

بررسی میزان پایداری به قرنطینه و پروتکل‌های بهداشتی مرتبط با کووید ۱۹ و پاره‌ای از عوامل مرتبط با آن

شیرعلی خرامین^۱، شیرزاد شکیب خواه^۲، میترا رفیعی^۳، حافظ محمد حسین پور^۴

^۱ گروه روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران، ^۲ گروه روانشناسی بالینی، مرکز علمی کاربردی شهدای نازجا، تهران، ایران، ^۳ گروه روانشناسی بالینی، بیمارستان شهید جلیل، یاسوج، ایران، ^۴ گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران
تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۰۹/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۰۳

چکیده

زمینه و هدف: پاندمیک‌های مصیبت بار در طی تاریخ زندگی بشر به صورت منظم صورت پذیرفته‌اند. اختلال ویروسی کرونای ۲۰۱۹ یا کوید یکی از وسیع‌ترین و فراگیرترین پاندمیک صده اخیر بوده است. پایداری به اصول قرنطینه و رعایت پروتکل‌های بهداشتی اعلام شده به وسیله سازمان‌های مسئول سلامت جامعه از مهم‌ترین شاخصه‌های کنترل کننده انتشار عفونت و ویروس و در نتیجه تضمین کننده سلامت عمومی و در بیماری‌های پاندمیک می‌باشد. بنابراین شناخت عوامل مرتبط با میزان تقید به این دو امر، یکی از مهم‌ترین اهداف سیستم‌های بهداشت و درمان کشورها می‌باشد. هدف این پژوهش، تعیین و بررسی میزان پایداری به قرنطینه و پروتکل‌های بهداشتی مرتبط با کووید ۱۹ و پاره‌ای از عوامل مرتبط با آن می‌باشد.

روش بررسی: این مطالعه، یک مطالعه توصیفی-تحلیلی می‌باشد که در طی دوره قرنطینه دو هفته‌ای اسفند ۱۳۹۸ به صورت اینترنتی بر روی ۲۰۲ نفر از اعضای شبکه‌های اجتماعی صورت پذیرفته است. در این پژوهش دو پرسشنامه محقق ساخته با ۶ سوال و پرسشنامه فرم بلند نئو ۵ فرم بلند به وسیله افراد تکمیل و از طریق اینترنت باز گردانده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: بر اساس نتایج پژوهش، نزدیک به ۶۷ درصد افراد بالای ۷۵ به اصول قرنطینه و ۷۲ درصد در همین حد به رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی پایبند بوده‌اند. از طرف دیگر نتایج این نشان می‌دهد که در هر دو زمینه (تقید به قرنطینه در سطح ۰/۰۶ و رعایت دستورالعمل‌ها ۰/۰۱/معنی‌داری) زنان نسبت به مردان نمره بالاتری داشته‌اند. بر همین اساس جمعیت شهری در میزان سرمایه‌گذاری برای مبارزه با کرونا و تبعیت از اعلام متولیان نمره بالاتری نسبت به جمعیت روستایی داشته‌اند. در امر سرمایه‌گذاری نیز متأهلین از نمره بالاتری (معنی‌داری ۰/۰۴) برخوردار بوده‌اند. در مورد سن فقط میزان شرکت در فعالیت‌های جهادی به وسیله گروه ۲۰ تا ۳۵ سال در حد نزدیک به معنی‌داری (۰/۰۶) تفاوت داشته است. نتایج همچنین نشان می‌دهد که متغیر سواد در این رفتارها و ویژه تمایل به سرمایه‌گذاری (۰/۰۳/معنی‌داری) و تبعیت از دستورات متولیان (۰/۰۴) تفاوت معنی‌داری داشته است که در هر دو سواد دکترا و بالاتر نمره بالاتری داشته‌اند. در زمینه متغیر شغلی، نتایج نشان می‌دهد که کادر درمان در تقید و رعایت اصول بالاترین نمره را گزارش کرده‌اند. در ضمن رابطه معنی‌داری بین ویژگی‌های شخصیتی و تقید به دو امر ذکر شده مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان می‌دهد که میزان قرنطینه و رعایت اصول بهداشتی بیشتر از گزارش‌های اکثر نقاط بوده است. از طرف دیگر میزان تقید به قرنطینه و رعایت اصول بهداشتی با متغیرهای جنسیت، سکونت، سن، شغل، تحصیلات و تأهل رابطه معنی‌داری داشته و در زمینه ویژگی‌های شخصیتی رابطه قابل توجهی دیده نمی‌شود.

واژه‌های کلیدی: کوید ۱۹، کرونا، قرنطینه، ریسک فاکتور، عوامل جمعیت شناسی.

* نویسنده مسئول: حافظ محمد حسین پور، یاسوج، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، گروه روانپزشکی

Email: hafez90mhp@gmail.com

مقدمه

پاندمیک‌های مصیبت بار در طی تاریخ زندگی بشر به صورت منظم صورت پذیرفته‌اند. شاید آخرین این گونه حوادث ترا ماتیک قبل از قرن ۲۱ مربوط به پاندمیک آنفلوانزا در اسپانیا در سال ۱۹۱۸ باشد (۱). اتفاقات اخیر به ویژه شیوع انفجار گونه و خطرناک شامل ویروس زیکا، مرس، ابولا، سارس و مهم‌تر از همه اختلال ویروسی کوید ۱۹، باعث جلب توجه جامعه جهانی گردیده و به نظر می‌رسد نوعی اضطراب و تشویش شدید در جوامع ایجاد کرده است. اختلال ویروسی کرونای ۲۰۱۹ یا کووید ۲۰۱۹ در انتهای سال ۲۰۱۹ و ابتدای سال ۲۰۲۰ در وهان چین شروع و تقریباً بالای ۹۰ درصد کره زمین را آلوده کرده است. تا ۳۰ ژوئن ۲۰۲۰ تعداد ۱۰۱۸۵۳۷۴ نفر در سراسر دنیا به این بیماری مبتلا و تعداد ۵۰۳۸۶۲ نفر نیز به علت این بیماری فوت کرده‌اند (۲). سرعت انتقال این بیماری آن را تبدیل به یکی از نادرترین پاندمیک‌های تاریخ بشر نموده است (۳). پیامدهای اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی فراوانی این بیماری به دنبال داشته است.

از جمله پیامدهای این بیماری می‌توان به تلفات جانی و مرگ و میر ناشی از آن اشاره نمود (۳). بر اساس آخرین گزارش سازمان بهداشت جهانی از ۲۲۵۲۰۵ نفر مبتلای در ایران تعداد ۱۰۶۷۰ نفر (۴/۷۴ درصد)، در چین از ۸۵۲۲۷ نفر (۴۶۴۸/۴۵ درصد)، ایتالیا ۲۴۰۴۳۶ نفر تعداد ۳۴۷۴۴ نفر (۱۴/۴۵ درصد) و آمریکا از ۲۵۳۷۶۳۶ نفر تعداد ۱۲۶۲۰۳ نفر (۴/۹۷)

درصد) دچار مرگ شده‌اند (۴). در کل میزان مرگ و میر ناشی از این بیماری در حدود ۲ درصد گزارش شده است (۵).

