Volume 23, Issue 1 (January- February 2024)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

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

Gholamreza Masoudy[1], Mojtaba kondori[1*], Mohammad Hadi Abasi[1], Hosein Ansari[1], Masoumeh Rahdar[2], HosseinAli Sotudeh[3]

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 ± 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±2.84 out of a total score of 16) and preventive behaviors (16.69±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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.61186/payesh.23.1.115]

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

سال بیست و سوم، شماره اول، بهمن ـ اسفند ۱۴۰۳

پایش

نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

دسترسی به اطلاعات بیماری کووید-۱۹ در جوامع روستایی منطقه سیستان

غلامرضا مسعودی[۱]، مجتبی کندری[۱*]، محمدهادی عباسی[۱]، حسین انصاری[۱]، معصومه رهدار[۲]، حسینعلی ستوده[۳]

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
[نشر 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 به‌صورت تصادفی وارد مطالعه شدند. در مرحله بعدی، بر اساس جمعیت هر یک از خانه های بهداشت و نسبت جمعیتی، نسبت به کل جمعیت مورد مطالعه و در نظر گرفتن معیارهای ورود، افراد از روستاهای مختلف به‌صورت در دسترس وارد مطالعه شدند.
ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌های جمعیت شناختی 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 نرم‌افزارSPSS 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 موردپژوهش به‌صورت 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.61186/payesh.23.1.115]

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 به‌سرعت 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 [۴-۳].

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 درحال‌توسعه را تحت تأثیر قرار داده است [۵]. جمعیت روستایی از فقر، بهداشت ضعیف و فقدان مراقبت‌های بهداشتی اولیه رنج می‌برند. خدمات بهداشتی ناکافی ازجمله سیستم‌های بهداشتی پراکنده، شبکه‌های حمل‌ونقل ضعیف و بیماری‌های عفونی در حال ظهور در وضعیت نابسامان جمعیت روستایی نقش دارند [۶] به‌عبارت‌دیگر، 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 [۵-۳].

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 [۸-۷]. 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.61186/payesh.23.1.115]

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 هرکدام دارای مخاطبان خاص خود باعلاقه و سلایق 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 پیداکرده 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 به‌صورت 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 انجام‌شده 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 انجام‌شده 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 روستاییان 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 وافری نماید.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی بود، که به‌صورت مطالعه مقطعی با روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای در دوره زمانی اردیبهشت تا بهمن ۱۴۰۱ در مناطق روستایی سیستان، استان سیستان و بلوچستان انجام‌شده 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= ۰/۵۷) و با در نظر گرفتن خطای برآورد (d=۰/۰۳) حداقل افراد لازم برای پژوهش ۷۸۳ نفر بود، که در عمل تعداد ۹۰۰ نفر در مطالعه شرکت کردند.

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

جهت نمونه‌گیری ابتدا از هر یک از ۵ شهرستان منطقه سیستان، ۴ مرکز خدمات جامع سلامت برای پژوهش حاضر به‌صورت تصادفی انتخاب و در مرحله بعدی از ۲۰ مرکز خدمات جامع سلامت انتخاب‌شده، ۲ خانه بهداشت و در مجموع ۴۰ خانه بهداشت به‌صورت تصادفی برای مطالعه برگزیده شدند. سپس از هریک از خانه‌های بهداشت، بر اساس نسبت جمعیت هر یک از روستاهای انتخاب‌شده به‌کل حجم نمونه به‌صورت 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 به‌صورت 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. مشارکت‌کنندگان در مطالعه به سئوالات 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 (بنر، پوستر و بروشور)، رسانه‌های اجتماعی (واتساپ، تلگرام و اینستا)، بهورز و پزشک بود. حیطه 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. حیطه مربوطه به دانش شامل ۸ گویه (آیا استفاده از ماسک

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.61186/payesh.23.1.115]

