

Relationship between Health Responsibility and Self-Care Behaviors related to COVID-19 in Citizens of Kurdistan Province

Sahar Khoshravesh¹, Afshin Bahmani², Parvaneh Taymoori³, Amir Pakpour⁴

1. Ph.D. of health education and health promotion, Department of Public Health, Faculty of Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. ORCID ID: 0000-0003-1629-1386

2. Assistant Professor, Department of Public Health, Faculty of Health, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID ID: 0000-0002-0574-7977

3. Professor, Department of Public Health, Faculty of Health, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran., (Corresponding Author), Email: parvaneh.tay@gmail.com, Tel: 09183737303, ORCID ID: 0000-0002-7171-2318

4. Professor, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for prevention of Non-Communicable Diseases, Qazvin University of Medical Sciences, Iran. ORCID ID: 0000-0002-8798-5345

ABSTRACT

Background and Aim: Self-care behaviors and commitment to health responsibility are regarded as measures against Covid-19 disease when there is no widespread access to vaccination. This study aimed to investigate the relationship between health responsibility and self-care behaviors related to Covid-19 in Kurdistan citizens.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted in 2020 in Kurdistan province and included 1008 participants above 15 years of age. Using convenient sampling method, people referring to health centers were entered into the study. Online data collection was performed via Whats App or Telegram using Covid-19 Self-Care Behavior and Health Responsibility Questionnaires. Using SPSS software version 22, data analysis was performed by Spearman correlation and chi-square test.

Results: The study included 642 women (63.7%) and 366 men (36.3%), with mean age of 38.6 ± 11.63 years. The correlation between health responsibility and self-care behaviors was positive and significant ($p < 0.001$, $r = 0.33$). Self-care behaviors and health responsibility were not significantly different in terms of age, occupation, marital status, and city of residence ($p > 0.05$). A higher proportion of women compared to men were in the category of good health responsibility (60.8% vs. 39.2%) and self-care behaviors (67.8% vs. 32.2%) ($p < 0.001$).

Conclusion: In the epidemics of diseases such as Covid-19, and especially in the absence of widespread vaccination and effective treatment, emphasis on the importance of commitment to health responsibility in order to perform self-care behaviors is the most important measure for prevention and control of diseases.

Keywords: Health responsibility, Self-care, COVID-19, Iran

Received: Mar 22, 2021

Accepted: Sep 13, 2021

How to cite the article: Sahar Khoshravesh, Afshin Bahmani, Parvaneh Taymoori, Amir Pakpour. Relationship between Health Responsibility and Self-Care Behaviors related to COVID-19 in Citizens of Kurdistan Province. SJKU 2022;27(3):89-102.

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBYNC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal

ارتباط مسئولیت‌پذیری سلامتی و رفتارهای خود مراقبتی مربوط به کووید-۱۹ در شهروندان استان کردستان

سحر خوش‌روش^۱، افشین بهمنی^۲، پروانه تیموری^۳، امیر پاکپور^۴

۱. دکتری آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران. کد ارکید: ۱۳۸۶-۱۶۲۹-۰۰۰۳-۰۰۰۰
۲. استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، کردستان، ایران. کد ارکید: ۷۹۷۷-۰۵۷۴-۰۰۰۲-۰۰۰۰
۳. استاد، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، کردستان، ایران (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: parvaneh.tay@gmail.com، تلفن: ۰۹۱۸۳۳۳۳۰۳، کد ارکید: ۲۳۱۸-۷۱۷۱-۰۰۰۲-۰۰۰۰
۴. استاد، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران. کد ارکید: ۵۳۴۵-۸۷۹۸-۰۰۰۲-۰۰۰۰

چکیده

زمینه و هدف: انجام رفتارهای خود مراقبتی و تعهد به مسئولیت‌پذیری سلامتی یکی از روش‌های مقابله با بیماری کووید-۱۹ در زمان عدم دسترسی گسترده به واکسیناسیون است. هدف این بررسی ارتباط مسئولیت‌پذیری سلامتی و رفتارهای خود مراقبتی مربوط به کووید-۱۹ در شهروندان استان کردستان بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی با مشارکت ۱۰۰۸ فرد بالای ۱۵ سال، در استان کردستان در سال ۱۳۹۹ انجام شد. با استفاده از روش نمونه‌گیری آسان، نمونه‌های در دسترس از افراد تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی مورد مطالعه قرار گرفتند. اطلاعات با استفاده از WhatsApp یا Telegram توسط پرسشنامه‌های رفتارهای خود مراقبتی کووید-۱۹ و مسئولیت‌پذیری سلامتی به صورت آنلاین جمع‌آوری گردید. تحلیل داده‌ها توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام شد و آزمون‌های آماری همبستگی اسپیرمن و آزمون کای دو مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها: شرکت کنندگان شامل ۶۴۲ زن (۶۳٪) و ۳۶۶ مرد (۳۶٪) با میانگین و انحراف معیار سنی $38/6 \pm 11/63$ بودند. همبستگی مسئولیت‌پذیری سلامتی و رفتارهای خود مراقبتی مثبت و معنی‌دار بود ($r=0/33, p<0/001$). انجام رفتارهای خود مراقبتی و مسئولیت‌پذیری سلامتی بر حسب سن، شغل، وضعیت تأهل و شهر محل سکونت تفاوت معنی‌داری نداشت ($p>0/05$). نسبت بیشتری از زنان در مقایسه با مردان در دسته رتبه خوب مسئولیت‌پذیری سلامتی (۶۰٪) در مقابل (۳۹٪) و رفتارهای خود مراقبتی (۶۷٪) در مقابل (۳۲٪) قرار گرفتند ($p<0/001$).

نتیجه‌گیری: در شرایط همه‌گیری بیماری‌ها از جمله کووید-۱۹ و به‌ویژه در صورت فقدان واکسیناسیون گسترده و درمان مؤثر بیماری‌های مسری، تأکید بر اهمیت پذیرش مسئولیت سلامتی برای انجام رفتارهای خود مراقبتی، مهم‌ترین پروتکل پیشگیری و کنترل محسوب می‌شود.

کلمات کلیدی: مسئولیت‌پذیری سلامتی، خود مراقبتی، کووید-۱۹، ایران

وصول مقاله: ۱۴۰۱/۱/۲ اصلاحیه نهایی: ۱۴۰۱/۱۰/۱۹ پذیرش: ۱۴۰۱/۶/۲۲

مقدمه

ویروس عامل کووید-۱۹ (COVID-19) از خانواده کرونا ویروس ها، نخستین بار در شهر ووهان چین شناسایی شد (۱). این ویروس اکنون به بسیاری از کشورهای جهان سرایت کرده است، به طوری که سازمان بهداشت جهانی در مورد ویروس کرونا، وضعیت فوق العاده اعلام کرده است (۲-۳). با انتشار این ویروس در تمام نقاط جهان، برای جلوگیری از انتشار این بیماری، لازم است همه افراد جامعه به نکات آموزشی جهت پیشگیری از بیماری از جمله استفاده از ماسک، شستشوی منظم دست ها، اجتناب از حضور در اماکن عمومی و پرهیز از سفرهای بین شهری توجه کنند (۴). رعایت نکات پیشگیرانه و محافظتی می تواند موجب کاهش ابتلا شود (۵). در حال حاضر با توجه به فقدان درمان قطعی و واکسیناسیون گسترده و مؤثر، بهترین روش برای مقابله با این بیماری و جلوگیری از گسترش آن، انتشار اطلاعات صحیح، افزایش آگاهی مردم در مورد بیماری و انجام رفتارهای خود مراقبتی در این زمینه است (۶،۴). علیرغم اعلام ضرورت رعایت نکات بهداشتی و پرهیز از حضور در تجمعات و مکان های پر ازدحام و ماندن در خانه، عده ای از مردم به این هشدارها بی توجهی نشان می دهند (۷). تعدادی از مردم با بی توجهی به توصیه های بهداشتی هنوز در اماکن پر تردد حاضر می شوند و احتمال آلودگی را بالا می برند. گروهی از مردم خود را ملزم به پذیرش و اجرای رفتارهای حفاظت کننده نمی دانند و یا آن را به درستی انجام نمی دهند.