به دلیل جدید بودن این بیماری تا کنون برای آن درمان قطعی وجود ندارد (۶). بنابراین در حال حاضر برای کنترل این بیماری، پیشگیری از ابتلا به آن و حذف چرخه انتقال بیماری در جامعه مهم می‌باشد (۷). به دلیل انتقال تنفسی ویروس کووید ۱۹ ماندگاری این ویروس در محیط نحوه رفتار مردم در جامعه نقش مهمی در روند انتقال این بیماری دارد (۸). رفتارهای پیشگیرانه مردم که می‌تواند باعث حذف چرخه این بیماری شود، می‌تواند شامل شستن دست‌ها با آب و صابون یا محلول ضدعفونی، دست ندادن، روبوسی نکردن، ضدعفونی کردن وسایل خریداری شده، و رعایت قرنطینه خانگی باشد (۹-۱۱). در این میان فاصله‌گذاری اجتماعی (به خصوص) قرنطینه، یکی از مهم‌ترین روش‌های کنترل بیماری‌های پاندمیک به ویژه ویروس کرونای ۱۹ می‌باشد (۱۱). در این بیماری و سایر بیماری‌های عفونی پاندمیک روش اصلی شکستن زنجیره انتقال، جداسازی مؤثر افراد مبتلا و مشکوک یا ناقلین حقیقی از جمعیت غیر مبتلاست (۱). این جداسازی اجتماعی شامل ایزولاسیون^(۱) و قرنطینه می‌باشد.

1-Isolation

گسترده در سال ۱۳۷۷ میلادی در طی پاندمیک مرگ سیاه^(۲) به وسیله دولت شهر دوبرونیک مورد استفاده قرار گرفت. در این اقدام کلیه مسافران ورودی شهر یک دوره ۳۰ روزه را در جزیره‌ای نزدیک شهر می‌گذراندند(۱۵ و ۱۳). در دنیا برای اجرای قرنطینه شیوه‌های مختلفی را مورد استفاده قرار می‌دهند؛ از جمله انواع قرنطینه می‌توان به قرنطینه پناه در منزل^(۳) که در آن شخص و خانواده در محل زندگی یعنی منزل پناه داده می‌شوند(۱۷ و ۱۶)، خط یا کمربند سلامتی^(۴) یعنی محدودیت حرکات افراد به یک منطقه جغرافیایی(۱۸)، لغو اجتماعات گسترده(۲۰ و ۱۹)، تعطیلی مدارس(۲۰)، تعطیلی محل کار(۲۱) و محدودیت‌های مسافرتی اشاره کرد. در طی پدیده پاندمیک بیماری کوید ۱۹ در ایران اکثر موارد بالا اجرا شده است.

پایبندی به اصول قرنطینه و رعایت پروتکل‌های بهداشتی اعلام شده به وسیله سازمان‌های مسئول سلامت جامعه از مهم‌ترین شاخصه‌های کنترل کننده انتشار عفونت و ویروس و در نتیجه تضمین کننده سلامت عمومی و در بیماری‌های پاندمیک می‌باشد. میزان موفقیت دولت‌ها و افراد در پیشگیری و کنترل این نوع پاندمی‌ها به درجه رعایت قرنطینه و پروتکل‌های بهداشتی مربوطه دارد(۲۲ و ۱۱، ۱۰). میزان توجه به این امر با

تعاریف مختلفی از قرنطینه در ادبیات علمی بیماری‌ها ذکر شده است. بر اساس نظر مرکز کنترل و جلوگیری از بیماری‌های آمریکا قرنطینه را جدایی یا محدودیت جا به جایی و رفت و آمد انسان‌هایی که احتمالاً تجربه تماس با عامل آلوده را داشته‌اند، به منظور اطمینان از عدم انتقال و کاهش آلوده‌سازی دیگران می‌توان تعریف کرد. بر این اساس از ایزلاسیون که در آن جدا کردن انسان‌هایی است که تشخیص بیماری داشته‌اند، متفاوت می‌باشد(۱۲). بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی قرنطینه عبارت است از محدودیت فعالیت و یا جدایی از دیگر افراد مضمون غیر بیمار به شیوه‌ای که از احتمال گسترش عفونت یا بیماری جلوگیری شود(۱۰). به عبارتی در قرنطینه افرادی که هنوز سالم هستند، اما احتمالاً با یک عامل آلوده مواجهه داشته‌اند، از کسانی که سالم هستند و مواجهه نداشته‌اند، جدا می‌شوند. این عمل جلوگیری از فعالیت‌ها یا ارتباط بین فردی یا انتقال کالاها با هدف پیشگیری از شیوع بیماری یا بلااست(۱۳).

قرنطینه یک اقدام مهم سیاست‌گذاری جمعی است که می‌تواند حقوق فردی و مزایای جوامع بزرگتر را با مشکل مواجهه و حوزه‌های بهداشت عمومی، حقوق و روابط بین الملل را در بر گیرد به طوری که امروزه حتی تبدیل به قراردادهای ملی و بین المللی گردیده است(۱۴). کلمه قرنطینه اولین بار در ونیس ایتالیا در سال ۱۱۲۷ و در جریان شیوع جذام^(۱) به کار گرفته شد و بعد از آن به صورت جد و به طور

1-leprosy
2-Black Death
3-Shelter-in-Place(SIP)
4-Cordon Sanitaire

توجه به کشورهای مختلف و عوامل اجتماعی، اقتصادی، فردی و شخصیتی و نوع و شدت اپیدمی متفاوت می‌باشد (۲۳). در پژوهش‌های مختلف درصد رعایت اصول قرنطینه و پروتکل‌های جاری از ۰ تا ۹۲/۸ درصد گزارش شده است (۲۴). یکی از مهم‌ترین عوامل تعیین کننده تقید مردم به این اصول، عوامل فردی و اجتماعی به ویژه عوامل دموگرافیکی می‌باشد (۲۵ و ۲۴). از جمله این عوامل می‌توان به وضعیت شغلی (۲۵)، جنسیت، سن، و محل سکونت اشاره نمود (۲۹-۲۶ و ۲۴، ۲۳).

با توجه به نقش و اهمیت قرنطینه در کنترل پاندمیک کووید ۱۹ و کل بیماری‌های پاندمیک در کل، شناسایی عوامل مرتبط با این رفتار، چه مثبت چه منفی، از ضروریات هر گونه اقدام برای ترغیب مردم به قرنطینه می‌باشد. لذا هدف از پژوهش حاضر تعیین و بررسی میزان پایبندی به قرنطینه و پروتکل‌های بهداشتی مرتبط با کووید ۱۹ و پاره‌ای از عوامل مرتبط با آن می‌باشد.

روش بررسی

این مطالعه، یک مطالعه توصیفی-تحلیلی می‌باشد که در طی دوره قرنطینه دو هفته‌ای اسفند ۱۳۹۸ به صورت اینترنتی انجام شد، به منظور بررسی پاره‌ای از عوامل جمعیت‌شناسی و شخصیتی مرتبط با رعایت اصول بهداشتی مرتبط با کرونا، تقید به انجام قرنطینه و شرکت در فعالیت‌های مبارزه با کوید ۱۹ طراحی گردید. جمعیت مورد مطالعه کلیه کاربران شبکه‌های اجتماعی واتس آپ و گوگل در استان کهگیلویه و

بویراحمد بوده است، گروه نمونه پرسشنامه را تکمیل و ارسال کرده‌اند.

با توجه به وضعیت مسری بودن بیماری، قرنطینه بودن مردم و پراکندگی جمعیت، پرسشنامه به صورت الکترونیکی طراحی و آدرس آن به گروه‌های واتس آپی و تلگرامی در دسترس محققان ارسال و از آنان خواسته شد با مراجعه به آدرس اینترنتی نسبت به تکمیل پرسشنامه اقدام کنند. با محاسبه جمعیت گروه‌ها تعداد ۳۰۰۰ نفر عضو گروه‌های هدف بوده است که تعداد ۳۵۰ نفر تکمیل و نهایتاً تعداد ۲۰۲ نفر آنان کامل بوده است که نتایج آنان در تجزیه و تحلیل پژوهش لحاظ شده است. در ضمن با توجه به سه هفته‌ای بودن قرنطینه اولین ارسال پرسشنامه در روزهای پایانی قرنطینه صورت گرفت و تا پایان قرنطینه و دو روز بعد از آن سه بار پیام یادآور ارسال شد. بیش از ۸۰ درصد شرکت کنندگان در پژوهش پرسشنامه خود را تا روزهای پایانی قرنطینه تکمیل نموده بودند.