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. حیطه 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 حیطه از نمره ۷ الی ۳۵ بود. سئوالات حیطه عملکرد افراد درباره کووید ۱۹ از ۷ گویه (از روبوسی و دست دادن در دوران کووید ۱۹ خودداری می‌کنم) بود و پاسخ‌های آن‌ها در چهار سطح همیشه، گاهی اوقات، بندرت و هرگز تدوین‌شده 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 محتوی (Content Validity index) یا CVI و نسبت روایی محتوی (Content Validity ratio) یا CVR برای تمام سئوالات پرسشنامه محاسبه گردید. برای محاسبه شاخص روایی محتوی، از نظرات یک پانل ۱۰ نفره شامل هشت نفر از متخصصان آموزش بهداشت و دو نفر از متخصصان عفونی استفاده شد. پایایی سئوالات با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ (همسانی درونی) تائید گردید. با توجه به تعداد پانل متخصصان که یک گروه ده نفره بودند و بر اساس جدول حداقل نسبت روایی محتوی قابل قبول برای تمامی گویه‌های ابزار (۶ گویه) بالاتر از میزان قابل‌قبول (۰/۶۲) بود. همچنین در بخش شاخص روایی محتوی حداقل شاخص روایی 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 گویه های پرسشنامه را تکمیل نمودند. میزان پایایی برای سازه‌های آگاهیْ 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 به‌صورت مکتوب دریافت شد. رضایت شفاهی از گروه هدف جهت شرکت در طرح دریافت شد و اطلاع داده شد که اطلاعاتشان به‌صورت محرمانه باقی خواهد ماند. قبل از توزیع پرسشنامه برای دریافت سطح دشواری، درک جملات و عبارات، میزان ابهام و برداشت نادرست و میزان تناسب و ارتباط، گویه های پرسشنامه با توجه به روستایی بودن جامعه پژوهش مورد تائید قرار گرفت. بدین منظور تعداد ۳۰ پرسشنامه، از جامعه روستایی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند تکمیل شد و سؤالاتی که قابل‌درک برای آن‌ها نبود ساده‌سازی شد و مجدد از آن افراد پرسیده شد.

پس از انجام روایی و پایایی ابزار پژوهش و تائید آن، تمام قسمت‌های پرسشنامه به شیوه خود گزارش دهی توسط گروه موردمطالعه 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 یک‌طرفه (ANOVA) استفاده شد.

یافته ها

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 بستری‌شده بودند. ۹ نفر (۰/۱ 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 معنی‌دار داشت بالاترین میزان آگاهی در گروه سنی ۲۹-۱۸ سال، افراد دانشگاهی و کارمندان بود (جداول شماره ۱ الی ۲). میزان نگرش با توجه به جنسیت (P= ۰/۰۱۳)، سواد (۰/۰۰۲

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.61186/payesh.23.1.115]

=P)، تأهل (P= ۰/۰۴۵)، سابقه بستری بـه علـت کووید ۱۹ (۰/۰۲۱ =P)، سابقه مرگ بـه علـت بیمـاری کووید ۱۹(۰/۰۲۷ =P) و سـابقه تزریـق واکسـن کووید ۱۹ (۰/۰۴۴ =P) اخـتلاف معنـی‌دار داشـت. بالاترین میزان نگرش در مردان، افراد دارای تحصیلات راهنمایی و افـراد مجرد بود. همچنین میزان نگرش در افرادی که تا زمان پـژوهش سـابقه بستری به علت بیماری کووید ۱۹ را نداشتند و در خانواده آن‌هـا مـرگ به علت بیماری نبود و واکسن کووید ۱۹ را تزریـق کـرده بودنـد بیشـتر بـود (جـداول شـماره ۱ الـی ۲). میـزان عملکـرد در سـطوح مختلـف تحصـیلات (P= ۰/۰۰۵)، وضـعیت اشـتغال (P= ۰/۰۰۱) و تزریـق واکسن کووید۱۹ (P= ۰/۰۰۵) اختلاف معنـی‌داری داشـت. مطـابق بـا نتایج به‌دست‌آمده افراد دارای تحصیلات دانشگاهی، کارمندان و افـرادی که واکسن کووید ۱۹ را تزریـق کـرده بودنـد عملکـرد بهتـری در برابـر پیشگیری از بیماری کووید ۱۹ داشتند (جـداول شـماره ۱ الـی ۲). در سایر موارد بین نمـره آگـاهی، نگـرش، عملکـرد بـر اسـاس متغیرهـای دموگرافیک تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد (P>۰/۰۵).

نقـش بهـورز در دریافـت اطلاعـات در زمینـه کووید ۱۹ در جمعیـت روستایی به میزان ۶۶/۷٪ بود که بیشترین میـزان دریافـت اطلاعـات از این طریق بود. میزان دریافت اطلاعات از طریـق رادیـو، ۸/۳٪ بـود؛ کـه کمترین میزان دریافت اطلاعات در جمعیت روستایی از این طریق بـود. سایر منابع اطلاعاتی از نظر رتبـه دریافـت اطلاعـات بـه ترتیـب شـامل تلویزیون ۴۲/۴٪، پزشک ۳۲٪ رسـانه‌هـای مجـازی (واتسـاپ، تلگـرام و اینستا) ۲۶٪ و رسانه‌هـای چـاپی (بنـر، پوسـتر و بروشـور) ۱۱/۲٪ بـود (جدول شماره ۳). آزمون آنووا بیانگر میزان آگـاهی، نگـرش و عملکـرد جامعه پژوهش بر اساس انتخاب یک رسانه برای دریافت اطلاعـات بـوده و به‌صورت کلی بیانگر بالا بودن میزان میانگین نمـره آگـاهی و عملکـرد روستاییان مورد پژوهش بر اساس انتخاب بهورز برای دریافـت اطلاعـات است. یافته‌ها نشان می‌دهند که بـین میـانگین نمـره آگـاهی و نگـرش افرادی که از بهورز برای دریافت اطلاعات استفاده کرده بودنـد بـا دیگـر رسانه‌ها یک تفاوت معنی‌دار وجود دارد (جدول شماره ۴) (P<۰/۰۵).

