



دانشگاه علوم پزشکی  
و خدمات بهداشتی درمانی کرمان  
پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان کیلان  
مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت



مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت

## بررسی آگاهی عمومی کاربران شبکه های اجتماعی مجازی در ایران در خصوص ویروس کووید-۱۹ (COVID-19)

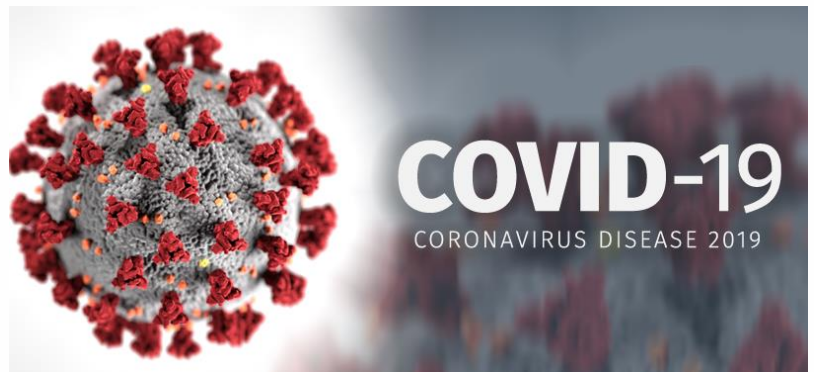
کاری مشترک از مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و دانشگاه علوم پزشکی کیلان و مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات  
سلامت پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت و دانشگاه علوم پزشکی کرمان

تهیه و تدوین:

دکتر عنایت اله همائی راد

دکتر وحید یزدی فیض آبادی

دکتر فتانه بخشی



نسخه اول: اسفند ۱۳۹۸

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

# بررسی آگاهی عمومی کاربران شبکه های اجتماعی در ایران نسبت به ویروس کووید-۱۹

پژوهش:

دکتر عنایت اله همایی راد

دکترای تخصصی اقتصاد سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی  
گیلان

دکتر وحید یزدی فیض آبادی

دکترای تخصصی سیاستگذاری سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده  
پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

دکتر فتانه بخشی

دکترای تخصصی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت،  
دانشگاه علوم پزشکی گیلان

اسفند ۱۳۹۸

بهره برداری از یافته های این مطالعه به منظور سیاستگذاری و مدیریت با ذکر منبع بلامانع است. خوانندگان محترم می توانند هر گونه نقطه نظر، پیشنهاد و یا سوالات خود را در ارتباط با این مطالعه به آدرس ایمیل [info@sdhrc.ir](mailto:info@sdhrc.ir) به مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت گیلان ارسال دارند. نویسندگان بر خود لازم می دانند از تمامی کسانی که در به اشتراک گذاری لینک پرسشنامه در شبکه های اجتماعی مجازی در استانها به اشتراک گذاشتند، تشکر و قدردانی نمایند.

## مقدمه:

ویروس های کروناى انسانى از طريق قطره‌هاى آلوده كه با سرفه يا عطسه پخش مى‌شوند، يا تماس با دستها، سطوح يا اشياء آلوده از كسى كه ويروس کرونا دارد به ديگرانى كه با او در تماس نزديك هستند، منتقل مى‌شوند. فاصله زمانى بين وقتى كه يك نفر در معرض ويروس قرار مى‌گيرد تا وقتى كه عوارض براى او لين بار ظاهر مى‌شوند معمولاً ۵ تا ۶ روز است، اگر چه مى‌تواند از ۲ تا ۱۴ روز باشد. به اين دليل، از كسانى كه احتمالاً با يك مورد تايد شده تماس داشته‌اند خواسته مى‌شود كه خودشان را براى ۱۴ روز قرنطينه كنند. به نظر مى‌رسد كه بيشتر موارد COVID-19 از كسانى كه عوارض داشته‌اند، پخش مى‌شود. تعداد كمى از افراد ممكن است قبل از ظهور عوارضشان عفونى بوده باشند [۲].

امروزه با وجود تاكيد فراوان بر بيمارى هاى غير قابل واگير و بار ناشى از آن بيمارى ها، توجه به يك بيمارى نو ظهور كه با اپيدمى و پاندمى خود به سرعت در بين مردم دنيا رو به انتشار و افزايش است، مى‌بايست در اولويت قرار گيرد؛ همانطور كه قبل از اين و در دوره هاى زمانى خاص، عفونت هاى HIV، SARS، و H1N1 مورد توجه قرار گرفتند. هر يك از اين بيمارى ها اثرات اجتماعى و اقتصادى چشمگيرى بر كشورهاي جهان دارند؛ علاوه بر اين باعث مرگ و مير فراوان و مختل نمودن روال عادى زندگى در آن كشورها مى‌شوند [۳].

كرونا ويروس ها خانواده بزرگى از ويروس ها هستند كه با توجه به شواهد به نظر مى‌رسد مى‌توانند عامل بروز بيمارى هاى مانند يك سرماخوردگى ساده تا بيمارى هاى شديدترى چون سندرم خاور ميانه، مرس (MERS) و يا حتى شديدتر از آن، مثل سندرم هاى حاد تنفسى، سارس (SARS) شوند.

از اواسط دسامبر سال ۲۰۱۹ نوع جديد كرونا ويروس (COVID-19) در شهر ووهان چين شناسايى شد. نوع جديدى از كرونا ويروس كه پيش از آن در انسان مشاهده نشده بود. اين ويروس به دليل سرعت انتقال و انتشار بالاى آن در سراسر جهان انتشار يافت، به طورى كه در ۱۱ مارس ۲۰۲۰ توسط دبير كل سازمان بهداشت جهانى به عنوان پاندمى معرفى گرديد [۱].

شيوه رسمى اين بيمارى از ۲۸ بهمن ۱۳۹۸ در ايران تايد شده است. به همين دليل هنوز نادانسته هاى زيادى هست كه بايد درباره نحوه شيوه COVID-19، شدت و حدت بيمارى، نرخ كشندهگى، تشخيص، واكسيناسيون، درمان و ويژگى هاى ديگر ويروس فرا گرفته شود؛ پژوهش هاى اپيدميولوژيك و بالينى متعددى در سراسر دنيا در جريانند. اوضاع به سرعت در حال تحول است. شيوه عفونت هاى جديد و نوظهور بين مردم هميشه باعث نگرانى بهداشت عمومى است.

فقدان اطلاعات درست از بیماریهای اپیدمی و یا عدم ترسیم تابلوی بالینی مناسب از بیماری و راه های انتقال آن در دهه های گذشته موجب مرگ های بی شمار شده است؛ که شامل "پاندمی مرگ سیاه" از پنومونی طاعون (۴۰-۲۵ میلیون مرگ) در قرن چهارده میلادی، حدود ۵۰ میلیون مرگ در پاندمی آنفلوانزا در اوایل قرن بیستم و حدود ۲۵ میلیون مرگ (تا کنون) ناشی از عفونت HIV/AIDS بوده است [۳, ۴]. این حوادث نشان می دهد که یک بیماری جدید چطور می تواند با سرعتی باور نکردنی انتشار یابد و همچنین نیاز به بررسی های اپیدمیولوژیک و تحقیقات علمی را الزامی می کند [۵].

آگاهی های عمومی از بیماری های عفونی نقش مهمی در کنترل این بیماری ها دارد. عدم دانش معقول و کافی از بیماریهای عفونی بویژه بیماریهای نوظهور و جدید منجر به میزان کم تشخیص، قطع درمان، تبعیض و ننگ وابسته به بیماری می شود؛ به همین دلیل بود که برای قطع زنجیره انتشار ایدز، سل و هپاتیت ب، وزارت بهداشت هر کشور برنامه های کنترل ملی این بیماری ها را تدوین نمود. استفاده از پوستر، تبلیغات تلویزیونی، رسانه های چاپی و سایر روش های افزایش آگاهی مردم نسبت به این بیماری ها بخش عمده ای از این برنامه ها بوده است. بررسی میزان آگاهی عموم مردم بسیار مهم است؛ زیرا

علاوه بر تعیین اثر فعالیت های آگاه سازی قبلی، اطلاعات ارزشمندی برای مداخلات جدید فراهم می آورد [۶].

در یک بررسی ملی انجام شده در چین که به بررسی دانش و آگاهی در خصوص بیماری سل پرداخت نشان داد که ۸۹٪ همه پاسخ دهندگان از سل اطلاع داشتند. نسبت ها به ترتیب در مناطق روستایی و شهری ۸۷/۳ درصد و ۹۵/۵ درصد بود [۷]. بیشتر مطالعات مربوط به بیماری ایدز در قرن گذشته، با تمرکز بر ارتباط بین مشخصات دموگرافیک افراد با میزان اطلاعات و آگاهیهای آن از بیماری، منجر به مداخلات موثری برای پیشگیری و کنترل هر چه بیشتر بیماری گردید (۳).

پیتگو<sup>۱</sup> و همکارانش (۲۰۱۸) دانش، درک و آگاهی کارکنان سلامت بیمارستان های بخارست در رومانی را در مورد بیماری ابولا مورد بررسی قرار داده دریافتند که با وجود دانش و اطلاعات خوب در زمینه نحوه ی انتشار بیماری، پزشکان ۱/۹ برابر بیشتر از پرستاران، اطلاعات داشتند. همچنین مشخص شد میزان خطر درک شده توسط پرستاران و کارکنان آزمایشگاه نسبت به پیشگیری از بیماری کمتر از سطح مورد انتظار است. پژوهشگران نتیجه گیری کردند هنوز کارکنان بیمارستان ها به خصوص پرستاران و کارکنان

آزمایشگاهها میبایست تحت آموزش های بیشتری در زمینه بیماری ابولا (Ebola) قرار گیرند [۸].

در تحقیقی که رولیسون<sup>۲</sup> (۲۰۱۵)، در خصوص دانش و میزان خطر درک شده ی صد هزار نفر از مردم آمریکا از بیماری ابولا با استفاده از پرسشنامه آنلاین انجام داد، دریافت که آگاهی و اطلاعات بیشتر در زمینه بیماری با پیشگیری مناسب تر و میزان خطر درک شده ی بیشتر پاسخ دهندگان ارتباط مستقیم و معناداری دارد [۹]. مطالعات در خصوص آگاهی و دانش ساکنین کشورهای خاور میانه در خصوص زیکا ویروس (Zika Virus) نشان داد حدود ۷۰ درصد آنان اطلاعات ضعیفی داشتند؛ این در حالی بود که نزدیک به ۲۰ درصد این افراد اطلاعات خود را خوب و قابل قبول تصور می کردند [۱۰].

