

## The Relationship between Socio-Economic Factors and the Death Rate of COVID-19 in Hamadan Province, Iran

Ali Moradi<sup>1</sup>, Fatemeh Darabi<sup>2</sup>, Babak Moini<sup>3</sup>, Behrouz Goli<sup>4</sup>, Nastaran Moradi<sup>5</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Background:** Studies based on the Distressed Communities Index (DCI) show that low socioeconomic status is associated with reduced life expectancy, quality of life (QOL), and more severe outcomes related to diseases and injuries. Therefore, this study was conducted to determine the relationship between socioeconomic factors and coronavirus disease 2019 (COVID-19) mortality in Hamadan Province, Iran.

**Methods:** The present study was conducted using a case-control design. The required information was collected through the COVID-19 case registration system in Hamadan Province, the integrated health system (SIB system), and telephone calls with individuals in the case and control groups. All COVID-19 deaths in Hamadan Province from the beginning of the epidemic until the end of 2022 were included in the study. Statistical analyses were performed in two sections, descriptive and analytical, using SPSS software. A significance level of 0.05 was considered.

**Findings:** A total of 770 individuals were surveyed in this study. 412 (53.5%) of them were men and 358 (46.5%) were women. The mean and standard deviation (SD) of age of the study participants was  $65.75 \pm 26.19$  years. After removing the effect of confounding variables, using a logistic regression model, the association of age [ $P < 0.001$ , odds ratio (OR) = 1.05, 95% confidence interval (CI): 1.04-1.07], marital status ( $P < 0.001$ , OR = 0.10, 95% CI: 0.06-0.18), education ( $P < 0.001$ , OR = 9.44, 95% CI: 3.75-23.79), economic status ( $P < 0.001$ , OR = 0.53, 95% CI: 0.33-0.84), and underlying disease ( $P = 0.01$ , OR = 1.67, 95% CI: 1.09-2.58) with COVID-19 mortality was statistically significant.

**Conclusion:** Based on the findings of this study, socioeconomic variables influence COVID-19 mortality rates. Disease mortality results from a complex interplay of factors that are not yet fully understood. The COVID-19 mortality rate increases with age. This rate is also higher in married patients, those with secondary education, poor economic status, and underlying diseases.

**Keywords:** Social factors; Economic factors; Mortality; COVID-19, Iran

**Citation:** Moradi A, Darabi F, Moini B, Goli B, Moradi N. **The Relationship between Socio-Economic Factors and the Death Rate of COVID-19 in Hamadan Province, Iran.** J Health Syst Res 2026; 21(4): 455-63.

1- PhD, Occupational Health and Safety Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

2- Associate Professor, Department of Public Health, Asadabad School of Medical Sciences, Asadabad, Iran

3- Professor, Research Center for Social Factors Affecting Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

4- Resident, Department of Surgery, School of Medicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

5- Department of Nutrition, School of Medicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

**Corresponding Author:** Nastaran Moradi; Department of Nutrition, School of Medicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran; Email: moradi.nastaran80@gmail.com





کارمند و خانه‌دار نسبت به گروه‌های متناظر بیشتر بود. نتایج آزمون  $\chi^2$  نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین جنسیت ( $P < 0/001$ )، وضعیت تأهل ( $P < 0/001$ )، شهرستان محل سکونت ( $P < 0/001$ )، سطح تحصیلات ( $P < 0/001$ )، وضعیت اقتصادی ( $P < 0/001$ )، بیماری زمینه‌ای ( $P < 0/001$ )، سابقه واکسن ( $P < 0/001$ )، زبان مادری ( $P < 0/001$ ) و شغل ( $P < 0/001$ ) با مرگ ناشی از کووید ۱۹ وجود داشت.

نتایج جدول ۲ نشان داد که پس از حذف اثر متغیرهای مخدوش‌کننده با استفاده از مدل Logistic regression، ارتباط معنی‌داری بین سن، جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات، وضعیت اقتصادی و بیماری زمینه‌ای با مرگ ناشی از کووید ۱۹ مشاهده گردید.

بر این اساس، شهرستان همدان با ۵۱۳/۷ مورد در ۱۰۰ هزار نفر دارای بیشترین و شهرستان درگزین با ۳۰۸/۸ مورد در ۱۰۰ هزار نفر دارای کمترین میزان بروز مرگ ناشی از بیماری از ابتدای شروع اپیدمی تا پایان سال ۱۴۰۱ بودند. در مطالعه حاضر، در مجموع ۷۷۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. ۴۱۲ (۵۳/۵ درصد) نفر از آن‌ها مرد و ۳۵۸ (۴۶/۵ درصد) نفر زن بودند. میانگین سن شرکت‌کنندگان به ترتیب  $26/19 \pm 65/75$  سال بود. میانگین بعد خانوار شرکت‌کنندگان به ترتیب  $2/97 \pm 1/37$  نفر بود.