دلایل متعددی برای بی توجهی به اجرای رفتارهای خود مراقبتی کووید-۱۹ وجود دارد؛ از جمله ناآگاهی، اجبار برای بیرون رفتن از خانه به هر دلیل، بی توجهی و عدم آشنایی با ابعاد بحران می تواند از دلایلی باشد که این هشدارها را در نظر مردم بی اهمیت نشان می دهد (۸). همچنین ارزش گذارده شده بر پذیرش مسئولیت اجتماعی (۹،۱۰) و شخصی افراد در کنترل این همه گیری، مهم است (۱). در شرایط همه گیری، استراتژی دولت ها تمرکز بر

قبول مسئولیت شخصی در انجام رفتارهای محافظت کننده و برقراری مقررات قرنطینه برای کنترل همه گیری کووید-۱۹، دارد (۱۱،۱۲). همان گونه که مسئولیت هایی بر عهده دولت ها نهاده شده تکالیفی هم متوجه شهروندان است (۱۳،۱۴). هرگونه رفتار یا عملی که موجب تهدید سلامت دیگر شهروندان شود فرار از این مسئولیت اجتماعی است (۱۱). مسئولیت اجتماعی یا به تعبیری جامعه پذیری، افراد جامعه را برای مقابله با مخاطرات تهدید کننده شهروندان ترغیب و آن ها را مکلف به احساس وظیفه در کاهش خطر، پیشگیری و درمان می نماید (۹). مسئولیت اجتماعی در شرایط همه گیری به شکل مسئولیت پذیری سلامتی نمود پیدا می کند. اجرای رفتارهای خود مراقبتی همچون رعایت بهداشت فردی، قرنطینه خانگی و عدم حضور در اجتماعات می تواند به منزله پذیرش مسئولیت سلامتی مردم در مقابله با کووید-۱۹ تلقی شود. مسئولیت پذیری سلامتی (Health Responsibility) به عنوان تعهدی درونی از سوی فرد برای انجام همه فعالیت های سودمند برای تندرستی، تعریف می شود (۱۵،۱۶). اشخاص مسئولیت پذیر به علت پاسخگو بودن و اهمیت دادن به تعهد شهروندی در قبال مسئولیت هایی همچون رفتارهای خود مراقبتی و انجام صحیح آن ها برای مقابله با بحران پیش آمده، خود را متعهد و با ایجاد همبستگی جمعی مناسب، برای کاهش خطر عفونت تلاش می کنند (۱۳). در مقابل این دسته برخی افراد علیرغم آگاهی از خطرات بیماری کووید ۱۹ با نادیده گرفتن حقوق شهروندان از رعایت موارد ذکر شده، از اجرای سیاست ها کاهش خطر توسط اشخاص مسئولیت پذیر، بهره می برند. آن ها مسافرت می کنند، به صورت گروهی دور هم هستند، درخواست های رفتار محافظانه و پیشگیرانه را نادیده گرفته و احساس کاذب آسیب ناپذیری دارند (۱۳،۱۷). از آنجایی که خطر ابتلا به این بیماری به رعایت دستورالعمل ها توسط سایر افراد نیز بستگی دارد عدم تمایل و نداشتن تعهد به همکاری جمعی مشترک، نسبت به سایر اعضای جامعه به ویژه برای گروه های پرخطر، افراد مبتلا به بیماری و نیروی

کار بهداشتی که برای بیمار و نجات جان آن‌ها تلاش می‌کنند، ناعادلانه است (۹، ۱۷).

نقش مسئولیت اجتماعی موجب شده که پژوهشگران به مطالعه مسئولیت اجتماعی همگانی و نقش آن در کنترل و پیشگیری همه‌گیری کووید-۱۹ بپردازند (۹، ۱۸، ۱۹)، به عنوان مثال، تا زمان واکسیناسیون گسترده کووید-۱۹، اکثر کشورهای سراسر جهان به عنوان یک سیاست جهت کاهش شیوع ویروس، اشکال مختلف مسئولیت اجتماعی نظیر فاصله‌گذاری اجتماعی و استفاده از ماسک را به عنوان نشانه مسئولیت پذیری افراد جامعه و همراهی آن‌ها با کادر درمان معرفی کرده‌اند (۱۹). برخی دیگر از مطالعات نیز ارتباط کووید-۱۹ و رفتارهای خود مراقبتی را مورد بررسی قرار دادند (۲۰). برای مثال ارتباط رفتارهای خود مراقبتی کووید-۱۹ بر حسب ویژگی‌های جمعیت شناختی و عواملی همچون ترس و اضطراب از این بیماری در شهر کرمانشاه موردسنجش قرار گرفته است. نتایج این مطالعه نشان داده است مردان و افرادی که ترس کمتری در رابطه با ابتلا به بیماری دارند، کمتر رفتارهای خود مراقبتی کووید-۱۹ را انجام می‌دهند (۲۱). اهمیت مطالعه رابطه بین مسئولیت اجتماعی / مسئولیت پذیری سلامتی و رفتارهای خود مراقبتی کووید-۱۹ در کنترل همه‌گیری و فقدان مستندات تجربی در این زمینه هدف این مطالعه با عنوان شناخت ارتباط مسئولیت‌پذیری سلامتی و رفتارهای خود مراقبتی در زمینه کووید-۱۹ در شهروندان استان کردستان شد. نتایج این بررسی منعکس کننده رابطه مسئولیت‌پذیری سلامتی و رفتارهای خود مراقبتی و نیز میزان مسئولیت‌پذیری سلامتی و نیز رفتارهای خود مراقبتی کووید-۱۹ بر حسب ویژگی‌های جمعیت شناختی است؛ لذا می‌توان با استفاده از این یافته‌ها، مداخلات مبتنی بر نیاز مخاطبان با هدف ارتقای مسئولیت‌پذیری سلامتی و رفتارهای خود مراقبتی کووید-۱۹ طراحی و اجرا نمود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به روش مقطعی و با مشارکت ۱۰۰۸ فرد ۱۵ سال به بالا در شهرهای استان کردستان (سنندج - سقز - قروه - بیجار - دیواندره - دهگلان - میوان - سروآباد - بانه و کامیاران) در سال ۱۳۹۹ انجام شد. معیارهای ورود شامل افراد بالای ۱۵ سال ساکن در استان کردستان، با دسترسی به شبکه‌های اجتماعی تلگرام یا واتس آپ و متمایل به پاسخ‌دهی پرسشنامه، بود. از روش نمونه‌گیری آسان و نمونه‌های در دسترس افراد تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی استفاده شد. در هر شهرستان از یک همکار طرح خواسته شد که چهار مرکز بهداشتی درمانی را به طور تصادفی از چهار نقطه شهر با ویژگی‌های متفاوت اجتماعی فرهنگی انتخاب نماید. سپس از کارکنان مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهری خواسته شد تا از بین لیست جمعیت تحت پوشش، شماره همراه سرپرست‌های خانوار تحت پوشش را در اختیار گروه پژوهش قرار دهند. از لیست فراهم شده، ضمن تماس از طریق پیامک و یا مکالمه دسترسی / عدم دسترسی به تلگرام یا واتس آپ سؤال و نیز هدف از مطالعه توضیح داده شد. همچنین از هر فرد شرکت‌کننده خواسته شد در صورت تمایل به شرکت در مطالعه افراد بالای ۱۵ سال در خانواده پرسشنامه ارسالی در اختیار آنان نیز قرار گیرد. به علت نداشتن بودجه‌ای برای اجرای طرح، قرار داد ما با شرکت پرس لاین یک ماه بود؛ لذا در طی این بازه زمانی هر تعداد نمونه جمع‌آوری شد، به‌عنوان حجم جامعه آماری در نظر گرفته شد. تعداد ۱۰۰۸ نفر پرسشنامه را تکمیل کردند. جهت اخذ رضایت‌نامه و رعایت اصول اخلاقی پژوهش، در صفحه اول پرسشنامه آنلاین، هدف از مطالعه توضیح داده شد و بیان شد که نیازی به نوشتن نام نیست و اطلاعات محرمانه خواهد بود. سپس از شرکت‌کننده خواسته شد در صورت تمایل به شرکت در مطالعه، به سؤالات صفحات بعدی پرسشنامه پاسخ دهد. مدت‌زمان تکمیل پرسشنامه ۱۰ دقیقه بود. پرسشنامه طوری طراحی شد که هر فرد یا یک شماره تلفن فقط یک‌بار می‌توانست آن را تکمیل نماید. در صورت عدم پاسخ‌دهی

