

فصلنامه اقتصاد فضا و توسعه روستایی، سال نهم، شماره سوم (پیاپی ۳۳)، پاییز ۱۳۹۹

شاپای چاپی ۲۱۳۱-۲۳۲۲ شاپای الکترونیکی ۴۷۶X-۲۵۸۸

<http://serd.khu.ac.ir>

صفحات ۴۸-۲۵

مدل سازی الگوی پخش فضایی ویروس کووید-۱۹ در مناطق روستایی و شهری ایران

محمدرحیم رهنما؛ استاد جغرافیا و برنامه ریزی شهری، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.
مهدی بازرگان*؛ دانشجوی دکتری جغرافیا و برنامه ریزی شهری، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۱/۱۵

پذیرش نهایی: ۱۳۹۹/۰۵/۲۰

چکیده

ظرفیت مدل سازی مکانی در GIS اهمیت فراوانی در درک تفاوت توزیع جغرافیایی بیماری های واگیردار و عفونی و نیز مطالعات اپیدمیولوژیکی و بهداشت جامعه دارد. یکی از این بیماری های واگیردار و عفونی در قرن ۲۱، ویروس کرونا (کووید-۱۹) است که از اواخر دسامبر سال ۲۰۱۹ به صورت شیوع پنومونی از ووهان چین به سراسر جهان در حال گسترش است. از این رو بررسی جغرافیایی این بیماری در جهت کنترل و پیشگیری آن امری ضروری است؛ بنابراین در پژوهش کاربردی و توصیفی-تحلیلی حاضر، با استفاده از آمار فضایی به مدل سازی پخش فضایی اپیدمیولوژی ویروس کرونا در روستاها و شهرهای کشور به صورت توزیع منطقه ای و استانی کشور پرداخته است. جامعه آماری پژوهش حاضر، ۳۱ استان کشور است که داده های مبتلایان به ویروس کرونا در بازه زمانی ۳ اسفند ۱۳۹۸ الی ۳ فروردین ۱۳۹۹ (۲۱۶۳۸ نفر) و با استفاده از نرم افزار ArcGIS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. نتایج حاصل از کاربرد شاخص موران درباره توزیع فضایی ویروس کرونا در تاریخ ۳ اسفند ۹۸، مقدار z-score برابر ۱/۴۸۵ و الگوی آن از نوع تصادفی بوده اما در تاریخ ۳ فروردین ۹۹، مقدار z-score برابر ۳/۰۳۹ و خوشه ای بودن توزیع بیماری را در نواحی کشور نشان می دهد. تحلیل خودهمبستگی فضایی براساس فاصله نشان می دهد که در فاصله ۳۸۳/۸ کیلومتری از استان قم، ضریب موران برابر ۰/۱۳۶۶۲۷ و مثبت است؛ اما در فاصله ۷۶۲/۶ کیلومتری از استان قم، ضریب موران برابر ۰/۰۴۰۲۴۶- و منفی بدست آمده و بیانگر این است که از این فاصله به بعد، تعداد مبتلایان به کرونا کاهش یافته است. همچنین تحلیل لکه های داغ در خصوص تعداد مبتلایان به ویروس کرونا نشان داد که استان های (قم، تهران، گلستان، سمنان، اصفهان، مازندران و البرز) به عنوان مناطق با جمعیت روستایی و شهری بالا، در خوشه های داغ و استان های (بوشهر، ایلام و کرمانشاه) به عنوان مناطق با جمعیت روستایی و شهری کمتر، در خوشه های سرد قرار دارند. نتایج حاصل از تحقیق بیانگر آن است که مهمترین عامل جغرافیایی انتشار ویروس کرونا در کشور، فاصله و مجاورت مکانی استان های درگیر با این بیماری بوده و از الگوی پخش فضایی سازش پذیر تبعیت می کند.

واژگان کلیدی: کووید ۱۹، مناطق روستایی - شهری، الگوی پخش، انتشار فضایی، ایران.

* mahdibazargan67@yahoo.com

(۱) مقدمه

در قرن حاضر، شیوع پنومونی ویروس کرونا (کووید-۱۹) به عنوان بیماری واگیردار، تهدیدات بهداشتی بزرگی را برای سلامتی عمومی جهان ایجاد کرده است (Jalali Farahani et al, 2020: 2). با وجود پیشرفت‌های قابل توجه در زمینه مبارزه با بیماری‌ها، هنوز بیماری‌های واگیردار اهمیت خاصی در اپیدمیولوژی و بهداشت جامعه دارند (Salahi-Moghaddam et al, 2012: 31). یکی از کاربردهای اصلی علم اپیدمیولوژی یا همه‌گیرشناسی، تسهیل در امر شناسایی مناطق جغرافیائی و گروه‌های آسیب‌پذیر می‌باشند که در معرض خطر بیشتر ابتلا به بیماری‌ها و درگیری با عوامل خطر بروز مرگ و میر را دارند (Ghaedamini Asadabadi et al, 2012: 115). شناسایی این مناطق جغرافیائی و گروه‌های در معرض خطر به انتخاب مناسب اقدام‌های بهداشتی- درمانی و اجتماعی جهت کاهش عوامل خطرآفرین کمک می‌نماید (AHO, 1996: 5). کارشناسان بهداشت از حدود ۱۵۰ سال پیش جهت تجزیه و تحلیل مکانی بیماری‌ها از نقشه استفاده می‌کردند. به عنوان نمونه در سال ۱۸۴۰ میلادی در گلاسکوی انگلستان از نقشه جهت نمایش ارتباط بین جمعیت و شیوع تب زرد استفاده و نشان داده شد که در مناطق مهاجرت‌پذیر شیوع این بیماری بیشتر می‌باشد (Kandwal et al, 2009: 750). همه‌گیرشناسی جغرافیائی، بخشی از همه‌گیرشناسی توصیفی است که به بررسی توزیع جغرافیائی میزان‌های ابتلا و مرگ و میر می‌پردازد (Elliott et al, 1996: 25). یکی از مهمترین کاربردهای همه‌گیرشناسی جغرافیائی، دستیابی به سرنخ‌هایی جهت تعیین علل بیماری‌ها، آسیب‌ها یا مرگ‌ومیرها است (Rezaeian, 2007: 99). نخستین مرحله در تجزیه و تحلیل داده‌های جغرافیائی، به تصویر کشیدن آن‌ها به ویژه در قالب نقشه‌های جغرافیائی است (Bailley & Gatrell, 1995: 10). که الگوی توزیع جغرافیائی بیماری‌ها، آسیب‌ها و مرگ‌ومیرها را به نحو مشخصی نمایان کرده و راه را برای ایجاد فرضیه‌های سبب‌شناسی هموار می‌سازد (Rezaeian, 2007: 100). از آنجا که جداول آماری در مقایسه با نقشه‌ها، از چنین توانائی برخوردار نیستند، طی سالیان اخیر، استفاده از سیستم اطلاعات جغرافیائی و نقشه‌ها در علوم بهداشتی و پزشکی افزایش چشمگیری داشته است (Bell & Broemeling, 2000: 974; Cliff, 1995: 97). مهر و موم‌هاست که GIS در بخش‌های کشاورزی، اقتصادی، منابع طبیعی، طراحی شهری و بخش‌های دیگر مورد استفاده قرار می‌گیرد و با مشکلاتی که عمدتاً به دلیل کمبود اطلاعات دقیق در GIS و کافی است، روبرو می‌باشد (Ghaedamini Asadabadi et al, 2012: 115). با این حال استفاده از GIS در مدیریت بهداشت و درمان در حال طی کردن مرحله ابتدایی است. به دلیل گستردگی و فعال بودن خدمات بهداشتی و درمانی در ایران، تمرکز بخش مدیریتی بهداشت و درمان در کشور، مشکلات موجود در اختصاص خدمات درمانی و بهداشتی به مناطق شهری و روستایی و نیز با توجه به توانایی‌های GIS استفاده از سیستم اطلاعات جغرافیائی برای مدیران این بخش ضروری می‌باشد (Joyce, 2009: 835). سیستم اطلاعات جغرافیائی وسیله‌ای برای جمع‌آوری، ذخیره، انسجام، مدیریت، بازیافت، تجزیه و تحلیل و همچنین نمایش اطلاعات مکانی می‌باشد که در تحقیقات اپیدمیولوژیکی و سیاست‌گذاری‌های بهداشتی می‌توان از آن استفاده نمود (Scholten & De Lepper, 1991: 165; O Dwyer & Burton, 1998: 820).