مهم‌ترین ملاک خروج از پژوهش پرسشنامه ناقص (عدم تکمیل یا مخدوش بودن بیش از ۵ درصد سوالات) بوده است.

در این پژوهش از سه پرسشنامه عوامل دموگرافیک شامل جنسیت، شغل، سن، تحصیلات و غیره، پرسشنامه تقید به رعایت قرنطینه و اصول بهداشتی مرتبط با کرونا شامل ۶ آیتم و یک نمره کلی و پرسشنامه شخصیتی ۵ عاملی استفاده شده است. پرسشنامه تقید به رعایت قرنطینه و اصول بهداشتی مرتبط با کرونا: این پرسشنامه شامل ۶

سوال بوده است. سوالات این پرسشنامه به وسیله محقق طراحی گردیده و با نظر سه روانشناس و دو نفر اپیدمیولوژک و دو نفر متخصص آموزش بهداشت با نمره عالی مورد تایید قرار گرفت. سوالات این پرسشنامه عبارت بودند از: ۱- اگر بخواهید به میزان پایبندی خود در رعایت دستورات بهداشتی از جمله ضد عفونی، رعایت فاصله، زدن ماسک، پوشیدن دستکش نمره یک تا صد دهید چه نمره‌ای به خود می‌دهید؟ (مثلاً ۱ یعنی اصلاً رعایت نمی‌کنم تا ۱۰ یعنی کاملاً و صد در صد رعایت می‌کنم) ۲- اگر بخواهید به میزان پایبندی خود در رعایت قرنطینه، نمره یک تا صد دهید چه نمره‌ای به خود می‌دهید؟ (مثلاً ۱ یعنی اصلاً رعایت نمی‌کنم، ۵۰ یعنی در حد متوسط، ۱۰۰ یعنی کاملاً رعایت می‌کنم) ۳- چقدر حاضرید برای ریشه کنی کرونا از وقت و سرمایه مالی خود در این راه خرج کنید؟ ۴- چقدر حاضرید در فعالیت‌های جهادی مبارزه با کرونا شرکت کنید؟ ۵- اگر لازم باشد که در خانه بمانید و تا زمان دستور بیرون نیایید، فکر می‌کنید چقدر می‌توانید این کار را انجام دهید؟ ۶- چقدر در زمان گذشته از این بیماری، توانستید از اجتماعات دوری نمایید. در دو سوال اول نمره از یک تا صد درجه بندی شده بود و در سوال ۳ تا ۶ نمره دهی به صورت هیچ (۱)، کم (۲)، تا حدی (۳)، زیاد (۴) و خیلی زیاد (۵) انجام می‌گرفت. علاوه بر نمره تک تک آیتم‌ها پرسشنامه دارای یک نمره کلی بوده است که از جمع نمودن شش سوال به دست می‌آمد. پایایی محاسبه شده بر اساس نتایج کلی نشان

دهنده عد ۷۶ برای این آزمون (در حد مناسب) بوده است.

پرسشنامه شخصیتی NEOPI-R جانشین تست NEO است که در سال ۱۹۸۵ به وسیله مک کری و کاستا تهیه شده بود. این پرسشنامه ۵ عامل اصلی شخصیت و ۶ خصوصیت در هر عامل یا به عبارتی ۳۰ خصوصیت را اندازه می‌گیرد و بر این اساس ارزیابی جامعی از شخصیت را ارائه می‌دهد و به همین دلیل علی‌رغم طولانی بودن در بسیاری از پژوهش‌ها به منظور سنجش ویژگی‌های شخصیتی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پنج عامل عبارتند از: روان‌نژندی یا نوروTIK بودن (N)، برون‌گرایی (E)، اشتیاق به تجربیات جدید (O)، توافق‌پذیری (A) و وظیفه‌شناسی (C). این پرسشنامه دارای دو فرم یکی (S) برای گزارش‌های شخصی است و شامل: ۲۴۰ سوال پنج درجه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف است که به وسیله خود آزمودنی درجه‌بندی می‌شود و متناسب مردان و زنان در تمام سنین است و دیگری فرم (R) یا تجدید نظر شده نام دارد و بر اساس درجه‌بندی‌های مشاهده‌گر است، فرم استفاده شده در این پژوهش فرم ۲۴۰ سوالی آزمون بوده است.

در هنجاریابی آزمون NEO که به وسیله گروسی فرشی روی نمونه‌ای با حجم ۲۰۰۰ نفر از بین دانشجویان دانشگاه‌های تبریز، شیراز و دانشگاه‌های علوم پزشکی این دو شهر صورت گرفت، ضریب همبستگی ۵ بعد اصلی را بین ۰/۵۶ تا ۰/۸۷

گزارش کرده است. ضرایب آلفای کرونباخ در هر یک از عوامل اصلی روان آزدگی خوبی، برون‌گرایی، باز بودن، سازگاری و با وجدانی به ترتیب $0/73$ ، $0/56$ ، $0/68$ و $0/87$ به دست آمد. جهت بررسی اعتبار محتوایی این آزمون از همبستگی بین دو فرم گزارش شخصی (S) و فرم ارزیابی مشاهده گر (R)، استفاده شد که حداکثر همبستگی به میزان $0/66$ در عامل برون‌گرایی و حداقل آن به میزان $0/45$ در عامل سازگاری بود (30).

داده‌ها با استفاده از نرم افزار و آزمون‌های آماری تی مستقل، تحلیل واریانس و ضریب همبستگی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

در این پژوهش تعداد ۲۰۲ نفر پرسشنامه تقریباً تکمیل شده را تکمیل و از طریق اینترنت ارسال نمودند، اطلاعات جمعیت‌شناسی این گروه را نشان می‌دهد (جدول ۱). در این پژوهش بیشترین تعداد مربوطه به مردان (66 درصد)، متأهل (78 درصد)، شهری (89 درصد)، وضعیت شغلی آزاد (37 درصد)، و لیسانس به بالا (80 درصد) بوده است (جدول ۱).

بر اساس نتایج پژوهش تقریباً 67 درصد افراد مورد مطالعه بیش از 75 درصد پایبند به قرنطینه و 72 درصد از آنان بالای 75 درصد به رعایت اصول بهداشتی مقید بوده‌اند (جدول ۲). جدول ۳ نشان دهنده میانگین و انحراف استاندارد نمرات افراد نمونه در ۶ سوال پژوهش و نمره کلی است. در این پژوهش

میانگین نمره زنان نسبت به نمره مردان در سوال ۲ ($90/22$ به $78/44$)، سوال ۶ ($4/30$ به $3/99$) و نمره کلی ($191/454$ به $173/629$) بالاتر بوده است. در هر سه مورد این تفاوت معنی‌دار بوده است.

نتایج پژوهش حاکی از تفاوت میانگین نمرات افراد در سوالات ۳ و ۶ با توجه به محل سکونت بوده است (جدول ۴). بر اساس این نتایج در هر دو مورد جمعیت شهری نمرات بالاتری (به ترتیب $4/039$ به $3/64$ و $4/14$ به $3/73$) به ترتیب در سوال ۳ و ۶ را گزارش نموده‌اند. این تفاوت با توجه به وضعیت تأهل فقط در سوال ۶ با نسبت بیشتر در مجردین ($4/25$ به $4/06$) به طور معنی‌داری بالاتر بوده است (جدول ۵).

