

## Access to COVID-19 Information in Rural Communities in Sistan, Iran

Gholamreza Masoudy<sup>1</sup>, Mojtaba kondori<sup>1\*</sup>, Mohammad Hadi Abasi<sup>1</sup>, Hosein Ansari<sup>1</sup>, Masoumeh Rahdar<sup>2</sup>, HosseinAli Sotudeh<sup>3</sup>

1. Health Promotion Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

2. Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

3. Health Promotion Research Center of Zabol Medical Sciences, Zabol, Iran

Received: 19 April 2023

Accepted for publication: 29 November 2023

[EPub a head of print-27 December 2023]

Payesh: 2024; 23(1): 115- 126

### Abstract

**Objective (s):** The Covid-19 or the respiratory acute syndrome disease has become one of the most important health concerns worldwide. Hence, receiving the correct information is a basic need for prevention of the disease. This study aimed to assess how rural population accessed the Covid-19 information.

**Methods:** This cross-sectional study was conducted from April 2022 to February 2023. Using the multi-stage sampling method, nine hundred rural populations from the Sistan, Iran considering the inclusion criteria randomly were entered into the study. Data collection instrument included socio-demographic and specific items. The data were analyzed using descriptive statistics (mean, percentage) and statistical tests (chi square test, and one-way anova test). The significant level set at  $p \leq 0.05$ .

**Results:** The mean age of the participants was  $35.85 \pm 12.56$  years, and 52.4 percent of the participants were women and 38% had primary education. Data analysis according to different social media showed that 66.6% of participants obtained information through rural health workers and the mean scores of knowledge ( $14.15 \pm 2.84$  out of a total score of 16) and preventive behaviors ( $16.69 \pm 4$  out of 21) were significantly higher than who obtained information from other different sources. In addition, the lowest source information was radio (8.3%).

**Conclusion:** According to the findings, rural health workers were the most important source for providing information on Covid-19 among rural population. It seems that the rural health networks have a vital role in health promotion of rural population.

**Key word:** Covid-19, Rural population, Information Sources

\* Corresponding author: Health Promotion Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran  
E-mail: kondory.moj@gmail.com

## دسترسى به اطلاعات بیماری کووید-۱۹ در جوامع روستایی منطقه سیستان

غلامرضا مسعودی<sup>۱</sup>، مجتبی کندری<sup>۱\*</sup>، محمدهادی عباسی<sup>۱</sup>، حسین انصاری<sup>۱</sup>، معصومه رهدار<sup>۲</sup>، حسینعلی ستوده<sup>۳</sup>

۱. مرکز ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

۲. دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۳. گروه آموزش و ارتقای سلامت دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱/۳۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۹/۸

انشر الکترونیک پیش از انتشار- ۶ دی ۱۴۰۲

نشریه پایش: ۱۲۶-۱۱۵ (۱): ۲۳، ۱۴۰۲

## چکیده

**مقدمه:** بیماری کووید-۱۹ یا سندرم تنفسی حاد یکی از مهم‌ترین نگرانی‌های سلامت جهان شده است؛ بنابراین دریافت اطلاعات صحیح، یک نیاز اساسی برای تشخیص یا پیشگیری از بیماری است. این مطالعه با هدف بررسی چگونگی دسترسی جمعیت روستایی به اطلاعات کووید-۱۹ انجام شد.

**مواد و روش کار:** این مطالعه مقطعی از اردیبهشت تا بهمن ۱۴۰۱ با استفاده از روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انجام شد. ابتدا از هر یک از پنج شهر تحت پوشش منطقه سیستان، چهار مرکز خدمات جامع سلامت بصورت تصادفی انتخاب شدند. سپس از هر مرکز خدمات جامع سلامت انتخاب شده، دو خانه بهداشت و در مجموع ۴۰ خانه بهداشت بصورت تصادفی وارد مطالعه شدند. در مرحله بعدی، بر اساس جمعیت هر یک از خانه‌های بهداشت و نسبت جمعیتی، نسبت به کل جمعیت مورد مطالعه و در نظر گرفتن معیارهای ورود، افراد از روستاهای مختلف به صورت در دسترس وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌های جمعیت‌شناختی و اختصاصی بود. روایی پرسشنامه با استفاده از نظرات یک پانل ۱۰ نفره از متخصصان و پایایی آن به روش همسانی درونی تأیید شد. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، درصد) و آمار تحلیلی (آزمون خی و تحلیل واریانس یک‌طرفه) توصیف و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** در مجموع ۹۰۰ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند. میانگین سنی مشارکت‌کنندگان در پژوهش (۱۲/۵۶) ۳۵/۸۵ سال و ۵۲/۴ درصد افراد مرد و ۴۵/۸ درصد افراد بی‌سواد و یا از تحصیلات مقدماتی (ابتدایی و راهنمایی) برخوردار بودند. تحلیل داده‌ها بر اساس رسانه‌های متفاوت نشان داد که ۶۶/۷٪ افراد بیشترین اطلاعات خود درباره بیماری کووید-۱۹ را از طریق بهورز گرفته بودند و میانگین نمره آگاهی (۲/۸۴) ۱۴/۱۵ (از نمره کل ۱۶) و عملکرد (۴±) ۱۶/۶۹ (از ۲۱) آن‌ها نسبت به بقیه افراد مورد پژوهش به صورت معنی‌دار بالاتر بود. رادیو به‌عنوان یک رسانه اجتماعی با ۸/۳٪ کمترین نقش را در انتقال اطلاعات کووید-۱۹ داشته است.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های این مطالعه بهترین منبع دریافت اطلاعات در زمینه کووید ۱۹ در جوامع روستایی، بهورزان خانه‌های بهداشت بودند، لذا تقویت شبکه‌های بهداشتی و اجرای برنامه‌های آموزشی در جهت توسعه اطلاعات بهورزان در رابطه با بیماری کووید-۱۹ نقش مهمی در بهبود اطلاعات بهداشتی جوامع روستایی خواهد داشت.

**کلید واژه‌ها:** کووید ۱۹، جمعیت روستایی، منابع اطلاعاتی

**کد اخلاق:** IR.ZAUMS.REC.1400.411

\* نویسنده پاسخگو: زاهدان، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، مرکز ارتقای سلامت

E-mail: kondory.moj@gmail.com

## مقدمه

در اواخر سال ۲۰۱۹ و اوایل سال ۲۰۲۰، بسیاری از مردم در کشورهای مختلف در سراسر جهان به ویروس جدید کرونا مبتلا شدند [۱]. شیوع بیماری کووید ۱۹ اولین بار در ووهان چین مشخص شد. این بیماری، مشابه سندروم حاد تنفسی سارس بوده که می‌تواند از طریق میزبان‌هایی مانند خفاش‌ها به انسان سرایت کند. در ماه‌های بعد، بیماری به سرعت در سراسر جهان گسترش یافت و سازمان بهداشت جهانی این بیماری را یک همه‌گیری اعلام کرد [۲]. تاکنون با اینکه مدت کوتاهی از عمر این پاندمی گذشته، میلیون‌ها نفر مبتلا و صدها هزار نفر فوت شده‌اند [۳-۴].

شیوع این بیماری منجر به یک بحران بهداشت عمومی بی‌سابقه در سراسر جهان شده است [۲]. بحران کووید ۱۹ در جهان، بسیار فراگیرتر از سایر اپیدمی‌ها، جمعیت شهری و روستایی کشورهای توسعه‌یافته و یا در حال توسعه را تحت تأثیر قرار داده است [۵]. جمعیت روستایی از فقر، بهداشت ضعیف و فقدان مراقبت‌های بهداشتی اولیه رنج می‌برند. خدمات بهداشتی ناکافی از جمله سیستم‌های بهداشتی پراکنده، شبکه‌های حمل‌ونقل ضعیف و بیماری‌های عفونی در حال ظهور در وضعیت نابسامان جمعیت روستایی نقش دارند [۶]. به عبارت دیگر، مناطق روستایی بسیار کمتر آماده مقابله با تأثیر مستقیم و غیرمستقیم بحران کووید ۱۹ هستند [۷]. نوع برخورد و مواجهه با مسئله و مدیریت آن نیازمند آگاهی، شناخت و بررسی همه‌جانبه عوامل اثرگذار و اثرپذیر دارد [۵].