جدول ۱ نشان داد که مرگ و میر در بیماران مرد، همسردار، ساکن همدان، بی‌سواد، دارای وضعیت اقتصادی ضعیف، ساکن شهر، دارای بیماری زمینه‌ای، بدون سابقه واکسن کووید، دارای زبان مادری فارسی و دارای مشاغل غیر از

جدول ۱. ارتباط متغیرهای اقتصادی و اجتماعی بیماران مورد بررسی و مرگ ناشی از کووید ۱۹

متغیر	سطوح متغیر	گروه شاهد	گروه مورد	کل موارد	P مقدار	OR	فاصله اطمینان ۹۵ درصد
جنسیت	زن	۲۱۱ (۵۴/۸)	۱۴۷ (۳۸/۲)	۳۵۸ (۶۶/۵)	< 0/001	۱/۹۶	۱/۴۷-۲/۶۱
	مرد	۱۷۴ (۴۵/۲)	۲۳۸ (۶۱/۸)	۴۱۲ (۵۳/۵)			
وضعیت تأهل	همسردار	۲۳۳ (۶۰/۵)	۲۲۲ (۸۳/۶)	۴۵۵ (۷۲/۱)	< 0/001	-	-
	بدون همسر	۸۴ (۲۱/۸)	۳۱ (۸/۱)	۱۱۵ (۱۴/۹)			
	همسر مرده	۶۸ (۱۷/۷)	۲۲ (۵/۳)	۹۰ (۱۳/۰)			
شهرستان	همدان	۲۰۷ (۵۳/۸)	۲۸۱ (۷۳/۰)	۴۸۸ (۶۳/۴)	< 0/001	۰/۴۳	۰/۵۸-۰/۳۱
	سایر	۱۷۸ (۴۶/۲)	۱۰۴ (۲۷/۰)	۲۸۲ (۳۶/۶)			
سطح تحصیلات	عالی	۵۳ (۱۳/۸)	۲۶ (۶/۸)	۷۹ (۱۰/۳)	< 0/001	-	-
	متوسطه	۳۴ (۸/۸)	۲۷ (۷/۰)	۶۱ (۷/۹)			
	راهنمایی	۱۶ (۴/۲)	۵۴ (۱۴/۰)	۷۰ (۹/۱)			
	ابتدایی	۹۵ (۲۴/۷)	۵۴ (۱۴/۰)	۱۴۹ (۱۹/۴)			
	بی‌سواد	۱۸۷ (۴۸/۶)	۲۲۴ (۵۸/۲)	۴۱۱ (۵۳/۴)			
وضعیت اقتصادی	خوب	۸۸ (۲۲/۹)	۱۰۲ (۲۶/۵)	۱۹۰ (۲۴/۷)	< 0/001	-	-
	متوسط	۱۷۲ (۴۴/۷)	۹۹ (۲۵/۷)	۲۷۱ (۳۵/۲)			
	ضعیف	۱۲۵ (۳۲/۵)	۱۸۴ (۴۷/۸)	۳۰۹ (۴۰/۱)			
محل سکونت	شهر	۳۰۶ (۷۹/۵)	۳۰۳ (۷۸/۷)	۶۰۹ (۷۹/۱)	< 0/001	۱/۰۴	۱/۴۸-۰/۷۴
	روستا	۷۹ (۲۰/۵)	۸۲ (۲۱/۳)	۱۶۱ (۲۰/۹)			
بیماری زمینه‌ای	ندارد	۳۱۰ (۸۰/۵)	۲۲۵ (۶۶/۲)	۵۳۵ (۷۳/۴)	< 0/001	۲/۱۰	۲/۹۲-۱/۵۱
	دارد	۷۵ (۱۹/۵)	۱۳۰ (۳۳/۸)	۲۰۵ (۲۶/۶)			
سابقه واکسن	ندارد	۲۷۴ (۷۱/۲)	۲۶۴ (۶۸/۶)	۵۳۸ (۶۹/۹)	< 0/001	۱/۱۳	۱/۵۴-۰/۸۳
	دارد	۱۱۱ (۲۸/۸)	۱۲۱ (۳۱/۴)	۲۳۲ (۳۰/۱)			
زبان مادری	فارسی	۱۵۲ (۳۹/۵)	۱۸۴ (۴۷/۸)	۳۳۶ (۴۳/۶)	< 0/001	-	-
	ترکی	۱۱۴ (۲۹/۶)	۱۴۵ (۳۷/۷)	۲۵۹ (۳۳/۶)			
	کردی	۲۷ (۷/۰)	۲۲ (۵/۷)	۴۹ (۶/۴)			
	لری	۹۲ (۲۳/۹)	۳۴ (۸/۸)	۱۲۶ (۱۶/۴)			
شغل	کارمند	۲۳ (۶/۰)	۰ (۰)	۲۳ (۳/۰)	< 0/001	-	-
	خانه‌دار	۱۴۵ (۳۷/۷)	۷۵ (۱۹/۵)	۲۲۰ (۲۸/۶)			
	سایر	۲۱۷ (۵۶/۴)	۳۱۰ (۸۰/۵)	۵۲۷ (۶۸/۴)			

