعیین آگاهی زنان در مورد بیماری کرونا ویروس با موارد بلی/خیر/نمی‌دانم و سؤالات تعیین نگرش را با موارد موافقم/ نظری ندارم/ مخالفم تکمیل نمایند. سؤالات مربوط به عملکرد زنان را با گزینه‌های کاملاً رعایت می‌کنم/ تا حدودی رعایت می‌کنم/ اصلاً رعایت نمی‌کنم، بررسی شد. جهت طبقه‌بندی نمرات، تعداد سؤالات پرسشنامه بر عدد ۱۰۰ تقسیم شد. میانگین و انحراف معیار کمتر از ۴۰ ضعیف، بین ۴۰-۶۰ متوسط و ۶۰ به بالا خوب طبقه‌بندی شد. برای هر جواب درست آگاهی، نگرش و عملکرد نمره یک و برای جواب غلط نمره صفر در نظر گرفته شد.

داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و روش‌های آمار توصیفی و آزمون‌های آنالیز واریانس، تی تست، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

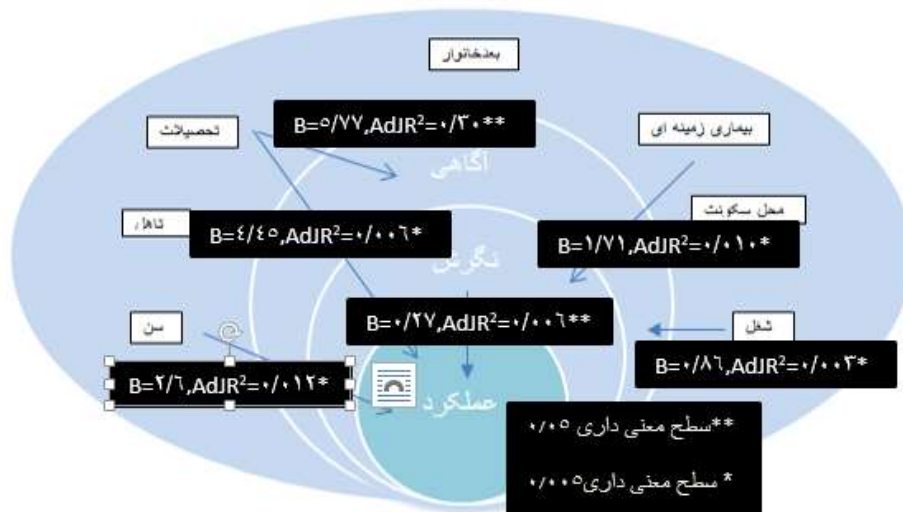
جدول ۱- تعیین ارتباط میانگین نمره آگاهی، نگرش و عملکرد مردم در خصوص قرنطینه خانگی با مشخصات دموگرافیک آنان

متغیر	فراوانی (درصد)	آگاهی		نگرش		عملکرد	
		میانگین \pm انحراف معیار	سطح معنی‌داری	میانگین \pm انحراف معیار	سطح معنی‌داری	میانگین \pm انحراف معیار	سطح معنی‌داری
سن	کمتر از ۲۵	۷۳ \pm ۱۵/۵۲	۰/۱۱	۸۲/۳۷ \pm ۰/۰۸	۰/۱۱	۶۶/۳۷ \pm ۲۲/۰۳	۰/۰۳
	۲۵-۳۵	۷۴ \pm ۱۳/۷۲	۰/۱۱	۸۰/۷۱ \pm ۷/۴۷	۰/۱۱	۶۹/۰۲ \pm ۲۱/۹۲	۰/۰۳
	۳۵-۴۵	۷۴/۷ \pm ۱۲/۲۲	۰/۱۱	۸۰/۰۲ \pm ۶/۹۲	۰/۱۲	۶۹/۹۸ \pm ۲۲/۴۵	۰/۰۳
	۴۵-۵۵	۷۰/۶۰ \pm ۱۳/۶۷	۰/۱۱	۸۰/۶۸ \pm ۶/۱۰	۰/۱۲	۷۳/۷۴ \pm ۲۰/۶۵	۰/۰۳
شغل	بیشتر از ۵۵	۶۷/۵ \pm ۱۳/۹۴	۰/۰۳	۷۹/۵۱ \pm ۵/۱۳	۰/۰۳	۸۲/۵۸ \pm ۲۲/۳۱	۰/۰۳
	دارخانه	۷۱/۸۳ \pm ۱۳/۹۹	۰/۰۳	۸۰/۸۱ \pm ۶/۸۶	۰/۰۳	۶۹/۷۲ \pm ۲۱/۲۹	۰/۰۳
	کارمند	۷۵/۶۳ \pm ۱۳/۱۷	۰/۰۳	۸۰/۸۴ \pm ۶/۲۸	۰/۰۳	۶۸/۹۷ \pm ۲۱/۶۱	۰/۰۳
	آزاد	۷۲/۶۹ \pm ۱۶/۰۴	۰/۰۳	۷۹/۰۳ \pm ۱۰/۲۷	۰/۰۳	۶۹/۱۲ \pm ۲۵/۵۷	۰/۰۳
سایر	۷۴/۵۴ \pm ۱۲/۶۹	۰/۰۳	۸۱/۱۰ \pm ۸/۲۵	۰/۰۳	۷۰/۹۶ \pm ۲۳/۹۷	۰/۰۳	