این امر چالش‌های بزرگی را برای همه کشورها در بسیاری از جنبه‌ها از جمله اقتصادی، سیاسی، اجتماعی، بهداشتی ایجاد کرده است. برخی از این چالش‌ها به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم به چگونگی انتشار و دریافت اطلاعات و تجربیات در سطح جهانی ارتباط دارد. انتشار و توزیع اطلاعات صحیح و مدون در زمان مناسب به مخاطبان می‌تواند برخی از چالش‌های فردی و اجتماعی مرتبط با بیماری را حل کند [۱]. امروزه انفجار دانش و تعدد بنگاه‌های انتشار اطلاعات در حیطه‌های دولتی و خصوصی، جهان را با یک نگرانی جدید، یعنی انتشار اطلاعات نامناسب و غلط مواجه ساخته است؛ زیرا رفتار فردی، اجتماعی و گروهی در جهت پیشگیری و مقابله با بیماری، بر اساس بسیاری از شواهد تحت تأثیر دانش، نگرش و تجربیات مرتبط با بیماری است [۳-۵].

عدم انتشار صحیح و به‌موقع اطلاعات، بروز و انتشار شایعات را در پی خواهد داشت. ترس از بیماری‌ها و نتایج کشنده آن‌ها سبب

اطلاعات وسیعی در جامعه شده که هیچ‌گونه شواهد علمی برای آن وجود ندارد [۶]. نتایج مطالعه‌ای نشان داد که بیشتر مردم اطلاعات و ادعاهای نادرست درباره بیماری منتشر می‌کردند زیرا آن‌ها قادر به تشخیص قابلیت اطمینان این اطلاعات نبودند [۶]. همچنین بر اساس بعضی از شواهد گردش اطلاعات از طریق رسانه‌های اجتماعی با توجه به اینکه بیانگر وضعیت هولناکی برای سلامت بودند به ایجاد و توسعه مشکلات و علائم سلامت روان، از جمله احساس ترس، افسردگی و اضطراب مرتبط بودند [۶].

از نظر پزشکی و علمی امروزه اهمیت اطلاعات سلامت و دسترسی جامعه به اطلاعات معتبر به‌ویژه زمانی که فرد و جامعه با شرایط بحرانی و تهدیدکننده‌ی زندگی مواجه هستند دوچندان شده است. اطلاعات سلامت درباره بیماری‌ها، نحوه‌ی پیشگیری و درمان اولیه آن‌ها، یکی از دغدغه‌های اصلی برای بسیاری از افراد جامعه است. دسترسی به‌موقع به اطلاعات سلامت باکیفیت به‌ویژه در طول شیوع بیماری‌های عفونی، می‌تواند برای کاهش شیوع بیماری خیلی مؤثر باشد [۷-۸]. افراد اطلاعات سلامت را از منابع بین فردی (مانند ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامتی و اعضای خانواده) و منابع رسانه‌ای (تلویزیون و اینترنت) دریافت می‌کنند. پیام‌های سلامت در رسانه‌های مختلف مانند رادیو، تلویزیون و رسانه‌های نوشتاری موجود بوده و به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم به مخاطب ارائه می‌شود [۸]. شبکه‌های اجتماعی نیز نقش محوری را در زندگی روزانه افراد ایفا می‌نمایند [۹].

رسانه‌ها، یکی از ارکان اصلی زندگی اجتماعی هستند که همه عرصه‌های حیات بشری را به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم، تحت تأثیر خود قرار داده‌اند [۱۰]؛ بنابراین رسانه‌ها ظرفیت تأثیرگذاری و شکل‌دهی جوامع را خواهند داشت [۱۱]. رسانه‌ها از طریق انتشار اطلاعات در جامعه دارای اثرات بالقوه و عمیقی بر شکل‌گیری حوزه شناختی، اجتماعی و رفتاری افراد در حیطه‌های مختلف و هر نوع پدیده اجتماعی از جمله بیماری‌ها دارند [۹]. درک و اندازه‌گیری نقش رسانه‌ها می‌تواند به طراحی راهبردهای مناسب ارتباطی برای جامعه و تقویت درک جامعه از برنامه‌های پیشگیری فراهم کند [۱۲]. توسعه سیاسی اجتماعی و انقلاب صنعتی که از قاره اروپا آغاز شد از طریق توسعه ارتباطات شکل گرفت. امروزه توسعه فناوری و قدرت رسانه در جابجایی لحظه‌ای اطلاعات باعث سرعت بالای تبادل فرهنگ و ارزش‌ها می‌شود [۱۰]. درحالی‌که توجه بسیاری به نقش رسانه‌ها در هنگام شیوع بیماری‌های عفونی از

پژوهش ۷۸۳ نفر بود، که در عمل تعداد ۹۰۰ نفر در مطالعه شرکت کردند.

$$n = \frac{(z_1 - \frac{\alpha}{2})^2 \times p(1-p)}{d^2} \text{ فرمول:}$$

جهت نمونه‌گیری ابتدا از هر یک از ۵ شهرستان منطقه سیستان، ۴ مرکز خدمات جامع سلامت برای پژوهش حاضر به صورت تصادفی انتخاب و در مرحله بعدی از ۲۰ مرکز خدمات جامع سلامت انتخاب شده، ۲ خانه بهداشت و در مجموع ۴۰ خانه بهداشت به صورت تصادفی برای مطالعه برگزیده شدند. سپس از هر یک از خانه‌های بهداشت، بر اساس نسبت جمعیت هر یک از روستاهای انتخاب شده به کل حجم نمونه به صورت در دسترس و در مجموع ۹۰۰ نفر برای مطالعه انتخاب شدند. رضایت افراد برای حضور داوطلبانه در مطالعه، سن ۱۸ تا ۶۵ سال و سکونت در روستاهای محل پژوهش معیارهای ورود مطالعه بودند و افرادی که پرسشنامه‌های پژوهشی را به صورت کامل تکمیل نکرده بودند از مطالعه خارج شدند.

ابزار پژوهشی شامل سؤالات جمعیت شناختی از قبیل: سن، جنسیت، شغل، وضعیت تأهل، سطح تحصیلی افراد، دفعات ابتلا به کووید-۱۹، انجام آزمایش کووید-۱۹ و یا وجود آزمایش مثبت، سابقه بستری در بیمارستان و بخش مراقبت‌های ویژه، سابقه مرگ به علت بیماری کووید-۱۹ در خانواده و سابقه انجام واکسیناسیون بود. همچنین در این سؤالات تعداد اعضای خانواده مورد بررسی قرار گرفت. مشارکت کنندگان در مطالعه به سؤالات مختلفی درباره چگونگی دستیابی آن‌ها به اطلاعات مرتبط با بیماری کووید-۱۹ پاسخ دادند. دانش افراد در رابطه بیماری کووید-۱۹ شامل راه‌های پیشگیری، درمان، تظاهرات جسمی، اهمیت فاصله‌گذاری اجتماعی، استفاده از الکل در ضدعفونی کردن و از بین بردن میکروب و ارگان‌های درگیر بیماری کووید-۱۹ مورد بررسی قرار گرفت. نحوه دسترسی اطلاعات کووید ۱۹ از طریق ۶ گویه مورد بررسی قرار گرفت که شامل تلویزیون، رادیو، رسانه‌های چاپی (بهر، پوستر و بروشور)، رسانه‌های اجتماعی (واتساپ، تلگرام و اینستا)، بهورز و پزشک بود. حیطة چگونگی دسترسی افراد به اطلاعات، ۶ گویه (میزان دریافت اطلاعات شما در زمینه بیماری کووید ۱۹ از طریق تلویزیون چقدر بوده است؟) بود که توسط طیفی از خیلی کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد از امتیاز ۶ الی ۳۰ مورد ارزیابی قرار گرفت. حیطة مربوطه به دانش شامل ۸ گویه (آیا استفاده از ماسک

قبیل کووید-۱۹ شده است اما در مورد سازوکارهای اساسی استفاده از رسانه‌ها که بر ادراک فردی و رفتارهای پیشگیرانه در طی چنین مواردی تأثیر می‌گذارد اطلاعات کمی وجود دارد [۱۲]. رسانه‌های جمعی به چهار دسته‌ی شنیداری (رادیو)، دیداری (تلویزیون)، چاپی (کتاب، مجلات، روزنامه‌ها)، دیجیتال (اینترنت) طبقه‌بندی می‌شوند که هر کدام دارای مخاطبان خاص خود باعلاقه و سلیقه متفاوت هستند و برای برنامه‌ریزی در مورد تهیه محتوا باید به ویژگی‌های مخاطبان مانند سن، جنسیت، طبقه اجتماعی، سطح تحصیلات، مذهب و... توجه شود [۱۰].