لیکرت ۴ گزینه ای هرگز (۱ نمره)، گاهی اوقات (۲ نمره)، اغلب (۳ نمره) و همیشه (۴ نمره). محدوده نمره مسئولیت‌پذیری سلامتی ۳۶-۹ بود. در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ ۸۹٪ بود. رفتار خود مراقبتی کووید-۱۹:

اطلاعات این بخش توسط یک پرسشنامه محقق ساخته با ۲۸ سؤال جمع‌آوری شد. منبع سؤالات این پرسشنامه، توصیه‌های ارائه شده توسط سازمان جهانی بهداشت (۲۴-۲۳) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۲۵) و نیز مطالعه انجام شده در عربستان سعودی (۲۶) بود. روایی صوری و روایی محتوای پرسشنامه توسط ۱۰ متخصص آموزش بهداشت و ارتقای سلامت مورد تأیید قرار گرفت. شاخص روایی محتوی ۰/۷۹ محاسبه شد که برای پانل ۱۰ نفره قابل قبول است. از روش آلفای کرونباخ به عنوان ضریب پایایی استفاده شد. ضریب همسانی درونی مسئولیت‌پذیری سلامتی و رفتارهای خود مراقبتی در ۵۰ نفر از شهروندان سندج به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۹ بود. سؤالات رفتار خود مراقبتی با طیف چهار گزینه ای لیکرت به صورت هرگز (۱ نمره)، گاهی اوقات (۲ نمره)، اغلب (۳ نمره) و همیشه (۴ نمره) نمره‌گذاری شدند.

در تحلیل داده‌ها ابتدا متغیرهای مسئولیت‌پذیری سلامتی و رفتارهای خود مراقبتی کووید-۱۹ به دو دسته تقسیم شدند: کد صفر برای (بعضی اوقات و هرگز یا به طور نامنظم) و کد یک به عنوان (اغلب و معمولاً یا به طور منظم). اگر شرکت‌کننده کد یک را برای ۷ تا ۹ سؤال در مورد مسئولیت‌پذیری به دست آورد، رتبه مسئولیت‌پذیری سلامتی به عنوان خوب، ۴ تا ۶ سؤال به عنوان متوسط و ۰ تا ۳ به عنوان ضعیف طبقه بندی شدند. برای رفتار خود مراقبتی اگر شرکت‌کننده کد یک را برای ۲۰ تا ۲۸ سؤال رفتار خود مراقبتی به دست آورد، به عنوان عملکرد خوب رفتارهای خود مراقبتی کووید-۱۹، ۱۰ تا ۱۹ سؤال به عنوان متوسط و ۰ تا ۹ به عنوان رتبه ضعیف طبقه بندی شدند. از این دسته‌بندی برای بررسی ارتباط رتبه مسئولیت‌پذیری سلامتی

به یک سؤال، ادامه تکمیل پرسشنامه، امکان‌پذیر نبود. پرسشنامه مورد استفاده در این مطالعه، توسط نرم‌افزار پرس لاین طراحی گردید. این نرم افزار ساخت پرسشنامه، به صورت آنلاین مورد استفاده قرار می‌گیرد. از مزیت پرسشنامه‌های آنلاین می‌توان به مواردی نظیر افزایش سرعت ورود اطلاعات با هزینه کمتر، دامنه جغرافیایی گسترده‌تر، سهولت در توزیع، داده‌پردازی و نگهداری اطلاعات پرسشنامه، جلوگیری از پاسخ‌دهی بیش از یک بار، تمایل به پاسخگویی بیشتر، رعایت حریم شخصی و خصوصی شرکت کنندگان اشاره نمود. برای محاسبه اندازه نمونه، از فرمول تخمین اندازه نمونه، برای میانگین استفاده شد. فاصله اطمینان ۹۵ درصد و انحراف معیار با توجه به سؤالات ۴ گزینه‌ای ۰/۶۶ در نظر گرفته شد. صحت تخمین ۰/۰۴ در نظر گرفته شد. حداقل نمونه مورد نیاز ۱۲۰۰ شرکت‌کننده برآورد شد. پرسشنامه دارای سه بخش بود: اطلاعات دموگرافیک، سؤالات مسئولیت‌پذیری سلامتی و سؤالات خود مراقبتی کووید-۱۹.

۱) اطلاعات دموگرافیک

سؤالات این بخش شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت تحصیلات، وضعیت اشتغال، میزان درآمد، محل سکونت، منابع کسب اطلاعات مرتبط با کووید-۱۹ و ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای بود. مسئولیت‌پذیری سلامتی:

اطلاعات پرسشنامه مسئولیت‌پذیری سلامتی از طریق پرسش‌نامه Health Promotion Lifestyle (HPLP-II) Profile II جمع‌آوری گردید (۲۲). این پرسش‌نامه ارزیابی است، که جهت ارزیابی چندبعدی از رفتارهای ارتقا دهنده سلامت به کار گرفته می‌شود. روایی و پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه توسط محمدی زیدی و همکاران مورد تأیید قرار گرفته است (۲۳). نسخه فارسی HPLP-II در مطالعات قبلی نیز مورد استفاده قرار گرفته است (۲۴، ۲۵). زیر مجموعه مسئولیت‌پذیری سلامتی حاوی ۹ سؤال با طیف

پژوهش حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کردستان به کد IR.MUK.REC.1399.014 تأیید شد.

یافته‌ها

در مجموع ۱۰۰۸ نفر از جمله ۶۴۲ نفر زن (۶۳/۷ درصد) و ۳۶۶ نفر مرد (۳۶/۳ درصد) با میانگین و انحراف سنی $38/6 \pm 11/63$ در این مطالعه شرکت کردند. جدول ۱ توزیع فراوانی ویژگی‌های شرکت‌کنندگان مورد مطالعه را نشان می‌دهد. نتایج ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد بین مسئولیت‌پذیری سلامتی و رفتارهای خود مراقبتی کووید-۱۹ در شهروندان استان کردستان ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود داشت ($r=0/33, p<0/001$).