جداول ۶ تا ۸، میانگین و انحراف استاندارد گروه نمونه را در سوالات ۶ گانه به ترتیب بر اساس دامنه سنی، سواد و شغل نشان می‌دهد. میانگین نمره هیچ‌کدام از موارد شش گانه به جز آیتم شماره ۴ (نزدیک به معنی‌داری یعنی $0/06$) در میان گروه‌های سنی مختلف تفاوت معنی‌داری را نشان نداده است (جدول ۶). در آیتم شماره ۴ بالاترین نمره مربوط به گروه ۲۰ تا ۳۵ سال ($4/16$) و کمترین مربوط به گروه سنی زیر ۲۰ سال ($2/75$) بوده است. این تفاوت‌ها بر اساس سطح سواد در دو آیتم ۳ و ۵ به طور معنی‌داری مشاهده گردیده است (جدول ۷). بالاترین نمره در آیتم ۳ مربوط به تحصیلات دکترا ($4/36$) و کمترین به ترتیب مربوط به فوق دیپلم ($3/67$) و تا دیپلم ($3/82$) بوده است. در آیتم ۵ نیز بالاترین میانگین متعلق به دکترا ($4/41$) و

نتایج پژوهش همچنین نشان می‌دهد که هیچ‌کدام از آیتم‌های ذکر شده با شاخصه‌های شخصیتی و سن رابطه همبستگی نداشته‌اند. به عبارتی در هیچ‌کدام از موارد همبستگی محاسبه شده بین ۵ بعد شخصیت، سن و سوالات ۶ گانه رابطه همبستگی معنی‌داری مشاهده نشد (جدول ۹).

کمترین مربوط به گروه تا دیپلم (۳/۷۹) می‌باشد. این تفاوت برحسب شغل فقط در آیتم شماره ۱ معنی‌دار و در آیتم شماره ۵ نزدیک به معنی‌داری بوده ($p < 0.07$) بوده است (جدول ۸). بر اساس این نتایج در آیتم شماره ۱، بالاترین و کمترین نمره به ترتیب مربوط به افراد بی‌کار و بازاری (۸۶/۳۹ و ۶۷/۲۵) و در آیتم شماره ۳ مربوط به کادر درمان و افراد بی‌کار (به ترتیب ۴/۲۲ و ۳/۵۰) بوده است.

جدول ۱: داده‌های دموگرافیک گروه نمونه

نام متغیر	تعداد	درصد
جنسیت		
زن	۱۳۴	۶۶
مرد	۶۸	۳۴
تاهل		
مجرد	۴۴	۲۲
متاهل	۱۵۸	۷۸
محل زندگی		
روستا	۲۲	۱۱
شهر	۱۸۰	۸۹
بی‌کار	۱۸	۹
خانه‌دار	۱۴	۷
کادر درمانی	۵۴	۲۷
وضعیت اشتغال		
کادر آموزشی	۲۴	۱۲
نظامی	۵	۳
بازاری	۱۲	۶
آزاد	۷۵	۳۷
تا دیپلم	۲۲	۱۱
وضعیت تحصیلات		
فوق دیپلم	۱۸	۹
لیسانس	۶۰	۳۹
فوق لیسانس	۶۰	۳۹
دکتر	۴۲	۲۱

جدول ۲: افراد گروه نمونه بر اساس در صد رعایت اصول قرنطینه و بهداشتی

در صد رعایت	سوال اول	سوال ۲
تعداد	درصد	تعداد
در صد	درصد	در صد
تا ۲۵ درصد	۱	۵۰
۲۵ تا ۵۰ درصد	۳۹	۱۹/۲
۵۰ تا ۷۵ درصد	۲۸	۱۳/۸
۷۵ درصد به بالا	۱۳۵	۶۶/۵
کل	۲۰۳	۱۰۰

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد گروه نمونه در سوالات مختلف پژوهش

سوال	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	میزان تی	سطح معنی داری
۱	مرد	۷۸/۹۹۸	۱۹/۶۳	۱/۸۸	۰/۰۶۱
	زن	۸۴/۶۲۹	۲۰/۹۱		
۲	مرد	۷۸/۴۴	۲۲/۵۴	۳/۸۶	/۰۰۰۱
	زن	۹۰/۲۲	۱۵/۶۳		
۳	مرد	۳/۹۸	/۹۹	۰/۳۷	۰/۷۱
	زن	۴/۰۲۹	/۸۱		
۴	مرد	۴/۰۳۸	۱/۰۶	۰/۴۲	۰/۶۷
	زن	۳/۹۷	۱/۰۲		
۵	مرد	۴/۱۷۷	/۸۴	۰/۹۸	۰/۳۲
	زن	۴/۳۰	/۹۱		
۶	مرد	۳/۹۹	/۹۱	۲/۳۰	۰/۰۲
	زن	۴/۳۰	/۸۶		
جمع	مرد	۱۷۳/۶۲۹	۳۷/۸۶	۳/۳۱	۰/۰۰۱
	زن	۱۹۱/۴۵۴	۳۲/۷۲		

جدول ۴: میانگین و انحراف استاندارد نمرات گروه نمونه در سوالات ۶ گانه و نمره کل بر اساس محل سکونت

سوال	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	میزان تی	سطح معنی داری
۱	شهری	۸۱/۳۴	۱۹/۸۶	۰/۵۹	۰/۵۵
	روستایی	۷۸/۶۴	۲۲/۵۳		
۲	شهری	۸۲/۲۱	۲۱/۳۰	۰/۶۸	۰/۵۹
	روستایی	۱۹/۶۹	۱۹/۶۹		
۳	شهری	۴/۰۴	/۸۶	۱/۹۱	۰/۰۵
	روستایی	۳/۶۴	۱/۴۰		
۴	شهری	۴/۳۹	۱/۰۱	۱/۱۵	۰/۲۵
	روستایی	۳/۷۷	۱/۳۱		
۵	شهری	۴/۲۵	/۸۵	۱/۵۲	۰/۱۳
	روستایی	۳/۹۵	/۹۹		
۶	شهری	۴/۱۴	/۸۷	۲/۰۵	۰/۰۴
	روستایی	۳/۷۳	۱/۱۲		
جمع	شهری	۱۸۰/۰۴	۳۶/۸۱	۰/۱۰	۰/۹۲
	روستایی	۱۷۹/۱۸	۳۸/۷۳		

جدول ۵: میانگین و انحراف استاندارد نمرات گروه نمونه در سوالات ۶ گانه و نمره کل بر اساس وضعیت تأهل

سوال	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	میزان T	سطح معنی داری
۱	مجرد	۷۹/۲۹	۲۲/۶۲	۰/۵۹	۰/۵۵
	متاهل	۸۱/۳۴	۱۹/۵۳		
۲	مجرد	۸۶/۹۳	۲۱/۶۸	۱/۶۱	۰/۱
	متاهل	۸۱/۱۵	۲۰/۹۳		
۳	مجرد	۳/۷۵	/۹۹	۱/۹۸	۰/۰۴
	متاهل	۴/۰۶	/۹۱		
۴	مجرد	۳/۸۲	۱/۱۰	۱/۴۱	۰/۱۶
	متاهل	۴/۰۷	۱/۰۳		
۵	مجرد	۴/۱۹	۱/۱۲	۰/۲۴	۰/۸۱
	متاهل	۴/۲۳	/۷۷		
۶	مجرد	۴/۲۵	/۸۹	۱/۲۹	۰/۲
	متاهل	۴/۰۶	/۹۱		
جمع	مجرد	۱۸۲/۲۴	۳۹/۹۵	۰/۵۳	۰/۶
	متاهل	۱۷۸/۹۰	۳۶/۳۷		

جدول ۶: میانگین و انحراف استاندارد نمرات گروه نمونه در سوالات ۶ گانه و نمره کل بر اساس دامنه سنی