(. کاربرد این سیستم در حوزه سلامت، نسبتاً جدید بوده و زمینه‌ای اختصاصی برای کاربرد GIS نمی‌باشد، ولی پیشرفت‌های اخیر حاکی از آن است که این سیستم در حوزه سلامت و حفاظت از محیط‌زیست، محیط‌شناسی بیماری‌ها و بهداشت جامعه یک ابزار ضروری و لازم‌الاجرا برای پردازش، آنالیز و قابل مشاهده کردن اطلاعات مکانی از طریق تولید نقشه‌ها می‌باشد، به عبارتی تعیین موضع و مکان بیماری‌ها، بررسی مکانی امکانات مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی، تعیین حدود و مرزهای جغرافیائی جامعه از اجزای ضروری مطالعات اپیدمیولوژیکی و بهداشتی به شمار رفته که از طریق این سیستم قابل دستیابی شده‌اند (Kistemann et al, 2002: 175; Faruque et al, 2003: 183). کاربرد GIS راه‌حل کاملی برای درک توزیع بیماری‌ها و مشکلات موجود در زمینه بهداشت جامعه نمی‌باشد، اما می‌توان آن را روشی مهم برای فهم اینکه چگونه انسان با محیط خود تعامل نموده و سبب ارتقاء یا کاهش بهداشت محیط پیرامون خود می‌شود، دانست (Ricketts, 2003: 4). ظرفیت مدل‌سازی مکانی در GIS به طور مستقیم در درک تفاوت توزیع مکانی بیماری‌ها و ارتباط آن‌ها با فاکتورهای محیطی و سیستم مراقبت‌های بهداشتی کاربرد دارد، بطوریکه در حال حاضر تکنولوژی سیستم اطلاعات جغرافیائی یک ابزار عمده در تحقیقات و مدیریت بهداشتی در آفریقا می‌باشد، و از این سیستم در تحقیقات بهداشتی در زمینه بیماری‌های عفونی استفاده می‌شود (Tanser & Le-Sueur, 2002: 3). درواقع، توسعه فناوری GIS تولید و مدل‌سازی داده‌ها را دگرگون کرد و افق‌های جدیدی را برای مدل‌سازی داده‌ها گشود (بخشی و همکاران، ۱۳۹۸: ۱۰). پس از آن موضوعاتی مانند وابستگی فضایی، پیوندهای فضایی، ناهمگونی فضایی، اثر مقیاس فضایی، خوشه‌بندی فضایی و... در مدل‌های فرآیند فضایی بکار گرفته شدند (فرجی‌سبکبار، ۱۳۹۱: ۸۶). در جغرافیا شناخت مفهوم تحولات فضایی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (شکوئی، ۱۳۸۶: ۱۰۵). به گونه‌ای که فرکورت شیفر (۱۹۵۳) جغرافیا را علم قوانین حاکم بر نحوه پراکندگی و توزیع فضایی پدیده‌ها و چهره‌های ویژه سطح زمین می‌داند (شکوئی، ۱۳۸۷: ۱۸۱). بر اساس رویکرد تحلیل فضایی، پراکندگی پدیده‌های جغرافیایی، گرچه بی‌نظم به نظر می‌آیند، اما از اصولی منظم تبعیت می‌کنند که قابل درک و شناخت است و می‌توان مبتنی بر اصول آن، به قوانین کلی خارج از شمول مکان و زمان دست یافت (افراخته، ۱۳۹۹: ۲). گسترش شیوع ویروس کرونا تمام کشورهای جهان را با یک بحران عظیم انسانی مواجه ساخته بطوریکه تا ۲۲ مارس ۲۰۲۰، آمار جهانی شیوع این بیماری نشان می‌دهد که تعداد ۱۹۱ کشور از همه قاره‌های جهان درگیر آن هستند که ۳۳۲۹۳۰ مورد مثبت بیماری کرونا در این کشورها ثبت شده که از این تعداد ۱۴۵۰۹ (نرخ مرگ‌ومیر ۴/۳٪) نفر جان باخته‌اند (WHO, 2020: 24). همچنین تا تاریخ ۳ فروردین ۱۳۹۹ در ایران، تعداد ۲۱۶۳۸ مورد مثبت کرونا اعلام شد و تعداد ۱۶۸۵ نفر نیز جان باخته‌اند (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۹). به همین منظور این تحقیق با هدف بررسی جغرافیایی ویروس کرونا به مدل‌سازی انتشار فضایی اپیدمیولوژی کووید-۱۹ در کشور انجام گرفته است.

(۲) مبانی نظری

اپیدمیولوژی ویروس کرونا

کرونا ویروس ها گروهی از ویروس ها هستند که هم در انسان و هم در برخی حیوانات می توانند باعث بیماری شوند. در انسان چندین نوع ویروس باعث عفونت های تنفسی می شوند از سرماخوردگی گرفته تا بیماری های شدیدتر مانند سندرم تنفسی خاورمیانه^۱ و سندروم تنفسی حاد شدید^۲. بیماری کرونا، ویروس جدید یک بیماری ویروسی و بسیار مسری است که اولین بار در شهر ووهان کشور چین شناسایی گردید. علائمی شبیه آنفلوانزا، سارس و سایر بیماری های شدید تنفسی دارد. عامل این بیماری به اختصار COVID-19 نام گذاری شده است. بعد از شناسایی موارد اولیه بیماری در شهر ووهان چین به علت مسری بودن شدید، این بیماری به شهرهای دیگر چین هم گسترش پیدا کرد سپس مواردی از بیماری هم در کشورهای دیگر مانند ایتالیا، ایران، فرانسه و... مشاهده گردید و سپس به صورت یک بیماری اپیدمی تمامی کشورهای جهان را درگیر کرد (مرکز بهداشت غرب تهران، ۱۳۹۸).

در اواخر دسامبر سال ۲۰۱۹، یک سری موارد غیرقابل توضیح در مورد پنومونی در ووهان چین گزارش شد. دولت و محققان حوزه بهداشت در چین اقدامات سریع را برای کنترل همه گیری آن انجام دادند و تحقیقات اتیولوژیک را آغاز کردند. در ۲۱ ژانویه سال ۲۰۲۰، سازمان بهداشت جهانی^۳ به طور موقت این ویروس جدید را به عنوان کروناویروس نوین- ۲۰۱۹ نام گذاری کرد. در ۳۰ ژانویه سال ۲۰۲۰، سازمان بهداشت جهانی همه گیری کروناویروس نوین- ۲۰۱۹ را به عنوان فوریت بهداشت عمومی با نگرانی بین المللی^۴ اعلام کرد. در ۱۱ فوریه سال ۲۰۲۰، سازمان بهداشت جهانی رسماً بیماری ایجاد شده توسط کروناویروس نوین- ۲۰۱۹ را بیماری کووید- ۱۹ نام گذاری کرد. در ۲۳ فوریه ۲۰۲۰، تعداد ۷۷۰۴۱ مورد عفونت کووید- ۱۹ در چین تأیید شد. این تعداد عفونت از شیوع سندرم تنفسی حاد شدید در سال ۲۰۲۰ در چین فراتر رفته است (Gorbalenya, 2020: 5). بررسی اپیدمیولوژیک موارد اولیه ابتلا به پنومونی کروناویروس نوین- ۲۰۱۹ نشان داد که بسیاری از موارد، در معرض بازار غذاهای دریایی هانان^۵ در ووهان چین قرار داشته اند (Wu et al, 2020; Zhou et al, 2020). گزارش سازمان بهداشت جهانی نیز بیان می کند که کروناویروس در نمونه های محیطی جمع آوری شده از بازار غذاهای دریایی هانان تشخیص داده شده است، اما هنوز به طور کامل مشخص نشده که چه گونه های خاصی از حیوانات حامل کروناویروس باشند (Jalali Farahani et al., 2020: 3).

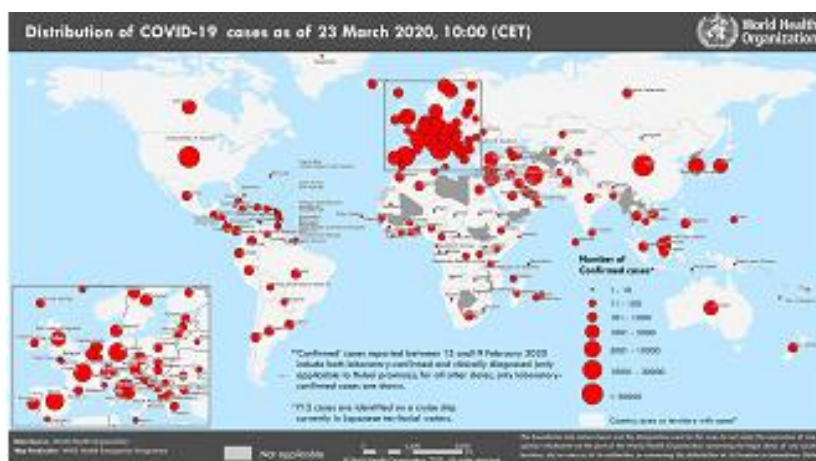
^۱- MERS

^۲- Severe Acute Respiratory Syndrome

^۳- World Health Organization

^۴- PHEIC

^۵- Huanan



شکل ۱. گسترش شیوع کووید-۱۹ تا تاریخ ۲۳ مارس ۲۰۲۰ در جهان (WHO, 2020)

نظریه پخش فضایی هاگراستراند

مباحث پیرامون بسط الگوهای برنامه‌ریزی فضایی از آن جهت اهمیت دارند که خواسته‌های گروه‌های مختلف جامعه درباره فعالیت‌های تولید مکان را بازگو می‌کنند (هافتون، ۱۳۸۷: ۶۷). برای تشریح نظریه پخش فضایی^۱ لازم است نخست مفهوم «فضا» و «مکان» و تلقی جغرافیدانان از این مفاهیم تا حدودی تبیین شود. «مکان» به عنوان کانون جغرافیا در واقع مرکز عمل آگاهانه و ارادی انسان‌هاست. مفهوم «فضا» در جغرافیا از دهه ۱۹۵۰ با مقاله فرکورت شیفر در مورد استثناگرایی وارد ادبیات جغرافیایی شد. هر واقعیت عینی دارای محل استقرار ویژه و مشخص است. پراکندگی‌های فضایی واقعیت‌های عینی بدانسان آرایش یافته‌اند که می‌توان از نظر تراکم، الگویابی و پخش، به تحلیل و تدوین قوانین مربوط به آن‌ها پرداخت. ابعاد فضا از فاصله، جهت و موقعیت نسبی تشکیل می‌شوند. درون‌مایه یک فضا به همراه پراکندگی نابرابر پدیده‌های طبیعی و انسانی سبب تحرک در جامعه می‌گردد (شکوئی، ۱۳۸۶: ۲۹۱). نخستین بار تورستن هاگراستراند نظریه پخش را با همکاران خود در زمینه گسترش نوآوری‌ها و پدیده‌های کشاورزی به کار گرفت (Hagerstrand, 1968: 67). در نظریه پخش فضایی این فرض مطرح است که یک الگوی فرهنگی مشترک یا واقعیت‌های فرهنگی مشابه، از یک منبع منحصربه‌فرد به وجود می‌آیند و بدعت‌گذاری تنها یک بار اتفاق می‌افتد و در زمان‌های مختلف توسط گروه‌های مختلف تکرار نمی‌شود (هریسون، ۱۳۷۷: ۱۲). هاگراستراند در زمینه گسترش پدیده‌های گوناگون که تأثیرات اجتماعی-اقتصادی شدیدی بر بخشی از نواحی جغرافیایی و مردم آن تحمیل می‌کند، سؤالات متعددی در خصوص این نوع گسترش و مراحل چگونگی پخش پدیده‌ها، مطرح است که برخی از این سؤالات به شرح ذیل می‌باشند:

- ۱) پدیده‌های جغرافیایی چگونه بین نواحی جریان می‌یابد، جابجا می‌شود و یا به گسترش کافی می‌رسد؟
- ۲) مراکز اصلی این پدیده‌ها کجاست؟ و این مراکز از چه شرایط برخوردارند؟

^۱- Spatial Diffusion Theory

^۲- Toresten Hager strand

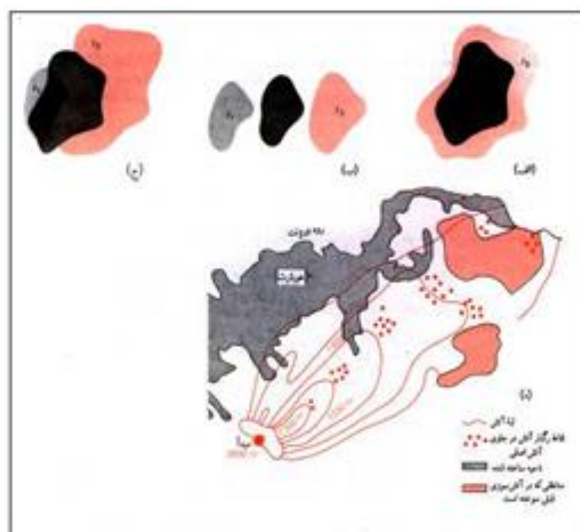
۳) چرا پدیده‌ها به مسیر و جهت معینی گسترش می‌یابند؟ (هاگت، ۱۳۷۵: ۸۵).