OR: Odds ratio

جدول ۲. مدل نهایی ارتباط متغیرهای زمینه‌ای بیماران مورد بررسی و مرگ ناشی از کووید ۱۹

متغیرهای مستقل	سطح مبنا	سایر سطوح	B	مقدار P	OR	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	
						حد بالا	حد پایین
سن			۰/۰۵	< ۰/۰۰۱	۱/۰۵	۱/۰۷	۱/۰۴
بعد خانوار			۰/۰۶	۰/۳۴۰	۱/۰۶	۱/۲۱	۰/۹۳
وضعیت تأهل	همسر مرده			< ۰/۰۰۱			
	همسر دار		۰/۴۴	۰/۲۶۰	۱/۵۶	۳/۴۳	۰/۷۱
	بدون همسر		-۲/۲۴	< ۰/۰۰۱	۰/۱۰	۰/۱۸	۰/۰۶
تحصیلات	بی سواد			< ۰/۰۰۱			
	عالی		۰/۰۸	۰/۸۴۰	۱/۰۸	۲/۴۵	۰/۴۸
	متوسطه		۲/۲۴	< ۰/۰۰۱	۹/۴۴	۲۳/۷۹	۳/۷۵
	راهنمایی		-۰/۳۷	۰/۲۹۰	۰/۶۸	۱/۳۹	۰/۳۴
	ابتدایی		۰/۶۹	۰/۰۶۰	۱/۹۹	۴/۱۱	۰/۹۷
وضعیت اقتصادی	خوب			< ۰/۰۰۱			
	ضعیف		۰/۳۱	۰/۲۴۰	۱/۳۷	۲/۳۳	۰/۸۰
	متوسط		-۰/۶۲	< ۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۸۴	۰/۳۳
محل سکونت	روستا		۰/۳۸	۰/۱۲۰	۱/۴۶	۲/۳۸	۰/۹۰
بیماری زمینه‌ای	ندارد		۰/۵۱	۰/۰۱۰	۱/۶۷	۲/۵۸	۱/۰۹
ثابت مدل			-۴/۴۹	< ۰/۰۰۱	۰/۰۱		

OR: Odds ratio

تحقیقات قبلی انجام شده در ایالات متحده آمریکا نشان داده است که درصد اسپانیایی‌ها یا لاتین تبارها و بومیان هاوایی و سایر جزیره‌نشینان اقیانوس آرام، به طور قابل توجهی بر میزان بروز کووید ۱۹ در برخی از ایالات تأثیر گذاشته‌اند (۸-۱۱). برخی از پژوهشگران اعتقاد دارند که این تغییرات ممکن است به دلیل حضور بیش از حد اقلیت‌های قومی در مشاغل باشد که محافظت کافی را در برابر کووید ۱۹ ندارند و خطر ابتلا به این ویروس و انتقال آن را افزایش می‌دهند (۱۱). مدل نهایی نشان داد که با افزایش بعد خانوار، خطر مرگ ناشی از بیماری افزایش می‌یابد؛ اگرچه این میزان معنی‌دار نبود. بر اساس نتایج مطالعات انجام شده در ایالات متحده آمریکا در طول ماه‌های قبل از واکسیناسیون، شواهد قابل توجهی از عفونت‌های ثانویه از تماس‌های خانگی در برخی از ایالات وجود داشت که ممکن است به طور قابل توجهی در انتقال کووید ۱۹ در خانوارها و به نوبه خود میزان بروز این بیماری کمک کند (۱۲، ۱۳). این امر به ویژه برای خانوارهایی که در خانه‌های پرجمعیت زندگی می‌کنند، مشکل‌ساز است. یکی از چهار متغیر شرایط نامناسب مسکن که در تحقیقی بررسی گردید، مشخص کرد که درصد مسکن ضعیف در یک حوزه جغرافیایی، یک عامل خطر مهم ابتلا به کووید ۱۹ است همچنین، نشان داد که بار هزینه مسکن، عامل خطری برای بروز کووید ۱۹ می‌باشد (۱۴). این نتایج با انجام پژوهش دیگری تأیید شد که نشان داد با لغو قوانین تعلیق تخلیه، شیوع کووید ۱۹ در سراسر جهان افزایش یافت (۱۵). از طرف دیگر، نتایج مطالعات دیگری در ایالات متحده آمریکا نشان دادند که لغو تعلیق اخراج و افزایش قیمت مسکن در طول همه‌گیری، بسیاری از آمریکایی‌ها را آواره و آن‌ها را مجبور کرد در خانه‌های شلوغ زندگی کنند که خطر ابتلا به کووید ۱۹ را در آن‌ها افزایش می‌دهد (۱۷، ۱۶).