از آنجا که اپیدمی ها نقش بسیار بزرگی بر تمامی شئونات زندگی همه افراد جامعه دارند و سبک زندگی و رفتارهای روزمره این افراد می تواند در میزان و چگونگی انتشار ویروس و عفونت تأثیر گذارد، در همه اپیدمی ها به خصوص در زمان شروع آن، نیاز به بررسی میزان آگاهی و دانش افراد جامعه و ارتباط آن با ویژگی های فردی اجتماعی آنان دارد. نتایج این بررسی ها می تواند کمک شایانی به تدوین راهکارها و برداشتن گامهای

بعدی سیاستگذاران سلامت آن جامعه کند [۱۱] - [۱۳].

سازمان بهداشت جهانی از اولین روزهای شیوع کرونا ویروس در چین، به طور ویژه اطلاعات مرتبط با آن را در سایت رسمی خود قرار داده است که به طور مرتب به روز رسانی می شوند. بخش عظیمی از این اطلاعات مربوط به اطلاع رسانی در خصوص بیماری، راههای انتقال آن و آنچه مردم باید بدانند تا از این بیماری پیشگیری نمایند، می باشد. WHO تأکید خاصی روی پیشگیری از شیوع بیماری و به عبارتی، قطع زنجیره انتقال دارد. مسلماً این کار تنها با افزایش دانش، آگاهی و حساسیت درک شده مردم دنیا در مورد بیماری کرونا ویروس اتفاق خواهد افتاد. به همین منظور، این مطالعه با هدف تعیین میزان آگاهی عموم مردم در ایران از ویروس کرونا یا کووید ۱۹ در بستر شبکه های اجتماعی مجازی طراحی گردیده است.

### بررسی متون پیشین:

لیو و همکاران در سال ۲۰۱۳ یک مطالعه مقطعی با هدف بررسی سطح آگاهی عمومی و عوامل مرتبط با سه بیماری عفونی اصلی در مناطق روستایی چین انجام دادند. در این مطالعه که در دسامبر ۲۰۱۰ تا آوریل ۲۰۱۱ انجام شد، شرکت کنندگان از ۳۶ روستای استان ژجیانگ انتخاب

<sup>2</sup> Rolison

شدند و مصاحبه ها از سوی پزشکان خدمات سلامت اجتماع مدار با استفاده از یک پرسشنامه ساختارمند انجام شد. در این مطالعه ۳۶۳۷۷ شرکت کننده ۱۵ تا ۸۰ سال شرکت کردند. نتایج مطالعه نشان داد که دانش اچ آی وی در ۴۴/۲۱ درصد از ساکنان روستایی مناسب بود. دانش در مورد سل در ۵۲/۶۶ درصد پاسخگویان مناسب بود و دانش در خصوص ویروس هپاتیت ب در ۶۰/۱۸ درصد از پاسخگویان مناسب بود. افراد در گروههای سنی بالاتر و سطوح تحصیلاتی پایین تر سطوح آگاهی پایینی از این سه بیماری عفونی داشتند. مشارکت کنندگان در صنعت کشاورزی آگاهی ضعیف تری از اچ آی وی و ویروس هپاتیت ب داشتند در حالی که کارگران کارخانجات و دانشجویان در مورد بیماری سل دانش کمی داشتند. سهم افرادی که از سیاستهای کنترلی اچ آی وی، سل و ویروس هپاتیت ب رضایت کامل داشتند، به ترتیب ۳۷/۷، ۳۴/۲۵ و ۳۶/۱۲ درصد بود. یافته های این مطالعه نشان داد که سطح آگاهی از اچ آی وی، سل و ویروس هپاتیت ب میان ساکنان روستایی هنوز پایین است. تمرکز اصلی برنامه های ملی کنترل بیماری برای این بیماریهای عفونی باید بیشتر بر روی کمپین های جامع و اثربخش آموزش سلامت به منظور افزایش آگاهی عمومی از این بیماریها در مناطق روستایی چین باشد [۶].

محمد و همکاران مطالعه ای در سال ۲۰۱۹ با هدف تعیین دانش و آگاهی در خصوص بیماری مرتبط با خفاش، نگرش ها در خصوص خفاش ها و عملکردهای مرتبط با رفتارهای جستجوی سلامت بعد از مواجهه با خفاش ها انجام شد. این مطالعه در فاصله مارس تا می سال ۲۰۱۷ در کامپونگ تکک در پولائو تیومن انجام شد. این روستا مبتنی بر توصیه مدیران دپارتمان حیات وحش کسانی که آشیانه های خفاش در نزدیک محل زندگی مردم پیدا کردند. جمعیت هدف مطالعه شامل افراد ۱۸ سال و بالاتر بود. حجم نمونه ۳۲۳ نفر تعیین شد و شرکت کنندگان به روش نمونه گیری اسان انتخاب شدند. داده ها با استفاده از یک پرسشنامه پژوهشگر ساخت و با اعتبار قابل قبول به صورت مصاحبه رو در رو انجام شد. کل شرکت کنندگان مطالعه ۳۴۳ نفر بودند که ۴۳ درصد آنها به دلیل پرسشنامه ناقص کنار گذاشته شدند. نتایج نشان داد که تنها ۱۵ درصد هیچ مواجهه ای با خفاش ها نداشتند. حدود ۴۷ درصد هر روز با خفاش ها مواجهه داشتند. این در حالی بود که ۴ درصد افراد از ۴ تا ۶ بار در هفته، ۵ درصد ۲-۳ بار در هفته و ۸ درصد یکبار در هفته، ۶ درصد یکبار در ماه و ۱۴ درصد یکبار در سال مواجهه داشتند. سطح دانش خوب، متوسط و ضعیف به ترتیب ۱۶، ۳۰ و ۵۴ درصد بود. میانگین امتیاز دانش  $29/33 \pm 0/69$  و ضعیف بود. توزیع امتیاز نگرش خوب، متوسط و ضعیف

به ترتیب ۲۰ درصد، ۵۳ درصد و ۲۷ درصد بود. میانگین امتیاز نگرش  $48/49 \pm 0/59$  و متوسط بود. توزیع امتیاز عملکرد خوب، متوسط و ضعیف به ترتیب ۶۳ درصد، ۳۰ درصد و ۷ درصد بود. متوسط امتیاز عملکرد  $3/38 \pm 0/6$  و خوب بود. یافته های این مطالعه نشان داد که مواجهه ساکنان با خفاش ها بالا بود و در خصوص عفونت های منتقل از خفاش شکاف های دانشی وجود دارد. آموزش و ارتقای سلامت به میزان بالایی برای ساکنان این منطقه ضروری است [۱۴].

ابوبکر و سید سلیمان مطالعه ای در سال ۲۰۱۵ انجام دادند که هدف آن ارزیابی سطح دانش و درک فعلی دانشجویان و کارکنان دانشگاه سین مالزی در خصوص بیماری ویروسی ابولا بود. این مطالعه مقطعی با استفاده از یک پرسشنامه خودایفا انجام شد. نتایج نشان داد که از ۵۲۰ پرسشنامه توزیع شده، ۴۵۸ پرسشنامه دریافت شد که ۳۸۰ دانشجو و ۷۸ نفر از کارکنان دانشگاه بود. نتایج نشان داد که اکثریت دانشجویان نخستین بار از اینترنت در خصوص بیماری ویروس ابولا اطلاعات کسب کردند. نتایج این مطالعه همچنین نشان داد که سطح دانش در خصوص این بیماری پایین است. این در حالی است که سطح دانش دانشجویان تحصیلات تکمیلی از دانشجویان کارشناسی و کارکنان دانشگاه بالاتر بود. دانشجویان با رشته های علوم نسبت به دانشجویان علوم اجتماعی و هنر سطح آگاهی بیشتری داشتند.

سطح دانش کارکنان کلینیک دانشگاهی از سایر کارکنان دانشگاه بالاتر بود. یافته های این مطالعه نشان داد که به طور کلی سطح دانش در مورد این بیماری ضعیف و نیاز به افزایش آگاهی در این راستا می باشد [۱۱].

رولیسون و هانوش مطالعه ای با هدف ادراک خطر از بیماری ابولا میان ساکنان ایالات متحده و سنجش سطح دانش آنان در این خصوص انجام دادند. یک پیمایش آنلاین در فاصله ۱۴ تا ۱۸ نوامبر ۲۰۱۴ انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد که افرادی که آگاهی بیشتری از ابولا داشتند خطر کمتری نسبت به ابتلا به این ویروس درک کردند و نگرانی کمتری در این خصوص داشتند و البته نسبت به این بیماری جدی تر از پاسخگویان با دانش کمتر بودند. اینترنت منبع اصلی کسب اطلاعات دانشی در این خصوص بود. میانگین سطح دانش از این بیماری  $3/9$  بود که یک درصد از شرکت کنندگان یک پاسخ درست و ۹ درصد با دو پاسخ درست، ۲۱ درصد با سه پاسخ درست، ۳۶ درصد با ۴ پاسخ درست و ۳۲ درصد ۵ پاسخ صحیح دادند. نتایج این مطالعه پیشنهاد کرد که ارائه اطلاعات سلامت در خصوص ابولا میتواند در آگاهی عموم جامعه در خصوص خطرات ماشی از ابولا و مداخلات پیشگیرانه در برابر آن موثر باشد [۹].

چیمبا و همکاران در سال ۲۰۱۷ مطالعه ای با هدف ارزیابی دانش در خصوص بیماری ناشی از



ویروس زیکا به عنوان تهدید جدید سلامت عمومی در ساکنان کشور قطر انجام دادند. یک پیمایش در چند دانشگاه بین المللی در قطر انجام شد. علاوه بر این، در کانال های اجتماعی از قطر نیز این پیمایش انجام شد. نتایج نشان داد که میانه سنی ۴۴۶ شرکت کننده در این مطالعه ۲۵ سال بود و ۶۳ درصد آنها زن و بقیه مرد بودند. حدود ۳۲ درصد از شورای همکاری خلیج یا سایر کشورهای خاورمیانه بودند. در خصوص موجود بودن واکسن این بیماری، ۶۶ درصد افراد دانش ضعیف داشتند. در خصوص نقش پشه ها و سایر روش های انتقال، ۲۷ درصد دانش پایه ای داشتند و در خصوص پیچیدگی های بیماری ۷ درصد دانش وسیعی داشتند. ۱۶ درصد افراد با دانش ضعیف احساس می کردند که نسبت به این بیماری اطلاعات خوبی دارند. نتایج نشان داد که دانش در این زمینه ناکافی است و برنامه های آموزشی در این زمینه ضروری است [۱۰].