بر مبنای این نظریه که جغرافیای کاربردی از مراحل مهم در روند تحلیل فضایی جغرافیایی شناخته می‌شود، فرآیند پخش فضایی تحت تأثیر عوامل متعددی قرار دارند. برخی از این عوامل عبارت‌اند از: مشخصات پدیده یا پدیده‌ها و میزان جاذبیت پدیده‌ها، کیفیت گسترش پدیده‌ها، کانون یا کانون‌های پدیده‌ها، جمعیت آماده پذیرش با زمینه‌های متفاوت پذیرش، مقاومت‌های مختلف جمعیت در برابر نوآوری‌ها یا اشتیاق و هواخواهی آن‌ها از نوآوری‌ها و پدیده‌ها، سهم فاصله در فرآیند توزیع اطلاعات و گسترش پدیده‌ها، موانع اخذ اطلاعات در مکان‌های مختلف، نقش رسانه‌ها و نقش دولت‌ها، سهم زمان در مقاومت یا پذیرش پدیده‌ها و نوآوری‌ها میان جمعیت، نقش کیفیت ارتباطات، ساختار اجتماعی و نقش مسئولان، انتخاب و تصمیم‌گیری (شکوئی، ۱۳۸۷: ۳۰۵). از نگاه تئوری پخش، ماهیت انتشار فضایی در دو سطح مورد بررسی قرار می‌گیرد که شامل پخش ناحیه‌ای و جابجایی مکانی پخش می‌باشد.

۱- پخش ناحیه‌ای: مرحله‌ای است که در آن اطلاعات، مواد، کالا، مد، امراض، تولیدات و نظایر این‌ها از ناحیه‌ای به ناحیه دیگر می‌رسد و بین جمعیت ناحیه جدید گسترش می‌یابد. گاهی شدت نوآوری‌ها و پدیده‌ها در ناحیه جدید بیش از خاستگاه اصلی پدیده‌ها و نوآوری‌هاست.

۲- جابجایی مکانی پخش: همان مراحل پخش گسترشی را می‌گذراند، اما مکان اصلی پخش اطلاعات، مواد، امراض و نوآوری‌ها به تدریج از اطلاعات، مواد و امراض خالی می‌شود و سرچشمه پخش می‌خشکد. بدین‌سان که به موازات پخش از مکان اصلی به مکان دیگر، خاستگاه پخش اهمیت و اعتبار خود را از دست می‌دهد. چنانکه مهاجرت‌های روستایی از روستا به شهر، جابجایی آراء انتخاباتی احزاب، دور شدن گتونشینان از گتوهای اصلی در شهرها، نمونه‌هایی از این نوع پخش می‌باشد (Kevin, 1972: 91). در یک تقسیم بندی دیگر گسترش پخش پدیده‌ها به دو شکل پخش سازش‌پذیر و پخش سلسله-مراتبی تفکیک شده است.

الف- پخش سازش‌پذیر: در این مرحله انتقال پخش یا تراوش مستقیماً صورت می‌گیرد؛ نظیر سرایت امراض از شخصی به شخص دیگر و یا از محله‌ای به محله مجاور در شهرها، این مرحله با عامل فاصله رابطه نزدیکی دارد. بدینسان که مجاورت یک محله یا شهر با خاستگاه امراض، ایدئولوژی‌ها، مدها، ورزش‌ها، سبک معماری و غیره سبب می‌شود که این پدیده‌ها و نوآوری‌ها به سرعت به محله مجاور و یا شهر مجاور برسد و به جهت فاصله کم، ابتدا محلات و شهرهای نزدیک را تحت تأثیر قرار دهد در حالی که اثرات نوآوری‌ها و پدیده‌ها در افراد، شهرها و روستاهای دوردست، شاید با گذشت زمان درازتری ظاهر شود (ابراهیم‌زاده، ۱۳۸۴: ۲۸). (شکل ۲).



شکل ۲. انتشار و پخش فضایی گسترشی (ابراهیمزاده و بذرافشان، ۱۳۸۶: ۶۴)

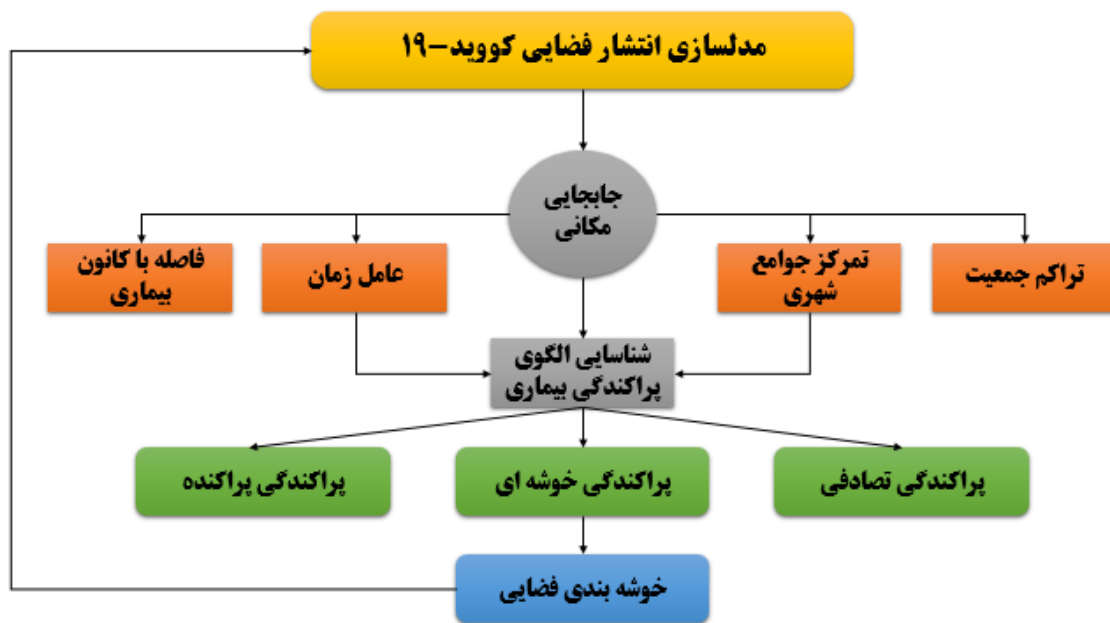
در شکل شماره ۳، منبع شیوع بیماری وبا در ناحیه خیابان براد (شهر لندن) در سال ۱۸۵۲ نشان داده شده است. پمپ آب آلوده با نقطه قرمز مشخص شده است. گسترش شیوع بیماری وبا به تماس مستقیم بستگی دارد. این فرآیند به دلیل فاصله زیاد تحت تأثیر قرار می‌گیرد زیرا افراد یا مناطق نزدیک به چاه آب، احتمال تماس بسیار بالاتری نسبت به افراد یا مناطق دورافتاده دارند (Lilienfeld, 1976: 65).



شکل ۳. موقعیت چاه آب آلوده و انتشار بیماری وبا در ناحیه خیابان براد شهر لندن (Lilienfeld, 1976)

ب- پخش سلسله مراتبی: در این مرحله از پخش، پدیده‌ها و نوآوری‌ها به صورت منظم و در قالب سلسله مراتب فضایی گسترش می‌یابند. در مجموع بررسی نظریه پخش فضایی هاگراستراند نشان می‌دهد که عامل فاصله، نقش عمده‌ای در ارتباط‌پذیری پدیده‌ها دارد. مراد از عامل فاصله در اینجا، هم فاصله جغرافیایی و هم فاصله اجتماعی- اقتصادی میان گروه‌های درآمدی و میان شهرها و روستا می‌باشد (ابراهیمزاده، ۱۳۸۴: ۲۸). نتایج مطالعات هاگراستراند در کشورهای اروپایی و به ویژه آمریکا، نظر بسیاری از جغرافی‌دانان و اندیشمندان را به خود معطوف داشت و این نظریه برای تبیین چرایی رخداد گسترش