	۷۳/۰۷±۲۲/۷۱	۸۰/۵۸±۸/۰۵	۷۵/۵۶±۱۴/۱۵	۶۷ (۱۱/۱)	۲ نفر
۰/۱۹	۶۷/۰۲±۲۲/۷۴	۸۰/۳۱±۷/۱۵	۷۳/۲۰±۱۴/۵۹	۱۸۴ (۳۰/۶)	۳ نفر
	۷۰/۷۱±۲۰/۹۳	۸۰/۸۴±۶/۶۵	۷۴/۵۱±۱۲/۶۰	۲۵۲ (۴۱/۹)	۴ نفر
	۷۰/۱۸±۲۳/۱۵	۸۱/۵۷±۸/۴۲	۷۲/۱۸±۱۴/۲۵	۹۸ (۱۶/۳)	۵ و بیشتر
	۷۰/۰۸±۲۱/۹۳	۷۹/۵۶±۷/۶۲	۷۳/۶۷±۱۴/۳۰	۱۸۹ (۳۱/۲)	دارد
۰/۷۷	۶۹/۵۴±۲۲/۲۶	۸۱/۲۸±۷/۰۵	۷۳/۳۴±۱۳/۴۷	۴۱۶ (۶۸/۸)	ندارد
	۷۰/۷۷±۲۱/۹۵	۸۰/۹۵±۷/۰۸	۷۴/۸۱±۱۳/۴۳	۴۵۷ (۷۵/۸)	دانشگاهی
۰/۰۳	۶۶/۳۱±۲۲/۴۳	۸۰/۰۹±۷/۸۸	۶۹/۰۴±۱۳/۸۸	۱۴۶ (۲۴/۲)	غیردانشگاهی
	۶۹/۹۲±۲۱/۹۲	۸۰/۷۵±۷/۲۸	۷۳/۵۱±۱۳/۶۶	۵۸۴ (۹۶/۵)	شهر
۰/۲۲	۶۴±۲۷/۴۴	۸۰/۵±۷/۲۶	۷۱/۵۲±۱۶	۲۱ (۳/۵)	روستا
	۶۹/۷۰±۲۱/۷۹	۸۰/۶۸±۶/۵۶	۷۳/۴۷±۱۳/۴۲	۵۰۳ (۸۳/۶)	متاهل
۰/۹					وضعیت تأهل

تأثیر بیشتری بر عملکرد آنان در خصوص قرنطینه خانگی داشت. تأثیر سایر اطلاعات دموگرافیک بر روی آگاهی و نگرش در نمودار ۱ مشخص شده است.

بر اساس نمودار ۱، سن ($B=۲/۶, p=۰/۰۰۴$) با فاصله اطمینان (۱/۲۸-۴/۹۶)، تحصیلات ($B=۴/۴۵, p=۰/۰۰۳$) با فاصله اطمینان (۰/۰۵-۰/۵۴) و نگرش زنان ($B=۰/۲۷, p=۰/۰۰۳$) با فاصله اطمینان (۰/۱۴-۸/۵۶)



نمودار ۱- ارتباط متغیرهای دموگرافیک و عملکرد زنان در خصوص قرنطینه خانگی در مدل رگرسیون خطی تک متغیره

تحصیلات ($p=۰/۰۴$) بودند. با افزایش یک واحد در سن زنان، ۳/۱۲ واحد نمره عملکرد افزایش می‌یافت و با توجه به مقدار بتا (۴/۳۵) متغیر تحصیلات به‌عنوان قوی‌ترین متغیر پیش‌بینی‌کننده عملکرد بود (جدول ۲).