سوال	متغیر سن	میانگین	انحراف استاندارد	میزان F	سطح معنی داری
۱	زیر ۲۰ سال	۶۲/۵۰	۲۵	۲/۰۸	۰/۱۰
	۲۰ تا ۳۵ سال	۷۸/۰۹	۲۲/۲۰		
	۳۵ تا ۶۵ سال	۸۳/۰۰۵	۱۸/۶۳		
	۶۵ به بالا	۸۵	۲۰/۷۳		
۲	زیر ۲۰ سال	۶۲/۵	۲۵	۱/۹۱	۰/۱۳
	۲۰ تا ۳۵ سال	۸۵/۵۵	۱۸/۵۹		
	۳۵ تا ۶۵ سال	۸۱/۳۳	۲۲/۵۳		
	۶۵ به بالا	۸۸/۳۳	۹/۸۹		
۳	زیر ۲۰ سال	۳/۲۵	/۹۶	۰/۹۱	۰/۴۴
	۲۰ تا ۳۵ سال	۳/۹۹	۱/۰۱		
	۳۵ تا ۶۵ سال	۳/۹۹	/۸۹		
	۶۵ به بالا	۴/۱۷	/۹۸		
۴	زیر ۲۰ سال	۲/۷۵	۱/۲۶	۲/۴۴	۰/۰۶
	۲۰ تا ۳۵ سال	۴/۱۶	/۸۹		
	۳۵ تا ۶۵ سال	۳/۹۸	۱/۱۱		
	۶۵ به بالا	۳/۸۳۶	/۹۸		
۵	زیر ۲۰ سال	۳/۳۰	۱/۷۴	۱/۶۳	۰/۱۸
	۲۰ تا ۳۵ سال	۴/۲۸	/۸۶		
	۳۵ تا ۶۵ سال	۴/۲۰	/۸۴		
	۶۵ به بالا	۴/۳۳	/۸۲		
۶	زیر ۲۰ سال	۴/۲۷	/۴۹	۰/۰۹	۰/۹۷
	۲۰ تا ۳۵ سال	۴/۱۱	/۹۳		
	۳۵ تا ۶۵ سال	۴/۰۸	/۹۲		
	۶۵ به بالا	۴	/۸۹		
جمع	زیر ۲۰ سال	۱۳۸/۵۸	۵۱/۷۳	۱/۸۲	۰/۱۴
	۲۰ تا ۳۵ سال	۱۸۰/۱۹	۳۶/۷۳		
	۳۵ تا ۶۵ سال	۱۸۰/۶۱	۳۶/۹۱		
	۶۵ به بالا	۱۸۹/۶۷	۲۹/۱۲		

جدول ۷: میانگین و انحراف استاندارد نمرات گروه نمونه در سوالات ۶ گانه و نمره کل بر اساس سواد

سوال	متغیر سواد	میانگین	انحراف استاندارد	میزان F	سطح معنی داری
۱	تا دیپلم	۷۸/۲۶	۲۲/۲۳	۱/۲۳	۰/۲۹
	فوق دیپلم	۷۵/۳۳	۲۲/۹۲		
	لیسانس	۸۲/۵۶	۲۰/۴۶		
	فوق لیسانس	۷۹/۱۱	۲۰/۵۳		
	دکتر	۸۵/۵۹	۱۵/۳۱		
۲	تا دیپلم	۸۴/۷۶	۱۹/۱۶	۰/۰۸	۰/۹۹
	فوق دیپلم	۸۱/۳۹	۱۸/۴۵		
	لیسانس	۸۲/۱۲	۲۲/۲۴		
	فوق لیسانس	۸۲/۱۲	۲۲/۲۰		
	دکتر	۸۲/۷۳	۲۰/۷۹		
۳	تا دیپلم	۸۲/۳۱	/۸۵	۲/۷۳	۰/۰۳
	فوق دیپلم	۳/۸۲	۱/۱۴		
	لیسانس	۳/۶۷	۰/۹۹		
	فوق لیسانس	۳/۸۶	۰/۹۴		
	دکتر	۴/۰۳	۰/۶۹		
۴	تا دیپلم	۴/۳۶	۱/۱۱	۰/۱۶	۰/۹۶
	فوق دیپلم	۴	۱/۱۳		
	لیسانس	۴/۱۱	۱/۰۹		
	فوق لیسانس	۳/۹۵	۱/۰۶		
	دکتر	۴/۱۰	۰/۹۳		
۵	تا دیپلم	۴/۰۱	۱/۱۱	۲/۵۵	۰/۰۴
	فوق دیپلم	۳/۷۹	۰/۷۲		
	لیسانس	۴/۰۵	۱/۰۱		
	فوق لیسانس	۴/۱۵	۰/۷۵		
	دکتر	۴/۳۵	۰/۶۲		
۶	تا دیپلم	۴/۴۱	۰/۷۲	۰/۳۶	۰/۸۳
	فوق دیپلم	۳/۹۸	۱/۲۰		
	لیسانس	۴/۱۷	۰/۹۹		
	فوق لیسانس	۴/۱۰	۰/۹۲		
	دکتر	۴/۰۴	۰/۷۱		
جمع	تا دیپلم	۴/۲۲	۴۰/۵۶	۰/۴۱	۰/۸۰
	فوق دیپلم	۱۷۸/۶۲	۳۶/۲۷		
	لیسانس	۱۷۲/۷۲	۳۸/۸۸		
	فوق لیسانس	۱۷۸/۲۳	۳۶/۸۳		
	دکتر	۱۸۴/۹۸	۳۳/۴۲		

جدول ۸: میانگین و انحراف استاندارد نمرات گروه نمونه در سوالات ۶ گانه و نمره کل بر اساس شغل

سوال	متغیر شغل	میانگین	انحراف استاندارد	میزان F	سطح معنی‌داری
۱	بی کار	۸۶/۳۹	۲۰/۹۹	۲/۴۵	۰/۰۲
	خانه دار	۸۰/۱۲	۲۴/۸۱		
	کادر درمان	۸۷/۱۱	۱۵/۱۹		
	آموزش و پرورش	۷۶/۱۱	۲۰/۰۴		
	نظامی	۸۴/۰۰	۱۸/۱۶		
	بازاری	۶۷/۲۵	۲۴/۷۱		
	سایرین	۷۸/۵۷	۲۰/۱۴		
۲	بی کار	۹۰/۵۶	۱۶/۲۶	۰/۹۸	۰/۴۴
	خانه دار	۸۱/۰۵	۲/۱۸		
	کادر درمان	۸۲/۷۰	۲۳/۲۶		
	آموزش و پرورش	۸۵	۱۳/۹۹		
	نظامی	۷۰	۴۲/۴۳		
	بازاری	۷۶/۵۰	۲۲/۵۲		
	سایرین	۸۱/۴۳	۲۰/۷۲		
۳	بی کار	۳/۵۰	۱/۱۰	۱/۹۲	۰/۰۷
	خانه دار	۳/۹۳	/۶۱		
	کادر درمان	۴/۲۲	/۸۸		
	آموزش و پرورش	۳/۹۶	/۷۵		
	نظامی	۳/۸۰	/۸۴		
	بازاری	۳/۵۸	۱/۵		
	سایرین	۴/۰۵	/۸۸		
۴	بی کار	۳/۵۶	۱/۲۹	/۹۸	/۴۴
	خانه دار	۴/۰۰۳	/۷۸		
	کادر درمان	۴/۱۸	/۹۵		
	آموزش و پرورش	۳/۸۸	۱/۱۹		
	نظامی	۴	۱/۷۳		
	بازاری	۴/۲۵	/۸۷		
	سایرین	۴/۰۱	۱/۰۲		
۵	بی کار	۴/۱۸	۱/۰۴	۱/۰۲	۰/۴۱
	خانه دار	۴/۰۳	/۶۸		
	کادر درمان	۴/۴۴	/۶۹		
	آموزش و پرورش	۴/۱۷	/۵۶		
	نظامی	۳/۸۰	۱/۶۴		
	بازاری	۴/۰۸	/۹۹		
	سایرین	۴/۱۶	۹۶		
۶	بی کار	۴/۲۳	۱/۱۶	۰/۴۴	۰/۸۳
	خانه دار	۳/۸۲	۹۰		
	کادر درمان	۴/۱۳	/۹۵		
	آموزش و پرورش	۴/۰۴	/۶۹		
	نظامی	۴/۲۰	/۴۵		
	بازاری	۴/۳۴	/۷۷		
	سایرین	۴/۰۷	/۹۲		
جمع	بی کار	۱۹۲/۴	۳۴/۷۵	۱/۴۵	۰/۲۰
	خانه دار	۱۷۶/۹۷	۴۲/۷۰		
	کادر درمان	۱۸۶/۸۰	۳۵/۸۱		
	آموزش و پرورش	۱۷۷/۷۲	۲۹/۳۱		
	نظامی	۱۶۹/۸۰	۶۰/۱۵		
	بازاری	۱۶۰/۱	۳۷/۶۳		
	سایرین	۱۷۶/۳۰	۳۷/۲۸		