میزان مرگ به علت کووید ۱۹ با افزایش سن، افزایش یافت. همچنین، میزان مرگ به علت کووید ۱۹ در بیماران همسر دار، دارای تحصیلات متوسطه، وضعیت اقتصادی ضعیف و دارای بیماری زمینه‌ای بیشتر گزارش شد.

### بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مرگ و میر در بیماران مرد، همسر دار، ساکن همدان، بی سواد، دارای وضعیت اقتصادی ضعیف، ساکن شهر، دارای بیماری زمینه‌ای، بدون سابقه واکسن کووید ۱۹، دارای زبان مادری فارسی و دارای مشاغل غیر از کارمند و خانه‌دار نسبت به گروه‌های متناظر بیشتر می‌باشد. بر اساس یافته‌ها، خطر مرگ بیماری کووید ۱۹ در شهرستان همدان به عنوان شهرستان مرکزی استان، از سایر شهرستان‌های استان بالاتر بود. نتایج مطالعات نشان داده است که عوامل جمعیت‌شناختی و اقتصادی-اجتماعی، نقش مهمی در گسترش همه‌گیری داشته‌اند. شهرستان‌هایی که اشتغال بالاتر و خانوارهای بیشتری داشتند، فعالیت اقتصادی بیشتری داشتند و انتقال کووید ۱۹ از طریق ارتباط‌های اجتماعی بیشتر بوده است. در نتیجه، تعداد عفونت‌ها و مرگ و میرها افزایش می‌یابد (۸)؛ البته بر اساس آمارها و اطلاعات بیمارستان، اغلب بیماران بدحال که دچار مرگ شده بودند، از سایر شهرستان‌ها در طول دوره اپیدمی به علت امکانات بالاتر بیمارستان‌های همدان به شهر همدان اعزام شده بودند و مرگ آن‌ها در شهرستان همدان ثبت شده است.

بر اساس نتایج آنالیزهای تک متغیره، خطر مرگ ناشی از کووید ۱۹ در گروه‌های مورد مقایسه از نظر زبان مادری تفاوت معنی‌داری داشت و در فارسی زبانان بیشترین، در کردها کمترین میزان‌های مرگ و میر مشاهده شد. نتایج

نتایج مدل‌های تک متغیره و چند متغیره نشان داد که خطر مرگ ناشی از بیماری در ساکنان شهرها روستاها بیشتر بود؛ اگرچه این اختلاف معنی‌دار نبود، اما نتایج با یافته‌های پژوهش انجام شده در گرجستان که نشان داد موارد مرگ و میر در مناطق روستایی بیشتر از مناطق شهری بوده است (۱۸)، همخوانی نداشت. یکی از علل پایین بودن میزان مرگ و میر در مناطق روستایی در استان همدان، می‌تواند شیوع کمتر بیماری در مناطق روستایی و در نتیجه، انتقال کمتر به افراد و گروه‌های با خطر بالا از نظر مرگ و میر به ویژه سالمندان باشد.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، خطر مرگ ناشی از کووید ۱۹ به طور معنی‌داری در بیماران متأهل یا همسر دار از بیماران بدون همسر بیشتر بود، اما نتایج تحقیقی در سوئد نشان داد که خطر مرگ کووید ۱۹ در بیماران بدون همسر بیشتر بوده است (۱۹). بر اساس نتایج پژوهشی در نیویورک، خطر مرگ در بیماران بدون همسر از بیماران همسر دار بیشتر بوده است (۲۰). نتایج مطالعه دیگری در جمعیت هیسپانیک (Hispanic) ایالات متحده آمریکا نشان داد که خطر مرگ در بیماران بدون همسر و همسر دار تفاوت معنی‌داری نداشته است (۲۱). بنابراین، ممکن است تفاوت‌های موجود در زمینه ارتباط وضعیت تأهل و خطر مرگ از کووید ۱۹ در جوامع مختلف به دلیل تفاوت‌های فرهنگی و شیوه زندگی در ساختارهای مختلف خانوارها باشد که روی وضعیت تأهل تأثیر گذار می‌باشد.