پیتگیوی و همکاران در سال ۲۰۱۸ مطالعه ای با هدف پیمایش دانش، نگرشها و ادراک کارکنان مراقبت سلامت در رومانی انجام شد. موسسه ملی بیماریهای عفونی، پروفیسور دکتر ماتی بالس، مرکز تعیین مدیریت هشدارهای ابولا در رومانی در هنگام شیوع آفریقا در سال ۲۰۱۴ بود. دانش، نگرشها و ادراکات ابولا را در بین کارکنان مراقبت های بهداشتی این موسسه بررسی شد. این یک مطالعه مقطعی بود. این تحقیق شامل یک

پرسشنامه ناشناس مبتنی بر کاغذ بود که شامل ۲۴ سؤال بسته و دو مقیاس نگرانی شخصی بود. نتایج نشان داد که پاسخ دهندگان به طور کلی به خوبی آگاه بودند. در مقایسه با پرستاران، پزشکان میزان ۱/۹ برابر بیشتر از پاسخ های صحیح را در مورد انتقال ابولا ثبت کردند. اما هم پرستاران و هم پزشکان به طور صحیح عامل بیماری شناسی ابولا را تشخیص دادند. پرستاران نسبت به پزشکان خطر شخصی و خانوادگی بالاتری را درک کردند. پاسخ دهندگانی که خطرات درک شده زیاد تری گزارش کردند، با احتمال بیشتری کمتر در مورد ابولا و روش های پیشگیری از آن آگاهی داشتند. این مؤسسه در بین منابع اطلاعاتی درباره ابولا رتبه اول را به خود اختصاص داده است. پاسخگویانی که قبلاً ۲ سال آموزش ابتلا به ابولا را در انستیتو دریافت کرده بودند، ۱/۳-۱/۲ برابر بیشتر احتمال داشتند مسیرهای انتقال را بدرستی تشخیص دهند. نتایج این مطالعه نشان داد که پرستاران، پزشکان متخصص و پرسنل آزمایشگاه ممکن است نسبت به ساکنین و پزشکان ارشد نیاز به آموزش مجدد داشته باشند [۸].

## روش کار:

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی است که در سطح کشور ایران انجام شد. هدف از مطالعه،

محاسبه میزان آگاهی مردم در ارتباط با ویروس کووید-۱۹ و گزارش فوری به سیاستگذاران عرصه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت برای شناسایی و بهبود نقاط ضعف و قوت خود و ارتقای اطلاع رسانی عمومی است. در ابتدای امر پرسشنامه مطالعه طراحی شد و پس از تایید پایایی و روایی آن، قالب پرسشنامه به صورت الکترونیک طراحی و در اختیار عموم جامعه به صورت اینترنتی قرار گرفت تا وضعیت سنجیده شود.

#### فاز اول: طراحی پرسشنامه:

برای تهیه پرسشنامه به صورت انجام یک مرور دامنه ای (Scoping review) متون استاندارد مرتبط با بیماری کووید-۱۹ شناسایی و طبقه بندی شدند. از بین متون مذکور، دو نفر متخصص آموزش بهداشت و ارتقا سلامت اقدام به تهیه ۵۰ سوال در چهار بعد اپیدمیولوژی بیماری، راههای انتقال، علائم بیماری و روشهای پیشگیری نمودند. سوالات طرح شده به صورت صحیح غلط مطرح شد تا پاسخ دهنده به راحتی و سهولت قادر به پاسخ دادن و تکمیل آن باشد. در مرحله بعدی پرسشنامه مذکور برای روایی محتوا در فرمهای CVI و CVR قرار خواهد گرفت و در اختیار ۸ متخصص مرتبط با آموزش و ارتقای سلامت و اپیدمیولوژیست و پزشکی اجتماعی ارسال گردید. نهایتاً سوالاتی که نمره روایی محتوا را کسب نکرده باشند حذف شدند و سوالات باقی مانده تحت یک

جلسه پانل متخصصین از نظر روایی صوری مورد بررسی قرار گرفتند. تعداد ۲۲ سوال به عنوان سوالات نهایی با حداقل مقدار قابل قبول ۰/۷۸ برای شاخص CVI و حداقل مقدار قابل قبول ۰/۷۵ برای شاخص CVR طبق جدول لاوشه برای ۸ متخصص، برای پرسشگری نهایی باقی ماند. سوالات ۲، ۶، ۷، ۸، ۱۶، ۱۷ و ۱۹ سوالات مربوط به بعد اپیدمیولوژی، سوالات ۹، ۱۰، ۱۸ و ۲۰ سوالات مربوط به بعد علائم بیماری، سوالات ۵، ۱۳، ۱۴، ۲۱ و ۲۲ سوالات مربوط به روشهای انتقال بیماری و سوالات ۱، ۳، ۴، ۱۲ و ۱۵ سوالات مربوط به روشهای پیشگیری از ابتلا به بیماری بودند.

پرسشنامه تهیه شده دارای دو بخش بود. یک بخش شامل اطلاعات دموگرافیک پاسخ دهنده، شامل سن، جنس، سطح تحصیلات، شغل، نحوه دریافت اخبار کرونا، وجود افراد سالخورده و مبتلا به بیماریهای زمینه ای در خانواده، وجود اختلال در فعالیتهای روزمره به دلیل بیماری کووید-۱۹ و قسمت دوم نیز سوالات آگاهی در ابعاد مختلف مذکور بود.

#### فاز دوم ارسال پرسشنامه:

یک بازی مبتنی بر اینترنت طراحی شد و پرسشنامه به شبکه های اجتماعی ارسال شد. برای افزایش انگیزه برای پاسخگویی، پرسشنامه مانند بازی طراحی شده است و هر پاسخ دهنده می تواند نمره

### شرط خروج:

شماره ای پی تکمیلی و آی دی فرد در دو پرسشنامه یکسان باشد (تکراری پر شده باشد)

معیار دوم اینکه اگر فردی مدت زمانی تقریبی بیش از ۸ دقیقه را برای تکمیل پرسشنامه صرف کرده باشد (بر اساس زمان ثبت شده ورود و خروج از سامانه پرسشگری) که می تواند منجر به سوگیری ناشی از بررسی اخبار و یا مشورت برای پیدا کردن پاسخ درست باشد.

### تحلیل داده ها:

به منظور تحلیل داده ها، تمامی ابعاد مورد سوال در آگاهی سنجی بین نمره ۰ تا ۱۰۰ تعدیل شدند. داده های مطالعه با استفاده از آمارهای فراوانی شامل میانگین، فراوانی مطلق، فراوانی نسبی و نیز مدل رگرسیونی برای تعیین وضعیت استانها پس از کنترل متغیرهای مخدوش کننده و نیز ارتباط متغیرهای مختلف و نمرات پرسشنامه، تحلیل شدند. مطالعه حاضر از نظر اخلاقی در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گیلان با شماره شناسه اخلاق IR.GUMS.REC.1398.544 به تصویب و تایید رسیده است.

### یافته های مطالعه:

جدول ۱ یافته های مطالعه را پیرامون میانگین نمرات آزمون در استانهای مختلف نشان می دهد. بیشترین دانش نسبت به ویروس کووید را استان

خود را ببیند و می تواند نتایج را در اختیار اعضای دیگر شبکه های اجتماعی قرار دهد. این پرسشنامه به شبکه های اجتماعی مجازی شامل تلگرام، واتس اپ، فیس بوک، کلوب و لینکدن ارسال شد. این پرسشنامه ها با نمونه گیری از تمامی استانهای ایران به مرحله اجرا در آمد.

### جمعیت مطالعه:

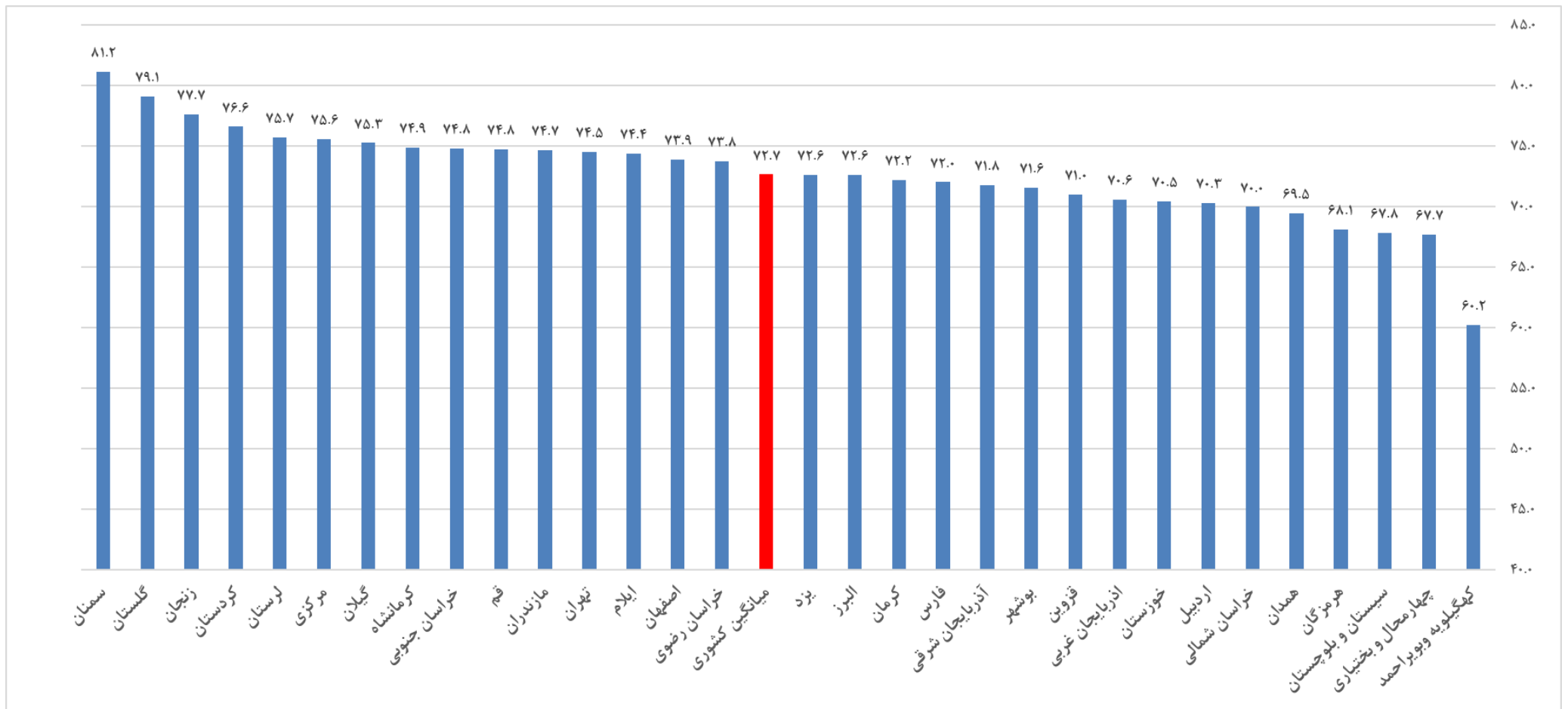
شامل تمامی افرادی بود که به شبکه های اجتماعی دسترسی داشته و قابلیت اتصال و استفاده از آن را داشته باشند. روش نمونه گیری در این مطالعه به صورت نمونه گیری در دسترس با ارسال پرسشنامه در شبکه های اجتماعی مجازی بود. پرسشنامه که به صورت بازی تهیه شد در شبکه های اجتماعی مجازی استانهای مختلف پخش شد و افراد مختلف اقدام به تکمیل آن کردند. با شناسایی شبکه های اجتماعی استانهای مختلف ایران، اقدام به ارسال پرسشنامه ها در آن استانها شد و از افراد خواسته خواهد شد که نسبت به تکمیل آن اقدام نمایند. در مجموع ۸۰۵۹ نفر پرسشنامه را مشاهده کردند که از این بین ۴۱۱۹ نفر به سوالات آن پاسخ دادند.