در عصر اینترنت موبایل، انتشار اطلاعات جهش جدیدی در سرعت تولید و انتشار پیدا کرده است. با شیوع بیماری انتشار شایعات نیز رشد بهینه‌ای پیدا کرد [۶]. بی‌ثباتی اجتماعی، سیاسی و فرهنگی و بهداشتی ثمره انتشار ادبیات و محتوی آموزشی غیراستانداردی است که در بسیاری از موارد حتی به صورت مغرضانه از طرف گروه‌های اجتماعی منتشر می‌شد [۱۳]. به رغم مستندات مطالعات مختلف که در جهت بررسی نحوه دسترسی اطلاعات در زمینه بیماری کووید ۱۹ انجام شده است (از قبیل شناسایی نیازهای اطلاعاتی بیماران بهبودیافته کووید-۱۹ در شهرستان کاشان [۸] و کارآمدی رسانه‌های اجتماعی در رفع نیازهای اطلاعاتی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان [۱۳])، اما طی بررسی‌های انجام شده اطلاعات زیادی در زمینه نحوه کسب اطلاعات سلامت در جامعه روستایی در دسترس نیست. این محدودیت در دسترسی روستائیان به منابع اطلاعاتی در زمینه بیماری کووید ۱۹ محققان را بر آن داشت تا به بررسی نحوه دسترسی مواجهه روستائیان منطقه سیستان با منابع اطلاعاتی کووید ۱۹ بپردازند. نتایج این پژوهش می‌تواند سیستم بهداشتی منطقه را در برنامه‌ریزی جهت ارائه اطلاعات از طریق رسانه‌هایی که روستائیان بیشتر به آن دسترسی دارند کمک و آفری نماید.

### مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی بود، که به صورت مطالعه مقطعی با روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای در دوره زمانی اردیبهشت تا بهمن ۱۴۰۱ در مناطق روستایی سیستان، استان سیستان و بلوچستان انجام شده است. حجم نمونه بر اساس مطالعه قبلی [۱۴] و فرمول تعیین حجم نمونه با سطح اطمینان ۰/۰۵ و با توجه به نسبت افرادی از جامعه که دارای صفت موردنظر هستند ( $P=0/57$ ) و با در نظر گرفتن خطای برآورد ( $d=0/03$ ) حداقل افراد لازم برای

تناسب و ارتباط، گویه های پرسشنامه با توجه به روستایی بودن جامعه پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. بدین منظور تعداد ۳۰ پرسشنامه، از جامعه روستایی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند تکمیل شد و سؤالاتی که قابل درک برای آن‌ها نبود ساده‌سازی شد و مجدد از آن افراد پرسیده شد.

پس از انجام روایی و پایایی ابزار پژوهش و تأیید آن، تمام قسمت‌های پرسشنامه به شیوه خود گزارش دهی توسط گروه مورد مطالعه تکمیل گردید. در تمام مدت تکمیل پرسشنامه محقق حضور داشت و برای افراد بی‌سواد و کم‌سواد و افرادی که توانایی تکمیل پرسشنامه را نداشتند تکمیل پرسشنامه توسط محقق انجام شد. بعد از تکمیل شدن پرسشنامه‌ها، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲، مورد تحلیل قرار گرفت. برای توصیف داده‌ها از آمار توصیفی و شاخص‌های فراوانی شامل تعداد، درصد، میانگین، انحراف معیار و برای تحلیل داده‌ها از آزمون آماری تحلیل واریانس یک طرفه (ANOVA) استفاده شد.

#### یافته‌ها

در این مطالعه ۹۰۰ نفر از افراد ۱۸-۶۵ سال منطقه سیستان شرکت داشتند. دامنه سنی افراد مورد بررسی بین ۶۵-۱۸ و میانگین سنی آن‌ها ۳۵/۸۵ سال بود. گروه سنی ۶۵-۴۰ سال (۳۶/۳) رایج‌ترین گروه سنی و ۴۷۲ نفر (۵۲/۴) مرد و بقیه افراد زن بودند. ۶۶۵ نفر (۷۳/۹) متأهل بودند. مدرک تحصیلی دیپلم رایج‌تر بود. (۳۴/۱). ۳۶۲ نفر (۴۱/۸) دارای بعد خانوار ۳ و ۴ نفره بودند. نتایج نشان داد ۱۰۶ نفر (۱۱/۸) دارای بیماری مزمن بودند. ۳۱۴ نفر (۳۴/۸) به بیماری کرونا مبتلا شده‌اند و ۲۵۵ نفر (۲۸/۳) اعلام کردند آزمایش کرونای آن‌ها مثبت بوده است و ۱۸ نفر (۲) به دلیل کرونا در بیمارستان بستری شده بودند. ۹ نفر (۱) درصد از گروه مورد مطالعه از اعضای خانواده آن‌ها به علت بیماری کرونا فوت کرده بودند. از نظر شغل ۳۲۹ نفر (۳۶/۶) خانه‌دار و ۸۲۰ نفر (۹۱/۲) دارای بیمه سلامت بودند (جداول شماره ۱ الی ۲). جهت مقایسه میانگین نمرات آگاهی، نگرش و عملکرد افراد ۱۸ تا ۶۵ سال جمعیت روستایی منطقه سیستان با متغیر بر اساس متغیرهای دموگرافیک برحسب نیاز از آزمون T-test یا آزمون ANOVA استفاده شد. نتایج تحلیل نشان داد آگاهی در گروه های سنی (P= ۰/۰۱۶)، سواد (P= ۰/۰۰۱) و وضعیت اشتغال (P= ۰/۰۰۱) اختلاف معنی دار داشت بالاترین میزان آگاهی در گروه سنی ۱۸-۲۹ سال، افراد دانشگاهی و کارمندان بود (جداول شماره ۱ الی ۲). میزان نگرش با توجه به جنسیت (P= ۰/۰۱۳)، سواد (P= ۰/۰۰۲)

تنفسی، می‌تواند از انتقال بیماری کووید ۱۹ جلوگیری کند؟) بود و توسط طیفی از بله، خیر و نمی‌دانم مورد ارزیابی قرار گرفت که بله نمره یک و خیر و نمی‌دانم نمره صفر را گرفت. نمرات آگاهی با دامنه صفر الی ۸ مورد ارزیابی قرار گرفت. حیطة نگرش توسط ۷ گویه (به نظر من تزریق واکسن کرونا اقدام مناسبی برای پیشگیری از بیماری کرونا است.) بر اساس مقیاس طیف لیکرت شامل کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم تدوین شد که به ترتیب نمره یک الی پنج به آن‌ها تعلق گرفت، دامنه کسب امتیاز این حیطة از نمره ۷ الی ۳۵ بود. سؤالات حیطة عملکرد افراد درباره کووید ۱۹ از ۷ گویه (از روبروسی و دست دادن در دوران کووید ۱۹ خودداری می‌کنم) بود و پاسخ‌های آن‌ها در چهار سطح همیشه، گاهی اوقات، بندرت و هرگز تدوین شده بودند. بر اساس درستی پاسخ به آن‌ها از نمره صفر الی سه تعلق می‌گرفت. دامنه نمرات عملکرد از صفر تا ۲۱ بود.