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که خطر مرگ در کارمندان کمتر و در بیماران از کار افتاده و بازنشسته بیشتر از سایر گروه‌های شغلی بوده است. لازم به ذکر است که خطر مرگ در بیماران که شغل خود را کاسب ذکر کرده‌اند، از کارمندان بیشتر بوده است. پژوهش‌های انجام شده در سایر نقاط جهان نشان داده است که خطر مرگ از کووید ۱۹ در گروه‌های شغلی پایین و کم‌درآمد بیشتر بوده است (۲۲، ۲۳). بر اساس نتایج مطالعه‌ای در ایالات متحده آمریکا، خطر مرگ در بیماران بازنشسته بیشتر می‌باشد (۲۱) که با نتایج بررسی حاضر هم‌راستا بود. خطر مرگ بیشتر در بیماران بازنشسته را می‌توان به بالاتر بودن میانگین سنی این بیماران نسبت داد.

مدل نهایی نشان داد که یکی از عوامل خطر مرگ ناشی از کووید ۱۹، وضعیت اقتصادی- اجتماعی خانوار می‌باشد و در خانوارهای دارای وضعیت اقتصادی- اجتماعی خوب، میزان مرگ و میر کمتر است. پس از بررسی بیش از ۳۰۰ شهرستان آمریکا از ۷ ایالت در سراسر آمریکا در طول دوره قبل از واکسیناسیون، ارتباط مثبت و ضعیف، اما معنی‌داری بین درآمد متوسط خانوار و مرگ و میر بیماری به دست آمد (۲۴). همچنین، تحقیقات زیست محیطی با استفاده از متغیرهای گروهی و اکولوژیک در سطح مناطق و واحدهای جغرافیایی، شواهد گسترده‌ای از نابرابری‌های اجتماعی در بروز کووید ۱۹ و مرگ و میر مرتبط با نژاد، فقر و ازدحام در واحدهای مسکونی را نشان داده است. قدرت ارتباط بین حوزه‌های مکانی متفاوت است. داده‌های مورد بررسی در کانادا، شواهد مشخص و قابل اطمینانی برای درک میزان تغییرات پیامدها و عوامل خطر کووید ۱۹ بر اساس نژاد و وضعیت اجتماعی- اقتصادی در یک بافت جمعیتی را ارائه نموده‌اند (۲۵). اگرچه این اپیدمی کل جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد، اما به طور نامتناهی آسیب بیشتری به فقرا، بیکاران، پناهندگان و افرادی که در بخش‌های ضروری با دستمزدهای پایین اشتغال دارند، وارد می‌کند (۲۶). در این فرایند، زندگی پناهندگانی که به دلیل امنیت و اثرات اقتصادی در کشورهای میزبان به عنوان یک بار تلقی می‌شوند، بسیار عمیق‌تر از

مردم محلی تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۲۸، ۲۷).

تعیین عوامل مؤثر بر انتشار کووید ۱۹ و مرگ ناشی از آن در مبارزه با اپیدمی بسیار مهم است (۲۹). این که کدام عوامل در گسترش کووید ۱۹ یا افزایش تعداد مرگ و میر تعیین‌کننده می‌باشد، یکی از موضوعاتی است که اغلب در ادبیات اپیدمی مورد بحث قرار می‌گیرد. در این زمینه، برخی از پژوهش‌ها بر شاخص‌های سلامت تأکید دارند؛ در حالی که برخی دیگر بر عوامل اجتماعی- اقتصادی تأکید می‌کنند. شاخص‌هایی مانند عوامل جمعیت‌شناختی، بیماری‌های مزمن، متغیرهای اجتماعی- اقتصادی و سیستم‌های بهداشتی، موضوعاتی هستند که اغلب در محدوده عوامل تعیین‌کننده کووید ۱۹ مورد بحث قرار می‌گیرند (۳۰-۳۲). از همان روزهای اولیه همه‌گیری، مطالعات زیادی در مورد عوامل تعیین‌کننده کووید ۱۹ انجام شده است. در این زمینه، Sarac و Koc رابطه بین تعداد موارد کووید ۱۹، میزان مرگ و میر و شاخص‌هایی مانند اجتماعی- اقتصادی، جمعیت‌شناختی و سلامت در کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی (Organisation for Economic Co-operation and Development یا OECD) را مورد بحث قرار دادند. بر اساس یافته‌های آن‌ها، بین سهم هزینه‌های سلامت در تولید ناخالص داخلی و موارد ابتلا به کووید ۱۹ و مرگ و میرها همبستگی مثبتی وجود دارد. مهم‌ترین توضیح برای این امر ممکن است اقدامات ناکافی کشورهای عضو OECD در ابتدای همه‌گیری باشد که سهم بالایی از هزینه‌های بهداشتی در تولید ناخالص ملی دارند. علاوه بر این، افزایش شیوع بیماری‌های مزمن مانند چاقی، دیابت و استعمال دخانیات، تعداد موارد ابتلا و مرگ و میر ناشی از کووید ۱۹ را افزایش می‌دهد (۳۳).