جدول ۹: ضریب همبستگی بین سوالات شش گانه پژوهش، ابعاد ۵ گانه شخصیتی و سن

سوال	متغیر سن	N	E	O	A	C
سوال ۱	۰/۱۲	۰/۰۸	۰/۰۰۷	۰/۰۵۱	۰/۰۰۱	۰/۰۴۶
سوال ۲	۰/۰۱	۰/۰۴	۰/۰۷۱	۰/۰۰۵	۰/۰۲۷	۰/۰۱۴
سوال ۳	۰/۰۷	۰/۰۸	۰/۰۰۳	۰/۰۶۱	۰/۰۶۵	۰/۰۳۷
سوال ۴	۰/۰۸	۰/۰۹	۰/۰۷۷	۰/۰۹۸	۰/۱۱۶	۰/۱۳
سوال ۵	۰/۰۲	۰/۰۸	۰/۰۶۵	۰/۰۱۲	۰/۰۴۶	۰/۰۸۶
سوال ۶	۰/۰۵	۰/۰۰۵	۰/۰۱۶	۰/۰۱۵	۰/۰۳۹	۰/۰۱۵
جمع	۰/۰۶	۰/۰۷۱	۰/۰۳۳	۰/۰۳۲	۰/۰۲۳	۰/۰۲۳

بحث

پاندمیک‌های مصیبت بار در طی تاریخ زندگی بشر به صورت منظم صورت پذیرفته‌اند. اختلال ویروسی کرناوی ۲۰۱۹ یا کوید یکی از وسیع‌ترین و فراگیرترین پاندمیک صده اخیر بوده است. پابیندی به اصول قرنطینه و رعایت پروتکل‌های بهداشتی اعلام شده به وسیله سازمان‌های مسئول سلامت جامعه، از مهم‌ترین شاخصه‌های کنترل‌کننده انتشار عفونت و ویروس و در نتیجه تضمین‌کننده سلامت عمومی در بیماری‌های پاندمیک می‌باشد. بنابراین شناخت عوامل مرتبط با میزان تقید به این دو امر، یکی از مهم‌ترین اهداف سیستم‌های بهداشت و درمان کشورها می‌باشد (۳). پژوهش حاضر در پی بررسی پاره‌ای از عوامل مرتبط با میزان تقید به این دو امر در طی دوره قرنطینه اسفند ۱۳۹۸ بوده است.

بر اساس نتایج به دست آمده بیش از ۶۶ درصد افراد جامعه اصول قرنطینه و بیش از ۷۱ درصد اصول بهداشتی را به صورت بسیار بالایی

(بالای ۷۵ درصد) رعایت نموده که نسبت به نتایج سایر کشورها در بسیاری از موارد بالاتر می‌باشد. به عنوان نمونه در پژوهش اسمیت و همکاران (۲۷) در کشور انگلستان بیش از ۷۵/۱ درصد افراد مورد مطالعه در طی ۲۴ ساعت قبل از مصاحبه اقدام به ترک منزل کرده بوده و این امر به معنی عدم پابیندی به اصول قرنطینه وضع شده، بوده است. در پژوهش یهودا پولاک و همکاران (۲۸) به طور متوسط میزان تبعیت و تقید به قرنطینه کمتر از ۳ درصد بوده است. این امر می‌تواند تا حدودی ناشی از جدی‌تر بودن خطر کوید ۱۹ به ویژه سرعت گسترش آن نسبت به پاندمیک‌های قبلی ویژه سارس و غیره باشد.

نتایج این پژوهش حاکی از آن است که زنان در زمینه تقید به اصول قرنطینه و رعایت اصول بهداشتی بیشتر از مردان نمره کسب کرده‌اند. این پژوهش با پژوهش‌های قبلی از جمله پژوهش اسمیت و همکاران (۲۷)، پولاک و همکاران (۲۸) کارلوسی و همکاران (۲۹)، واین رویج و همکاران (۳۲)، رینولد و

همکاران (۳۲) و فلاحی و همکاران [۳۳] مطابقت داشته است. به عبارتی زنان در پایداری به قرنطینه و رعایت اصول بهداشتی نسبت به مردان تقید بالاتری دارند که این امر تا حد زیادی می‌تواند مرتبط با وظیفه متفاوت این دو گروه، به ویژه مسئولیت بالاتر مردان برای درآمد خانواده و در نتیجه اجبار به بیرون رفتن باشد (۳۴).

از طرف دیگر نقش و ارتباط محل سکونت با تقید به موارد بالا در مورد سوال ۳ و ۶ کاملاً معنی‌دار بوده است. در این پژوهش در زمینه آمادگی خرج کردن سرمایه برای مبارزه با کرونا (سوال ۳) و میزان دوری از اجتماعات در گذشته (سوال ۶)، افراد مقیم شهر نمره بالاتری را نسبت به ساکنین روستا کسب کرده‌اند. این نتایج می‌تواند مرتبط با سطح سواد و اطلاعات مناطق شهری (۳۳) و تا حدودی شیوع کمتر بیماری در مناطق روستایی و در نتیجه عدم احساس خطر جدی مانند ساکنین شهر باشد. نتایج این پژوهش تأیید کننده نتایج به دست آمده با پژوهش اسمیت و همکاران (۲۷) که در آن اقدام به نقض موارد قرنطینه در شهر بیشتر بوده است در تضاد می‌باشد که می‌تواند این تفاوت به وضعیت متفاوت فرهنگی و جغرافیایی دو پژوهش باشد. در ارتباط با وضعیت تأهل در کل نمره تفاوت معنی‌داری بین افراد متأهل و مجرد وجود نداشته است، اما در سوال ۳ یعنی آمادگی هزینه کردن و وقت گذاشتن افراد متأهل نمره بالاتری داشته‌اند. به عبارتی افراد متأهل تمایل

بیشتری نسبت به افراد مجرد برای سرمایه‌گذاری در امر مبارزه با کووید ۱۹ داشته‌اند. این امر در پژوهش اسمیت و همکاران (۲۷)، تانگ و وانگ (۳۶-۳۵)، و لو و همکاران (۳۷) نیز مورد تأیید قرار گرفته است. با توجه به وضعیت سنی افراد مجرد، عدم وابستگی به شرایط اجتماعی و خانوادگی این امر در مورد کم توجهی افراد مجرد به وقت گذاشتن برای مبارزه می‌تواند توجیه‌پذیر باشد.