### شرط ورود و خروج:

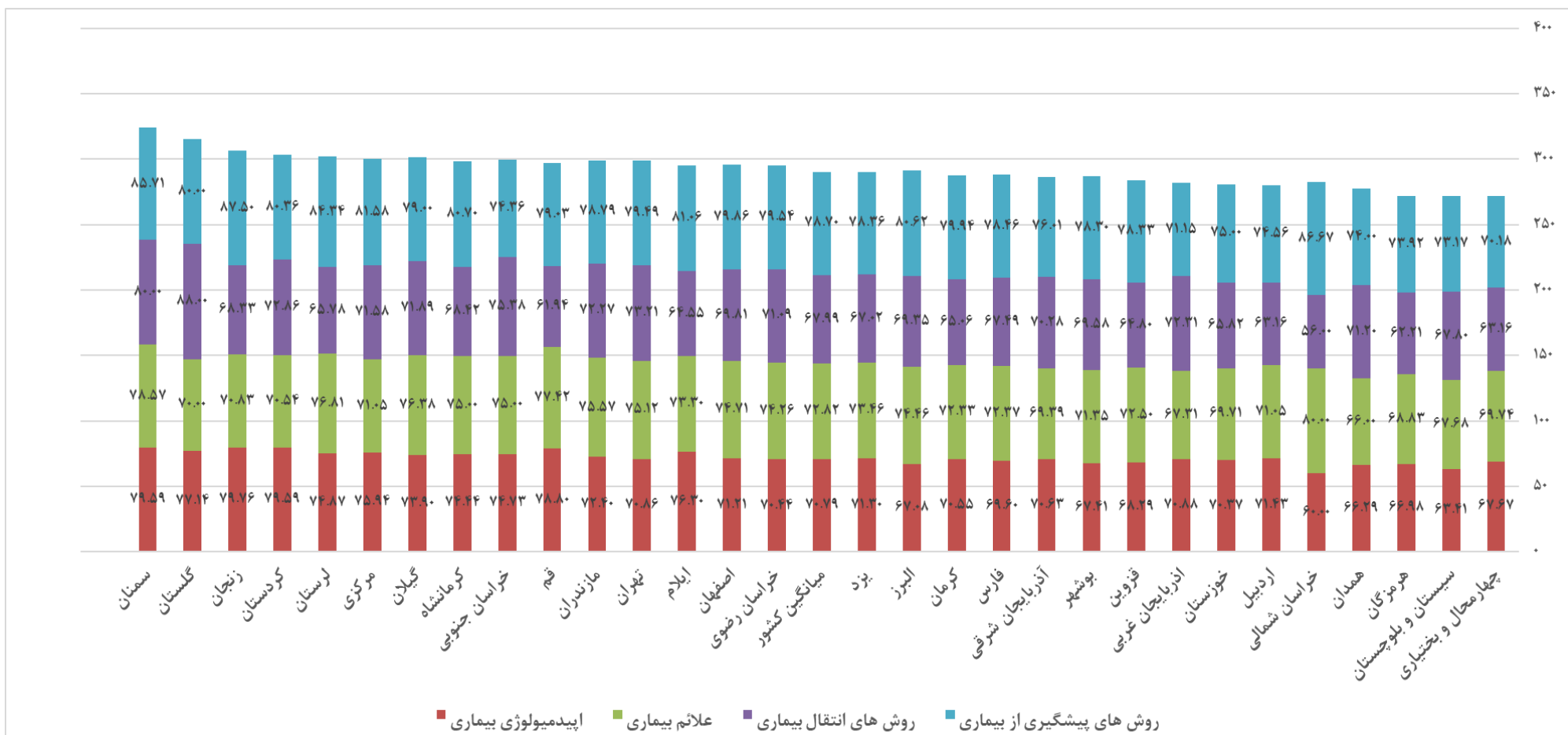
#### شرط ورود:

فرد رضایت کافی برای تکمیل پرسشنامه را داشته باشد.

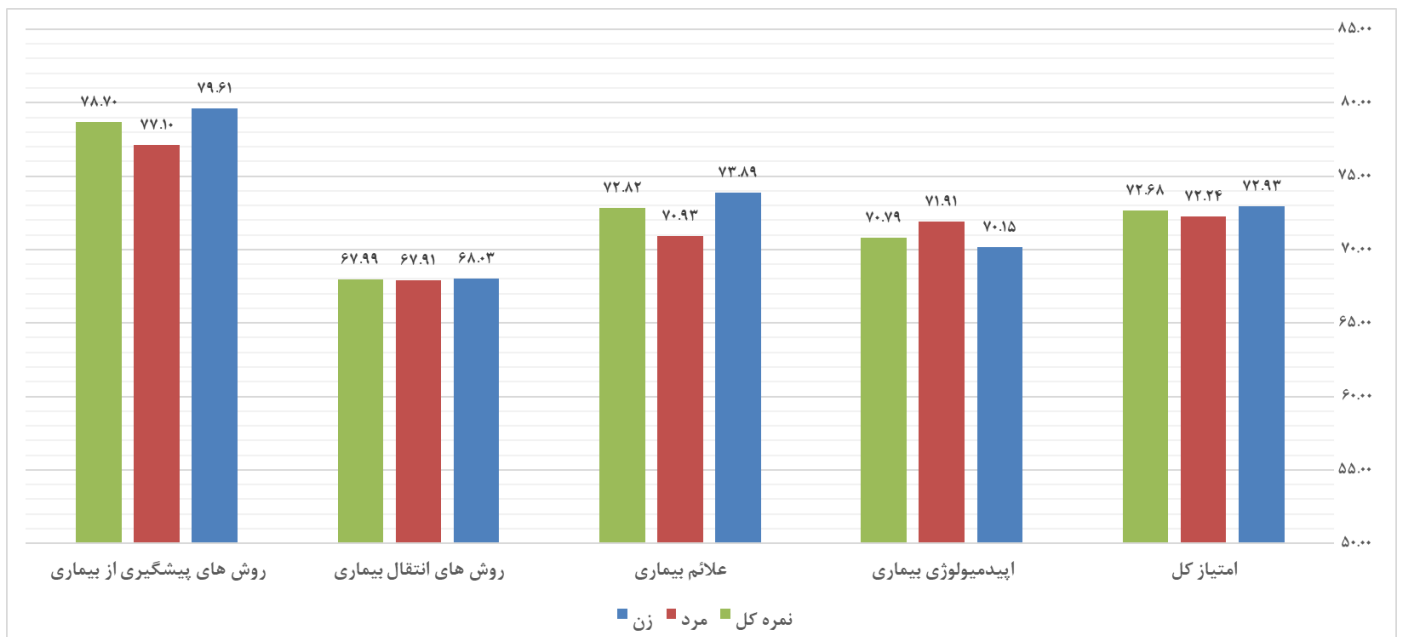
سمنان و کمترین را استان کهگیلویه و بویراحمد داشتند. در کل تقریباً میانگین نمرات اکثر استانها بالای ۷۰ از ۱۰۰ بود. این مساله نشان دهنده وضعیت تقریباً مطلوب دانش و آگاهی نسبت به ویروس کووید-۱۹ است. به طور مشابه میانگین نمرات ابعاد مختلف پرسشنامه نیز در استانهای مختلف ایران در نمودار شماره ۲ آورده شده است.