در میان متغیرهای اقتصادی- اجتماعی، متغیرهای جمعیتی جایگاه ویژه‌ای دارند و بسیاری از تحقیقات انجام شده در این زمینه بر این متغیرها تمرکز کرده‌اند. به عنوان مثال، Sannigrahi و همکاران تأثیر شاخص‌های جمعیتی بر موارد کووید ۱۹ و مرگ و میر در اروپا را مورد بحث قرار دادند و از داده‌های جمعیت‌شناختی گسترده‌ای مانند طول بیماری، سن بیشتر از ۸۰ سال، اشتغال، امید به زندگی، نرخ خام زاد و ولد و جمعیت در گروه‌های سنی استفاده گردید. به طور کلی، مشخص شد که این عوامل بر کووید ۱۹ مؤثر هستند (۳۱). به طور مشابه، Drefahl و همکاران پیشنهاد کردند که جمعیت مردان، درآمد کمتر قابل تصرف، سطح تحصیلات پایین، مجرد بودن و مهاجر بودن از کشورهای کم‌درآمد یا متوسط، خطر مرگ ناشی از کووید ۱۹ را در سوئد افزایش می‌دهد. نقش ویژگی‌های اجتماعی- اقتصادی در گروه‌های سنی کار برجسته‌تر می‌باشد؛ در حالی که نقش وضعیت تأهل در گروه‌های سن بازنشستگی برجسته‌تر است. کووید ۱۹ بار نابرابر بر روی اعضای محروم و آسیب‌پذیر جامعه ایجاد می‌کند (۳۴).

بر اساس پژوهش‌های انجام شده، بدون شک شاخص بارز در میان متغیرهای جمعیتی، تراکم جمعیت است. مطالعات زیادی در ادبیات با تمرکز بر تراکم جمعیت وجود دارد. به عنوان مثال، Jo و همکاران دریافتند که تراکم جمعیت در توضیح شیوع کووید ۱۹ در کره معنی‌دار است (۳۵). Li و Xie به این نتیجه رسیدند که همبستگی مثبتی بین تراکم جمعیت و میزان عفونت کووید ۱۹ در شهرستان‌های ایالات متحده آمریکا وجود داشت (۳۶). Arbel و همکاران معتقدند که تراکم جمعیت، احتمال ابتلا به کووید ۱۹ را در اسرائیل افزایش می‌دهد (۳۷). نتایج تحقیق Li و Wong نشان داد که تراکم جمعیت، شاخص مهمی در افزایش موارد کووید ۱۹ در ایالات متحده آمریکا می‌باشد (۳۸).

### نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که متغیرهای اقتصادی-اجتماعی بر میزان مرگ و میر کووید ۱۹ تأثیر زیادی دارد. میزان مرگ به علت کووید ۱۹ با افزایش سن، افزایش می‌یابد. همچنین، این میزان در بیماران همسر دار، دارای تحصیلات متوسطه، وضعیت اقتصادی ضعیف و دارای بیماری زمینه‌ای بیشتر است. بر اساس نتایج به دست آمده، مرگ و میر بیماری ناشی از پیچیدگی عواملی است که هنوز به طور کامل شناخته نشده است. برای شناسایی زیرگروه‌های در معرض خطر و اتخاذ راهکارهای پیشگیرانه مؤثر، به دانش بهتری نیاز است.

### تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از طرح تحقیقاتی با شماره ۱۴۰۱۰۶۰۸۴۶۰۵ و کد خلاق IR.UMSHA.REC.1401.435، مصوب دانشگاه علوم پزشکی همدان می‌باشد. بدین وسیله از کارشناسان گروه بیماری‌های استان، مدیران مراکز بهداشت و کارشناسان مسؤول بیماری‌های کلیه شهرستان‌های استان همدان و کلیه عزیزانی که در انجام این مطالعه همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

با این حال، Sun و همکاران به این نتیجه رسیدند که تراکم جمعیت عامل مهمی در گسترش کووید ۱۹ تحت سیاست‌های سختگیرانه قرنطینه در چین نیست. بر اساس پژوهش آنان، دلیل اصلی این است که سیاست‌های قرنطینه چین می‌تواند به طور مؤثری شیوع کووید ۱۹ را کنترل کند (۳۹). علاوه بر این، نتایج پژوهش‌های Kadam و Khobragade از هند (۴۰) و Palacio و Tamariz از فلوریدای جنوبی (۴۱) نشان داد که تراکم جمعیت پیش‌بینی‌کننده کووید ۱۹ نیست.