نتایج پژوهش همچنین حاکی است که در کل نمره پرسشنامه بر اساس سن، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، اما در سوال ۴ یعنی تمایل به شرکت در فعالیت‌های جهادی مبارزه با کرونا گرچه معنی‌دار نبوده است، اما بسیار نزدیک به این (۰/۰۶) سطح بوده است. در این زمینه کمترین میزان نمره مربوط به گروه سنی زیر ۲۰ سال و بیشترین مربوط به ۲۰ تا ۳۵ سال بوده است. در زمینه عدم تفاوت سنین مختلف در زمینه نمره کلی تقید به قرنطینه و اصول بهداشتی نتایج با پژوهش‌های باکری و والی (۲۳) در تضاد و با پژوهش‌های اسمیت و همکاران (۲۷)، پولاک و همکاران (۲۸)، کارلوسی و همکاران (۲۹)، برزرا و همکاران (۳۴)، وان روجی و همکاران (۳۱) و سود و همکاران تطابق دارد. به هر جهت تمایل بیشتر جمعیت بین ۲۰ تا ۳۵ سال می‌تواند مربوط به سن دانشگاهی و آزاد بودن وقت به علت تعطیلی دانشگاهها و اقتضای سنی آنان باشد.

عامل سواد و رابطه آن با تقید به قرنطینه و اصول بهداشتی در این مطالعه آورده شده است. در این پژوهش در نمره کلی پرسشنامه تفاوت معنی‌داری بر اساس سواد مشاهده نشد، اما در موارد ۳ یعنی تمایل به سرمایه‌گذاری و وقت گذاشتن برای مبارزه با کرونا و ۵ یعنی توانایی ماندن در منزل این تفاوت معنی‌دار بوده است. در هر دو مورد هرچه بر میزان سواد فرد افزوده می‌گردد نمره بالاتری را کسب می‌نماید. به عبارتی سواد بالاتر تمایل بیشتر به سرمایه‌گذاری و وقت گذاشتن و آمادگی بیشتر برای تبعیت از دستورات قرنطینه را به همراه خواهد داشت. با توجه به نقش آگاهی در رعایت اصول بهداشتی و توجه به دستورات صادره از طرف سیاست‌گذاران بهداشتی (۳۴)، به نظر می‌رسد چنین امری منطقی و قابل توجیه باشد. این نتیجه در پژوهش باکری والی (۲۳)، پالوک و همکاران (۲۸)، کارلوسی و همکاران (۲۹)، بیش و همکاران (۳۸)، وبستر و همکاران (۲۴) و سایر پژوهش‌های مرتبط نیز چنین نتیجه‌ای مورد تأیید قرار گرفته است (۳۴ و ۳۳، ۳۱).

از دیگر فاکتورهای مورد مطالعه در این پژوهش شغل و ارتباط آن با میزان تقید به دو امر ذکر شده بوده است. در دو مورد از موارد شش گانه پرسشنامه یعنی سوال ۱ (تقید به اصول قرنطینه) و تا حدودی سوال ۳ (سطح معنی‌داری ۰/۰۷) بین شغل‌های مختلف تفاوت معنی‌داری وجود داشته است. بالاترین سطح تقید به ترتیب مربوط به کادر درمان، افراد بیکار

و نظامی‌بوده است. در مورد سوال ۳ نیز بالاترین نمره در گروه شغلی کادر درمانی دیده می‌شود. وجود آگاهی و آشنایی این قشر از بیماری، عوارض، راه‌های پیشگیری و در نتیجه مبارزه می‌تواند توجیه کننده این امر باشد (۳۳). به عبارتی در راستای ارتباط فاکتور سطح سواد این قشر جامعه آگاهی بیشتر و در نتیجه رعایت بیشتری را داشته‌اند. همین نتایج در پژوهش‌های دیگر (۳۳) تا حد زیادی دیده می‌شود.

در ارتباط با نقش عوامل شخصیتی در تقید به قرنطینه در هیچ‌کدام از سوالات ۶ گانه ارتباطی با تیپ شخصیت و این شاخصه مشاهده نشد. گرچه تا کنون کمتر به ارتباط بین شخصیت و تبعیت از اصول قرنطینه پژوهشی صورت گرفته است (حداقل در دسترس محقق نبوده است) (۲۹)، اما عدم وجود رابطه در این پژوهش می‌تواند تا حدودی مربوط به طولانی بودن پرسشنامه باشد و پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی مد نظر باشد. بنابر این به نظر می‌رسد باید در پژوهش‌های بعدی نوع دیگری از پرسشنامه مورد استفاده قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داده است که میزان قرنطینه و رعایت اصول بهداشتی، بیشتر از گزارشات سایر نقاط بوده است. از طرف دیگر میزان تقید به قرنطینه و رعایت اصول بهداشتی با متغیرهای جنسیت، سکونت، سن، شغل، تحصیلات و تأهل رابطه

معنی‌داری داشته و در زمینه ویژگی‌های شخصیتی رابطه قابل توجهی دیده نمی‌شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی پایان نامه دانشجویی، رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج با کد اخلاق R.YUMS.REC.1399.1291 می‌باشد که زیر نظر این دانشگاه انجام شد. بدین وسیله از تمامی مشارکت کنندگان پژوهش و تمامی کسانی که ما را در انجام این تحقیق یاری دادند، سپاسگذاری می‌کنیم.

REFERENCES

- 1.Huremović D. Psychiatry of pandemics: a mental health response to infection outbreak. 2019: Springe.
- 2.Organization WH. Coronavirus disease (COVID-19), Situation Report—115. Data as received by WHO from national authorities by 10: 00 CEST 2020: 10 .
- 3.Covid C, Team R. Severe outcomes among patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19)—United States, February 12–March 16, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020; 69(12): 343-6.
- 4.WHO. Coronavirus disease (COVID-19) Situation Report – 162. Data as received by WHO from national authorities. 10:00 CEST, 30 June 2020, 2020.
- 5.Wang C, R Pan, X Wan, Y Tan, L Xu, CS Ho. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020; 17(5): 1729.
- 6.Casella M, Rajnik M, Cuomo A. Features, evaluation, and treatment of coronavirus (covid-19) [updated 2021 jan 16]. in: statpearls [internet]. treasure island (fl): statpearls publishing; 2021 Jan. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776>.
- 7.Hellewell J, Abbott S, Gimma A, Bosse N, Jarvis CI, Russell TW, et al. Feasibility of controlling COVID-19 outbreaks by isolation of cases and contacts. *The Lancet Global Health* 2020; 8(4): e486-96.
- 8.Adnan Shereen M, Khan S, Kazmi A, Bashir N. Rabeea Siddique, COVID-19 infection: Origin, transmission, and characteristics of human coronaviruses. *Journal of Advanced Research* 2020; 24: 91-4.
- 9.Behar-Zusman V, Chavez JV, Gattamorta K. Developing a measure of the impact of COVID-19 social distancing on household conflict and cohesion. *Family Process* 2020; 59(3): 1045-59.
- 10.Organization WH. Considerations for quarantine of contacts of COVID-19 cases: interim guidance, 19 August 2020. World Health Organization.
- 11.Khan, Nausad. and Fahad, Shah and Faisal, Shah and Naushad, Mahnoor, Quarantine Role in the Control of Corona Virus in the World and Its Impact on the World Economy (March 18, 2020). Available at SSRN:<https://ssrn.com/abstract=3556940> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3556940>.
- 12.Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet* 2020; 395: 912-20.
- 13.Tognotti E. Lessons from the history of quarantine, from plague to influenza A. *Emerging Infectious Diseases* 2013; 19(2): 254.
- 15.Vickers NJ. Animal communication: when i'm calling you, will you answer too? *Current biology* 2017; 27(14): R713-15.
- 15.Newman KL. Shutt up: bubonic plague and quarantine in early modern England. *Journal of Social History* 2012; 45(3): 809-34.
- 16.Polšek D. Huremović D. Psychiatry of Pandemics: a Mental Health Response to Infection Outbreak: Springer International Publishing 2019; 185 pages; ISBN978-3-030-15346-5 (e-book), ISBN978-3-030-15345-8 (softcover). *Croat Med J* 2020; 61(3): 306.
- 17.Dailey SF, Kaplan D. Shelter-in-place and mental health: an analogue study of well-being and distress. *Journal of Emergency Management* 2014; 12(2): 121-31.
- 18.Control CfD, Rothstein MA, Alcalde MG, Elster NR, Majumder MA, Palmer LI, et al. Quarantine and isolation: lessons learned from sars: university of louisville school of medicine, institute for bioethics, health; 2003. Available from: https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11429/cdc_11429_DS1.
- 19.Ishola DA, Phin N. Could influenza transmission be reduced by restricting mass gatherings? Towards an evidence-based policy framework. *Journal of Epidemiology and Global Health* 2011; 1(1): 33-60.
- 20.Karthik L, Kumar G, Keswani T, Bhattacharyya A, Chandar SS. Protease Inhibitors from marine actinobacteria as a potential source for antimalarial compound. *PLoS ONE*. 2014; 9(3): 20.
- 21.Rouscul P, Matthew D, Johnston, Stephen S, Palmer Liisa A, Bong C, Mahadevia Parthiv J, et al. Attending work while sick: implication of flexible sick leave policies. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2010; 52(10): 1009-13.
- 22.Banerjee D, Rai M. Social isolation in Covid-19: the impact of loneliness. *Int JSoc Psychiatr* April 2020; 525-7.