نمودار ۱- میانگین نمره کلی پرسشنامه در استانهای مختلف ایران



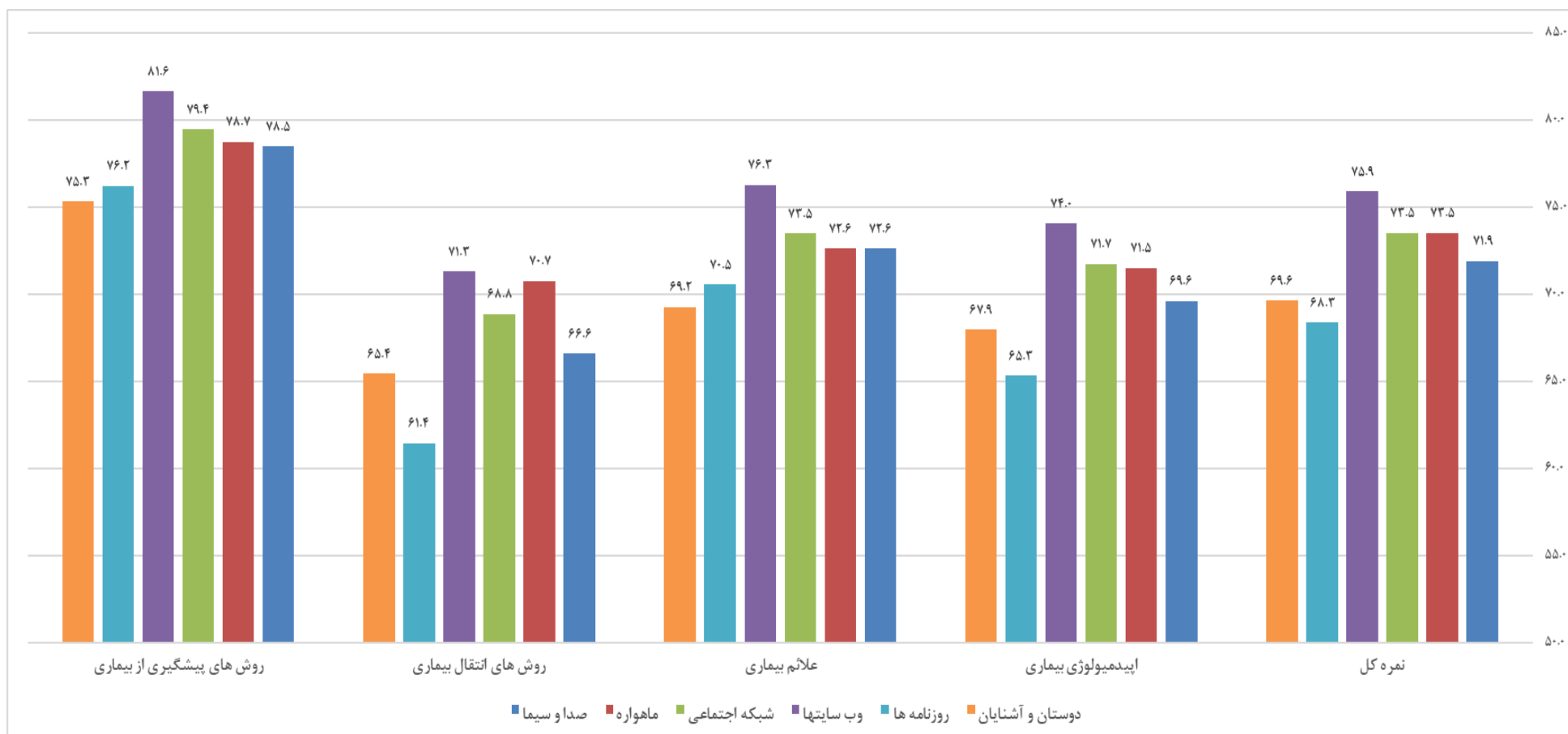
نمودار ۲- میانگین نمرات پرسشنامه در ابعاد مختلف در استانهای ایران



### نمودار ۳- میانگین نمرات ابعاد مختلف بر حسب جنسیت و نمره کل

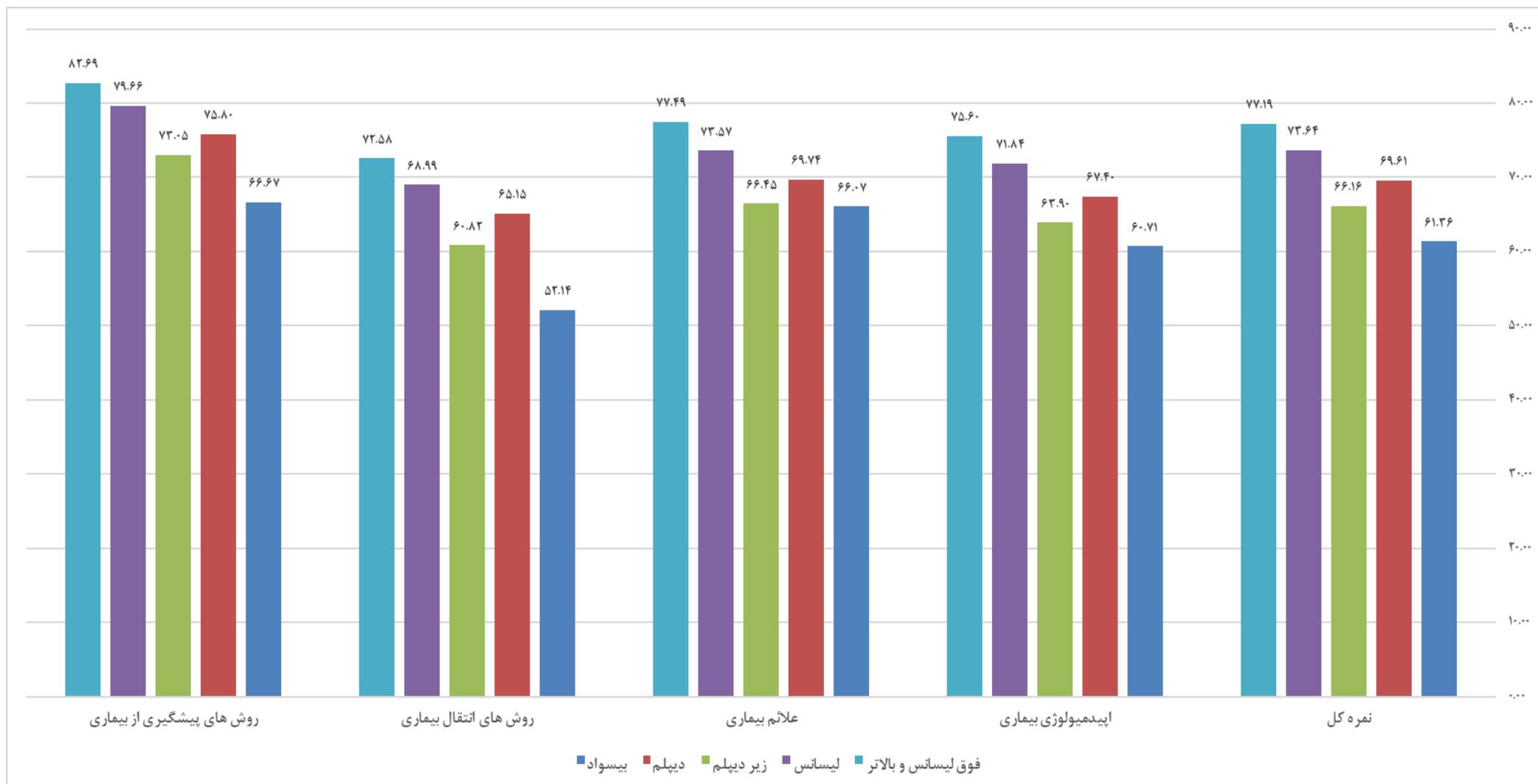
می دهد. همانطور که مشخص است استفاده کنندگان از وب سایتها نمره بیشتری به نسبت سایر گروهها کسب کرده اند و این قضیه در همه ابعاد پرسشنامه نیز اتفاق افتاده است. این در حالی است که استفاده کنندگان از روزنامه ها کمترین میزان دانش و آگاهی را نسبت به ویروس کرونا داشته اند. استفاده کنندگان از رسانه ملی نیز نمره کمتری به نسبت استفاده کنندگان از ماهواره در تقریبا همه ابعاد داشته اند که ضرورت گسترش برنامه های آموزشی توسط صدا و سیما را تاکید می کند. در نمودار ۵ یافته های مطالعه بر حسب میزان تحصیلات پاسخ دهندگان را نشان می دهد که

نمودار ۳، میانگین نمرات ابعاد مختلف پرسشنامه را بر حسب جنسیت نشان می دهد. در کل آگاهی مردم نسبت به بعد روشهای انتقال بیماری و اپیدمیولوژی بیماری به نسبت سایر ابعاد نامناسب تر بود که ضرورت آموزش بیشتر در این ابعاد را لازم می سازد. یکی از دلایل این اتفاق، عدم وجود منابع دقیق در ارتباط با منابع و روشهای انتقال بیماری می باشد که باعث شده بسیاری پاسخ صحیح به سوالات ندهند. همچنین نتایج این بخش نشان داد که دانش زنان نسبت به ویروس کووید-۱۹ بیشتر از مردان در همه ابعاد پرسشنامه بود. نمودار شماره ۴ وضعیت پاسخدهی به سوالات را در افراد با استفاده از منابع مختلفی اطلاعاتی نشان

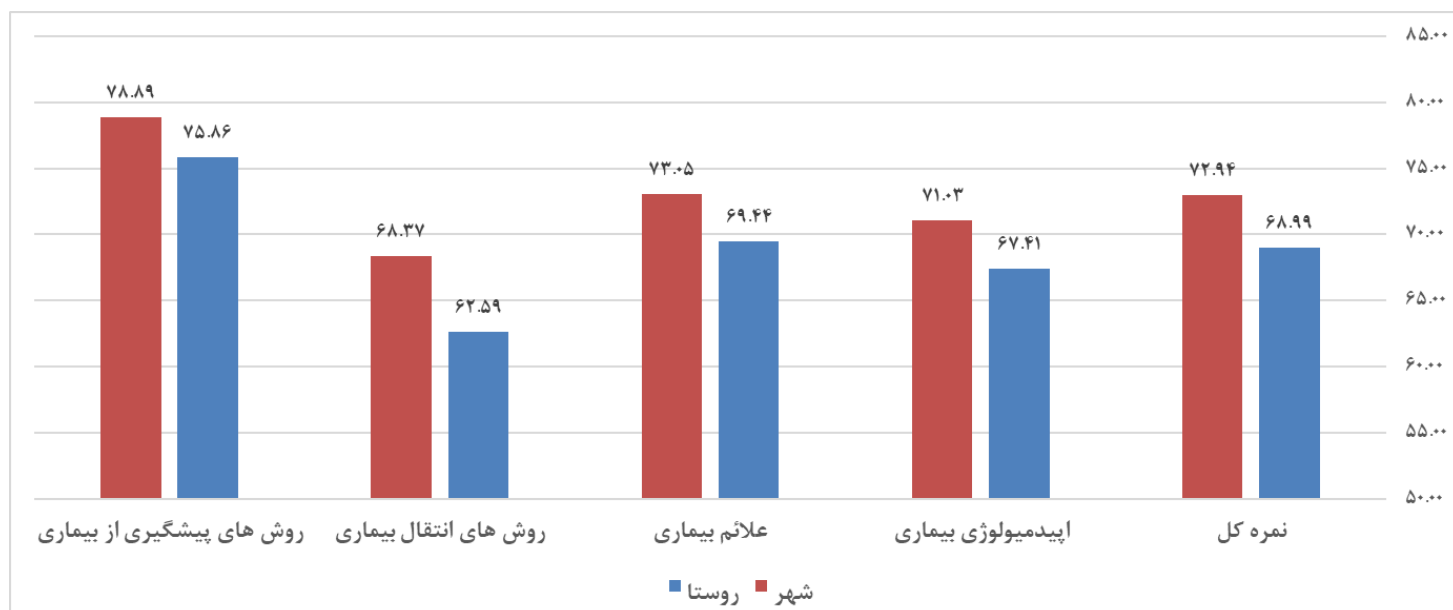


نمودار ۴- وضعیت پاسخ دهی به پرسشنامه و ابعاد آن بر حسب منابع مختلف اطلاعاتی





نمودار ۵- وضعیت پاسخ دهی به پرسشنامه و ابعاد آن بر حسب میزان تحصیلات



نمودار ۶- وضعیت پاسخ دهی به پرسشنامه و ابعاد آن بر حسب محل سکونت

متاهلین آگاهی بیشتری نسبت به پرسشنامه و سوماتات مرتبط با آن دارند. در نمودار ۹ میانگین نمرات کل پرسشنامه را پس از کنترل اثرات متغیرهای سن، جنس، نوع شغل، میزان تحصیلات و... را نشان میدهد. یافته های مطالعه در این نمودار این فرض را گذارده است که نسبت تمامی این متغیرها در تمامی استانها یکسان است. در این قسمت نیز مشخص است پس از کنترل متغیرهای مخدوش کننده استانهای سمنان، گلستان، زنجان، کردستان، گلستان و مرکزی بیشترین میزان نمره را از آگاهی در ارتباط با ویروس کووید-۱۹ کسب کرده اند، این در حالی است که استانهای کهگیلویه و بویر احمد، چهار محال و بختیاری، سیستان و بلوچستان، هرمزگان