جدول ۱: متغیرهای جمعیت شناختی جامعه موردپژوهش

متغیر		(درصد) تعداد	آگاهی میانگین (انحراف معیار)	نگرش میانگین (انحراف معیار)	عملکرد میانگین (انحراف معیار)
گروه سنی	۲۵-۱۸ سال	۶۴ (۷/۱)	۱۴/۱۲ (۲/۴۱)	۱۷/۵۸ (۳/۵۹)	۲۴/۳۲(۳/۳۲)
	۲۹-۲۵ سال	۲۵۷ (۲۸/۶)	۱۴/۱۲ (۲/۶۸)	(۱۷/۵۰) (۳/۸۰)	۲۴/۶۴(۳/۱۲)
	۳۹-۳۰ سال	۲۵۲ (۲۸)	۱۳/۷۲ (۲/۶۴)	۱۷/۲۵ (۳/۵۵)	۲۴/۳۹ (۳/۳۱)
	۶۵-۴۰ سال	۲۹ (۳۶/۳)	۱۳/۳۹ (۳/۴۴)	۱۷/۲۴ (۴/۰۶)	۲۴/۲۳ (۳/۲۲)
	سطح معنی‌داری		۰/۰۱۶	۰/۷۳۱	۰/۵۱۴
جنسیت	زن	۴۲۸ (۴۷/۶)	۲۴/۵۵ (۳/۰۹)	۱۳/۶۰ (۲/۶۵)	۱۷/۳۰ (۳/۸۶)
	مرد	۴۷۲ (۵۲/۴)	۲۴/۳۶ (۳/۳۵)	۱۴/۰۹ (۲/۷۰)	۱۷/۵۱ (۳/۶۶)
	سطح معنی‌داری		۰/۷۷۷	۰/۰۱۳	۰/۵۰
سطح سواد	بی‌سواد	۷۳ (۸/۱)	۱۲/۶۵ (۳/۸۷)	۱۵/۹۴ (۴/۹۳)	۲۳/۸۷ (۲/۶۷)
	ابتدایی	۱۳۴ (۱۴/۹)	۱۳/۶۱ (۳/۰۴)	۱۷/۴۸ (۳/۹۶)	۲۳/۷۹ (۳/۱۶)
	راهنمایی	۲۲۳ (۲۴/۹)	۱۴/۲۰ (۲/۳۲)	۱۷/۸ (۳/۴۰)	۲۴/۵۳ (۳/۲۳)
	دیپلم	۳۲۱ (۳۵/۸)	۱۳ /۷۰ (۲/۷۷)	۱۷/۲۱ (۳/۷۶)	۲۴/۴۳ (۳/۴۶)
	دانشگاهی	۱۴۶(۱۶/۲)	۱۴/۳۷(۲/۵۲)	۱۷/۸۲(۳/۲۳)	۲۵/۱۵(۲/۸۷)
	سطح معنی‌داری		۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۵
بعد خانوار	۲-۱	۱۲۶ (۱۵/۳)	۲۴/۳۸ (۳/۱۹)	۱۷/۴۴ (۳/۶۷)	۱۳/۵۵(۳/۳۰)
	۴-۳	۳۶۲ (۴۳/۹)	۲۴/۲۴ (۳/۱۷)	۱۷/۲۹ (۳/۸۷)	۱۳/۹۷ (۲/۷۷)
	۶-۵	۲۷۷ (۳۳/۹)	۲۴/۷۵ (۳/۵۹)	۱۷/۴۱ (۳/۸۸)	۱۳/۷۹ (۲/۷۲)
	۷ و بالاتر	۶۰ (۶/۷)	۲۴/۴۰ (۲/۶۳)	۱۷/۴۵ (۳/۴۹)	۱۳/۷۳ (۲/۹۷)
	سطح معنی‌داری		۰/۲۷۷	۰/۹۷۰	۰/۵۳۸
اشتغال	جویای کار	۱۳۲ (۱۴/۹)	۲۴/۴۳ (۳/۱۸)	۱۷/۷۰ (۳/۶۰)	۱۴/۱۰ (۲/۷۱)
	کشاورز و دامدار	۱۲۳ (۱۳/۹)	۲۳/۲۶ (۳/۷۵)	۱۷/۴۳ (۳/۷۷)	۱۳/۰۶ (۳/۴۱)
	کارمند	۹۸ (۱۱)	۲۵/۳۶ (۲/۸۶)	۱۷/۵۹ (۳/۷۵)	۱۴/۶۴ (۲/۴۳)
	خانه‌دار	۳۲۹ (۳۷)	۲۴/۵۰ (۲/۹۸)	۱۷/۱۷ (۳/۹۶)	۱۳/۶۰ (۲/۸۸)
	اشتغال آزاد	۲۰۶ (۲۳/۲)	۲۴/۵۰ (۳/۳۲)	۱۷/۳۲ (۳/۵۹)	۱۴/۱۸ (۲/۴۴)
	سطح معنی‌داری		۰/۰۰۱	۰/۶۸۶	۰/۰۰۱
وضعیت تاهل	مجرد	۲۳۲ (۲۵/۹)	۲۴/۵۳ (۳/۲۴)	۱۷/۸۲ (۳/۷۴)	۱۴/۰۷ (۲/۵۲)
	متأهل	۶۶۵ (۷۴/۱)	۲۴/۴۰ (۳/۲۳)	۱۷/۲۵ (۳/۷۶)	۱۳/۸۰ (۲/۹۰)
	سطح معنی‌داری		۰/۵۹	۰/۰۴۵	۰/۲۰۱