پدیده‌ها در حوزه‌ها و رشته‌های مختلف به کار گرفته شد (شکوئی، ۱۳۹۱: ۱۱۱). به طوری که رابرت مک کول جغرافیدان آمریکایی (۱۹۷۳)، این نظریه را در باب خاستگاه جنگ‌های ویتنام، کوبا و ناآرامی‌های گتوهای سیاهان آمریکا بررسی نمود و خصوصیات این اعتراضات را با توجه به شرایط اجتماعی و محیطی این مناطق تحلیل کرد (Morrell et al, 1988: 114). ریچارد فرانسوا انتشار گسترده‌ی موزیک در آمریکا را از دیدگاه تئوری پخش فضایی مورد تحلیل قرار داده و معتقد است که این موزیک هر چند سراسر آمریکا را تحت تأثیر قرار داده است. هاگراستراند چگونگی پذیرش یارانه‌های زراعتی در بخش غربی سوئد و عدم پذیرش آن را در شرق این ناحیه مورد تحلیل قرار داد و روند تغییرات این پذیرش در طول زمان را با توجه به عامل فاصله مدل سازی نمود (Francaviglia, 1973: 90). جرال د پل، جغرافیدان آمریکایی (۱۹۷۳)، مطالعه‌اش تحت عنوان «پخش جغرافیایی و مرض وبا» را در تطابق با تئوری هاگراستراند مورد تجزیه و تحلیل قرار داده و اثر عامل مجاورتی در پخش این مرض را مؤثر دانسته و در عین حال معتقد است که در سطوح سلسله مراتبی، این مرض به سمت پایین جریان یافته است. همچنین عامل زمان، محیط زیست شهری، توسعه کالبدی شهرها، مسیرهای حمل و نقل و نواحی زاغه‌نشین را در پیدایش و گسترش آن مؤثر دانسته است (خانی و سادات موسوی، ۱۳۹۶: ۱۰۲). پیتر هاگت (۱۹۷۵)، در مطالعه‌اش در خصوص نظریه پخش و توقف انتشار (ریشه‌کنی آبله در آسیا و آفریقا) به این نتیجه رسید که انتشار معکوس ریشه‌کنی آبله نیز با تئوری هاگراستراند قابل بررسی است. چنانکه در دهه ۱۹۶۰ سازمان بهداشت جهانی، برنامه مداوم و پیگیر واکسیناسیون جمعی را به منظور ریشه‌کنی آبله از پناهگاه‌های باقی مانده آمریکای لاتین، آفریقا و آسیا شروع و در سال ۱۹۷۹ ریشه‌کنی قطعی آن در دنیا اعلام کرد. این روند با مراحل انتشار و به خصوص، مرحله توقف انتشار مدل هاگراستراند قابل تبیین است (شکوئی، ۱۳۸۶: ۱۲۹-۱۲۷). شکل شماره ۴، مدل مفهومی تحقیق را نشان می‌دهد.



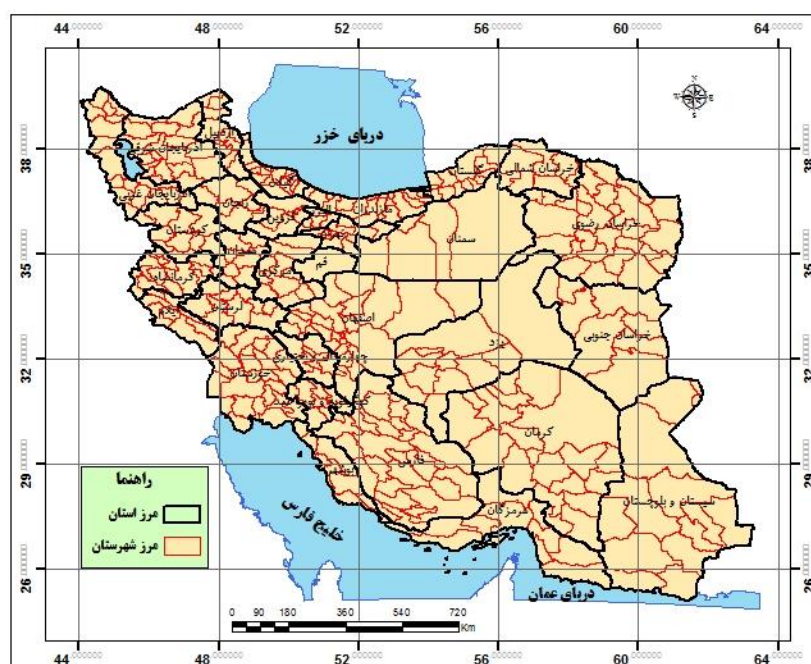
شکل ۴. مدل مفهومی تحقیق

۳) روش تحقیق

پژوهش حاضر براساس هدف، در زمره پژوهش‌های کاربردی قرار دارد و برحسب روش تحقیق، توصیفی-تحلیلی می‌باشد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار ArcGIS استفاده شده است. جامعه آماری تحقیق، شامل تعداد مبتلایان به ویروس کرونا (۲۱۶۳۸ نفر) در استان‌های کشور و در محدوده زمانی ۳ اسفند ۱۳۹۸ الی ۳ فروردین ۱۳۹۹ است. همچنین منطقه مورد مطالعه در این تحقیق ۳۱ استان کشور می‌باشد. استفاده از آمار فضایی در پژوهش حاضر، به این جهت می‌باشد که بین مقادیر مختلف یک متغیر، از حیث فاصله و جهت قرار گرفتن آن‌ها نسبت به هم، ارتباط برقرار شود. این ارتباط فضایی که معمولاً در قالب روابط ریاضی بیان می‌شود، ساختار فضایی نام دارد. همچنین همبستگی متغیرها در فضا را خودهمبستگی فضایی می‌نامند. در این تحقیق ابتدا داده‌های مبتلایان به کرونا به تفکیک هر استان و به صورت روزانه در بازه زمانی ۳ اسفند ۹۸ تا ۳ فروردین ۹۹ وارد نرم‌افزار ArcGIS شد. با استفاده از تراکم نقطه‌ای^۱ پراکندگی جغرافیایی مبتلایان به کرونا در کشور به صورت روزانه در بازه زمانی مذکور نمایش داده شد. همچنین جهت شناسایی میزان تمرکز و یا پراکندگی تعداد مبتلایان و نیز جهت کشف الگوی توزیع جغرافیایی ویروس کرونا در کشور از فاصله استاندارد و بیضی انحراف استاندارد استفاده شده است. سپس جهت شناسایی الگوی پراکنش فضایی ویروس کووید-۱۹ در کشور از خودهمبستگی فضایی موران استفاده شد. همچنین با استفاده از خودهمبستگی فضایی براساس فاصله، میزان فاصله گسترش شیوع ویروس کرونا در بین استان‌های کشور مورد تحلیل قرار گرفت. در این پژوهش با استفاده از تحلیل خوشه‌ای، ۳۱ استان کشور براساس تعداد مبتلایان به ویروس کرونا به ۵ خوشه تقسیم شدند تا از طریق آمار فضایی خوشه‌های همگن شکل گرفته، وضعیت استان‌های کشور به لحاظ شیوع ویروس کووید-۱۹ مورد بررسی قرار گیرد. همچنین با استفاده از آمار فضایی تحلیل لکه‌های داغ، استان‌های کشور با توجه به همبستگی فضایی در تعداد مبتلایان به ویروس کرونا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

کشور ایران با وسعتی بیش از ۱/۶ میلیون کیلومترمربع در نیمه جنوبی منطقه معتدل شمالی بین ۲۵ درجه و ۴ دقیقه تا ۳۹ درجه و ۴۶ دقیقه عرض شمالی از خط استوا و ۴۴ درجه و ۲ دقیقه تا ۶۳ درجه و ۱۹ دقیقه طول شرقی از نصف النهار گرینویچ قرار دارد. میانگین ارتفاع آن بیش از ۱۲۰۰ متر از سطح دریا است. در سال ۱۳۹۵ ایران دارای ۳۱ استان، ۴۲۹ شهرستان، ۱۰۵۸ بخش، ۱۲۴۶ شهر و ۲۵۸۹ دهستان بوده است. براساس سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۹۵، جمعیت کشور برابر با ۷۹۹۲۶۲۷۰ نفر بوده (۵۰/۷٪ مرد و ۴۹/۳٪ زن) که در مقایسه با سرشماری سال ۹۰، متوسط رشد سالانه جمعیت معادل ۱/۲ درصد بوده است. در سرشماری سال ۹۵، تعداد ۲۴/۱ میلیون خانوار در کشور وجود داشته که از این تعداد حدود ۷۴/۹ درصد در نقاط شهری و ۲۵/۰ درصد در نقاط روستایی ساکن بوده‌اند (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۷). شکل شماره ۵، موقعیت جغرافیایی کشور ایران را نشان می‌دهد.

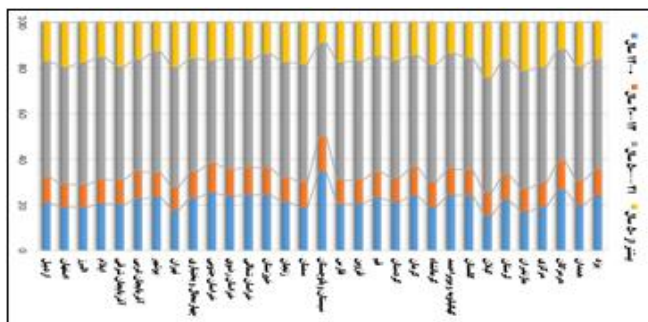
^۱ - Point Density



شکل ۵. موقعیت جغرافیایی محدوده مورد مطالعه

(۴) یافته های تحقیق

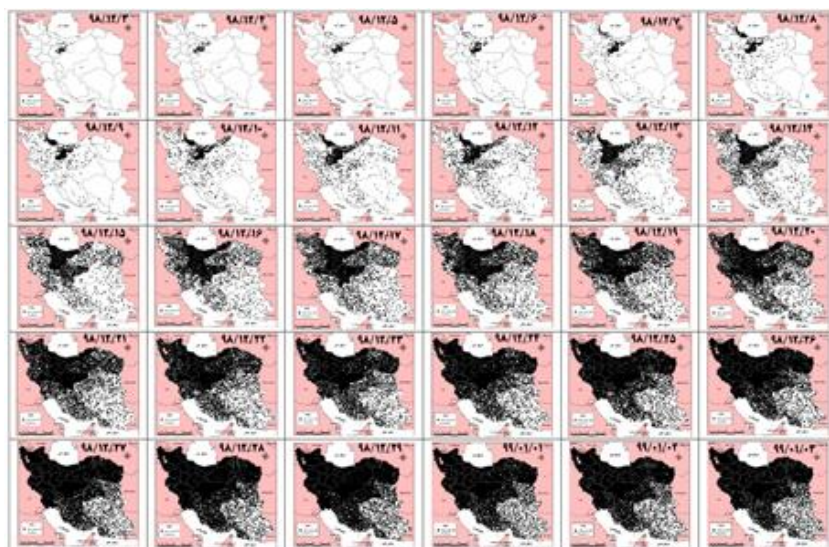
آمارها حاکی از آن است که در تمام استان های کشور تعداد مردان مبتلا به ویروس کرونا نسبت به زنان بیشتر می باشد. به طور میانگین از ۲۱۶۳۸ نفر مبتلا به کرونا در کشور ۵۰/۸۱ درصد را مردان و ۴۹/۱۹ درصد را زنان تشکیل می دهند. در بین استان های کشور تنها در بوشهر ۵۳/۴ درصد از مبتلایان را مردان و ۴۶/۶ درصد را نیز زنان تشکیل می دهند. همچنین به طور متوسط در کشور ۲۱/۹۳ درصد از مبتلایان به کووید-۱۹ در گروه سنی ۱۲-۰ سال، ۱۱/۲ درصد در گروه سنی ۲۰-۱۳ سال، ۵۰/۱۹ درصد در گروه سنی ۵۰-۲۱ سال و ۱۶/۶۸ درصد هم در گروه سنی بیشتر از ۵۰ سال قرار دارند. بنابراین می توان نتیجه گرفت که گروه سنی ۵۰-۲۱ سال، بیشترین درصد مبتلایان به ویروس کرونا را تشکیل می دهند. استان سیستان و بلوچستان در گروه سنی ۱۲-۰ سال و ۲۰-۱۳ سال، به ترتیب با ۳۴/۴ و ۱۵/۳ درصد بیشترین تعداد مبتلا به کرونا را در میان سایر استان های کشور دارد. همچنین در گروه سنی ۲۱-۵۰ سال استان البرز با ۵۳/۷ درصد و در گروه سنی بیشتر از ۵۰ سال استان گیلان با ۲۴/۱ درصد بیشترین تعداد مبتلایان را دارا می باشند (شکل ۶).