واضح است گروههای مختلف با تحصیلات بالاتر نمرات برتری را کسب کرده اند و این قضیه در همه ابعاد محاسبه شده به دست آمده است. در نمودار ۷ وضعیت گروههای مختلف شغلی و نمرات آگاهی این گروهها وارد شده است که مشخص است گروه علوم پزشکی بیشترین آگاهی را نسبت به ویروس کووید-۱۹ دارا هستند. همچنین نمره کل و ابعاد مختلف پرسشنامه در گروههای کارگری بسیار پایین بود که نشان می دهد اصناف مرتبط باید در این زمینه آموزشهای لازم را گسترش دهند. با توجه به اینکه این گروه به نسبت سایر گروههای در معرض ابتلای بیشتری نیز قرار دارند، آموزش آنها بسیار بیشتر از سایرین مورد نیاز است. همچنین نمودار ۸ نشان داد که

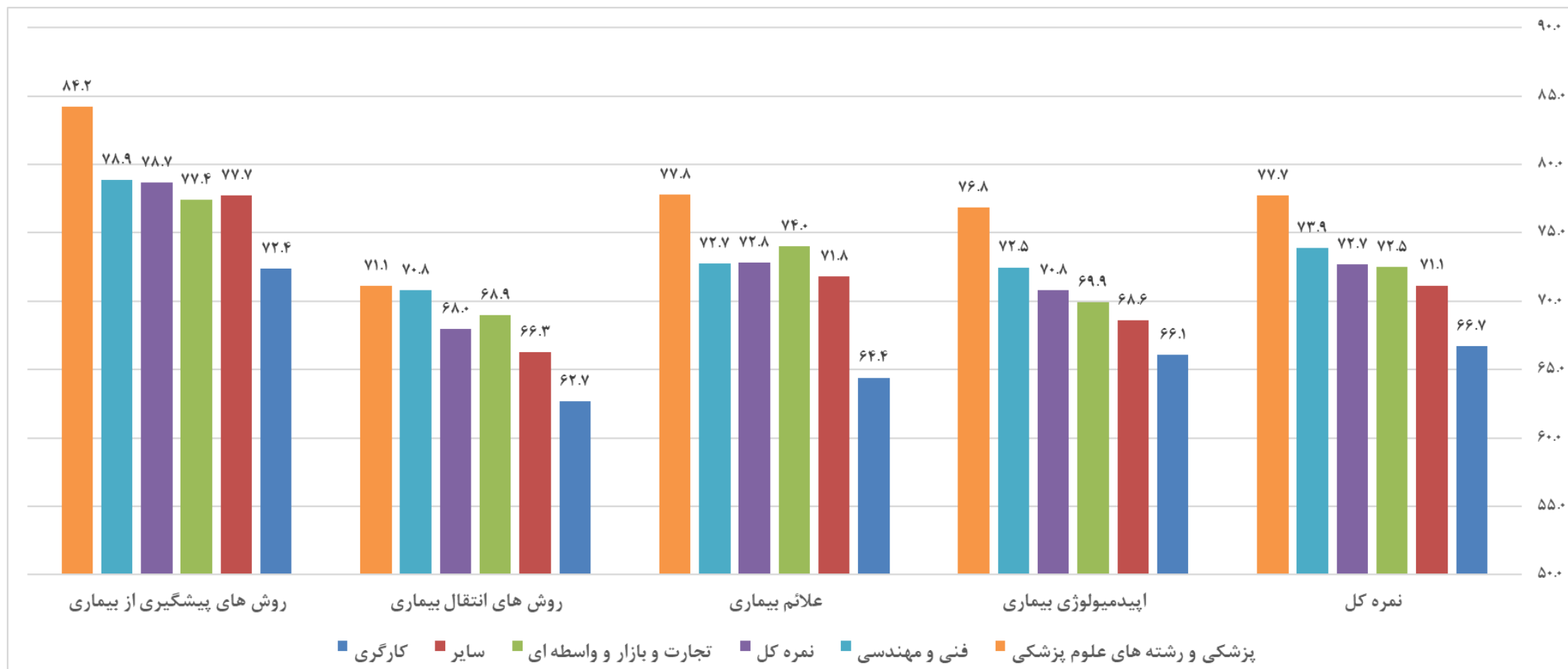
و همدان نمرات کمتری را دریافت کرده اند کخه باید در این استانها آموزش بیشتری در ارتباط با ویروس کووید-۱۹ داده شود.

نفر نیز به غلط معتقد بودند که پس از مشاهده سرفه و سردرد و خلط باید سریعاً به پزشک مراجعه نمود که همین متغیر نشان دهنده عدم آگاهی مردم نسبت به خطرات مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی و نیز عدم آگاهی نسبت به خود کترلی بیماری در شدتهای کمتر است. درصد بالایی از افراد نیز معتقد بودند که کودکان زیر ۵ سال به ویروس کووید-۱۹ مبتلا نمی شوند که این نیز دچار خطا بود. سایر یافته های مربوط به سوالات پرسشنامه در جدول شماره ۱۰ آورده شده است که قابل مشاهده است. همچنین در جدولهای بعدی وضعیت هر یک از استانها از نظر میزان آگاهی افراد نسبت به ویروس کووید-۱۹ اضافه شده است که قابل دسترسی و مشاهده است.

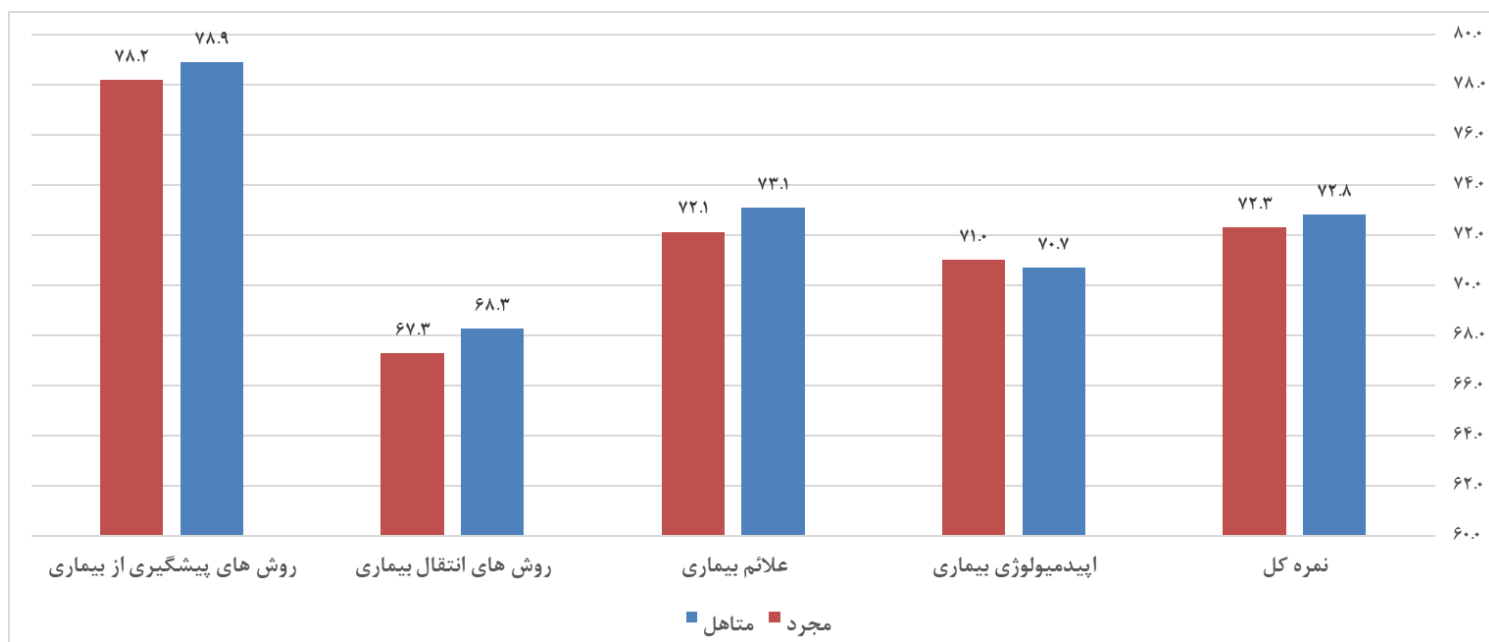
### محدودیت های مطالعه:

مطالعه حاضر دارای یک محدودیت بزرگ بود و آن این بود که یافته های آن قابل تعمیم به کل جامعه نیست و تنها درصدی از افراد را تحت پوشش قرار می دهد که به شبکه های اجتماعی

نمودار ۹، نحوه پاسخدهی به سوالات پرسشنامه را در کل کشور نشان می دهد. بیشترین تعداد پاسخ صحیح به سوالات "تعیین مشهد بعنوان شهر نخست ابتلا به کرونا" بود که تنها ۵۴ نفر به این سوالات غلط پاسخ دادند، چرا که شهر قم نخستین مبدا ویروس کرونا در کشور بود. پس از آن امکان ایجاد تنگی نفس در بیماران مرتبط با کووید-۱۹ بود که بیشترین تعداد پاسخ صحیح را به خود اختصاص داده بود و تنها ۶۰ نفر به این سوال غلط پاسخ داده بودند که بیانگر این است که اکثر افراد نسبت به علامت اصلی ویروس کووید-۱۹ آگاهی لازم را دارا هستند. پس از آن سوال شستن منظم دستها بیشترین تعداد پاسخ صحیح را به خود اختصاص داده بود که بیانگر این است که افراد جامعه آگاهی کافی نسبت به مهمترین روش پیشگیری از ویروس کرونا را دارا هستند. تنها ۱۸۳ نفر به این سوال پاسخ غلط داده بودند. همچنین بدترین پاسخ ها مربوط به سوال گرمیجات بود که ۲۸۷۹ نفر به غلط خوردن گرمیجات را راهی برای پیشگیری از کرونا می دانستند که بدلیل ویدئوهایی بود که در ابتدای شیوع ویروس کرونا توسط بعضی از افراد در جامعه پخش شده بود و منجر به آگاهی غلط افراد شده بود. همچنین ۲۸۹۰