پس از قرار دادن متغیرهای معنی‌دار حاصل از آنالیز تک‌متغیره در آنالیز رگرسیون خطی چندگانه، طبق محاسبات با ثابت نگه داشتن سایر شرایط، پیش‌بینی‌کننده‌های مهم عملکرد زنان در خصوص قرنطینه خانگی، شامل سن ($p=۰/۰۰۱$)، نگرش ($p=۰/۰۱۵$) و

جدول ۲- ارتباط متغیرهای دموگرافیک و عملکرد زنان در خصوص قرنطینه خانگی در مدل رگرسیون خطی چندمتغیره

متغیر	ضریب رگرسیون	خطای معیار	سطح معنی‌داری	ضریب رگرسیون استاندارد شده	t	فاصله اطمینان
مقدار ثابت	۳۰/۰۱	۱۱/۰۳	۰/۰۰۷		۲/۷۲	۸/۳۴-۵۱/۶۸
سن	۳/۱۲	۰/۹۳	۰/۰۰۱		۳/۳۳	۱/۲۸-۴/۹۶
نگرش	۰/۳۰	۰/۱۲	۰/۰۱۵		۲/۴۲	۰/۰۵-۰/۵۴
تحصیلات	غیردانشگاهی دانشگاهی	-	-	-	-	-
	۴/۳۵	۲/۱۴	۰/۰۴	۰/۰۸	۲/۰۳	۰/۱۴-۸/۵۶

بحث

زنان در این مطالعه با داشتن میانگین بالای نمره ۶۰، دارای آگاهی و نگرش و عملکرد خوبی نسبت به قرنطینه خانگی در خصوص بیماری کرونا بودند. اگرچه مطالعه حاضر اولین مطالعه‌ای بود که در خصوص بررسی آگاهی و نگرش، عملکرد زنان در مورد بیماری نوپدید کووید-۱۹ انجام شد و این افراد تجربه‌ای در خصوص برخورد با این بیماری نداشتند، ولی پاسخ مطلوب به سؤالات می‌تواند ناشی از سطح دانشگاهی تحصیلات (۷۵/۸٪) نمونه‌های پژوهش باشد. از طرفی با توجه به اهمیت این بیماری و اطلاع‌رسانی‌هایی که از سوی برنامه‌های تلویزیون و فضای مجازی صورت می‌گرفت، در بهبود سطح آگاهی و نگرش خانواده به خصوص زنان نقش مهمی داشت (۲۲-۲۰).

متغیرهای پیش‌بینی کننده آگاهی زنان، متغیرهای شغل و تحصیلات بود. مطالعات نشان داده‌اند که آگاهی با افزایش تحصیلات افراد افزایش خواهد یافت (۲۱)، (۲۲). البته با توجه به روش نمونه‌گیری این مطالعه و مهارت استفاده از اینترنت و فضای مجازی در نمونه‌های پژوهش، می‌توان انتظار داشت که بیشتر زنان از تحصیلات بالایی برخوردار بوده‌اند و اطلاعات مربوط به بیماری کرونا و اهمیت در خانه ماندن را در پیشگیری از ابتلاء از بیماری دریافت کرده‌اند. نمره آگاهی در کارمندان بیشتر و در زنان خانه‌دار کمتر بود. به نظر می‌رسد زنان کارمند طی آموزش‌های ضمن خدمت، آگاهی بیشتری در زمینه این بیماری و اهمیت اقدامات پیشگیری و رعایت قرنطینه خانگی در کنترل بیماری دارند. بنابراین نیاز است در خصوص آموزش زنان خانه‌دار و فرصتی که برای تربیت اعضای خانواده در جهت ارتقاء سلامت خود دارند، مداخلات بیشتری

صورت گیرد. در مطالعه حیات و همکاران (۲۰۲۰) که بر روی آگاهی و نگرش مردم پاکستان در مورد بیماری کووید-۱۹ صورت گرفت، افراد شاغل نسبت به افراد سایر گروه‌ها دارای آگاهی بهتری بودند (۲۱).