شکل ۶. درصد گروه سنی مبتلا به ویروس کرونا در کشور به تفکیک استان

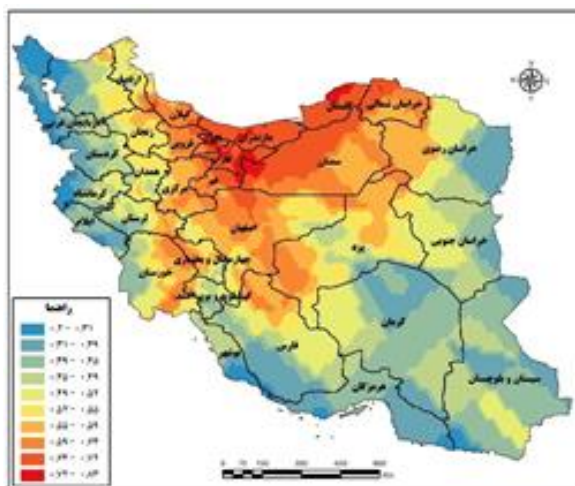
پراکندگی جغرافیایی کووید-۱۹ در کشور

شکل زیر گسترش شیوع ویروس کرونا را در کشور با استفاده از تراکم نقطه‌ای در بازه زمانی ۳ اسفند ۹۸ الی ۳ فروردین ۹۹ نشان می‌دهد. همان‌طور که در شکل زیر مشاهده می‌شود، در تاریخ ۳ اسفند، مبتلایان به ویروس کرونا تنها در استان‌های قم، تهران، گیلان و مرکزی مشاهده می‌شوند. در تاریخ مذکور تعداد مبتلایان در کشور ۲۸ نفر می‌باشد که از این تعداد ۶۷/۸۶ درصد مبتلایان مربوط به استان قم است. از تاریخ ۱۱ اسفند به بعد، گسترش شیوع ویروس کرونا در کشور سیر صعودی به خود می‌گیرد بطوریکه به بالای ۱۰۰۰ نفر مبتلا در کشور می‌رسد. بررسی‌ها نشان می‌دهد که انتشار فضایی ویروس کرونا از استان‌های تهران، قم، گیلان، مرکزی، مازندران و اصفهان به نواحی پیرامون خود به سرعت در حال گسترش می‌باشد. تراکم انتشار فضایی ویروس کرونا بیشتر به سمت نواحی شمالی، مرکزی و شمال غربی کشور می‌باشد و کمترین میزان شیوع ویروس کرونا در نواحی شرق و جنوب شرقی کشور بوده است. در تاریخ ۳ فروردین ۹۹ تعداد مبتلایان به ویروس کرونا در کشور به ۲۱۶۴۱ نفر رسیده که از این تعداد ۲۳/۶ درصد مربوط به استان تهران، ۹/۱ درصد مربوط به استان اصفهان و ۷/۹ درصد مربوط به استان مازندران می‌باشد (شکل ۷).



شکل ۷. پراکندگی جغرافیایی کووید-۱۹ در کشور - بازه زمانی ۳ اسفند ۹۸ الی ۳ فروردین ۹۹

همانطور که در شکل زیر مشاهده می شود، استان های تهران و قم، بیشترین میزان تراکم مبتلایان به ویروس کرونا را در کشور دارند. همچنین کمترین میزان تراکم مبتلایان به ویروس کرونا در نواحی شمال غربی، جنوب و جنوب شرقی کشور، پراکنده شده است. یافته های تحقیق نشان می دهد که با دور شدن از کانون انتشار و پخشایش ویروس کرونا (استان قم) از تراکم تعداد مبتلایان کاسته می شود. بیشترین تراکم بیماران کرونایی در نواحی شمالی و مرکزی کشور مشاهده می شود (شکل ۸).



شکل ۸. تراکم مبتلایان به کووید-۱۹ در کشور

فاصله استاندارد^۱

این شاخص میزان تمرکز و یا پراکندگی عوارض پیرامون میانگین مرکزی را اندازه گیری می کند (Mohammadi & Noori, 2019: 101). فاصله استاندارد از رابطه ریاضی زیر بدست می آید (Mitchell, 2005: 163):

$$SD = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{X})^2}{n} + \frac{\sum_{i=1}^n (y_i - \bar{Y})^2}{n}}$$

که x_i و y_i مختصات ویژگی i هستند، $\{\bar{X}, \bar{Y}\}$ مرکز میانگین ویژگی ها را نشان می دهد، و n برابر با تعداد کل ویژگی ها است.

بیضی انحراف استاندارد^۲

برای اندازه گیری روند در مجموعه ای از نقاط یا نواحی به کار رفته می شود. بیضی انحراف استاندارد این امکان را می دهد که اگر توزیع عوارض در فضا از الگوی جهته داری برخوردار باشد آن را شناسایی نماید (Asgary, 2011: 23). بیضی انحراف استاندارد از رابطه ریاضی زیر بدست می آید:

$$SDE_x = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{X})^2}{n}}$$

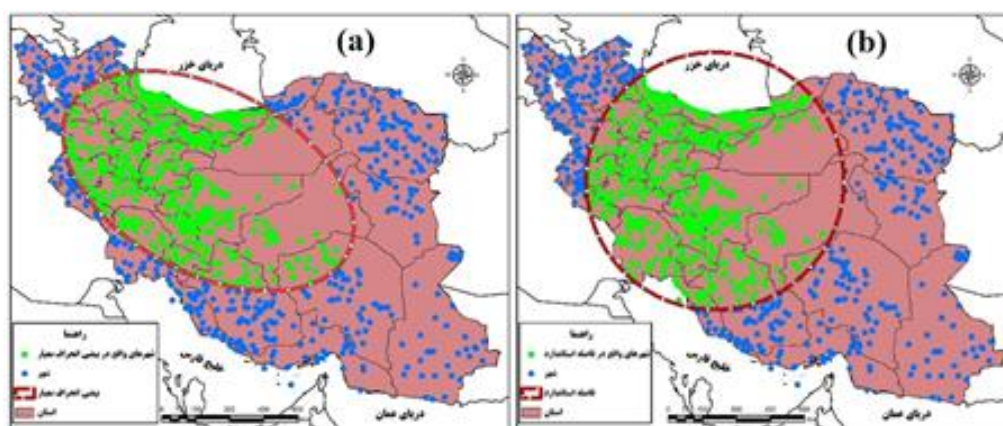
^۱- Standard Distance

^۲- Standard Deviatonal Ellipse

$$SDE_y = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (y_i - \bar{Y})^2}{n}}$$

که x_i و y_i مختصات ویژگی i هستند، $\{\bar{X}, \bar{Y}\}$ مرکز میانگین ویژگی‌ها را نشان می‌دهد، و n برابر با تعداد کل ویژگی‌ها است.

سنجش اندازه‌گیری توزیع جغرافیایی مبتلایان به ویروس کرونا در کشور با استفاده از فاصله استاندارد نشان می‌دهد که بیشترین تمرکز فضایی تعداد این مبتلایان پیرامون استان‌های قم و تهران می‌باشد. در شعاع این فاصله استاندارد، تعداد ۶۰۲ شهر (۴۸/۳ درصد از شهرهای کشور) قرار دارند که نشان‌دهنده تمرکز بالای این مبتلایان در استان‌های همجوار قم و تهران است. جهت کشیدگی بیضی انحراف استاندارد شیوع ویروس کرونا در کشور بیشتر به سمت شمال غربی کشور می‌باشد. در واقع جهت کشیدگی انتشار کرونا بیانگر آن است که روند پراکندگی جغرافیایی این بیماری واگیردار بیشتر به سمت استان‌های شمالی و شمال غربی کشور بوده است. همچنین تعداد ۶۲۷ شهر (۵۰/۳ درصد از شهرهای کشور) در شعاع بیضی انحراف استاندارد، پراکندگی جغرافیایی اپیدمیولوژی ویروس کرونا قرار دارند (شکل ۹).



شکل ۹. (a) الگوی جهت‌دار بیضی انحراف استاندارد (b) سنجش توزیع جغرافیایی مبتلایان براساس فاصله استاندارد

خودهمبستگی فضایی موران^۱

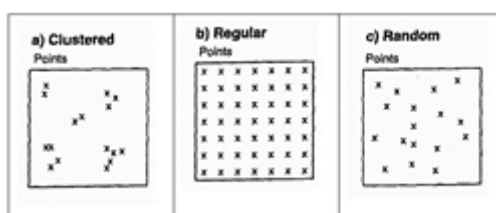
توزیع مکانی نقاط و نحوه قرارگیری آن‌ها نسبت به یکدیگر موجب شکل‌گیری ساخت فضایی آن‌ها می‌شود که بدین‌صورت سه الگوی پراکنش فضایی شامل تصادفی^۲، خوشه‌ای^۳ و پراکنده^۴ به وجود می‌آید (Ratcliff, 2004: 32). (شکل ۱۰).