از جمله نقاط قوت مطالعه حاضر این بود که تصویر دقیقی از اپیدمی کووید ۱۹ در استان همدان در کنار تجزیه و تحلیل دقیق عوامل اجتماعی-اقتصادی جمعیتی که می‌تواند بر بروز کووید ۱۹ و مرگ و میر تأثیرگذار باشد، به دست آمد. مهم‌ترین محدودیت‌های تحقیق شامل عدم وجود اطلاعات و داده‌های لازم برای کلیه متغیرهای اقتصادی-اجتماعی در داده‌های دانشگاهی و عدم امکان ثبت آن‌ها از طریق تماس تلفنی برای همه واحدهای مورد بررسی به دلیل همکاری ضعیف برخی از بستگان بیماران گروه مورد بود. همچنین، اطلاعات لازم از برآورد تعداد و مشخصات موارد بدون علامت بیماری در استان در دسترس نبود. بنابراین، در جامعه آماری مورد بررسی قرار نگرفتند.

### References

- Hawkins RB, Charles EJ, Mehaffey JH. Socio-economic status and COVID-19-related cases and fatalities. *Public health*. 2020; 189: 129-34.
- Moradi A, Mirzaei M, Ameri P, Zangeneh M, Moradi A, Darabi F. Spatial Analysis of Covid-19 Disease in Hamadan Province. *Payesh (Health Monitor)*. 2024 Apr 15; 23(2): 271-87.
- Pouya MJ, Yaghoubi S, Darabi F, Mousavi Z, Falahi J. Environmental Surface Circulation of SARS-CoV-2 RNA in Asadabad Hospital Wards. *Clinical Laboratory*. 2022; 68(2).
- Strang P, Fürst P, Schultz T. Excess deaths from COVID-19 correlate with age and socio-economic status. A database study in the Stockholm region. *Uppsala Journal of Medical Sciences*. 2020; 125(4): 297-304.
- Chan JFW, Yuan S, Kok KH, To KKW, Chu H, Yang J, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *The Lancet*. 2020; 395(10223): 514-23.
- Cahyadi MN, Handayani HH, Warmadewanthi I, Rokhmana CA, Sulistiawan SS, Waloejo CS, et al. Spatiotemporal analysis for COVID-19 delta variant using GIS-based air parameter and spatial modeling. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(3): 1614.
- Garmarodi G, Moradi A. Designing a tool to measure the economic-social situation in Tehran. *Payesh*. 2010; 2(9): 137-44. [In Persian].
- Tan W. The association of demographic and socioeconomic factors with COVID-19 during pre-and post-vaccination periods: A cross-sectional study of Virginia. *Medicine*. 2023;102(1).
- Adepoju OE, Ojinnaka CO. County-level determinants of COVID-19 testing and cases: are there racial/ethnic disparities in Texas? *Population Health Management*. 2021;24(5):589-94.
- Kim B, Rundle AG, Goodwin ATS, Morrison CN, Branas CC, El-Sadr W, et al. COVID-19 testing, case, and death rates and spatial socio-demographics in New York City: An ecological analysis as of June 2020. *Health & place*. 2021; 68: 102539.
- Goldman N, Pebley AR, Lee K, Andrasfay T, Pratt B. Racial and ethnic differentials in COVID-19-related job exposures by occupational standing in the US. *PloS one*. 2021; 16(9): e0256085.
- Lewis NM, Chu VT, Ye D, Connors EE, Gharpure R, Laws RL, et al. Household transmission of severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 in the United States. *Clinical Infectious Diseases*. 2021; 73(7) :e1805-e1813.
- Grijalva CG, Rolfes MA, Zhu Y, McLean HQ, Hanson KE, Belongia EA, et al. Transmission of SARS-COV-2 infections in households—Tennessee and Wisconsin, April–September 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2020; 69(44): 1631.
- Ahmad K, Erqou S, Shah N, Nazir U, Morrison AR, Choudhary G, et al. Association of poor housing conditions