و رفتارهای خود مراقبتی بر حسب متغیرهای جمعیت شناختی استفاده شد. همچنین اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل سن، جنس، میزان تحصیلات، میزان درآمد خانوار و ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای جمع‌آوری شدند. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شدند. برای برآورد فراوانی‌ها از آمارهای توصیفی و برای رابطه بین مسئولیت‌پذیری سلامتی و رفتارهای خود مراقبتی از ضریب همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن استفاده شد. ارتباط رتبه مسئولیت‌پذیری سلامتی و رفتارهای خود مراقبتی بر حسب ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با آزمون کای دو بررسی شد.

جدول ۱. توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و رتبه مسئولیت‌پذیری سلامتی/ رفتارهای خود مراقبتی شرکت‌کنندگان

| متغیر | تعداد | درصد | متغیر | تعداد | درصد |
|---------------------------|-------|------|-------------------------------------|-------|------|
| گروه‌های سنی | | | میزان در آمد | | |
| ۲۹-۱۵ | ۲۴۲ | ۲۴/۰ | فاقد در آمد | ۹۵ | ۹/۴ |
| ۳۹-۳۰ | ۳۴۲ | ۳۳/۹ | زیر یک میلیون تومان | ۸۹ | ۸/۸ |
| ۴۹-۴۰ | ۲۲۶ | ۲۲/۴ | ۱-۳ میلیون تومان | ۳۰۵ | ۳۰/۳ |
| ۵۹-۵۰ | ۱۴۹ | ۱۴/۸ | ۳-۵ میلیون تومان | ۳۹۴ | ۳۹/۱ |
| ≥ 60 | ۴۹ | ۴/۹ | بالای ۵ میلیون تومان | ۱۲۵ | ۱۲/۴ |
| جنس | | | محل سکونت | | |
| زن | ۶۴۲ | ۶۳/۷ | شهر | ۹۰۱ | ۸۹/۴ |
| مرد | ۳۶۶ | ۳۶/۳ | روستا | ۱۰۰ | ۹/۹ |
| سطح تحصیلات | | | حاشیه شهر | ۷ | ۰/۷ |
| کمتر از دیپلم | ۳۶ | ۳/۶ | ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای | | |
| دیپلم | ۲۴۲ | ۲۴/۰ | سرطان | ۱۲ | ۱/۲ |
| لیسانس | ۴۳۴ | ۴۳/۱ | ارتروز/روماتیسم | ۱۱ | ۱/۱ |
| فوق لیسانس و بالاتر | ۲۹۶ | ۲۹/۴ | اختلال تیروئید | ۸۴ | ۸/۳ |
| وضعیت تأهل | | | بیماری گوارشی | ۱۹ | ۱/۹ |
| مجرد | ۲۴۸ | ۲۴/۶ | بیماری قلبی-عروقی | ۱۱ | ۱/۱ |
| متأهل | ۷۴۷ | ۷۴/۱ | بیماری تنفسی | ۵۰ | ۵/۰ |
| مطلقه/بیوه | ۱/۳ | ۱/۳ | فشار خون بالا | ۶۴ | ۶/۳ |
| وضعیت اشتغال | | | دیابت | ۲۸ | ۲/۸ |
| شاغل در بخش خصوصی و آزاد | ۴۹۷ | ۴۹/۳ | منابع کسب اطلاعات درباره | | |
| دانشجو/ دانش آموز | ۲۰۹ | ۲۰/۷ | اینترنت/ شبکه‌های اجتماعی | ۵۸۷ | ۵۸/۳ |
| بازنشسته | ۱۲۰ | ۱۰/۱ | تلویزیون / رادیو | ۷۳ | ۷/۲ |
| خانه دار/بیکار | ۸۸ | ۸/۷ | کارشناس بهداشت | ۳۲۶ | ۳۲/۳ |
| رتبه مسئولیت‌پذیری | | | مطالب چاپ شده | ۲۲ | ۲/۲ |
| | | | | | |

| | | | | | |
|------|-----|-------|------|-----|-------|
| ۱/۳ | ۱۳ | ضعیف | ۲۵/۶ | ۲۵۸ | ضعیف |
| ۱۵/۰ | ۱۵۱ | متوسط | ۵۳/۷ | ۴۵۱ | متوسط |
| ۸۳/۷ | ۸۴۴ | خوب | ۲۰/۷ | ۲۰۹ | خوب |

درصد در مقابل (۶۷/۸) قرار گرفتند ($p < ۰/۰۰۱$). با افزایش سطح تحصیلات و درآمد خانوار، وضعیت رتبه مسئولیت‌پذیری سلامتی رفتارهای خود مراقبتی روند افزایشی داشت ($p < ۰/۰۰۱$). ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای موجب افزایش رتبه خوب رفتارهای خود مراقبتی نشد. از مجموع ۲۸۰ فرد با بیماری زمینه‌ای، تنها ۳۱ درصد دارای رتبه خوب در رفتارهای خود مراقبتی بودند حال آنکه این نسبت در افراد بدون بیماری زمینه‌ای حدود ۶۲ درصد بود.

رابطه بین رفتارهای خود مراقبتی و مسئولیت‌پذیری سلامتی بر حسب متغیرهای جمعیت‌شناختی در جدول ۲ ارائه شده است. تفاوت معنی‌داری در رفتارهای خود مراقبتی و مسئولیت‌پذیری سلامتی بر حسب مشخصات دموگرافیک، از جمله سن، شغل، وضعیت تأهل و شهر محل سکونت مشاهده نشد ($p > ۰/۰۵$). در مقایسه با مردان، نسبت بیشتری از زنان در دسته رتبه خوب مسئولیت‌پذیری سلامتی (۳۹/۲ درصد در مقابل ۶۰/۸) و رفتارهای خود مراقبتی (۳۲/۲

جدول ۲. رتبه مسئولیت‌پذیری سلامتی و رفتارهای خود مراقبتی بر حسب ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

| متغیرها | رتبه مسئولیت‌پذیری سلامتی | | | رتبه رفتارهای خود مراقبتی | | | P-value |
|-------------------------------------|---------------------------|-----------------|---------------|---------------------------|-----------------|---------------|---------|
| | ضعیف تعداد (%) | متوسط تعداد (%) | خوب تعداد (%) | ضعیف تعداد (%) | متوسط تعداد (%) | خوب تعداد (%) | |
| جنس | P-value: ۰/۰۰۱* | | | | | | |
| زن | ۱۳۶ (۵۲/۷) | ۳۷۹ (۷۰/۱) | ۱۲۷ (۶۰/۸) | ۶ (۴۶/۲) | ۶۴ (۴۲/۴) | ۵۷۲ (۶۷/۸) | |
| مرد | ۱۲۲ (۴۷/۳) | ۱۶۲ (۲۹/۹) | ۸۲ (۳۹/۲) | ۷ (۵۳/۸) | ۸۷ (۵۷/۶) | ۲۷۲ (۳۲/۲) | |
| سطح تحصیلات | P-value: ۰/۰۰۱* | | | | | | |
| کمتر از دیپلم | ۱۳ (۵/۰) | ۲۰ (۳/۷) | ۳ (۱/۴) | ۲ (۱۵/۴) | ۴ (۲/۶) | ۳۰ (۳/۶) | |
| دیپلم | ۱۰۹ (۴۲/۲) | ۷۸ (۱۴/۴) | ۵۵ (۲۶/۳) | ۵ (۳۸/۵) | ۵۵ (۳۶/۴) | ۱۸۲ (۲۱/۶) | |
| لیسانس | ۷۶ (۲۹/۵) | ۲۷۲ (۵۰/۳) | ۸۶ (۴۱/۱) | ۵ (۳۸/۵) | ۴۵ (۲۹/۸) | ۳۸۴ (۴۵/۵) | |
| فوق لیسانس و بالاتر | ۶۰ (۲۳/۳) | ۱۷۱ (۳۱/۶) | ۶۵ (۳۱/۱) | ۱ (۷/۷) | ۴۷ (۳۱/۱) | ۲۴۸ (۲۹/۴) | |
| میزان درآمد خانوار | P-value: ۰/۰۰۱* | | | | | | |
| فاقد درآمد | ۳۲ (۱۲/۴) | ۵۲ (۹/۶) | ۱۱ (۵/۳) | ۴ (۳۰/۸) | ۱۳ (۸/۶) | ۷۸ (۹/۲) | |
| زیر یک میلیون تومان | ۵۲ (۲۰/۲) | ۲۸ (۵/۲) | ۹ (۴/۳) | ۳ (۲۳/۱) | ۹ (۶/۰) | ۷۷ (۹/۱) | |
| ۱-۳ میلیون تومان | ۶۱ (۲۳/۶) | ۱۸۳ (۳۳/۸) | ۶۱ (۲۹/۲) | ۴ (۳۰/۸) | ۴۸ (۳۱/۸) | ۲۵۳ (۳۰/۰) | |
| ۳-۵ میلیون تومان | ۷۷ (۲۹/۸) | ۲۱۱ (۳۹/۰) | ۱۰۶ (۵۰/۷) | ۱ (۷/۷) | ۶۲ (۴۱/۱) | ۳۳۱ (۳۹/۲) | |
| بالای ۵ میلیون تومان | ۳۶ (۱۴/۰) | ۶۷ (۱۲/۴) | ۲۲ (۱۰/۵) | ۱ (۷/۷) | ۱۹ (۱۲/۶) | ۲۲ (۱۰/۵) | |
| ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای | P-value: ۰/۰۰۱* | | | | | | |