^۱- Spatial Autocorrelation Moran's I

^۲- Random

^۳- Clustered

^۴- Dispersed

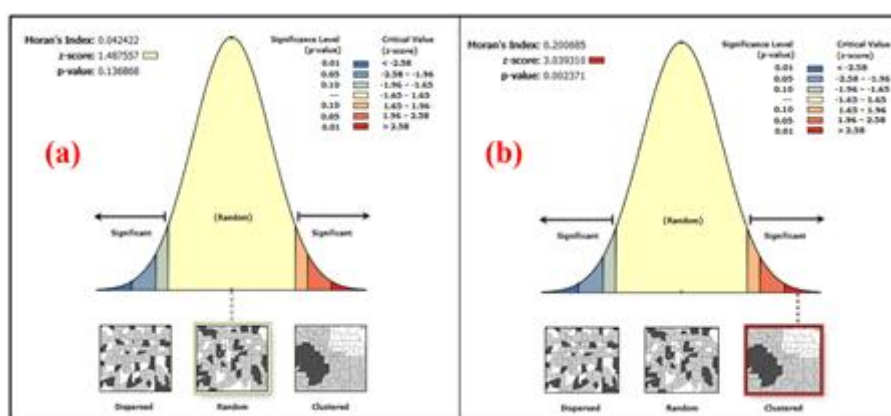


شکل ۱۰. انواع الگوی پراکنش فضایی

جدول ۱. آزمون آماری پراکنش فضایی

سطح اطمینان	p-value (احتمال)	Z-score (انحراف استاندارد)
٪۹۰	< ۰,۱۰	< -۱,۶۵ یا > ۱,۶۵
٪۹۵	< ۰,۰۵	< -۱,۹۶ یا > ۱,۹۶
٪۹۹	< ۰,۰۱	< -۲,۵۸ یا > ۲,۵۸

نتایج نشان می‌دهد که در تاریخ ۳ اسفند ۹۸ ضریب موران برابر ۰/۰۴۲۴۲۲، مقدار z-score برابر ۱/۴۸۵۵۷ و مقدار p-value ۰/۱۳۶۸۶۸ بدست آمده است که بر این اساس الگوی پراکنش فضایی ویروس کرونا در کشور بصورت تصادفی می‌باشد که به ترتیب در استان‌های قم، تهران، گیلان و مرکزی توزیع یافته است. با گسترش شیوع ویروس کرونا در تاریخ ۳ فروردین ۹۹ ضریب موران برابر ۰/۲۰۰۶۸۵، مقدار z-score برابر ۳/۰۳۹۳۱۰ و مقدار p-value ۰/۰۰۲۳۷۱ می‌باشد که براساس آن الگوی پراکنش فضایی شیوع کرونا در کشور بصورت خوشه‌ای است که این نکته بیانگر تعداد بالای مبتلایان به ویروس کرونا در برخی استان‌ها نظیر تهران، اصفهان، مازندران، گیلان و قم است (شکل ۱۱).



شکل ۱۱. الگوی پراکنش فضایی کووید-۱۹ در ایران (a) ۳ اسفند ۹۸ (b) ۳ فروردین ۹۹

تحلیل لکه‌های داغ^۱

تحلیل لکه‌های داغ آماره‌ی گتیس-ارد جی (را برای همه‌ی عوارض موجود در داده‌ها محاسبه می‌کند (Rogerson, 2006: 58). امتیاز z-score به دست آمده، نشان می‌دهد که در کدام مناطق، داده‌ها با

^۱- Hot Spot Analysis

مقادیر زیاد یا کم خوشه‌بندی شده‌اند (Jacquez & Greiling, 2003: 63). برای امتیاز z-score مثبت و معنادار از نظر آماری، هرچه امتیاز z-score بزرگتر باشد، مقادیر بالا به میزان زیادی خوشه‌بندی شده و لکه داغ تشکیل می‌دهند. برای امتیاز z-score منفی و معنادار از نظر آماری، هرچه امتیاز z-score کوچکتر باشد به معنای خوشه‌بندی شدیدتر مقادیر پایین خواهد بود و این‌ها در حقیقت لکه‌های سرد را نشان می‌دهند (Zhang et al, 2008: 215). آماره G_i از فرمول زیر بدست می‌آید:

$$G_i^* = \frac{\sum_{j=1}^n w_{ij} x_j - \bar{X} \sum_{j=1}^n w_{ij}}{s \sqrt{\frac{[n \sum_{j=1}^n w_{ij}^2 - (\sum_{j=1}^n w_{ij})^2]}{n-1}}}$$

در جایی که x_j مقدار ویژگی برای ویژگی j است، w_{ij} وزن مکانی بین ویژگی i و j است، n برابر با تعداد کل ویژگی‌ها است:

$$\bar{X} = \frac{\sum_{j=1}^n x_j}{n}$$

$$s = \sqrt{\frac{\sum_{j=1}^n x_j^2}{n} - (\bar{X})^2}$$

همانطور که در شکل زیر مشاهده می‌شود، استان‌های قم، تهران، گلستان، سمنان، اصفهان، مازندران و البرز لکه‌های داغ را تشکیل داده‌اند. امتیاز z-score برای استان‌های مذکور مثبت و به لحاظ آماری معنادار می‌باشد. درواقع، در این استان‌ها تعداد مبتلایان به ویروس کرونا بالاست. استان‌های واقع در لکه‌های داغ ۲۲/۵ درصد استان‌های کشور را در بر گرفته که عمدتاً در قسمت‌های شمالی و مرکزی کشور قرار دارند. همچنین استان‌های بوشهر، ایلام و کرمانشاه به عنوان لکه‌های سرد شناسایی شده‌اند. در استان‌های مذکور امتیاز z-score منفی بدست آمده، که نشان دهنده خودهمبستگی فضایی بالا و منفی در این استان‌ها از نظر تعداد پایین مبتلایان به ویروس کرونا است که منجر به شکل‌گیری لکه‌های سرد در این استان شده است. استان‌های واقع در لکه‌های سرد ۹/۶۷ درصد استان‌های کشور را دربر گرفته و این لکه‌ها عمدتاً در نواحی غرب و جنوب غربی کشور قرار دارند.

یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که استان‌های پیرامون قم، لکه‌های داغ را به لحاظ تعداد بالای مبتلایان به ویروس کرونا تشکیل داده‌اند و با فاصله گرفتن از استان قم، امتیاز z-score کوچکتر و منفی شده و ضریب خودهمبستگی فضایی در تعداد پایین مبتلایان، افزایش می‌یابد که در حقیقت لکه‌های سرد شکل می‌گیرند (شکل ۱۲).

^۱- Getis-Ord G_i^* statistic



تحلیل خوشه‌ای^۱

$$\frac{\left(\frac{R^2}{n_c - 1}\right)}{\left(\frac{1 - R^2}{n - n_c}\right)}$$

ک:

$$R^2 = \frac{SST - SSE}{SST}$$

SST و نشان دهنده اختلاف بین گروه‌های و SSE بیانگر شباهت داخل گروه‌های است:

$$SST = \sum_{i=1}^{n_c} \sum_{j=1}^{n_i} \sum_{k=1}^{n_v} (V_{ij}^k - \overline{V^k})^2$$

$$SSE = \sum_{i=1}^{n_c} \sum_{j=1}^{n_i} \sum_{k=1}^{n_v} (V_{ij}^k - \overline{V_t^k})^2$$

n = تعداد ویژگی

$$n_i = \text{تعداد ویژگی‌های گروه } i$$
$$n_c = \text{تعداد کلاس ها (گروه ها)}$$

n_v = تعداد متغیرهای استفاده شده برای ویژگی‌های گروه

i^{th} گروه در j^{th} از ویژگی k^{th} مقدار متغیر = V_{ij}^k

¹- Grouping Analysis

$$\overline{V^k} = \text{میانگین مقدار متغیر } k^{th}$$

$$\overline{V_t^k} = \text{میانگین مقدار متغیر } k^{th} \text{ در گروه } i$$

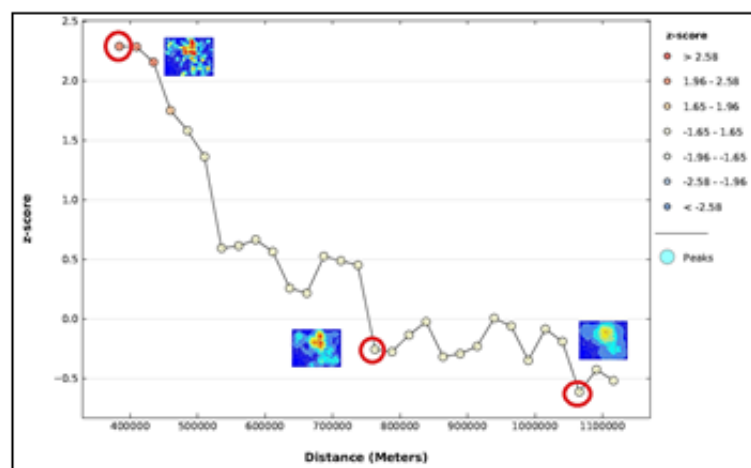
براساس این روش خوشه‌بندی، انواع پدیده‌ها با خصوصیات مشابه در گروه‌های یکسان قرار می‌گیرند که امکان نمایش بصری خوشه‌بندی‌های فضایی را فراهم می‌سازد. تعداد بهینه گروه‌ها نشان‌دهنده وضعیتی است که در تعداد کمتر یا بیشتر از آن ماکزیمم مقادیر تشابه درون‌گروهی و تمایز برون‌گروهی حاصل نمی‌شود و در یک فرآیند تقسیم متوالی گروه‌ها مشخص می‌شود (Riahi Madvar & Seifi, 2016: 154). همانطور که در شکل زیر مشاهده می‌شود، استان‌های کشور براساس تعداد مبتلایان به ویروس کرونا به پنج خوشه طبقه‌بندی شده‌اند. در این طبقه‌بندی، خوشه‌های ۱ و ۲ به ترتیب مربوط به استان‌های قم و تهران است. استان قم به دلیل کانون اصلی انتشار فضایی اپیدمیولوژی ویروس کرونا در کشور و استان تهران نیز به دلیل تعداد بالای مبتلایان به این ویروس هر کدام در یک خوشه قرار گرفته‌اند. در خوشه ۳ استان‌های مازندران، گیلان، البرز، مرکزی و اصفهان قرار دارند. یافته‌ها حاکی از آن است که الگوی پخش فضایی اپیدمیولوژی کرونا از کانون به پیرامون از نوع پخش سازش‌پذیر بوده چرا که این نوع پخش فضایی براساس نظریه هاگراستراند با عامل فاصله رابطه مستقیمی دارد. بدین صورت که مجاورت استان‌های مجاور مازندران، گیلان، البرز، مرکزی و اصفهان با کانون بیماری کرونا (قم و تهران) سبب شده تا این بیماری واگیردار به سرعت به شهرها و استان‌های مجاور به جهت فاصله مکانی کم شیوع یافته و با گذشت زمان (در حدود ۱۰ اسفند ۹۸ به بعد) به استان‌های دورتر نظیر استان‌های سیستان و بلوچستان و هرمزگان سرایت کرده است. در خوشه ۴ استان‌های خراسان رضوی، سمنان، گلستان، یزد، فارس، خوزستان، لرستان، قزوین و آذربایجان شرقی قرار دارند که این تعداد، ۲۹ درصد استان‌های کشور را در برمی‌گیرد. همچنین ۴۸/۳ درصد استان‌ها در خوشه ۵ قرار دارند که عبارتند از: استان‌های خراسان شمالی و جنوبی، سیستان و بلوچستان، کرمان، هرمزگان، بوشهر، کهگیلویه و بویراحمد، چهارمحال و بختیاری، ایلام، کرمانشاه، همدان، کردستان، زنجان، اردبیل و آذربایجان غربی. خوشه‌بندی فضایی استان‌های کشور براساس گسترش شیوع ویروس کرونا نشان داد که عامل فاصله مکانی - زمانی مهمترین عامل در پخش فضایی بیماری واگیردار کرونا از کانون (استان قم) به سایر استان‌ها می‌باشد و از الگوی پخش فضایی سازش‌پذیر تبعیت می‌کند (شکل ۱۳).