فرآیند روایی پرسشنامه، از طریق روایی محتوایی انجام شد. بر این اساس شاخص روایی محتوایی (Content Validity index) یا CVI و نسبت روایی محتوایی (Content Validity ratio) یا CVR برای تمام سؤالات پرسشنامه محاسبه گردید. برای محاسبه شاخص روایی محتوایی، از نظرات یک پانل ۱۰ نفره شامل هشت نفر از متخصصان آموزش بهداشت و دو نفر از متخصصان عفونی استفاده شد. پایایی سؤالات با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ (همسانی درونی) تأیید گردید. با توجه به تعداد پانل متخصصان که یک گروه ده نفره بودند و بر اساس جدول حداقل نسبت روایی محتوایی قابل قبول برای تمامی گویه‌های ابزار (۶ گویه) بالاتر از میزان قابل قبول (۰/۶۲) بود. همچنین در بخش شاخص روایی محتوایی حداقل شاخص روایی ۰/۸۰ بود. جهت تعیین ثبات درونی سازه‌ها یک گروه ۳۰ نفره از گروه هدف که در مطالعه شرکت نداشتند اما دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند گویه‌های پرسشنامه را تکمیل نمودند. میزان پایایی برای سازه‌های آگاهی نگرش و عملکرد به ترتیب برابر با ۰/۶۹، ۰/۷۴ و ۰/۷۳ بود.

ابتدا طرح پژوهشی در دانشگاه علوم پزشکی زاهدان بررسی و مصوب گردید، سپس اجازه انجام طرح نیز در منطقه سیستان از معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی زابل به صورت مکتوب دریافت شد. رضایت شفاهی از گروه هدف جهت شرکت در طرح دریافت شد و اطلاع داده شد که اطلاعاتشان به صورت محرمانه باقی خواهد ماند. قبل از توزیع پرسشنامه برای دریافت سطح دشواری، درک جملات و عبارات، میزان ابهام و برداشت نادرست و میزان

نقش بهروز در دریافت اطلاعات در زمینه کووید ۱۹ در جمعیت روستایی به میزان ۶۶/۷٪ بود که بیشترین میزان دریافت اطلاعات از این طریق بود. میزان دریافت اطلاعات از طریق رادیو، ۸/۳٪ بود؛ که کمترین میزان دریافت اطلاعات در جمعیت روستایی از این طریق بود. سایر منابع اطلاعاتی از نظر رتبه دریافت اطلاعات به ترتیب شامل تلویزیون ۴۲/۴٪، پزشک ۳۲٪، رسانه‌های مجازی (واتساپ، تلگرام و اینستا) ۲۶٪ و رسانه‌های چاپی (بندر، پوستر و بروشور) ۱۱/۲٪ بود (جدول شماره ۳). آزمون آنووا بیانگر میزان آگاهی، نگرش و عملکرد جامعه پژوهش بر اساس انتخاب یک رسانه برای دریافت اطلاعات بوده و به صورت کلی بیانگر بالا بودن میزان میانگین نمره آگاهی و عملکرد روستاییان مورد پژوهش بر اساس انتخاب بهروز برای دریافت اطلاعات است. یافته‌ها نشان می‌دهند که بین میانگین نمره آگاهی و نگرش افرادی که از بهروز برای دریافت اطلاعات استفاده کرده بودند با دیگر رسانه‌ها یک تفاوت معنی‌دار وجود دارد (جدول شماره ۴) ( $P < 0.05$ ).

$P = 0.045$ )، تأهل ( $P = 0.045$ )، سابقه بستری به علت کووید ۱۹ (۰/۲۱)،  $P = 0.027$ ) و سابقه تزریق واکسن کووید ۱۹ ( $P = 0.044$ ) اختلاف معنی‌دار داشت. بالاترین میزان نگرش در مردان، افراد دارای تحصیلات راهنمایی و افراد مجرد بود. همچنین میزان نگرش در افرادی که تا زمان پژوهش سابقه بستری به علت بیماری کووید ۱۹ را نداشتند و در خانواده آن‌ها مرگ به علت بیماری نبود و واکسن کووید ۱۹ را تزریق کرده بودند بیشتر بود (جدول شماره ۱ الی ۲). میزان عملکرد در سطوح مختلف تحصیلات ( $P = 0.005$ )، وضعیت اشتغال ( $P = 0.001$ ) و تزریق واکسن کووید ۱۹ ( $P = 0.005$ ) اختلاف معنی‌داری داشت. مطابق با نتایج به دست آمده افراد دارای تحصیلات دانشگاهی، کارمندان و افرادی که واکسن کووید ۱۹ را تزریق کرده بودند عملکرد بهتری در برابر پیشگیری از بیماری کووید ۱۹ داشتند (جدول شماره ۱ الی ۲). در سایر موارد بین نمره آگاهی، نگرش، عملکرد بر اساس متغیرهای دموگرافیک تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد ( $P > 0.05$ ).

جدول ۱: متغیرهای جمعیت شناختی جامعه مورد پژوهش

| متغیر         | درصد (تعداد)    | آگاهی<br>میانگین (انحراف معیار) | نگرش<br>میانگین (انحراف معیار) | عملکرد<br>میانگین (انحراف معیار) |
|---------------|-----------------|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| گروه سنی      | ۱۸-۲۵ سال       | ۶۴ (۷/۱)                        | ۱۷/۵۸ (۳/۵۹)                   | ۲۴/۳۲ (۳/۳۲)                     |
|               | ۲۵-۲۹ سال       | ۲۵۷ (۲۸/۶)                      | ۱۷/۵۰ (۳/۸۰)                   | ۲۴/۶۴ (۳/۱۲)                     |
|               | ۳۰-۳۹ سال       | ۲۵۲ (۲۸)                        | ۱۷/۲۵ (۳/۵۵)                   | ۲۴/۳۹ (۳/۳۱)                     |
|               | ۴۰-۶۵ سال       | ۲۹ (۳۶/۳)                       | ۱۷/۲۴ (۴/۰۶)                   | ۲۴/۲۳ (۳/۲۲)                     |
|               | سطح معنی‌داری   |                                 | ۰/۷۳۱                          | ۰/۵۱۴                            |
| جنسیت         | زن              | ۴۲۸ (۴۷/۶)                      | ۱۳/۶۰ (۲/۶۵)                   | ۱۷/۳۰ (۳/۸۶)                     |
|               | مرد             | ۴۷۲ (۵۲/۴)                      | ۱۴/۰۹ (۲/۷۰)                   | ۱۷/۵۱ (۳/۶۶)                     |
|               | سطح معنی‌داری   |                                 | ۰/۱۳                           | ۰/۵۰                             |
| سطح سواد      | بی سواد         | ۷۳ (۸/۱)                        | ۱۲/۶۵ (۳/۸۷)                   | ۲۳/۸۷ (۲/۶۷)                     |
|               | ابتدایی         | ۱۳۴ (۱۴/۹)                      | ۱۳/۶۱ (۳/۰۴)                   | ۲۳/۷۹ (۳/۱۶)                     |
|               | راهنمایی        | ۲۲۳ (۲۴/۹)                      | ۱۷/۸ (۳/۴۰)                    | ۲۴/۵۳ (۳/۲۳)                     |
|               | دیپلم           | ۳۲۱ (۳۵/۸)                      | ۱۳/۷۰ (۲/۷۷)                   | ۲۴/۴۳ (۳/۴۶)                     |
|               | دانشگاهی        | ۱۴۶ (۱۶/۲)                      | ۱۴/۳۷ (۲/۵۲)                   | ۲۵/۱۵ (۲/۸۷)                     |
| سطح معنی‌داری |                 | ۰/۰۰۱                           | ۰/۰۰۲                          | ۰/۰۰۵                            |
| بعد خانوار    | ۱-۲             | ۱۲۶ (۱۵/۳)                      | ۲۴/۳۸ (۳/۱۹)                   | ۱۳/۵۵ (۳/۳۰)                     |
|               | ۳-۴             | ۳۶۲ (۴۳/۹)                      | ۲۴/۲۴ (۳/۱۷)                   | ۱۳/۹۷ (۲/۷۷)                     |
|               | ۵-۶             | ۲۷۷ (۳۳/۹)                      | ۲۴/۷۵ (۳/۵۹)                   | ۱۳/۷۹ (۲/۷۲)                     |
|               | ۷ و بالاتر      | ۶۰ (۶/۷)                        | ۲۴/۴۰ (۲/۶۳)                   | ۱۳/۷۳ (۲/۹۷)                     |
|               | سطح معنی‌داری   |                                 | ۰/۲۷۷                          | ۰/۹۷۰                            |
| اشتغال        | جویای کار       | ۱۳۲ (۱۴/۹)                      | ۲۴/۴۳ (۳/۱۸)                   | ۱۴/۱۰ (۲/۷۱)                     |
|               | کشاورز و دامدار | ۱۲۳ (۱۳/۹)                      | ۲۳/۲۶ (۳/۷۵)                   | ۱۳/۰۶ (۳/۴۱)                     |
|               | کارمند          | ۹۸ (۱۱)                         | ۲۵/۳۶ (۲/۸۶)                   | ۱۴/۶۴ (۲/۴۳)                     |
|               | خانه‌دار        | ۳۲۹ (۳۷)                        | ۲۴/۵۰ (۲/۹۸)                   | ۱۳/۶۰ (۲/۸۸)                     |
|               | اشتغال آزاد     | ۲۰۶ (۲۳/۲)                      | ۲۴/۵۰ (۳/۳۲)                   | ۱۴/۱۸ (۲/۴۴)                     |
| سطح معنی‌داری |                 | ۰/۰۰۱                           | ۰/۶۸۶                          | ۰/۰۰۱                            |
| وضعیت تاهل    | مجرد            | ۲۳۲ (۲۵/۹)                      | ۲۴/۵۳ (۳/۲۴)                   | ۱۴/۰۷ (۲/۵۲)                     |
|               | متاهل           | ۲۶۵ (۲۴/۱)                      | ۲۴/۴۰ (۳/۲۳)                   | ۱۳/۸۰ (۲/۹۰)                     |
|               | سطح معنی‌داری   |                                 | ۰/۵۹                           | ۰/۲۰۱                            |