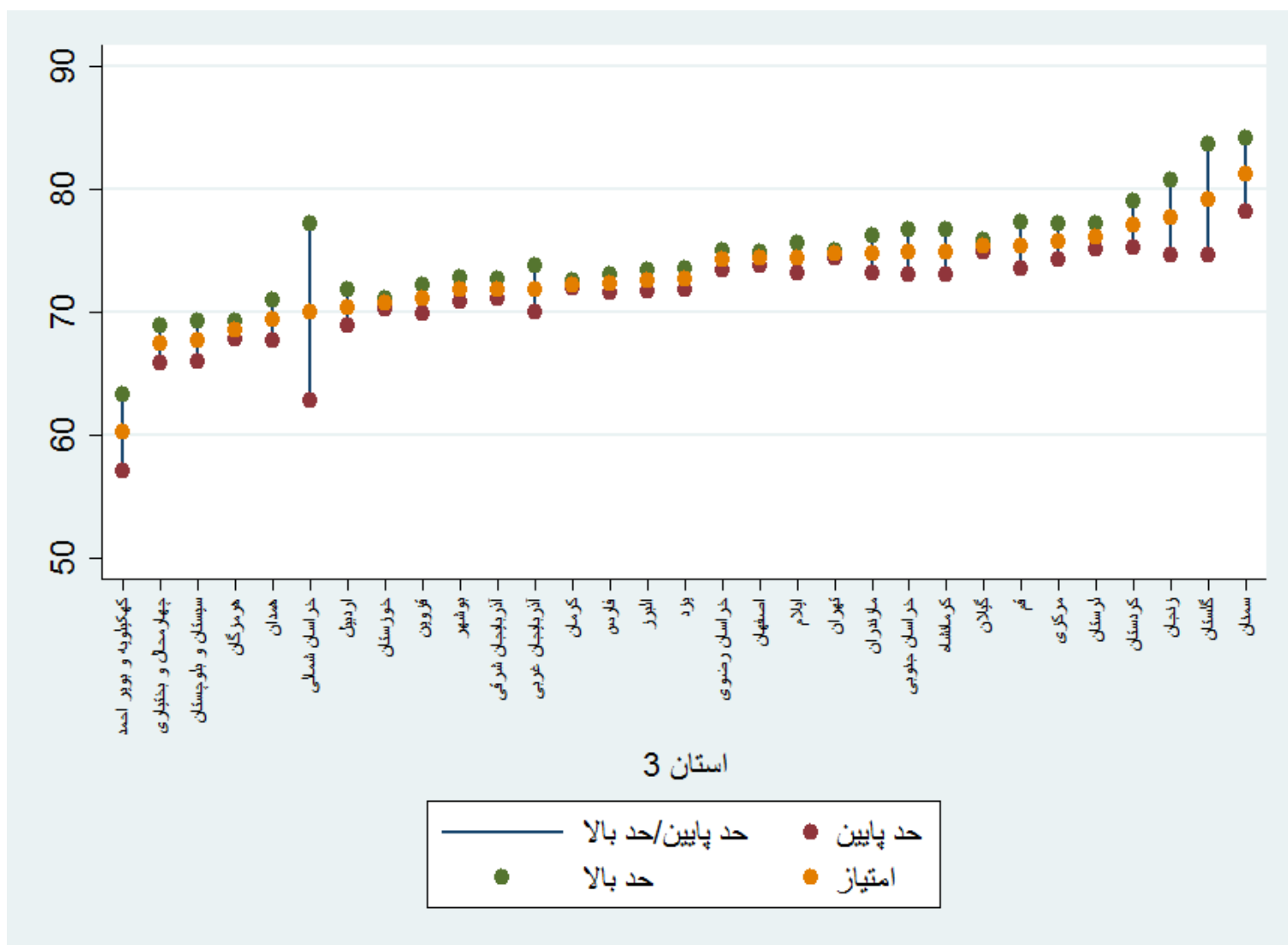


نمودار ۷- وضعیت پاسخ دهی به پرسشنامه و ابعاد آن بر حسب نوع شغل



#### نمودار ۸- وضعیت پاسخ دهی به پرسشنامه و ابعاد آن بر حسب وضعیت تاهل

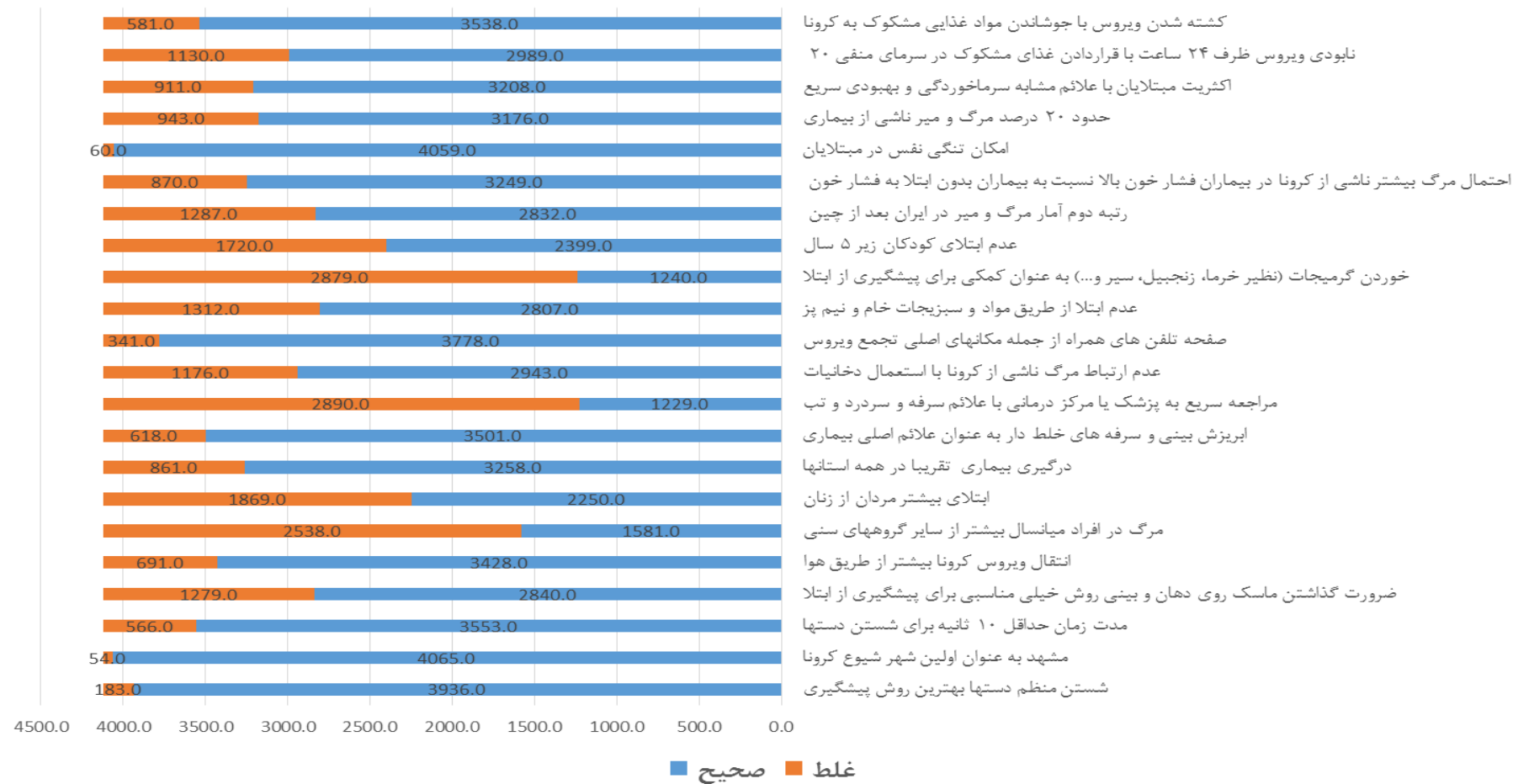
دسترسی داشته و به تبع این افراد دارای اطلاعات بالاتری نسبت به سایرین خواهند بود. لذا نمرات کلی و ابعاد مجموع کل کشور ممکن است پایین تر از نمرات منتشر شده فعلی باشد. هر چند با توجه به ضریب نفوذ بالای اینترنت و دسترسی بسیار گسترده مردم در حال حاضر، حتی این نوع از مطالعات نیز تا حد زیادی در سطح کشور قابلیت استناد را دارا هستند. محدودیت دیگر مطالعه، عدم پاسخدهی بیشتر و گروههای در معرض آسیب به سوالات این پرسشنامه بود که جا دارد مطالعه ای در مورد میزان آگاهی و نگرش گروههای آسیب پذیر تر در مورد ویروس کووید-۱۹ به مرحله انجام برسد.



نمودار ۹. میانگین یافته های مطالعه پس از تعدیل اثرات متغیرهای مخدوش کننده سن، جنس، میزان تحصیلات، نوع شغل و..