مطالعات زیادی نشان داده‌اند که افزایش آگاهی باعث افزایش نگرش افراد می‌شود (۲۵-۲۳)، ولی در مطالعه حاضر رابطه معنی‌داری بین نمره آگاهی و نگرش مشاهده نشد. متغیر پیش‌بینی کننده در رابطه با نگرش، بیماری‌های زمینه‌ای زنان گزارش شد. به نظر می‌رسد زنان بیمار به دلیل در معرض خطر بودن نسبت به بیماری کرونا به این درک رسیده‌اند که با رعایت قرنطینه خانگی می‌توانند خود را در معرض بیماری قرار ندهند. مطالعه علی دوستی و همکاران (۲۰۱۲) بر روی اعتقاد بهداشتی زنان خانه‌دار اصفهانی نیز نشان داد که بین شدت درک و رعایت رفتارهای بهداشتی در پیشگیری از عفونت هلیوباکتریپیلوری ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۲۶).

در این مطالعه، متغیرهای پیش‌بینی کننده عملکرد تحصیلات، سن و نگرش به دست آمدند؛ به طوری که با افزایش هرکدام از این متغیرها، عملکرد زنان در خصوص رعایت قرنطینه خانگی در پیشگیری از بیماری کرونا افزایش می‌یافت. البته در مطالعات دیگر نیز در خصوص تأثیر آگاهی بر رفتارهای بهداشتی افراد تأکید شده است (۲۷، ۲۸). بنابراین می‌توان با سیاست‌های افزایش آگاهی در افراد جامعه باعث ارتقاء سطح سلامت جامعه شد که به دنبال آن توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی اتفاق خواهد افتاد، البته این امر نیاز به همکاری همه جانبه در کل کشور است.

نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین نمره نگرش زنان از عملکرد آنان بیشتر است و با افزایش نگرش

اجرای برنامه‌های قرنطینه از سوی دولت، مطالعات بیشتری صورت گیرد و عوامل تأثیرگذار بر رعایت این قوانین مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

سطح آگاهی، نگرش و عملکرد زنان در خصوص اجرای قرنطینه خانگی جهت پیشگیری از کرونا ویروس مطلوب است، با این حال سطح عملکرد زنان از نگرش آنها پایین‌تر است که افزایش توانمندی‌های زنان در زمینه‌های سلامتی جهت دستیابی به رفتارهای بهداشتی مطلوب در خانواده و جامعه ضروری می‌باشد. با توجه به متغیرهای پیش‌بینی‌کننده تحصیلات، سن و نگرش بر روی عملکرد در این مطالعه لازم است بر روی افزایش تحصیلات و نگرش زنان از طریق پیام‌رسان‌های دولتی و غیردولتی کار شود تا بتوان از طریق افزایش توانمندی‌های آنان در زمان بحران، شاهد انجام رفتارهای بهداشتی در تمام گروه‌های سنی نه فقط گروه سنی پرخطر بود. اگرچه در این مطالعه بین آگاهی و عملکرد زنان در خصوص قرنطینه خانگی در پیشگیری از کرونا ویروس ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد، ولی با توجه به سهمی که زنان در تعلیم و تربیت خانواده دارند، افزایش دانش بهداشتی آنان بسیار با اهمیت می‌باشد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر حاصل طرح تحقیقاتی با کد ۹۸۲۳۷ می‌باشد. بدین‌وسیله از حمایت حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار و از مرکز تحقیقات بالینی بیمارستان واسعی به دلیل ارائه‌ی مشاوره علمی تشکر و قدردانی می‌شود.

عملکرد آنها افزایش خواهد یافت. در مطالعه رضی و همکاران (۲۰۱۵) در شهر اراک نیز با اینکه مادران در خصوص علائم خطر عفونت‌های تنفسی و اسهال دارای نمره نگرش خوبی بودند ولی دارای نمره عملکرد پایین‌تری بودند. بنابراین برنامه‌ریزی‌های آموزشی در زمینه عملکرد توجه بیشتری نیاز دارد (۲۹).