| | | | | | | | |
|-----------|------------|------------|------------|-----------|-----------|------------|--------|
| متبلا | ۴۳ (۱۶/۷) | ۱۰۵ (۱۹/۴) | ۱۳۲ (۶۳/۲) | ۱ (۷/۷) | ۱۷ (۱۱/۳) | ۲۶۲ (۳۱/۰) | ۰/۰۰۱* |
| غیر متبلا | ۲۱۵ (۸۳/۳) | ۴۳۶ (۸۰/۶) | ۷۷ (۳۶/۸) | ۱۲ (۹۲/۳) | (۸۸/۷) | ۵۸۲ (۶۰/۸) | |

جدول ۳ توزیع رفتارهای خود مراقبتی را بر حسب رتبه انجام منظم / نامنظم نشان می دهد. ۹۹۶ نفر (۹۸/۸ درصد) از شرکت کنندگان اظهار کردند که پس از ورود به منزل، به طور منظم دستان خود را با آب و صابون می شویند. همچنین، ۹۷۲ نفر (۹۶/۴ درصد) نیز اعلام کردند به طور منظم، هنگام سرفه و عطسه دهان و بینی خود را توسط یک دستمال یا قسمت داخلی آرنج می پوشانند. به استثنای

رفتارهای دور انداختن ماسک در صورت مرطوب شدن یا حداقل ۳ ساعت، ضد عفونی کارت بانکی پس از هر بار استفاده، ضد عفونی سویچ های برقی منزل / محل کار و استفاده از دستکش یک بار مصرف هنگام سوخت گیری، بالاتر از ۷۰ درصد جامعه مطالعه شده اجرای مابقی رفتارهای خود مراقبتی به طور منظم را گزارش کردند.

جدول ۳. توزیع رفتارهای خود مراقبتی کووید-۱۹ بر حسب رتبه منظم/نا منظم

| رفتارهای خود مراقبتی مربوط به کووید-۱۹ | منظم تعداد (%) | نامنظم تعداد (%) | رفتارهای خود مراقبتی مربوط به کووید-۱۹ | منظم تعداد (%) | نامنظم تعداد (%) |
|---|-------------------|---------------------|--|-------------------|---------------------|
| ۱. شستن دست با صابون بلافاصله بعد از ورود به منزل حداقل ۳۰ ثانیه و سپس ضد عفونی با الکل ۷۰ درصد | ۷۰۷ (۷۰/۱) | ۳۰۱ (۲۹/۹) | ۱۵. محدود کردن فعالیت های غیر ضروری خارج از منزل | ۹۰۰ (۸۹/۳) | ۱۰۸ (۱۰/۷) |
| ۲. فقط شستن دست با صابون بلافاصله بعد از ورود به منزل حداقل ۳۰ ثانیه | ۹۹۶ (۹۸/۸) | ۱۲ (۱/۲) | ۱۶. محدود کردن خرید مورد نیاز منزل توسط یکی از اعضای خانواده | ۸۸۴ (۸۷/۷) | ۱۲۴ (۱۲/۳) |
| ۳. فقط ضد عفونی با الکل ۷۰ درصد | ۷۴۱ (۷۳/۵) | ۲۶۷ (۲۶/۵) | ۱۷. کلی خرید برای جلوگیری از بیرون رفتن مکرر | ۹۶۲ (۹۵/۴) | ۴۶ (۴/۶) |
| ۴. پوشش دهان و بینی هنگام سرفه و عطسه با دستمال یا قسمت داخلی آرنج | ۹۷۲ (۹۶/۴) | ۳۶ (۳/۶) | ۱۸. خودداری از تماس حیوانات اهلی / وحشی | ۹۳۱ (۹۲/۴) | ۷۷ (۷/۶) |
| ۵. دور انداختن ماسک در صورت مرطوب شدن ماسک یا حداقل ۳ ساعت پس از استفاده | ۶۱۶ (۶۱/۱) | ۳۹۲ (۳۸/۹) | ۱۹. استفاده از خودکار شخصی در محل کار / هر جای دیگر | ۹۹۵ (۹۴/۷) | ۵۳ (۵/۳) |
| ۶. اجتناب از دست دادن | ۹۰۷ (۹۰/۰) | ۱۰۱ (۱۰/۰) | ۲۰. ضد عفونی سویچ های برقی منزل / محل کار | ۶۲۴ (۶۱/۹) | ۳۸۴ (۳۸/۱) |
| ۷. اجتناب از رفتن به مکان های شلوغ | ۹۷۳ (۹۵/۵) | ۳۵ (۳/۵) | ۲۱. استفاده از وسایل شخصی مثل لیوان، قندان، قاشق، چنگال، کارد، بشقاب | ۹۳۱ (۹۲/۴) | ۷۷ (۷/۶) |

| | | | | | |
|----------|-------------|---|------------|------------|--|
| ۳۸/۰ | ۶۲۵ (۶۲/۰) | ۲۲. استفاده از دستکش یک بار مصرف هنگام سوخت گیری بنزین/گازوئیل | ۲۱۴ (۲۱/۲) | ۷۹۴ (۷۸/۸) | ۸. استفاده از ماسک در خارج از منزل |
| ۲۰/۴ | ۸۰۲ (۷۹/۶) | ۲۳. ضد عفونی مرتب تلفن | ۳۵۶ (۳۵/۳) | ۶۵۲ (۶۴/۷) | ۹. ضد عفونی کارت بانکی پس از هر بار استفاده |
| ۱۴/۴ | ۸۶۳ (۸۵/۵۰) | ۲۴. ضد عفونی مرتب گوشی همراه | ۱۳۷ (۱۳/۶) | ۸۳۱ (۸۶/۴) | ۱۰. رعایت فاصله گذاری حدود ۲ متر |
| ۲۲/۹ | ۷۷۷ (۷۷/۱) | ۲۵. ضد عفونی مرتب صفحه کلید رایانه | ۲۱۸ (۲۱/۷) | ۷۹۰ (۷۸/۳) | ۱۱. ضد عفونی میز کار و دیگر سطوح مورد استفاده در خانه / |
| ۱۹/۸ | ۸۰۸ (۸۰/۲) | ۲۶. ضد عفونی مرتب کلیدها | ۵۶ (۵/۶) | ۹۵۲ (۹۴/۴) | ۱۲. خودداری از دست زدن به دهان، بینی و چشم، در خارج از منزل |
| ۹۷ (۹/۶) | ۹۱۱ (۹۰/۴) | ۲۷. همکاری با کارکنان بهداشتی جهت پیشگیری، غربالگری و پیگیری کووید-۱۹ | ۱۱ (۱/۱) | ۹۹۷ (۹۸/۹) | ۱۳. انداختن دستمال های کاغذی، ماسک و دستکش در سطل زباله در دار |
| ۹۹ (۹/۸) | ۹۰۹ (۹۰/۲) | ۲۸. استفاده از دستمال کاغذی یا دستکش یک بار مصرف برای گرفتن دستگیره اتوبوس یا تاکسی | ۱۳۱ (۱۳/۰) | ۸۷۷ (۸۷/۰) | ۱۴. اجتناب از ارائه پول نقد در هنگام خرید |