جدول ۲: متغیرهای جمعیت شناختی مرتبط با بیماری کووید-۱۹ در جامعه مورد پژوهش

| متغیر دموگرافیک مرتبط با بیماری کووید-۱۹ | ویژگی‌ها          | تعداد (درصد) | آگاهی<br>میانگین (انحراف معیار) | نگرش<br>میانگین (انحراف معیار) | عملکرد<br>میانگین (انحراف معیار) |
|--|-------------------|--------------|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| سابقه بیماری مزمن                        | فاقد بیماری مزمن  | ۸۰۲ (۹۰/۱)   | ۲۴/۴۳ (۳/۲۶)                    | ۱۳/۸۳ (۲/۸۳)                   | ۱۷/۴۰ (۳/۷۶)                     |
|  | دارای بیماری مزمن | ۸۷ (۹/۹)     | ۲۴/۴۳ (۲/۷۷)                    | ۱۴/۰۲ (۲/۹۳)                   | ۱۷/۱۹ (۳/۹۳)                     |
| ابتلا به بیماری کووید-۱۹                 | سطح معنی‌داری     | ۰/۹۹         | ۰/۷۴۶                           | ۰/۵۵                           | ۰/۸۸                             |
| ابتلا به بیماری کووید-۱۹                 | ابتلا به بیماری   | ۳۰۰ (۳۳/۴)   | ۲۴/۳۸ (۳/۴۱)                    | ۱۷/۱۱ (۴/۰۷)                   | ۱۳/۷۳ (۲/۹۸)                     |
|  | مبتلا نشده‌اند    | ۵۹۸ (۶۶/۶)   | ۲۴/۴۵ (۳/۱۳)                    | ۱۷/۴۵ (۳/۵۹)                   | ۱۳/۹۲ (۲/۷۵)                     |
| سابقه بستری به علت کووید-۱۹              | سطح معنی‌داری     | ۰/۷۴۶        | ۰/۴۲                            | ۰/۱۰۴                          | ۰/۳۲۹                            |
| سابقه بستری به علت کووید-۱۹              | بله               | ۱۸ (۲)       | ۲۳/۸۳ (۳/۸۹)                    | ۱۲/۳۳ (۳/۳۷)                   | ۱۶/۲۷ (۴/۷۱)                     |
|  | خیر               | ۸۸۲ (۹۸)     | ۲۴/۴۴ (۳/۲۲)                    | ۱۳/۸۸ (۲/۸۱)                   | ۱۷/۴۲ (۳/۷۴)                     |
| سابقه مرگ به علت بیماری کووید-۱۹         | سطح معنی‌داری     | ۰/۴۲         | ۰/۹۲                            | ۰/۲۱                           | ۰/۲۰                             |
| سابقه مرگ به علت بیماری کووید-۱۹         | بله               | ۱۰ (۱/۲)     | ۲۴/۳۳ (۳/۴۶)                    | ۱۱/۷۷ (۳/۳۸)                   | ۱۸ (۲/۷۳)                        |
|  | خیر               | ۸۹۰ (۹۸/۸)   | ۲۴/۴۳ (۳/۲۳)                    | ۱۳/۸۷ (۲/۸۲)                   | ۱۷/۳۹ (۳/۷۷)                     |
| سابقه تزریق واکسن                        | سطح معنی‌داری     | ۰/۹۲         | ۰/۲۴                            | ۰/۲۷                           | ۰/۶۳                             |
| سابقه تزریق واکسن                        | بله               | ۸۹۳ (۹۹/۲)   | ۲۴/۴۴ (۳/۲۳)                    | ۱۳/۸۷ (۲/۸۱)                   | ۱۷/۷۳ (۳/۷۵)                     |
|  | خیر               | ۷ (۰/۸)      | ۲۳ (۲/۳۰)                       | ۱۱/۷۱ (۴/۶۸)                   | ۱۳/۴۲ (۳/۲۵)                     |
|  | سطح معنی‌داری     | ۰/۲۴         | ۰/۴۴                            | ۰/۴۴                           | ۰/۰۰۵                            |

جدول ۳: نحوه دسترسی منابع اطلاعاتی کووید ۱۹

| متغیر                                 | ویژگی     | تعداد | درصد |
|---------------------------------------|-----------|-------|------|
| تلویزیون                              | خیلی کم   | ۲۵    | ۲/۸  |
|                                       | کم        | ۶۸    | ۷/۶  |
|                                       | متوسط     | ۱۸۰   | ۲۰   |
|                                       | زیاد      | ۲۴۵   | ۲۷/۲ |
|                                       | خیلی زیاد | ۳۸۲   | ۴۲/۴ |
| راديو                                 | خیلی کم   | ۴۹۲   | ۵۴/۷ |
|                                       | کم        | ۱۹۱   | ۲۱/۲ |
|                                       | متوسط     | ۸۵    | ۹/۴  |
|                                       | زیاد      | ۵۶    | ۶/۲  |
|                                       | خیلی زیاد | ۷۶    | ۸/۳  |
| بهر، پوستر و بروشور                   | خیلی کم   | ۲۰۴   | ۲۲/۷ |
|                                       | کم        | ۲۳۷   | ۲۶/۳ |
|                                       | متوسط     | ۲۲۵   | ۲۵   |
|                                       | زیاد      | ۱۳۳   | ۱۴/۸ |
|                                       | خیلی زیاد | ۱۰۱   | ۱۱/۲ |
| فضای مجازی (واتس آپ، تلگرام و اینستا) | خیلی کم   | ۱۹۶   | ۲۱/۸ |
|                                       | کم        | ۱۵۳   | ۱۷   |
|                                       | متوسط     | ۱۶۰   | ۱۷/۸ |
|                                       | زیاد      | ۱۵۷   | ۱۷/۴ |
|                                       | خیلی زیاد | ۲۳۴   | ۲۶   |
| بهورز                                 | خیلی کم   | ۱۴    | ۱/۶  |
|                                       | کم        | ۲۴    | ۲/۷  |
|                                       | متوسط     | ۷۸    | ۸/۷  |
|                                       | زیاد      | ۱۸۴   | ۲۰/۴ |
|                                       | خیلی زیاد | ۶۰۰   | ۶۶/۷ |
| پزشک                                  | خیلی کم   | ۸۱    | ۹    |
|                                       | کم        | ۱۸۵   | ۲۰/۶ |
|                                       | متوسط     | ۱۸۷   | ۲۰/۸ |
|                                       | زیاد      | ۱۵۹   | ۱۷/۷ |
|                                       | خیلی زیاد | ۲۸۸   | ۳۲   |