در مطالعه حاضر با افزایش سن، عملکرد زنان افزایش می‌یافت که در مطالعه نوری‌زاده و همکاران (۲۰۱۰) که در رابطه با سرطان پستان و روش‌های غربالگری آن انجام شد نیز به چنین نتایجی دست یافتند (۳۰). با توجه به اینکه یکی از گروه‌های پرخطر بیماری کرونا، سالمندان می‌باشند، لذا احتمالاً رعایت رفتارهای بهداشتی در این گروه ناشی از ترس آنها از ابتلاء به بیماری باشد. در مطالعه ژونگ و همکاران (۲۰۲۰) که بر روی آگاهی و نگرش ساکنان چینی در خصوص بیماری کووید-۱۹ صورت گرفت، مشاهده شد که با افزایش سن، افراد از رفتن به جاهای شلوغ جلوگیری می‌کنند (۲۲).

اگرچه آگاهی می‌تواند تأثیر به‌سزایی در بهبود رفتارهای بهداشتی داشته باشد، به‌خصوص که با نگرش افراد همراه شود (۳۱)، ولی در این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین آگاهی و عملکرد زنان مشاهده نشد.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر، روش گردآوری داده‌ها بود که معمولاً از هر گروه مختلف جمعیتی نمی‌توانند در گروه‌های تلگرامی یا واتساپ به پرسشنامه دسترسی داشته باشند که با توجه به حجم کافی نمونه، مشکل تعمیم نمونه‌ها وجود نداشت. هر چند در این مطالعه آگاهی، نگرش و عملکرد مردم در خصوص اجرای قرنطینه خانگی در پیشگیری از کرونا مطلوب بود، ولی پیشنهاد می‌شود جهت افزایش مشارکت مردم در زمان بحران‌ها به‌خصوص انتشار بیماری‌های همه‌گیری و

1. Al-Osail AM, Al-Wazzah MJ. The history and epidemiology of Middle East respiratory syndrome corona virus. *Multidisciplinary respiratory medicine* 2017; 12(1):20.
2. Chen S, Yang J, Yang W, Wang C, Bärnighausen T. COVID-19 control in China during mass population movements at New Year. *The Lancet* 2020; 395(10226):764-6.
3. Ibrahim NK, Alwafi HA, Sangoof SO, Turkistani AK, Alattas BM. Cross-infection and infection control in dentistry: Knowledge, attitude and practice of patients attended dental clinics in King Abdulaziz University Hospital, Jeddah, Saudi Arabia. *Journal of infection and Public Health* 2017; 10(4):438-45.
4. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-2019) situation reports 2020. Available on: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situationreports/20200221-sitrep-32-covid-2020?sfvrsn=19>.
5. Doshmangir L, Mahbub Ahari A, Qolipour K, Azami-Aghdash S, Kalankesh L, Doshmangir P, et al. East Asia's Strategies for Effective Response to COVID-19: Lessons Learned for Iran. *Management Strategies in Health System* 2020; 4(4):370-3.
6. Center for the Management of Communicable Diseases. Ministry of Health TaMT. *International Health 2005*. Tehran: Tandis; 2016. Available from: <http://file.qums.ac.ir/repository/vch/COMM/FORMs/970613Regulation.pdf>. Accessed March 20 2020.
7. Haas CN. On the quarantine period for Ebola virus. *PLoS currents* 2014; 6.
8. Joint Centre for Bioethics Pandemic Ethics Working Group. Public engagement on social distancing in a pandemic: a Canadian perspective. *The American Journal of Bioethics* 2009; 9(11):15-7.
9. Cao J, Tu WJ, Cheng W, Yu L, Liu YK, Hu X, et al. Clinical Features and Short-term Outcomes of 102 Patients with Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China. *Clin Infect Dis* 2020; 71(15):748-755.
10. Kim EY, Liao Q, Yu ES, Kim JH, Yoon SW, Lam WW, et al. Middle East respiratory syndrome in South Korea during 2015: Risk-related perceptions and quarantine attitudes. *Am J Infect Control* 2016; 44(11):1414-1416.
11. Kpanake L, Leno JP, Sorum PC, Mullet E. Acceptability of community quarantine in contexts of communicable disease epidemics: perspectives of literate lay people living in Conakry, Guinea. *Epidemiology & Infection* 2019; 147.
12. Chirwa GC. "Who knows more, and why?" Explaining socioeconomic-related inequality in knowledge about HIV in Malawi. *Scientific African* 2020; 7:e00213.
13. Chirwa GC. Socio-economic Inequality in Comprehensive Knowledge about HIV in Malawi. *Malawi Medical Journal* 2019; 31(2):104-11.
14. Podder D, Paul B, Dasgupta A, Bandyopadhyay L, Pal A, Roy S. Community perception and risk reduction practices toward malaria and dengue: A mixed-method study in slums of Chetla, Kolkata. *Indian journal of public health* 2019; 63(3):178.
15. Salahshoori p. Promoting the empowerment of women requires their self-esteem. Tehran: Islamic Parliament Research Center Of The Islamic Republic Of IRAN; 2017. Available from: <https://rc.majlis.ir/fa/news/show/1047427>. Accessed March 20 2020
16. Population Of The Country In Urban And Rural Areas, By Sex And Province. Statistical Center Of Iran. Tehran; 2016 [Available from: <https://www.amar.org.ir/english/Population-and-Housing-Censuses/Census-2016-General-Results>].
17. Corona Training Guides Tehran. Ministry of Health and Medical Education; 2020 [Available from: <http://ird.behdasht.gov.ir>].
18. Hajizadeh E, Asghari M. *Statistical methods and analyzes by looking at the research method in biological and health sciences*. 1st ed. Tehran: Iranian Students Booking Agency; 1390 .
19. Mohseni-Ezhiyeh A, Ghamarani AM, Foroutan-kia S. Evaluating the validity and reliability of the fear of being laughed at (Gelotophobia) Scale among students of University of Isfahan in 2015. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences* 2017; 15(12):1147-60.
20. Ebrahimpour H, Mokabberi AH, Riva D, Roshandel Arbatani T. The media and glass ceiling: Explanation of television impact on the women promotion to the managerial levels. *governmental management* 2011; 3(6):1-8.
21. Hayat K, Rosenthal M, Xu S, Arshed M, Li P, Zhai P, et al. View of Pakistani Residents toward Coronavirus Disease (COVID-19) during a Rapid Outbreak: A Rapid Online Survey. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(10):3347.
22. 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. *Int J Biol Sci* 2020; 16(10):1745-1752.
23. Panahi R, Ramezankhani A, Tavousi M, Kooshehloo A, Niknami S. Relationship of health literacy with knowledge and attitude toward the harms of cigarette smoking among University Students. *J Educ Community Health* 2017; 3(4):38-44.