23. Bakry HM, Waly EH. Perception and practice of social distancing among Egyptians in COVID-19 pandemic. *The Journal of Infection in Developing Countries* 2020; 14(08): 817-22.
24. Webster RK, Brooks SK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Rubin GJ. How to improve adherence with quarantine: rapid review of the evidence. *Public Health* 2020; 182: 163-9.
25. Porten K, Faensen D, Krause G. SARS outbreak in Germany 2003: workload of local health departments and their compliance in quarantine measures—implications for outbreak modeling and surge capacity? *Journal of Public Health Management and Practice* 2006; 12(3): 242-7.
26. Soud F, Cortese M, Curns A, Edelson P, Bitsko R, Jordan H, Dayan G. Isolation compliance among university students during a mumps outbreak, Kansas 2006. *Epidemiology and Infection* 2009; 137(1): 30-7.
27. Smith LE, Aml R, Lambert H, Oliver I, Robin C, Yardley L, Rubin GJ. Factors associated with adherence to self-isolation and lockdown measures in the UK: a cross-sectional survey. *Public Health* 2020; 187: 41-52.
28. Pollak Y, Dayan H, Shoham R, Berger I. Predictors of non-adherence to public health instructions during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Clin Neurosci* 2020; 74(11): 602-4.
29. Carlucci L, D'Ambrosio I, Balsamo M. Demographic and attitudinal factors of adherence to quarantine guidelines during COVID-19: The Italian Model. *Frontiers in Psychology* 2020; 11: 2702.
30. Garo Usi MT, Me Hryar AH, Ghazi Taba tabay IM. Application of the neop i-r test and analytic evaluation of it's characteristics and factorial structure among iranian university students. *Journal Of Humanities* Fall 2001; 11(39): 173-198.
31. Van Rooij B, de Bruijn AL, Reinders Folmer CP, Kooistra E, Kuiper ME, Brownlee M, et al. Compliance with COVID-19 mitigation measures in the United States. *SSRN* 2020; 3582626.
32. Reynolds D, Garay J, Deamond S, Moran M, Gold W, Styra R. Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiology and Infection* 2008; 136(7): 997-1007.
33. Fallahi A, Mahdaviifar N, Ghorbani A, Mehrdadian P, Mehri A, Joveini H, et al . Public Knowledge, Attitude and Practice regarding Home Quarantine to Prevent COVID-19 in Sabzevar city, Iran. *J Mil Med* 2020; 22(6): 580-8.
34. Bezerra ACV, Silva C, Soares FRG, Silva JAM. Factors associated with people's behavior in social isolation during the COVID-19 pandemic. *Cien Saude Colet* 2020; 25(1): 2411-21.
35. Glasziou P, Houssami N. The evidence base for breast cancer screening. *Preventive Medicine* 2011; 53(3): 100-2.
36. Tang CS, Wong CY. Factors influencing the wearing of facemasks to prevent the severe acute respiratory syndrome among adult Chinese in Hong Kong. *Preventive Medicine* 2004; 39(6): 1187-93.
37. Lau JT, Kim JH, Tsui HY. Anticipated and current preventive behaviors in response to an anticipated human-to-human H5N1 epidemic in the Hong Kong Chinese general population. *BMC Infect Dis* 2007; 18: 7-18.
38. Bish A, Michie S. Demographic and attitudinal determinants of protective behaviours during a pandemic: A review. *British Journal of Health Psychology* 2010; 15(4): 797-824.

Evaluation of Adherence to Quarantine, Health Related Protocols and Some Associated Factors in Covid 19 Pandemic

Kharamin SH¹, Shakibkhah S², Rafiei M³, Mohammad Hosseinpour H⁴

¹Department of Psychology, Yasouj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran, ²Departments of Clinical Psychology, Nezaja Martyrs Applied Science Center, Tehran, Iran, ³Departments of Clinical Psychology, Shahid Jalil Hospital, Yasuj, Iran, ⁴Departments of Psychiatry, Yasouj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

Received: 05 Des 2020

Accepted: 21 Feb 2021

Abstract

Background & aim: Traumatic pandemics have been repeated periodically in human kind history. Covid 19 or coronavirus is one of the last and most pervasive until yet. Adherence to quarantine and attention to health related protocols are the most effective strategies for prevention from this pandemic and therefore warranting the social health. Therefore the recognition of effective and associated factors in this area is important. The present study was designed to assess quarantine and health related protocols adherence and some related factors.

Methods: The present study was conducted by internet questionnaires via social networks on 202 participants during quarantine days in January 2020. In the present study, one researcher made questionnaire and NEO5 personality questionnaire were used to assess aimed factors. Data were analyzed using SPSS.

Results: According to the results of the study, about 67% of people over 75 adhered to the principles of quarantine and 72% adhered to the same guidelines. On the other hand, the results showed that in both fields (adherence to quarantine at the level of 0.06 and observance of instructions 0.001 were significant) women had higher scores than men. Accordingly, the urban population had a higher score than the rural population in the amount of investment to fight the corona and follow the announcement of the trustees. In terms of investment, married people had a higher score (significance 0.04). Regarding age, only the rate of participation in voluntary activities by the group of 20 to 35 years was almost significantly different (0.06). The results correspondingly revealed that the literacy variable in these behaviors, especially the willingness to invest (significant 0.03) and following the instructions of trustees (0.04) had a significant difference which had higher scores in both doctoral and higher literacy. In the field of job variability, the results indicated that the treatment staff reported the highest score in adherence to the principles. In addition, no significant relationship was observed between personality traits and adherence to the two mentioned issues.

Conclusions: This study revealed that the rate of quarantine and observance of hygienic principles was higher than most reports elsewhere. On the other hand, the degree of quarantine adherence and observance of health principles had a significant relationship with the variables of gender, residence, age, occupation, education and marriage and there was no significant relationship in terms of personality traits.

Keywords: Covid 19, Coronavirus, Quarantine, Adherence, Risk Factors

***Corresponding Author:** Mohammad Hosseinpour H, Departments of Psychiatry, Yasouj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

Email: hafez90mhp@gmail.com

Please cite this article as follows:

Kharamin SH, Shakibkhah S, Rafiei M, Mohammad Hosseinpour H. Evaluation of Adherence to Quarantine, Health Related Protocols and Some Associated Factors in Covid 19 Pandemic. Armaghane-danesh 2020; 25(Corona Special Letter): 903-920.