جدول ۴: توزیع فراوانی آگاهی، نگرش و عملکرد مشارکت‌کنندگان بر اساس انتخاب و استفاده از یک رسانه به‌تنهایی

| رسانه                                | فراوانی تعداد (درصد) | آگاهی (میانگین، انحراف معیار) | نگرش (میانگین، انحراف معیار) | عملکرد (میانگین، انحراف معیار) |
|--------------------------------------|----------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| تلویزیون                             | ۸۳ (۲۴/۹)            | ۱۳ (۳/۲۳)                     | ۲۴/۱۴ (۳/۱۸)                 | ۱۶ (۳/۷۵)                      |
| رادیو                                | ۱۱ (۳/۳)             | ۱۲/۵۴ (۴)                     | ۲۵/۹ (۲/۳۴)                  | ۱۳ (۵/۶۲)                      |
| فضای مجازی (واتساپ و تلگرام)         | ۲۵ (۷/۵)             | ۱۳/۷۶ (۱/۶)                   | ۲۴/۶ (۲/۵۸)                  | ۱۵/۸۸ (۴)                      |
| به‌پورز                              | ۲۰۵ (۶۱/۴)           | ۱۴/۱۵ (۲/۸۴)                  | ۲۴/۲ (۳/۵۵)                  | ۱۷/۳ (۳/۹)                     |
| پزشک روستایی                         | ۱۰ (۲/۹)             | ۱۱/۶۶ (۲/۳۴)                  | ۲۳/۶۶ (۲/۷)                  | ۱۵/۷۷ (۳/۸۹)                   |
| جمع و میانگین کل                     | ۳۳۴ (۱۰۰)            | ۱۳/۷۲ (۲/۹۵)                  | ۲۴/۲۵ (۳/۳۵)                 | ۱۶/۶۹ (۴)                      |
| سطح معنی‌داری (P Value)              |                      | ۰/۰۱                          | ۰/۵۸۱                        | ۰/۰۰۳                          |
| آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه (ANOVA) |                      |                               |                              |                                |

## بحث و نتیجه گیری

دانش و آگاهی شرط لازم برای ایجاد باورهای بهداشتی، شکل‌گیری نگرش و ارتقا و بهبود رفتارهای مثبت است. این امر بر روی نگرش افراد نسبت به بیماری بر اثربخشی راهبردها و رفتارهای تقابلی آن‌ها تا حدودی تأثیرگذار است [۱۵]. طی مطالعه و بررسی‌های انجام‌شده کمتر مطالعه‌ای بر روی جمعیت روستایی در زمینه بیماری کووید ۱۹ صورت گرفته است. نتایج نشان داد بین متغیر سطح تحصیلات با آگاهی، نگرش و عملکرد اختلاف معنی‌دار وجود داشت که با مطالعه رحیمی و همکاران [۱۶] غیرهمسو بود. همچنین بین متغیر سن با آگاهی اختلاف معنی‌دار وجود داشت. بیشتر افراد دارای تحصیلات دانشگاهی، در سنین ۱۸-۲۹ سال هستند این نتایج با مطالعه موسوی فرد و همکاران که به‌منظور بررسی وضعیت دانش، نگرش و عملکرد کارگران خدماتی مترو تهران نسبت به پیشگیری از کووید ۱۹ انجام گرفت نشان داد که سن و سواد از عوامل مهم در افزایش آگاهی این گروه از کارگران است همسو بود [۱۷]؛ اما با مطالعه نصیر زاده و همکاران غیرهمسو بود [۱۸]. در مطالعه رحیمی کاهکشی و همکاران افراد بیش از ۵۷ سال و بعد از آن افراد ۴۸ تا ۵۷ سال آگاهی بالاتری نسبت به سایر گروه‌های سنی داشته‌اند. کمترین آگاهی را افراد ۲۸ تا ۳۷ سال و بعد از آن ۱۸ تا ۲۷ سال داشته‌اند؛ که با مطالعه ما همسو نبود [۱۵]. این تفاوت به نظر می‌رسد به دلیل دسترسی بهتر سنین پایین جامعه روستایی در جمع‌آوری اطلاعات بوده است. همچنین هر چه قدر سطح تحصیلات افراد افزایش پیدا کند و افراد جوان‌تر باشند، علاقه بالایی نسبت به مطالعه در مورد بیماری دارند و همین امر باعث شده که نمره آگاهی این دسته از افراد افزایش یابد. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده جنسیت، اختلاف معنی‌دار با نگرش افراد در زمینه بیماری کووید ۱۹ داشت. میزان نگرش در مردان بیشتر از

زنان بود؛ این نتایج همسو با مطالعه قصوری و همکاران [۱۹]، مطالعه رحیمی و همکاران [۱۶] و غیرهمسو با مطالعه راستجو و همکاران [۲۰] و مطالعه فلاحی و همکاران [۲۱] بود. مردان در رفتارهای بالقوه خطرناک از جمله رفتن به مکان‌های شلوغ و گذراندن وقت با دوستان در خارج از خانه و به دلیل نقش عوامل فرهنگی از جمله تشویق زنان به ماندن در خانه توسط مردان در جوامع مسلمان است، لذا با توجه به نتایج متفاوت در نگرش زنان و مردان در رفتارهای پیشگیرانه در تحقیقات مختلف نباید از نقش عوامل فرهنگی و موقعیتی غافل شد [۲۰] به نظر می‌رسد مردان به دلیل حضور بیشتر در اجتماع نگرش مثبت‌تری به بیماری دارند و درک از احتمال ابتلا به بیماری در این افراد افزایش‌یافته این امر باعث تغییر در نگرش و افزایش آن می‌شود. همچنین افرادی که خانواده آن‌ها مرگ به علت بیماری نداشتند نگرش بیشتری به بیماری داشتند که با مطالعه رحیمی و همکاران [۱۶] همسو نبود. بین متغیر نگرش افراد با وضعیت تأهل تفاوت معنی‌دار وجود داشت. افرادی که مجرد بودند نگرش بیشتری به بیماری کووید ۱۹ داشتند که با مطالعه رحیمی و همکاران [۱۶] غیرهمسو بود. افرادی که کارمند بودند به‌طور معنی‌دار میزان آگاهی، عملکرد بیشتر از سایر مشاغل داشتند. در مطالعه نصیر زاده و همکاران افرادی که شغل آزاد داشتند، به‌طور معنی‌دار بیشتر از سایر مشاغل رفتارهای پیشگیرانه را رعایت می‌کردند که با مطالعه حاضر هم سو نبود [۱۸] به نظر می‌رسد انجام مقررات و دستورالعمل‌های اداری در زمینه بیماری کووید ۱۹ در ادارات یکی از علل تفاوت این یافته باشد. نتایج نشان داد اکثر افراد تمایل به تزریق واکسن کووید ۱۹ داشتند و فقط ۰/۸ درصد واکسن را دریافت نکرده بودند که این نتایج با مطالعه راستجو و همکاران که بر روی دانشجویان یزد انجام گرفت نزدیک بود [۲۰]، در مطالعه Qattan و همکاران تنها ۵۰

کارمندان ادارات دولتی در شهر قم انجام گرفت نشان داد که بیشترین منبع اطلاعات شبکه‌های مجازی، رادیو و تلویزیون بود که با مطالعه حاضر همسو نبود [۲۵]، همچنین در مطالعه زرمهر و همکاران که به‌منظور کارآمدی رسانه‌های اجتماعی در رفع نیازهای اطلاعاتی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام گرفت نشان داد که میزان استفاده دانشجویان از ابزارهای رسانه اجتماعی در روند رفع نیازهای اطلاعاتی، کمتر از حد متوسط و پایین می‌باشد که با مطالعه حاضر تقریباً همسو بود [۱۳].