شکل ۱۳. خوشه بندی فضایی استان ها براساس میزان مبتلایان به کووید-۱۹

خودهمبستگی فضایی براساس فاصله^۱

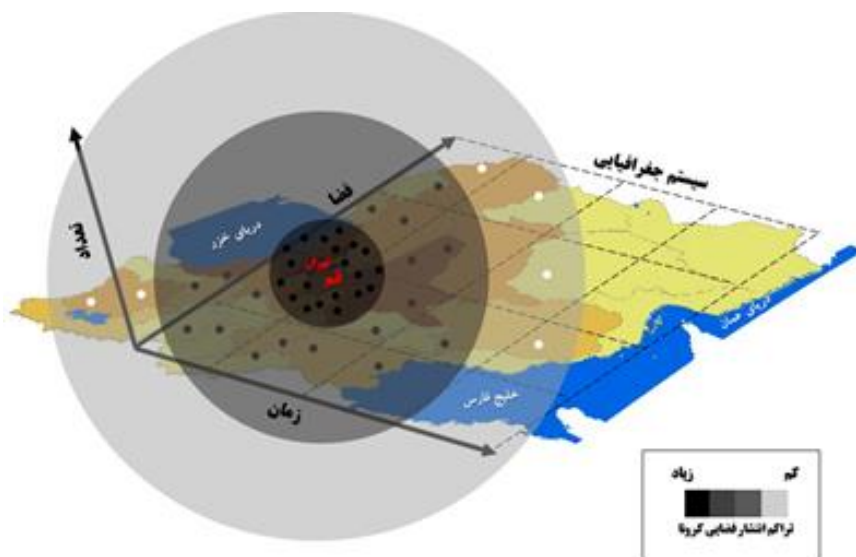
یافته های تحقیق نشان می دهد که در فاصله ۳۸۳/۸ کیلومتری از استان قم ضریب موران برابر ۰/۱۳۶۶۲۷ و مقدار z-score برابر با ۲/۲۹۲۶۳۴ است که این مقدار بیانگر خودهمبستگی مکانی مثبت بوده که با سطح اطمینان ۹۹ درصد مورد پذیرش قرار می گیرد. خودهمبستگی فضایی مثبت نشان دهنده تعداد بالای مبتلایان به ویروس کرونا تا شعاع ۳۸۳ کیلومتری است. همچنین نتایج نشان می دهد که در فاصله ۷۶۲/۶ کیلومتری از استان قم ضریب موران برابر ۰/۴۰۲۴۶- و مقدار z-score برابر با ۰/۲۵۲۸۸۳- است که نشان دهنده خودهمبستگی مکانی منفی بوده بدین معنی که از این فاصله به بعد از تعداد مبتلایان به کرونا کاسته می شود. بنابراین می توان نتیجه گرفت که فاصله مکانی مهمترین عامل گسترش شیوع ویروس کرونا در کشور است که با تردد و جابجایی بین استان های کشور، فاصله مکانی کاهش یافته و ویروس کرونا از کانون به پیرامون انتشار می یابد (شکل ۱۴).



شکل ۱۴. خودهمبستگی فضایی کووید-۱۹ در ایران

^۱- Spatial Autocorrelation by Distance

شکل شماره ۱۵، مدل‌سازی الگوی فرآیند پخش فضایی کووید-۱۹ را در کشور نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود، کانون اصلی این اپیدمی در کشور، استان قم است و از این استان به سایر استان‌های کشور، فرآیند پخش و انتشار فضایی ویروس کرونا صورت گرفته است. در نواحی پیرامون استان قم و به ویژه تهران (به دلیل وجود تراکم جمعیتی زیاد) شدت تراکم مبتلایان به این بیماری وجود دارد. با افزایش زمان و فاصله مکانی از کانون این بیماری (استان قم) از تعداد مبتلایان کاسته می‌شود. لذا به لحاظ ویژگی‌های جغرافیایی، دو عامل زمان و فاصله مکانی تأثیر زیادی در انتشار فضایی این ویروس در کشور داشته‌اند. بطوریکه آمارها حاکی از آن است که استان بوشهر نسبت به سایر استان‌ها دیرتر درگیر این بیماری شده است.



شکل ۱۵. مدل سازی الگوی فرآیند یخش فضایی کووید-۱۹ در کشور

شیوع کووید-۱۹ به یک تهدید بالینی برای جوامع در سراسر جهان تبدیل شده است. امروزه بررسی توزیع جغرافیایی بیماری‌های واگیردار در جهان، اهمیت فراوانی در کشف علل و شرایط مسبب گسترش بیماری در هر منطقه دارد. بطوریکه سازمان بهداشت جهانی موضوع استفاده از سامانه‌های اطلاعات مکانی را در نقشه‌سازی بیماری‌ها از سال ۱۹۹۳ شروع کرده است. پژوهش حاضر به مدل‌سازی انتشار و پخش فضایی اپیدمیولوژی ویروس کرونا طی بازه زمانی ۳ اسفند ۱۳۹۸ الی ۳ فروردین ۱۳۹۹ در کشور پرداخته است. آمارها حاکی از آن است که از ۲۱۶۳۸ نفر مبتلا به ویروس کرونا در کشور ۵۰/۸۱ درصد را مردان و ۴۹/۱۹ درصد را زنان تشکیل می‌دهند. همچنین ۲۱/۹۳ درصد از مبتلایان به کووید-۱۹ در گروه سنی ۱۲-۰ سال، ۱۱/۲ درصد در گروه سنی ۱۳-۲۰ سال، ۵۰/۱۹ درصد در گروه سنی ۲۱-۵۰ سال و ۱۶/۶۸ درصد هم در گروه سنی بیشتر از ۵۰ سال قرار دارند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که

گروه سنی ۲۱-۵۰ سال، بیشترین درصد مبتلایان به ویروس کرونا را تشکیل می‌دهند. بیشترین توزیع جغرافیایی بیماران کرونایی در نواحی شمالی و مرکزی کشور مشاهده می‌شود. همچنین، نواحی شمال غربی، جنوب و جنوب شرقی کشور، کمترین پراکندگی مبتلایان به ویروس کرونا را دارند. بررسی شعاع فاصله استاندارد توزیع جغرافیایی ویروس کرونا نشان می‌دهد که تعداد ۶۰۲ شهر (۴۸/۳ درصد از شهرهای کشور) در این شعاع قرار دارند. همچنین جهت کشیدگی بیضی انحراف استاندارد شیوع ویروس کرونا در کشور بیانگر آن است که روند پراکندگی جغرافیایی این بیماری واگیردار بیشتر به سمت استان‌های شمالی و شمال غربی کشور در حال حرکت است. نتایج حاصل از پژوهش نشان می‌دهد که الگوی پراکنش فضایی ویروس کرونا در کشور در تاریخ ۳ اسفند ۹۸ از نوع تصادفی بوده اما این الگو در تاریخ ۳ فروردین ۹۹ از نوع خوشه‌ای تبعیت می‌کند. بررسی جغرافیایی الگوی پراکنش فضایی کووید-۱۹ در بازه زمانی ۳ اسفند بیانگر این نکته است که هنوز ویروس کرونا به مرحله اپیدمیولوژی (همه‌گیری) نرسیده و در برخی از استان‌های کشور به صورت تصادفی وجود دارد. اما در تاریخ ۳ فروردین الگوی پراکنش فضایی به صورت خوشه‌ای بوده که نشان دهنده گسترش شیوع ویروس کرونا در کشور بوده و این بیماری واگیردار وارد مرحله اپیدمیولوژی شده و به سرعت در حال گسترش است. در واقع، الگوی خوشه‌ای، بدترین الگوی پراکنش فضایی برای متغیرهایی مانند جرم و جنایت، بیماری، فقر، بیکاری و... است که نشان‌دهنده بروز مشکل جدی در زمینه‌های مذکور بوده و نشان از حاد بودن آن مشکل در جامعه دارد. نتایج تحلیل آماری- فضایی لکه‌های داغ نشان می‌دهد که استان‌های قم، تهران، گلستان، سمنان، اصفهان، مازندران و البرز عنوان (۲۲/۵ درصد استان‌های کشور) در لکه‌های داغ قرار دارند و استان‌های بوشهر، ایلام و کرمانشاه (۹/۶۷ درصد استان‌های کشور) به عنوان لکه‌های سرد شناسایی شدند. همچنین خوشه‌بندی فضایی استان‌های کشور نشان داد که عامل فاصله مکانی- زمانی مهمترین عامل در پخش فضایی بیماری واگیردار کرونا از کانون (استان قم) به سایر استان‌ها بوده و از الگوی پخش فضایی سازش- پذیر تبعیت می‌کند.