بحث

این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین مسئولیت‌پذیری سلامتی و رفتارهای خود مراقبتی مربوط به کووید-۱۹ در استان کردستان انجام شد. نتایج این مطالعه نشان دهنده همبستگی مثبت و معنی‌دار در حد متوسط بین مسئولیت‌پذیری سلامتی و رفتارهای خود مراقبتی مربوط به کووید-۱۹ بود. شواهد موجود نشان دهنده ارتباط بین مسئولیت‌پذیری در حوزه رفتارهای خود مراقبتی غیر مرتبط با کووید-۱۹، می باشد؛ برای مثال، در مطالعه فریور و همکاران (۱۳۹۹) کاهش اضطراب کووید-۱۹ که می‌توان آن را نوعی رفتار خود مراقبتی تلقی کرد، با مسئولیت‌پذیری سلامتی همبستگی داشت (۲۷). نتایج مطالعات دیگر همبستگی مسئولیت‌پذیری برای سلامتی با رفتارهای خود مراقبتی از جمله تغذیه سالم، داشتن فعالیت جسمانی و مدیریت استرس را گزارش کرده‌اند (۲۸-۲۹). همچنین یافته‌های پژوهش Helgeson و همکاران (۲۰۰۸) بیانگر ارتباط بین مسئولیت مشترک والدین و نوجوانان با انجام رفتارهای خود مراقبتی دیابت نوجوانان بود (۳۰). نتایج مطالعه حاضر در ارتباط با مسئولیت‌پذیری سلامتی و رفتارهای خود مراقبتی مربوط به کووید-۱۹ در شرایط همه‌گیری مشاهده شد؛ لذا ضروری است بررسی ارتباط در شرایط غیر همه‌گیری که ممکن است منجر به مشاهده یافته‌های متناقض گردد، صورت گیرد. لازم به ذکر است که استفاده از پرسشنامه‌های متفاوت برای سنجش مسئولیت‌پذیری سلامتی و رفتارهای خود مراقبتی کووید-۱۹ و نیز ویژگی‌های جمعیت شناختی جامعه مطالعه احتمالاً نتایج ما را تحت تأثیر قرار داده است.

مسئولیت‌پذیری سلامتی زنان نسبت به مردان بیشتر بود. شواهد نشان می‌دهد زنان نسبت به مردان در مراقبت‌های بهداشتی خود احتیاط بیشتری دارند، به طوری که سالانه معاینات بهداشتی مربوط به خود را انجام می‌دهند و تمایل بیشتری به مشورت با پزشک و شرکت در برنامه‌های آموزشی مرتبط با سلامت دارند (۳۱). همچنین با افزایش سطح تحصیلات و درآمد، میزان مسئولیت‌پذیری سلامتی بیشتری مشاهده شد. طبق نتایج مطالعه Hahn و همکارش (۲۰۱۵)، اگرچه درآمد به‌عنوان یک پیامد سلامتی تلفی نمی‌شود، با این حال، به دلیل دسترسی به منابع مراقبت‌های

بهداشتی و غذای سالم، ارتباط نزدیکی با پیامدهای سلامتی دارد (۳۲). شواهد نشان می‌دهد که سطح تحصیلات بالاتر می‌تواند باعث بهبود سطح درآمد شود (۳۳)؛ بنابراین به نظر می‌رسد سطح تحصیلات بالاتر و درآمد بیشتر در مسئولیت‌پذیری سلامتی افراد مؤثر باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد زنان نسبت به مردان، تمایل بیشتری به انجام رفتارهای خود مراقبتی مربوط به کووید-۱۹ داشتند. در بررسی پیش بینی خود مراقبتی مردم ایران در مواجهه با پاندمی کووید ۱۹ بر حسب ویژگی‌های فردی اجتماعی، میانگین نمره خود مراقبتی زنان بیشتر از مردان گزارش شد (۳۴). این یافته در دو مطالعه دیگر تأیید شده است (۳۵-۳۶). در سندرم حاد تنفسی (SARS) نیز به تفاوت‌های جنسیتی اشاره شده است، به طوری که زنان بیشتر احتمال دارد از ماسک استفاده کنند و رفتارهای پیشگیرانه را انجام دهند (۳۷).

سطح تحصیلات بر انجام رفتارهای خود مراقبتی مربوط به کووید-۱۹ مؤثر بود، به طوری که افرادی که از تحصیلات بالاتری برخوردار بودند، اقدامات محافظتی مربوط به کووید-۱۹ بیشتری انجام دادند. این یافته همسو با یافته‌های مطالعات قبلی بود (۳۶-۳۴). تحصیلات بالاتر موجب افزایش دسترسی‌های بیشتری برای کسب دانش و آگاهی می‌شود. نتایج یک مطالعه بر روی دانشجویان پزشکی نشان داد دانشجویان در انجام رفتارهای پیشگیرانه مربوط به کووید-۱۹ عملکرد مطلوبی داشتند، از علل احتمالی این نتیجه می‌توان به گروه هدف و دانش آن‌ها در این زمینه اشاره نمود (۳۸).

یافته‌های این بررسی نشان داد اکثر شرکت‌کنندگان مبتلا به بیماری‌های مزمن اگرچه مسئولیت‌پذیری سلامتی بالایی داشتند؛ اما رفتارهای خود مراقبتی مربوط به کووید-۱۹ را کمتر انجام دادند. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد شیوع کووید-۱۹ و مرگ و میر ناشی از آن، در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن بالا است (۳۹)؛ بنابراین احتیاط و انجام رفتارهای خود مراقبتی مربوط به کووید-۱۹ در این گروه از افراد از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. با توجه به پایین بودن انجام رفتارهای خود مراقبتی پایین در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی

(۹۸/۸ درصد) و پوشاندن دهان و بینی هنگام سرفه و عطسه (۹۶/۴ درصد) بود. نتایج مطالعه Zhong و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که بیشترین فراوانی رفتارهای خود مراقبتی در افراد مورد مطالعه مربوط به عدم حضور در مکان‌های شلوغ (۹۶/۴ درصد) و استفاده از ماسک هنگام خروج از منزل (۹۸/۰ درصد) بوده است (۴۰). در مطالعه Kebede و همکاران (۲۰۲۰) نیز دو رفتار شستن دست با آب و صابون و اجتناب از دست دادن هنگام احوالپرسی بیش از سایر رفتارها، مورد استفاده قرار گرفته بود (به ترتیب ۷۷/۳ درصد و ۵۳/۸ درصد) (۳۵). همچنین، نتایج مطالعه دیگری در ایران نشان داد عدم حضور در مکان‌های شلوغ (۹۹/۶ درصد)، دارای بیشترین فراوانی در بین رفتارهای خود مراقبتی مربوط به کووید-۱۹ بود (۳۸). شناسایی رفتارهای خود مراقبتی با بیشترین و کمترین فراوانی در جمعیت‌های مختلف، می‌تواند منجر به طراحی و یا اصلاح مداخلات مربوطه شود. در این مطالعه، چهار رفتار خود مراقبتی ضد عفونی کردن کارت بانکی پس از استفاده، دور انداختن ماسک پس از ۳ ساعت مورد استفاده قرار گرفتن، ضد عفونی کردن سوئیچ‌های برقی و استفاده از دستکش یک‌بار مصرف هنگام سوخت‌گیری در حد متوسط توسط افراد مورد مطالعه انجام می‌شد. لازم است رفتارهای پیشگیرانه ترویج داده شوند تا افراد در هنگام سوخت‌گیری، از دستکش یک‌بار مصرف استفاده نمایند و وسایلی نظیر کارت بانکی و سوئیچ‌های برقی خود را نیز مانند سایر وسایل ضد عفونی کنند. همچنین، ممکن است عدم تعویض ماسک به دلایلی نظیر عدم آگاهی، کمبود ماسک و یا ناتوانی مالی رخ دهد. شهروندان، دولت‌ها و ذینفعان باید بتوانند این سیاست‌های پیشگیرانه را با سیاست‌های حمایتی مناسب حفظ نموده و تقویت کنند.

نتایج این مطالعه باید با توجه به چندین محدودیت تفسیر شود. اول، استفاده از روش آنلاین برای جمع‌آوری داده‌ها مانع از شرکت افرادی که قادر به استفاده از اینترنت نبودند یا دسترسی محدودی به اینترنت داشتند، شد. به همین علت جمعیت مورد مطالعه نماینده واقعی جامعه نبودند. دوم،

جهت پیشگیری از ابتلا به کووید-۱۹ در این بیماران ضروری به نظر می‌رسد.

در پژوهش‌های انجام شده از پرسشنامه‌های مختلفی برای سنجش رفتارهای خود مراقبتی مربوط به کووید-۱۹ استفاده شده است (۳۴-۳۵). این موضوع، قابلیت مقایسه جامع یافته‌های این مطالعه با سایر مطالعات را دشوار می‌کند. به عنوان مثال، سنجش رفتارهای خود مراقبتی مربوط به کووید-۱۹ در مطالعه انجام شده در ایتوپیا و ایران با ۹ سؤال (۳۸, ۳۵) شش سؤال در عربستان سعودی (۲۶) و دو سؤال در چین (۴۱) صورت گرفته است. در مطالعه حاضر، رفتارهای خود مراقبتی مربوط به کووید-۱۹ با ۲۸ سؤال مورد سنجش قرار گرفت. پاسخ شرکت‌کنندگان به این رفتارها، به صورت فراوانی و درصد ذکر گردید. در برخی از مطالعات، رفتارهای خود مراقبتی به زیر گروه‌هایی تقسیم شده و بر حسب میانگین نمره در هر زیر گروه نظیر مسیرهای انتقال و راه‌های پیشگیری از بیماری گزارش شده است (۳۴). در بررسی حاضر اکثر شرکت‌کنندگان (۸۳/۷ درصد) در رفتارهای خود مراقبتی دارای رتبه بالایی بودند. به نظر می‌رسد این یافته دو علت احتمالی داشته باشد: اول اینکه، درصد بالایی از شرکت‌کنندگان (۷۲/۵ درصد) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. نتایج مطالعات قبلی نشان می‌دهد افرادی که سطح تحصیلات بالاتری دارند، اقدامات احتیاطی بیشتری در رابطه با کووید-۱۹ انجام می‌دهند (۲۶, ۳۵). علت دوم احتمالاً در رابطه با زمان جمع‌آوری داده‌های مطالعه حاضر در اوج اپیدمی کووید-۱۹ (۲۸ آوریل تا ۶ مه ۲۰۲۰) و اجرای قرنطینه اجباری توسط دولت به ترغیب مردم جهت پایبندی به توصیه‌ها می‌باشد. این شرایط ممکن است بر رفتارهای خود مراقبتی در این مطالعه تأثیر گذاشته باشد؛ بنابراین، لازم است مطالعات بیشتر در زمان‌هایی که بیماری در اوج نیست؛ اما هنوز خطر عفونت و شیوع وجود دارد، صورت گیرد. بیشترین فراوانی رفتارهای خود مراقبتی در مطالعه ما شامل: دور انداختن دستمال‌های کاغذی، ماسک و دستکش استفاده شده در سطل زباله دار (۹۸/۹ درصد)، شستن دست‌ها با صابون

مسئولیت پایین را برجسته می‌کند. با توجه به اینکه مردان مراعات کمتری در رعایت محدودیت‌ها و محافظت از خود داشتند، یادگیری خود مراقبتی مبتنی بر جنس یادآوری می‌گردد. افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن و زمینه‌ای در معرض خطرات و آسیب‌های بیشتری هستند، ارتقای و تداوم آموزش در این گروه باید بر اساس نوع بیماری، جنس و سن مورد توجه خاص قرار گیرد. اگرچه میزان رفتارهای خود مراقبتی مربوط به کووید-۱۹ در افراد مورد مطالعه بالا بود؛ اما حفظ این میزان تا زمان پایان یافتن پاندمی، ضروری است. با کاهش شیوع و مرگ و میر ناشی از کووید-۱۹، ممکن است افراد جامعه، پروتکل‌های پیشگیری را کمتر رعایت کرده یا آن‌ها را نادیده بگیرند، در این صورت لازم است این امر مورد توجه مقامات بهداشتی قرار گیرد. با توجه به معیار ورود به مطالعه، روش نمونه‌گیری و جامعه این بررسی، تعمیم داده‌ها به جامعه امکان پذیر نمی‌باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح پژوهشی مصوب در معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کردستان با کد IR.MUK.REC.1399.014 می‌باشد. تأمین کننده منبع مالی، نویسندگان مقاله بوده‌اند. گروه تحقیق از کلیه شرکت کنندگان مطالعه به دلیل مشارکت در مطالعه حاضر، کمال تشکر و قدردانی را به عمل می‌آورد.

طراحی مقطعی مطالعه در زمان گسترش بحرانی بیماری و مقررات قرنطینه صورت گرفت که می‌تواند نتایج به دست آمده را تحت تأثیر قرار داده باشد. سوم، جمع‌آوری داده‌ها به صورت خود گزارشی، می‌تواند احتمال بروز سوگیری مطلوبیت اجتماعی را در پی داشته باشد. چهارم، در مطالعه حاضر رابطه تک‌تک بیماری‌های زمینه‌ای با مسئولیت‌پذیری سلامتی و رفتارهای خود مراقبتی کووید-۱۹ مورد بررسی قرار نگرفت. با توجه به مستعد بودن این بیماران نسبت کووید ۱۹- پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی این ارتباطات به صورت جداگانه برای هر بیماری مورد بررسی قرار بگیرد تا در صورت لزوم مداخلات مؤثر با توجه به نوع بیماری زمینه‌ای طراحی و اجرا گردد. پنجم، ماهیت مقطعی مطالعات در ایران و خارج از کشور، شناسایی تأثیر زمان بر تغییر عوامل روان‌شناختی تأثیرگذار بر رفتار فاصله اجتماعی را محدود می‌کند. یافته‌های مقطعی ممکن است به نگهداری رفتارها در بلندمدت تعمیم داده نشوند؛ زیرا مطالعات در یک دوره بسیار کوتاه انجام شده است؛ بنابراین انجام مطالعات آینده‌نگر می‌تواند به درک مداخلات رفتاری مناسب در مدت زمان طولانی کمک کند، پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر اهمیت مسئولیت‌پذیری سلامتی را برای رفتارهای خود مراقبتی کووید-۱۹ به ویژه در افراد