در مطالعه شیخ شعاعی و همکاران که به‌منظور شناسایی نیازهای اطلاعاتی بیماران بهبودیافته کووید-۱۹ در شهرستان کاشان انجام گرفت نشان داد اینترنت، پزشکان و رسانه‌های اجتماعی مهم‌ترین منابع اطلاعاتی در جستجوی اطلاعات سلامت هستند [۸]. بعلاوه در مطالعه پیمان و همکاران که به‌منظور مواجهه با ویروس کووید-۱۹ بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر روی ۲۰۰ نفر از ساکنان مشهد انجام گرفت مشاهده شد که معتبرترین منبع اطلاعاتی برای به دست آوردن اطلاعات ویروس کرونا از دیدگاه شرکت‌کنندگان رادیو و تلویزیون بود که با مطالعه حاضر از نظر نتایج متفاوت بودند. به نظر می‌رسد مهم‌ترین علت این تفاوت دو جامعه از نظر سطح تحصیلات باشد زیرا مطالعه حاضر در یک جامعه روستایی انجام شده است [۲۶]. فروغیان و همکارانش در بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد ساکنان مشهد نسبت به کرونا ویروس جدید (کووید-۱۹) نشان دادند که شهروندان مشهدی در دریافت نیازهای اطلاعاتی خود در مقابله با ویروس کرونا توجه بیشتری به رسانه‌های اجتماعی مجازی و اینترنت داشتند (صداوسیما و رسانه‌های مجازی) که با نتایج مطالعه ما متفاوت است. تحلیل بیشتر اطلاعات بیانگر تفاوت جامعه روستایی و شهری است در مطالعه انجام‌شده در مناطق روستایی سیستان مردم بیشترین اعتماد را به شبکه بهداشتی درمانی دولتی و به‌ویژه به‌روزان داشتند در حالی که در شهرهای بزرگ خود افراد با انتخاب رسانه‌های متفاوت منبع دریافت اطلاعات خود را مشخص می‌کردند. به نظر می‌رسد دسترسی بیشتر جامعه شهری به رسانه‌های اجتماعی غیردولتی و سطح سواد پایین‌تر جامعه روستایی، مهم‌ترین عامل این تفاوت بوده و لازم است متولیان سلامت به این نکته در برنامه‌ریزی‌های پیشگیری و کنترل بیماری کرونا و هر بیماری دیگری توجه ویژه داشته باشند. همچنین باید پذیرفت که وابستگی بیشتر جامعه روستایی به آداب و سنن گذشته همیشه در سایه عدم دسترسی همسان با شهرها

درصد تمایل به تزریق واکسن داشتند [۲۲] و در مطالعه Alqudeimant و همکاران تنها ۵۳/۱ درصد افراد تمایل به تزریق واکسن بودند که با مطالعه ما همسو نبودند [۲۳]. افرادی که واکسن کووید ۱۹ را تزریق کرده بودند نگرش و عملکرد بهتری در زمینه بیماری کووید ۱۹ داشتند که می‌تواند نشانه خوبی برای پذیرش عمومی واکسن باشد. شیوع ناگهانی بیماری نوظهور کووید ۱۹ باعث شد تا تولید و انتشار اطلاعات بهداشتی به دلیل اینکه بیماری ناشناخته بود به یک چالش ملی و بین‌المللی تبدیل شود. در پژوهش حاضر چگونگی کیفیت دسترسی و مواجهه روستاییان منطقه سیستان به منابع اطلاعاتی کووید-۱۹ در طی همه‌گیری بیماری مورد بررسی قرار گرفت. مطالعات گذشته که مقابله جامعه روستایی را با بیماری کووید-۱۹ مورد مطالعه قرار داده‌اند بیانگر آگاهی، تبعیت و پایداری کمتر این جامعه در مقایسه با جوامع دیگر در مقابله با بیماری بوده است. در مطالعات انجام‌شده نتیجه انجام مطالعات در این زمینه و تشخیص و شکل‌دهی راه‌های دستیابی این جامعه به اطلاعات یک ضرورت بهداشتی و اجتماعی است. مطالعه ما نشان داد که نزدیک به ۶۷ درصد افراد، مهم‌ترین و اصلی‌ترین منبع دریافت اطلاعات آن‌ها به‌روز بوده و بعد از آن تلویزیون منبع اصلی دریافت اطلاعات بوده و جامعه مورد پژوهش کمترین استفاده را از رادیو برای دستیابی به اطلاعات داشته است. این یافته بیانگر نقش شبکه بهداشتی درمانی یا وزارت بهداشت در انتشار اطلاعات در جامعه روستایی است. به‌روزان در مراکز خدمات جامع سلامت و خانه‌های بهداشت اولین و مهم‌ترین سطح توسعه و انتشار اطلاعات در جامعه روستایی هستند [۲۴].

همچنین تحلیل بیشتر اطلاعات نشان داده که از بین ۹۰۰ نفر افراد مورد پژوهش، ۳۳۳ نفر فقط یک رسانه را به عنوان منبع اصلی دریافت اطلاعات معرفی کرده بودند (به میزان خیلی زیادی اطلاعات خود را فقط از یک رسانه دریافت کرده بودند)؛ که بر اساس یافته‌ها، به‌روز به میزان بسیار بالاتری به‌عنوان تک رسانه دریافت و انتشار اطلاعات در جامعه مورد پژوهش بوده و بعد از آن تلویزیون این نقش را در جامعه ایفا کرده است. نکته قابل توجه در تحلیل این اطلاعات عدم نقش رسانه‌های چاپی از جمله بروشور، پوستر و بنر در انتشار اطلاعات در جامعه روستایی بوده که هیچ فردی از آن به‌عنوان تک رسانه در دریافت اطلاعات نام نبرده است. در مطالعه طاهری خرامه و همکاران که به‌منظور بررسی عوامل مؤثر بر رفتارهای محافظتی محل کار بیماری کووید-۱۹ در

داشته نقش مهمی در انتقال اطلاعات در جوامع روستایی نخواهد داشت. جامعه روستایی وابستگی بیشتری به برنامه‌های دولتی داشته و توسعه خدمات بهداشتی از طریق مراکز خدمات جامع سلامت روستایی از اهمیت بیشتری نسبت به جامعه شهری برخوردار است. میزان اعتماد جامعه به بهورزان که اولین سطح تماس مردم با خدمات بهداشتی است بسیار بالا بوده و به‌ویژه بکارگیری آن‌ها در انجام برنامه‌های آموزشی می‌تواند موفقیت این برنامه‌ها را تضمین نماید.

تعارض منافع: هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان گزارش نشده است.

### سهم نویسندگان

غلامرضا مسعودی: طراحی مطالعه، نویسنده اصلی، نظارت علمی مطالعه و مشاور علمی، بازبینی مقاله  
مجتبی کندی: نویسنده مسئول، طراحی و انجام پژوهش، تفسیر و تجزیه و تحلیل داده‌ها، تهیه نسخه نهایی مقاله  
محمد هادی عباسی: مشاور علمی  
حسین انصاری: تفسیر و تجزیه و تحلیل داده‌ها  
معصومه رهدار: همکاری در گردآوری اطلاعات  
حسینعلی ستوده: همکاری در گردآوری اطلاعات

### تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمامی مشارکت‌کنندگان در این مطالعه، همچنین از دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی زاهدان و معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی زابل تشکر و قدردانی نمایند.