- with COVID-19 incidence and mortality across US counties. *PloS one*. 2020; 15(11): e0241327.
15. Sandoval-Olascoaga S, Venkataramani AS, Arcaya MC. Eviction moratoria expiration and COVID-19 infection risk across strata of health and socioeconomic status in the United States. *JAMA network open*. 2021; 4(8): e2129041-e.
  16. Mehdipanah R. Housing as a determinant of COVID-19 inequities. *American journal of public health*. 2020; 110(9): 1369.
  17. Arcaya MC, Nidam Y, Binet A, Gibson R, Gavin V. Rising home values and Covid-19 case rates in Massachusetts. *Social science & medicine*. 2020; 265: 113290.
  18. Berman AE, Miller DD, Rahn DW, Hess DC, Thompson MA, Mossialos EA, et al. A county-level analysis of socioeconomic and clinical predictors of COVID-19 incidence and case-fatality rates in Georgia, March–September 2020. *Public Health Reports*. 2021; 136(5): 626-35.
  19. Drefahl S, Wallace M, Mussino E, Aradhya S, Kolk M, Brandén M, et al. A population-based cohort study of socio-demographic risk factors for COVID-19 deaths in Sweden. *Nature communications*. 2020; 11(1): 5097.
  20. Bushman D, Davidson A, Pathela P, Greene SK, Weiss D, Reddy V, et al. Risk Factors for Death Among Hospitalized Patients Aged 21–64 Years Diagnosed with COVID-19—New York City, March 13–April 9, 2020. *Journal of racial and ethnic health disparities*. 2022; 9(4): 1584-99.
  21. Hansen H. a study of the socio-demographic risk factors of marital status ,insurance coverage, occupation, and religion for covid-19 fatalities and hospitalization durations in the hispanic population. *Journal of General Internal Medicine*. 2022: S241-S.
  22. de Lusignan S, Dorward J, Correa A, Jones N, Akinyemi O, Amirthalingam G ,et al. Risk factors for SARS-CoV-2 among patients in the Oxford Royal College of General Practitioners Research and Surveillance Centre primary care network: a cross-sectional study. *The Lancet Infectious Diseases*. 2020; 20(9): 1034-42.
  23. Collaborative O ,Williamson E, Walker AJ, Bhaskaran K, Bacon S, Bates C, et al. OpenSAFELY: factors associated with COVID-19-related hospital death in the linked electronic health records of 17 million adult NHS patients. *MedRxiv*. 2020.05. 06.20092999.
  24. Yancy CW .COVID-19 and african americans. *Jama*. 2020; 323(19): 1891-2.
  25. van Ingen T, Akingbola S, Brown KA, Daneman N, Buchan SA, Smith BT. Neighbourhood-level risk factors of COVID-19 incidence and mortality. *MedRxiv*. 2021: 21250618.
  26. Ansari D. Teaching the social determinants of health during the COVID-19 pandemic. *Somatosphere (Blog)*. 2020.
  27. Cherri Z, Arcos Gonzalez P, Castro Delgado R. The Lebanese–Syrian crisis: Impact of influx of Syrian refugees to an already weak state. *Risk management and healthcare policy*. 2016: 165-72.
  28. Büyükakin F, Bayraktar Y, Özyilmaz A. Effect of refugees on the components of economic misery: An empirical analysis of top refugee-hosting countries. *River Flowing North: Migration Generating Geographies and International Irregular Migrations*. 2020.
  29. Rahman MH, Zafri NM, Ashik FR, Waliullah M. GIS-based spatial modeling to identify factors affecting COVID-19 incidence rates in Bangladesh. *medRxiv*. 2020: 20175976.
  30. Chakraborti S, Maiti A, Pramanik S ,Sannigrahi S, Pilla F, Banerjee A, et al. Evaluating the plausible application of advanced machine learnings in exploring determinant factors of present pandemic: A case for continent specific COVID-19 analysis. *Science of the Total Environment*. 2021;765: 142723.
  31. Sannigrahi S, Pilla F, Basu B, Basu AS. The overall mortality caused by COVID-19 in the European region is highly associated with demographic composition: A spatial regression-based approach. *arXiv preprint arXiv: 200504029*. 2020.
  32. Zhang CH ,Schwartz GG. Spatial disparities in coronavirus incidence and mortality in the United States: an ecological analysis as of May 2020. *The Journal of Rural Health*. 2020; 36(3): 433-45.
  33. Koç İ, Saraç M. Koronavirüs salgınının sosyo-ekonomik, demografik ve sağlık belirleyicileri: OECD ülkeleri verilerinin analizi. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*. 2020; 18(1).
  34. Drefahl S, Wallace M, Mussino E, Aradhya S, Kolk M, Brandén M, et al. Socio-demographic risk factors of COVID-19 deaths in Sweden: A nationwide register study. 2020.
  35. Jo Y, Hong A, Sung H. Density or connectivity: what are the main causes of the spatial proliferation of covid-19 in Korea? *International journal of environmental research and public health*. 2021; 18(10): 5084.
  36. Xie Z, Li D. Health and demographic impact on COVID-19 infection and mortality in US Counties. *Medrxiv*. 2020: 20093195.
  37. Arbel Y, Fialkoff C, Kerner A, Kerner M. Do population density, socio-economic ranking and Gini Index of cities influence infection rates from coronavirus? Israel as a case study. *The Annals of regional science*. 2022: 1-26.

38. Wong DW, Li Y. Spreading of COVID-19: Density matters. Plos one. 2020; 15(12): e0242398.
39. Sun Z, Zhang H, Yang Y, Wan H, Wang Y. Impacts of geographic factors and population density on the COVID-19 spreading under the lockdown policies of China. Science of The Total Environment. 2020; 746: 141347.
40. Khobragade AW, Kadam DD. Spatial mapping and socio-demographic determinants of COVID-19 mortality in India. Journal of Family Medicine and Primary Care. 2021; 10(11): 4200.
41. Palacio A, Tamariz L. Social determinants of health mediate COVID-19 disparities in South Florida. Journal of general internal medicine. 2021; 36: 472-7.