منابع

- 1.Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The Lancet*. 2020;395(10223):470-3.
- 2.Tetro JA. Is COVID-19 receiving ADE from other coronaviruses?. *J Microbes Infection*. 2020;22(2):72-3.
- 3.Chiu N-C, Chi H, Tai Y-L, Peng C-C, Tseng C-Y, Chen C-C, et al. Impact of wearing masks, hand hygiene, and social distancing on influenza, enterovirus, and all-cause pneumonia during the coronavirus pandemic: Retrospective national epidemiological surveillance study. *J Med Internet Res*. 2020;22(8):e21257.
- 4.WHO. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report, 72. 2020.
- 5.Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *J autoimmun*. 2020;109:102433.
- 6.Tavakoli A VK, Keshavarz M. Novel coronavirus disease 2019 (COVID-19): an emerging infectious disease in the 21st century. *Iran South Med J*. 2020;22(6):432-50 (Persian).

7. Janani L, Hajebi A, Nazari H, Esmailzadehha N, Molaiepour L, Varse F, et al. COVID-19 Population Survey of Iran (COPSIR) study protocol: Repeated survey on knowledge, risk perception, preventive behaviors, psychological problems, essential needs, and public trust during COVID-19 epidemic. *MJIRI*. 2020;34:52.
8. Baghernezhad Hesary F, Salehiniya H, Miri M, Moodi M. Investigating preventive behaviors toward COVID-19 among Iranian people. *Front Public Health*. 2021;9:67.
9. García-Sánchez I-M, García-Sánchez A. Corporate social responsibility during COVID-19 pandemic. *JOItmC*. 2020;6(4):126.
10. Van Baal ST, Hohwy J. Risk perception and personal responsibility during COVID-19: An experimental study of the role of imperative vs reasoning-based communication for self-isolation attitudes [Preprint]. *PsyArXiv*. 2020. <https://doi.org/10.31234/osf.io/s7jeq>
11. Dryhurst S, Schneider CR, Kerr J, Freeman AL, Recchia G, Van Der Bles AM, et al. Risk perceptions of COVID-19 around the world. *J Risk Res*. 2020;23(7-8):994-1006.
12. Anderson RM, Heesterbeek H, Klinkenberg D, Hollingsworth TD. How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? *The lancet*. 2020;395(10228):931-4.
13. Paakkari L, Okan O. COVID-19: health literacy is an underestimated problem. *Lancet Public Health*. 2020;5(5):e249-e50.
14. Wikler D. Personal and social responsibility for health. *J Ethics International Affairs*. 2002;16(2):47-55.
15. Brown RCH, Savulescu J. Responsibility in healthcare across time and agents. *J Med Ethics*. 2019;45(10):636.
16. Resnik DB. Responsibility for health: personal, social, and environmental. *J med ethics*. 2007;33(8):444-5.
17. Gunia A. Millennials Aren't Taking Coronavirus Seriously, a Top WHO Official Warns. *Time*; 2020.
18. Gigauri I. Corporate Social Responsibility and COVID-19 Pandemic Crisis: Evidence From Georgia. *IJSECSR*. 2021;6(1):30-47.
19. Hosseini Bamakan SM, Haddadpooor Jahromi MJ. Role of social responsibility in prevention of the COVID-19 outbreak from systems thinking perspective. *Public Health*. 2021;190:e18-e20.
20. Strzelecki A, Azevedo A, Albuquerque A, editors. Correlation between the Spread of COVID-19 and the Interest in Personal Protective Measures in Poland and Portugal. *Healthcar*. 2020;8(3):203.
21. Mohammadpour M, Ghorbani V, Khoramnia S, Ahmadi SM, Ghvami M, Maleki M. Anxiety, Self-Compassion, Gender Differences and COVID-19: Predicting Self-Care Behaviors and Fear of COVID-19 Based on Anxiety and Self-Compassion with an Emphasis on Gender Differences. *Iran J Psychiatry*. 2020;15(3):213-19.
22. Walker SN, Sechrist KR, Pender N. The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *J Nurs Res*. 1987;36(2), 76-81.
23. WHO. Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/infection-prevention-and-control>. 2020.
24. WHO. Advice on the use of masks in the context of COVID-19. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331693/WHO-2019-nCov-IPC_Masks-2020.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 2020.
25. <https://behdasht.gov.ir.http://treatment.sbm.u.ac.ir/index.jsp?siteid=62&fkeyid=&siteid=62&pageid=63989>. 1399.

26. Almutairi K, Helih E, Moussa M, Boshaiqah A, Alajilan A, Vinluan J. Awareness, Attitudes, and Practices Related to Coronavirus Pandemic Among Public in Saudi Arabia. *Fam Community Health*. 2015;38:332-40.
27. Farivar M, Aziziaran S, Basharpour B. The Role of Health Promoting Behaviors and Health Beliefs in Predicting of Corona Anxiety (COVID-19) among Nurses. *J Nurs Manag*. 2020;9(4):1-10 (Persian).
28. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and validity of Persian version of the health-promoting lifestyle profile. *JMUMS*. 2012;21(1):102-13 (Persian).
29. Mehri A, Solhi M, Garmaroudi G, Nadrian H, Sigaldehy SS. Health promoting lifestyle and its determinants among university students in Sabzevar, Iran. *Int J Prev Med*. 2016;7(4):65.
30. Helgeson VS, Reynolds KA, Siminerio L, Escobar O, Becker D. Parent and adolescent distribution of responsibility for diabetes self-care: Links to health outcomes. *J Pediatr Psychol*. 2008;33(5):497-508.
31. Deeks A, Lombard C, Michelmores J, Teede H. The effects of gender and age on health related behaviors. *BMC Public Health*. 2009;9(1):213.
32. Hahn RA, Truman BI. Education improves public health and promotes health equity. *Int J Health Serv*. 2015;45(4):657-78.
33. Murnane R. Improving the education of children living in poverty. *Future Child*. 2007;17:161-82.
34. Keyvanara M, Satari M, Jangi M, Sharbafchizadeh N, Samouei R. Prediction of the iranians self-care in terms of communication pattern of their individual and social characteristics in face of Covid-19 pandemic-2020. *Tehran Univ Med J*. 2020;78(9):589 (Persian).
35. Kebede Y, Yitayih Y, Birhanu Z, Mekonen S, Ambelu A. Knowledge, perceptions and preventive practices towards COVID-19 early in the outbreak among Jimma university medical center visitors, Southwest Ethiopia. *PLoS One*. 2020;15(5):e0233744.
36. Yıldırım M, Geçer E, Akgül Ö. The impacts of vulnerability, perceived risk, and fear on preventive behaviours against COVID-19. *Psychol Health Med*. 2021;26(1):35-43.
37. Tang CS, Wong CY. Factors influencing the wearing of facemasks to prevent the severe acute respiratory syndrome among adult Chinese in Hong Kong. *Prev Med*. 2004;39(6):1187-93.
38. Taghrir MH, Borazjani R, Shiraly R. Covid-19 and iranian medical students; A survey on their related-knowledge, preventive behaviors and risk perception. *Arch Iran Med*. 2020;23(4):249-54.
39. Zhang J, Wang X, Jia X, Li J, Hu K, Chen G, et al. Risk factors for disease severity, unimprovement, and mortality in COVID-19 patients in Wuhan, China. *Clin Microbiol Infect*. 2020;26(6):767-72.
40. 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):1745-52.