۶) منابع

- ابراهیم‌زاده، عیسی، (۱۳۸۴)، بررسی چگونگی توسعه و گسترش فضایی زعفران در جنوب خراسان بر اساس مدل هاگراستراند (مدل پخش فضایی)، حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه سیستان و بلوچستان.
- ابراهیم‌زاده، عیسی، بذرافشان، جواد، (۱۳۸۶)، مدل پخش فضایی هاگراستراند و پخشایش فضایی زعفران در خراسان، جغرافیا و توسعه، شماره ۹، صص ۷۶-۵۷.
- افرخته، حسن، (۱۳۹۹)، تحول پارادایمی در اقتصاد فضا (عبور از رویکرد تحلیل فضایی)، فصلنامه اقتصاد فضا و توسعه روستایی، سال نهم، شماره ۱، صص ۲۰-۱.
- بخشی، زهرا، مطیعی‌لنگرودی، سیدحسن، فرجی‌سیکبار، حسنعلی، قدیری‌معصوم، مجتبی، (۱۳۹۸)، تحلیل فضایی پایداری اقتصادی سکونتگاه‌های روستایی (منطقه سبزوار-نیشابور)، فصلنامه اقتصاد فضا و توسعه روستایی، سال هشتم، شماره ۳، صص ۳۲-۱.

- خانی، فضیله، سادات موسوی، سمیه، (۱۳۹۶)، تحلیل نظریه پخش فضایی در کارآفرینی و نقش آن در توسعه کالبدی نواحی روستایی (مورد مطالعه: دهستان سولقان)، برنامه‌ریزی توسعه کالبدی، سال ۲، شماره ۳، صص ۹۹-۱۱۶.
- شکوئی، حسین، (۱۳۸۶)، اندیشه‌های نو در فلسفه جغرافیا، تهران: انتشارات گیتاشناسی.
- شکوئی، حسین، (۱۳۸۷)، جغرافیای کاربردی و مکتب‌های جغرافیایی، تهران: انتشارات به‌نشر.
- شکوئی، حسین، (۱۳۹۱)، جغرافیای اجتماعی شهرها، تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی.
- فرجی‌سیکبار، حسنعلی، (۱۳۹۱)، تحلیل نابرابری‌های فضایی سکونتگاه‌های روستایی ایران، فصلنامه اقتصاد فضا و توسعه روستایی، سال ۱، شماره ۱، صص ۸۳-۱۰۰.
- مرکز آمار ایران، (۱۳۹۷)، سالنامه آماری کشور، تهران: انتشارات دفتر ریاست، روابط عمومی و همکاری‌های بین‌الملل مرکز آمار ایران.
- مرکز بهداشت غرب تهران، (۱۳۹۸)، گزارش خودمراقبتی، مهمترین راه جلوگیری از ابتلا به کروناویروس جدید.
- هافتون، گراهام، (۱۳۸۷)، منطقه، راهبردهای فضایی و توسعه پایدار، ترجمه عارف اقوامی مقدم، تهران: انتشارات آذرخش.
- هاگت، پیتر، (۱۳۷۵)، جغرافیا ترکیبی نو، ترجمه شاپورگودرزی‌نژاد، تهران: انتشارات سمت.
- هریسون، دیوید، (۱۳۷۷)، جامعه‌شناسی نوسازی و توسعه، ترجمه علیرضا کلدی، تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، (۱۳۹۹)، به‌روزرسانی مدل‌سازی کووید-۱۹، گزارش شماره ۱۲، کمیته اپیدمیولوژی کووید-۱۹ و مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، <http://corona.behdasht.gov.ir>.
- American Health Organization (AHO), 1996, **Use of GIS in epidemiology**, Epidemiological Bulletin, Vol. 17, PP. 1 – 7.
- Asgary, A., 2011, **Space statistics analysis with GIS**, First edition, Tehran: Municipality Information and Communication Technology Organization.
- Bailey, T., Gatrell, A., 1995, **Interactive spatial data analysis**, Harlow: Longman.
- Bell, B., Broemeling, L., 2000, **A Bayesian analysis for spatial processes with application to disease mapping**, Stat Med, Vol. 19, PP. 974 – 989.
- Cliff, A., 1995, **Analyzing geographically related disease data**, Stat Methods Med Res, Vol. 4, PP. 93 – 101.
- Dwyer, L., Burton, D., 1998, **Potential meets reality: GIS & public health research in Australia**, Aust J Public Health, Vol. 22, PP. 819 – 823.
- Elliott, P., Cuzik, J., English, D., Stern, R., 1996, **Geographical & environmental epidemiology**, 1st edition. England, Oxford University Press.
- ESRI, 2018, **How Grouping Analysis works**. <https://pro.arcgis.com/en/pro-app/tool-reference/spatial-statistics/how-grouping-analysis-works.htm>. (Accessed 26 May 2020).
- Faruque, F.S., Lofton, S.P., Doddato, T.M., Mangum, C., 2003, **Utilizing Geographic Information systems in community assessment& nursing research**, J Community Health Nurs, Vol. 20, PP. 179 – 191.
- Francaviglia, R., 1973, **Diffusion and popular Culture, An invitation to Geography**, McGraw-Hill, London.
- Ghaedamini Asadabadi, R., Tofighi, S., Ghaedamini, H., Azizian, F., Amerieon, A., Shokri, M., 2012, **A review of some infectious diseases distribution based on geographic information system (GIS) in the area of Chahar Mahal and Bakhtiari**, Journal of Police Medicine, Vol. 1, No. 2, PP. 113-123.
- Gorbalenya, A.E., 2020, **Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus–The species and its viruses, a statement of the Coronavirus Study Group**. BioRxiv.

- Hagerstrand, T., 1968, **Innovation Diffusion as a Spatial Process**, university of Chicago Press, Chicago.
- Jacquez, G.M., Greiling, D.A., 2003, **Local clustering in breast, lung and colorectal cancer in Long Island**, New York, Int J Health Geographics, Vol. 2, No. 3, PP. 1-12.
- Jalali Farahani, A., Farnoosh, G.R., Alishiri, G.H., Hosseini Zijoud, R., Dorostkar, R., 2020, **Understanding the Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and Coronavirus Disease (COVID-19) Based on Available Evidence - A Narrative Review**, Military Medicine, Vol. 22, No. 1, PP. 1-11.
- Joyce, K., 2009, **To me it's just another tool to help understand the evidence: Public health decision-makers' perceptions of the value of geographical information systems (GIS)**, Health Place, Vol. 15, PP. 831-840.
- Kandwal, R., Garg, P.K., Garg, R.D., 2009, **Health GIS and HIV/ AIDS studies: Perspective and retrospective**, J Biomed Inform, Vol. 42, PP. 748-755.
- Kevin, R.C., 1972, **Location and Behavior**, John Wiley, London.
- Kistemann, T., Dangendorf, F., Schweikart, J., 2002, **New perspectives on the use of Geographical Information Systems in environmental health sciences**, Int J Hyg Environ Health, Vol. 205, PP. 169 – 181.
- Lilienfeld, A.M., 1976, **Foundations of Epidemiology**, London. New York, NY: Oxford University Press.
- Mitchell, A., 2005, **The ESRI Guide to GIS Analysis**, ESRI Press, United States of America.
- Mohammadi, A., Noori, S., 2019, **The Analysis of Spatial Distribution Pattern of Ardabil Province Industries by Spatial Statistics in GIS Environment**, Geographical Researches, Vol. 34, No. 1, PP. 97-108.
- Morrill, R., Gary, L.G., Grant, T., 1988, **Spatial Diffusion**, SAGE. Nineteenth century, An invitation to Geography, McGraw-Hill, London.
- Ratcliff J.H. (2004), **The Hot spots Matrix: A Framework for the Spatial-Temporal Targeting of Crime Reduction**, police practice and research, Vol. 5, No. 1, PP. 5-23.
- Rezaeian, M., 2007, **Geographical epidemiology, spatial analysis& geographical information system: a multidisciplinary glossary**, J Epidemiol Community Health, Vol. 61, PP. 98-102.
- Riahi Madvar, H., Seifi, A., 2016, **Spatial Grouping Analysis and Fuzzy Spatial Analysis of Shahr-e-Babak Plain Groundwater Quality for Drinking and Irrigation**, Iran-Water Resources Research, Vol. 12, No. 2, PP. 152-157.
- Ricketts, T.C., 2003, **Geographic information system & public health**, Annu Rev Public Health, Vol. 24, PP. 1 – 6.
- Rogerson, P.A., 2006, **Statistics Methods for Geographers: students Guide**, SAGE Publications. Los Angeles, California.
- Salahi-Moghaddam, A., Khoshdel, A., Noori Fard, M., Pezeshkan, R., 2012, **Mapping the Important Communicable Diseases of Iran**, Health & Development, Vol. 1, No. 1, PP. 31-46.
- Scholten, H.J., De Lepper, M.J., 1991, **The benefits of the application of geographical information systems in public & environmental health**, World Health Stat Q, Vol. 44, PP. 160– 170.
- Tanser, F.C., Le-Sueur, D., 2002, **The application of geographical information systems to important public health problems in Africa**, Int J Health Geography, Vol. 9, PP. 1- 4.
- World Health Organization (WHO), 2020, **Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 63**. 23 March 2020.
- Wu, F., Bin, Y., Chen, Y.M., Wang, W., Song, Z.G., Hu, Y., 2020, **A new coronavirus associated with human respiratory disease in China**, Nature.
- Zhang, C., Luo, L., Xu, W., Ledwith, V., 2008, **Use of local Moran's I and GIS to identify pollution hotspots of Pb in urban soils of Galway, Ireland**, Science of The Total Environment, Vol. 398, PP. 212-221.

- Zhou, Y.X., Wang, X.G., Hu, B., Zhang, L., Zhang, W., 2020, **A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin**, Nature.