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.61186/payesh.23.1.115]

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

متغیر دموگرافیک مرتبط با بیماری کووید-۱۹	ویژگی‌ها	تعداد (درصد)	آگاهی میانگین (انحراف معیار)	نگرش میانگین (انحراف معیار)	عملکرد 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)
	سطح معنی‌داری		۰/۹۹	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)
	سطح معنی‌داری		۰/۷۴۶	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)
	سطح معنی‌داری		۰/۴۲	۰/۰۲۱	۰/۲۰
سابقه مرگ به علت بیماری کووید-۱۹ در خانواده	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)
	سطح معنی‌داری		۰/۹۲	۰/۰۲۷	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	۰/۰۴۴	۰/۰۰۵

جدول۳: نحوه دسترسی منابع اطلاعاتی کووید ۱۹

متغییر	ویژگی	تعداد	درصد
	خیلی کم	۲۵	۲/۸
	کم	۶۸	۷/۶
تلویزیون	متوسط	۱۸۰	۲۰
	زیاد	۲۴۵	۲۷/۲
	خیلی زیاد	۳۸۲	۴۲/۴
	خیلی کم	۴۹۲	۵۴/۷
	کم	۱۹۱	۲۱/۲
رادیو	متوسط	۸۵	۹/۴
	زیاد	۵۶	۶/۲
	خیلی زیاد	۷۶	۸/۳
	خیلی کم	۲۰۴	۲۲/۷
	کم	۲۳۷	۲۶/۳
بنر، پوستر و بروشور	متوسط	۲۲۵	۲۵
	زیاد	۱۳۳	۱۴/۸
	خیلی زیاد	۱۰۱	۱۱/۲
	خیلی کم	۱۹۶	۲۱/۸
	کم	۱۵۳	۱۷
فضای مجازی (واتس آپ، تلگرام و اینستا)	متوسط	۱۶۰	۱۷/۸
	زیاد	۱۵۷	۱۷/۴
	خیلی زیاد	۲۳۴	۲۶
	خیلی کم	۱۴	۱/۶
	کم	۲۴	۲/۷
بهورز	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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.61186/payesh.23.1.115]

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)
بهورز	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) آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه (ANOVA)		۰/۰۱	۰/۵۸۱	۰/۰۰۳

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 مطالعه ایی 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 ۲۹-۱۸ 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.61186/payesh.23.1.115]

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 نبوند [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 بهورز 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. بهورزان 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، بهورز 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 قابل‌توجه 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 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 انجام‌شده 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 بهورزان داشتند درحالی‌که 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.61186/payesh.23.1.115]

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: ($P\leq ۰/۰۵$)

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. درنتیجه 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 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 بکار گیری 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 کندری: نویسنده مسئول، طراحی و انجام پژوهش، تفسیر و تجزیه و تحلیل داده ها، تهیه نسخه نهایی مقاله

محمد هادی عباسی: مشاور علمی

حسین انصاری: تفسیر و تجزیه و تحلیل داده ها

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 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.61186/payesh.23.1.115]

the Corona virus. InAnnales 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, Sheikhshoaei 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
. 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. Assessmentof 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, Mahdavifar 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, Alzalzalah 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]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.61186/payesh.23.1.115]

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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.61186/payesh.23.1.115]