### منابع

1. Ashrafi-Rizi H, Kazempour Z. Information typology in coronavirus (COVID-19) crisis; A commentary. Archives of Academic Emergency Medicine 2020;8: 19
2. Masoudy G, Kondori M, Abasi MH, Ansari H, Rahdar M. Predictors of covid 19 disease prevention behaviors in rural population: application Extended Parallel Process Model (threat assessment and coping). Iranian Journal of Health Education and Health Promotion 2023;11:275-88 [Persian]
3. Khalajinia Z, Abedini Z, Ahmari Tehran H, Khoramirad A. Explaining People's Experience of Life

یک عامل تأخیر در پذیرش روش‌های جدید در زندگی از جمله راه‌های مبارزه با بیماری‌ها از جمله بیماری کووید-۱۹ است [۲۸-۲۷]. لذا آموزش بیشتر بهورزان و تقویت چگونگی ارائه خدمات بهداشتی در روستاها در ارتقای سلامت این جامعه نقش ویژه‌ای خواهد داشت [۲۷]. بررسی‌های بیشتر آماری نشان داد که بهورزان ضمن فراهم کردن حجم اطلاعات بسیار بیشتری در مقایسه با رسانه‌های دیگر توانسته‌اند سطح آگاهی و رفتار روستاییان را در جهت ارتقای رفتارهای پیشگیری از بیماری کرونا (کووید-۱۹) ارتقا دهند. هرچند تفاوتی در میزان نگرش روستاییان نسبت به بیماری در دریافت اطلاعات از منابع مختلف مشاهده نشد اما در حوزه‌های دانش و عملکرد این تفاوت معنی‌دار بود جدول شماره: ( $P \leq 0/05$ )  
از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه به شیوه خود گزارشی و نیز حوصله و وقت کمتر افراد برای داده اطلاعات اشاره کرد. در نتیجه سعی شد با ترغیب افراد برای پاسخ‌دهی صحیح و انتخاب زمان‌بندی مناسب برای تکمیل پرسشنامه‌ها، این نقیصه‌ها را جبران نمود، همچنین سعی شد با دادن توضیحات لازم به مشارکت‌کنندگان در پژوهش درباره سئوالات و چگونگی تکمیل پرسشنامه‌ها، صحت دریافت اطلاعات را به میزان زیادی تضمین نمود. یافته‌های پژوهش بیانگر چگونگی انتشار اطلاعات در جامعه روستایی است. مطالعه نشان داد که جامعه روستایی در حوزه‌های، دانش و نگرش نسبت به بیماری کووید-۱۹ شرایط مناسبی داشته، اما مدیریت و انجام برنامه‌های آموزشی در جهت ارتقای دانش و ارتقای رفتارهای بهداشتی جامعه روستایی نسبت به جامعه شهری باید با درایت و تدبیر بهتری صورت گیرد. به‌کارگیری رسانه‌های چاپی که نیاز به سواد بیشتری

- in the Context of Covid-19 Epidemic in Qom. Qom University of Medical Sciences Journal 2021; 15: 464-73 [Persian]
4. Rahmani Moghadam E, Zarrin V, Keshipour H, Raei M. Crisis Management in COVID-19 Pandemic. Journal of Marine Medicine 2020; 2: 61-62 [ Persian]
5. Fanni Z. Small Cities, Information Technology and Covid-19 Pandemic. Urban Structure and Function Studies 2022; 9:199-216 [Persian]
6. Almomani H, Al-Qur'an W. The extent of people's response to rumors and false news in light of the crisis of

- the Corona virus. In *Annales Médico-psychologiques, Revue Psychiatrique* 2020;178: 684-689
7. Jenkins WD, Bolinski R, Bresett J, Van Ham B, Fletcher S, Walters S, Friedman SR, Ezell JM, Pho M, Schneider J, Ouellet L. COVID-19 During the opioid epidemic—exacerbation of stigma and vulnerabilities. *The Journal of Rural Health*. 2021;37:172
  8. Yavar AR, Batooli Z, Sheikshoei F, Ahmadizadeh S. Identifying the Information Needs of Covid-19 Patients in Kashan. *Payavard Salamat* 2022; 16: 159-171 [Persian]
  9. Rahimi R, Soltanifar M, Azizabadi Farahani F, Zamani Moghadam A, Nasiri B. Comparing the opinions of elites and presenters regarding the requirements of teaching media literacy (with a cultural approach) to primary school students. *Cultural Management* 2016; 10: 31-49 [Persian]
  10. M, Ghaderpour E, Naderian M, Yari S. The role of mass media in improving awareness of civil liability sports. *Media Studies* 2019;14: 41-55
  11. Kiaei H, Parsi HR, Farhangi AA. Analysis of Written Media Effects on Employed Women Empowerment. *Quarterly of Social Studies and Research in Iran* 2017; 6: 66-87 [Persian]
  12. Rashedi A, Mousavi Kashi Z. Investigating the Effect Of Organizational and Social media on the prevention of COVID-19 through mediation Perception of individual risk and the Moderating Role of Gender. *Contemporary Political Studies* 2021; 11: 191-220 [Persian]
  13. Zarmehr F, Ashrafi-Rizi H, Shabani A. The Effectiveness of Social Media in Meeting the Information Needs among the Students in Isfahan University of Medical Sciences, Iran, Based on the Norwood's Information Needs Pyramid. *Health Information Management* 2018;15: 40-5
  14. Jahangiry L, Bakhtari F, Sohrabi Z, Reihani P, Samei S, Ponnet K, Montazeri A. Correction to: Risk perception related to COVID-19 among the Iranian general population: an application of the extended parallel process model. *BMC Public Health* 2021; 21: 1-8 [Persian]
  15. McEachan R, Taylor N, Harrison R, Lawton R, Gardner P, Conner M. Meta-analysis of the reasoned action approach (RAA) to understanding health behaviors. *Annals of Behavioral Medicine* 2016;50:592-612
  16. Rahimi Kahkashi S, Adeli OA. Knowledge and Attitude of Iranian People Towards COVID-19 Vaccines and Related Factors. *Journal of Modern Medical Information Sciences* 2022; 8:36-47 [Persian]
  17. Mousavifard za, Khajehnasirif. Survey of Knowledge, Attitude and Performance of Tehran Metro Service Workers towards COVID Prevention. *Occupational Hygiene and Health Promotion* 2021;2:186-199 [Persian]
  18. Nasirzadeh M, Aligol M. Assessment of knowledge, attitude, and factors associated with the preventive behaviors of COVID-19 in Qom, Iran, in 2020. *Qom University of Medical Sciences Journal* 2020;14:50-57 [Persian]
  19. Ghosoori A, Shokri RA, Ghorbani S. Investigate the level of Awareness, behavior and attitude of employees of government organizations during the outbreak of COVID-19 (Case study: Health Department employees of Abadan University of Medical Sciences). *Journal of Accounting and Management Vision* 2022;5 :63-71 [Persian]
  20. Rastjoo S. The Role of Awareness, Attitude and Performance of Students of Yazd City in Acceptance of COVID-19 vaccine in 2021. *The Journal of Tolooebehdasht* 2023;22:1-14 [Persian]
  21. Fallahi A, Mahdavi N, Ghorbani A, Mehrdadian P, Mehri A, Joveini H, Shahrabadi R. Public knowledge, attitude and practice regarding home quarantine to prevent COVID-19 in Sabzevar city, Iran. *Journal of Military Medicine* 2022;22:580-588 [Persian]
  22. Qattan AM, Alshareef N, Alsharqi O, Al Rahahleh N, Chirwa GC, Al-Hanawi MK. Acceptability of a COVID-19 vaccine among healthcare workers in the Kingdom of Saudi Arabia. *Frontiers in Medicine* 2021;8:1-12
  23. Alqudeimat Y, Alenezi D, AlHajri B, Alfouzan H, Almokhaizeem Z, Altamimi S, Almansouri M, Alzalalah A. Acceptance of a COVID-19 vaccine and its related determinants among the general adult population in Kuwait. *Medical Principles and Practice* 2021;30:262-271
  24. Pawalluri T. Description Of Rural Community Participation In Efforts To Prevent The Covid 19 Virus. *International Journal of Education, Vocational and Social Science* 2023; 2: 157-168
  25. Azadeh M, Ramezani T, Taheri-Kharameh Z. Factors Affecting Workplace Protective Behaviors against Covid-19 Disease in Employees of Crowded Public Offices: Application of Protection Motivation Theory. *Iran Occupational Health* 2020; 17: 1-12 [Persian]

26. Pourhaji F, Pourhaji F, Peyman N. Encounter corona virus based on health belief model: A cross-sectional study. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences* 2021; 64: 34-41 [Persian]
27. Ebrahimi M, Khodabakhshian Z, Reihani HR, Habibzadeh SR, Khadem Rezaeian M, Kalani N, Foroughian M. Evaluation of awareness, attitude, and practice of residents in Mashhad towards new Coronavirus disease 2019 in 2020. *Navid* No 2021; 24: 69-83 [Persian]
28. Leath BA, Dunn LW, Alsobrook A, Darden ML. Enhancing rural population health care access and outcomes through the telehealth EcoSystem™ model. *Online journal of Public Health Informatics* 2018;10:e218