24. Edalatdoust Y, Bahraminejad N, Hanifi N, Faghihzadeh S. Health Care Workers' Knowledge and Attitude Towards Hand Hygiene in Educational Hospitals of Zanjan. *Military Caring Sciences* 2018; 5(15):53-46.
25. Mansour GF, Joukar F, Soati F, Meskin KP, Mansour GR. Level of Health Care Providers' Knowledge and Attitude Toward Caring For Patients With Hepatitis C. *J journal of medical council of islamic republic of iran* 2012; 30(1):9-19.
26. Alidosti M, Delaram M, Reisi Z. Impact of education based on health belief model in Isfahanese housewives in preventing H. pylori infection. *Journal of Fasa University of Medical Sciences* 2012; 2(2):71-7.
27. Heshmati H, Khajavi S, Alizadehsiuki H. An Investigation of the Perceived Barriers of Fruit and Vegetable consumption among Female High School Students in Gochan, 2013. *Journal Of Torbat Hedariyeh University Of Medical Sciences* 2014; 1(4):66-77.
28. Heshmati H, Behnampour N, Mir M, Karimi F, Khajavi S. Factors associated with urine and genital tract infection preventive behaviors among women referred to Gorgan Health Centers based on health belief model. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion* 2015; 3(1):59-68.
29. Razi T, Shamsi M, Khorsandi M, Roozbehani N, Ranjbaran M. Knowledge, Attitude and Practice of Mothers with regard to the Warning Signs of Respiratory Infections and Diarrhea in Children below the Age of Five in Arak in 2014. *J Educ Community Health* 2015; 1(4):43-50.
30. Nourizadeh R, Bakhtariagdam F, Sahebi L. Knowledge, health beliefs and breast cancer screening behaviors of women referring to health centers of Tabriz, 2010. *Iranian Journal of Breast Diseases* 2010; 3(3 and 4):43-51.
31. Alshammari KF. Women knowledge, attitude and practices about osteoporosis prevention "Riyadh Saudi Arabia". *World J Med Sci* 2014; 11(3):422-31.
- 32.