## میزان پاسخ صحیح و غلط به سوالات



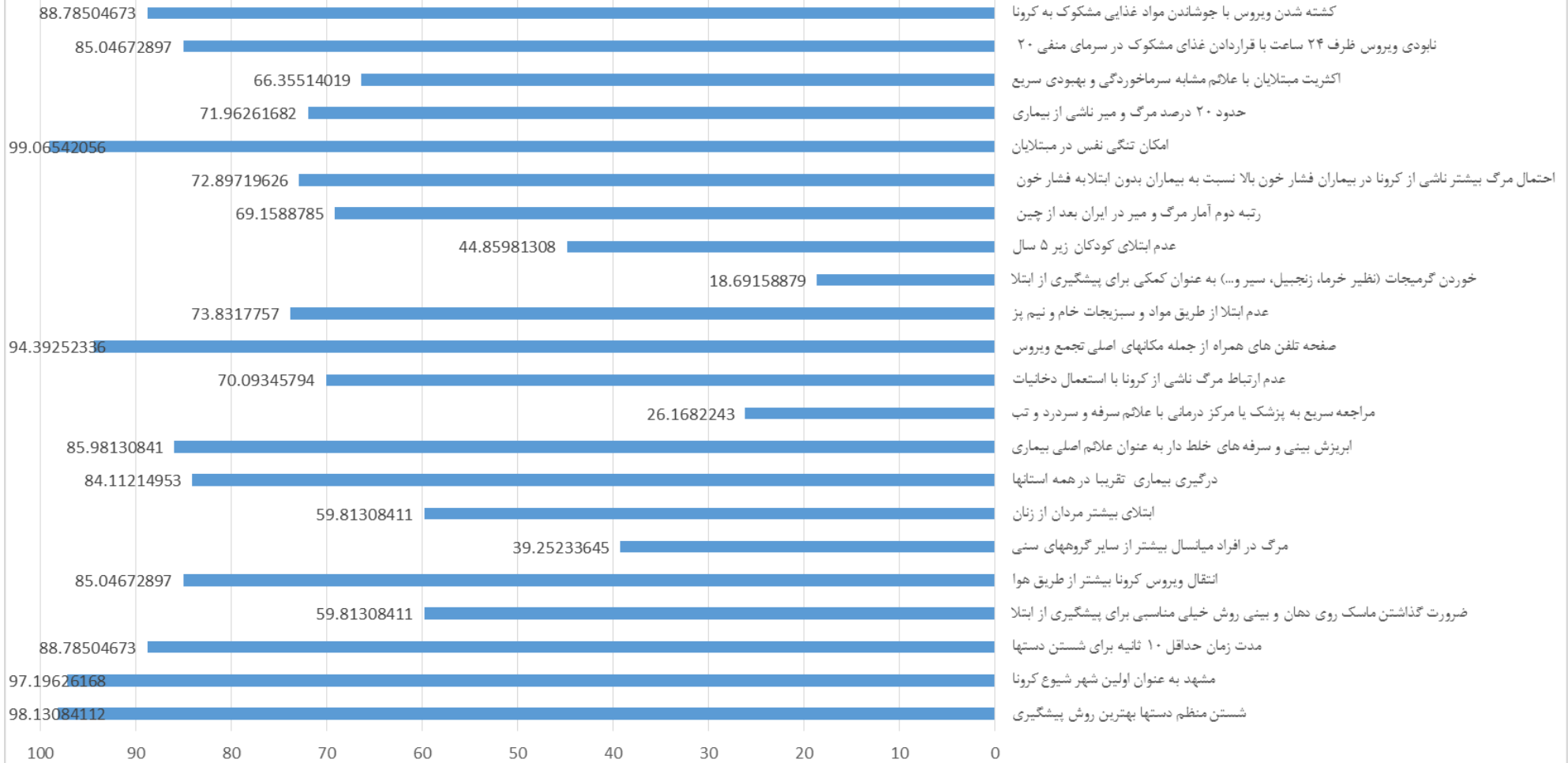
نمودار ۱۰. نحوه پاسخدهی به سوالات پرسشنامه آگاهی در ارتباط با کووید-۱۹



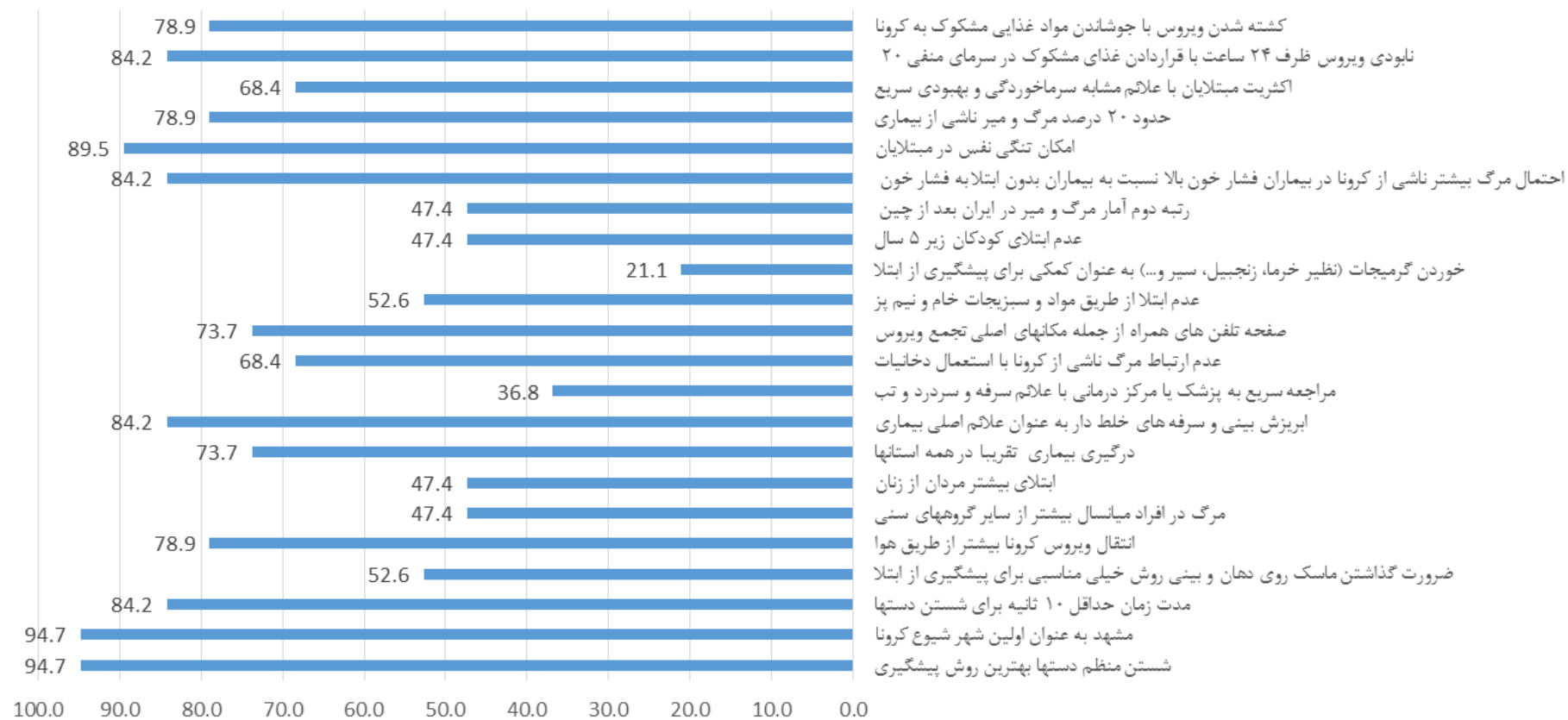
ضمائم مطالعہ

بررسی وضعیت استانہماہ تکلیک سوالات پرسشنامہ

## استان آذربایجان شرقی



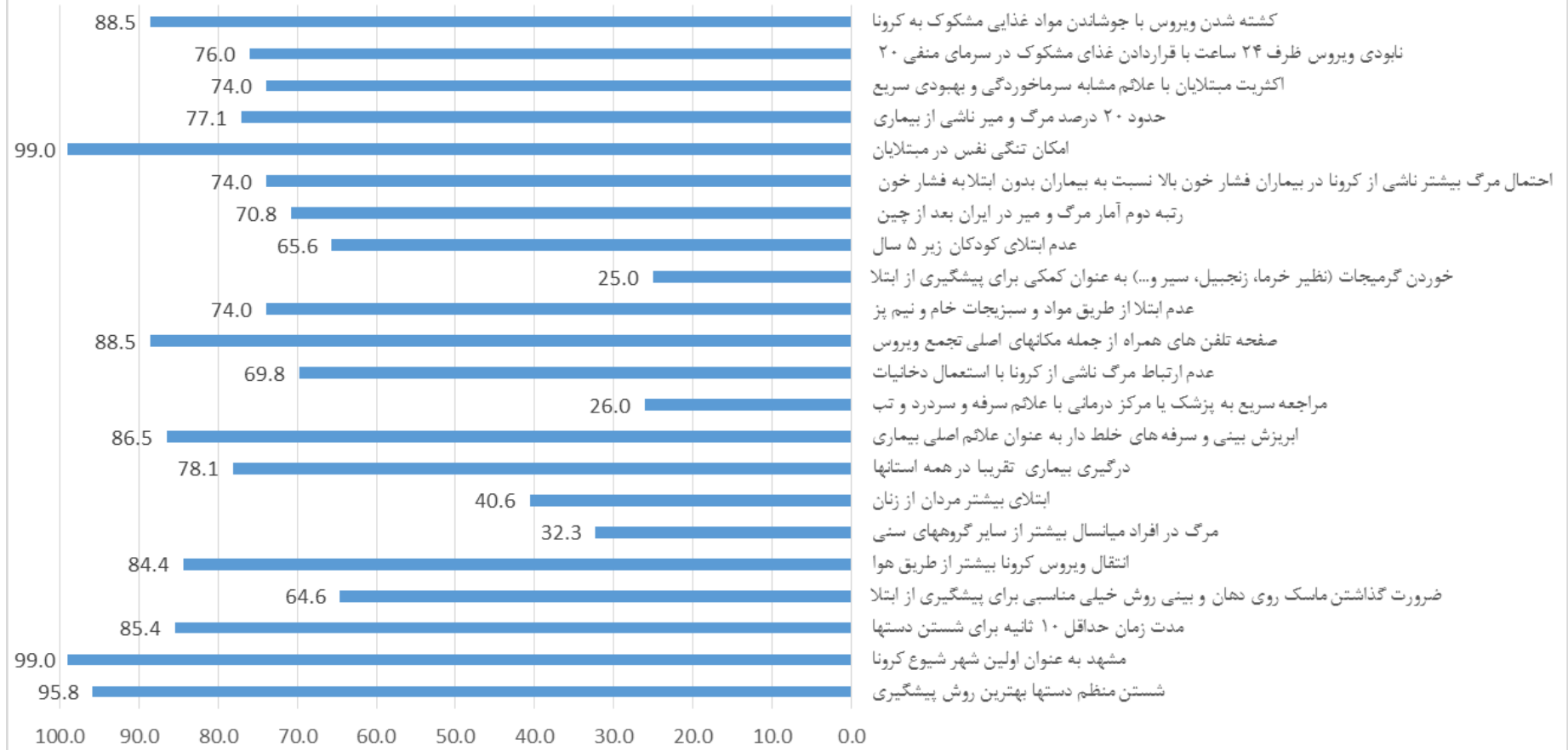
## چهارمحال و بختیاری



## تهران



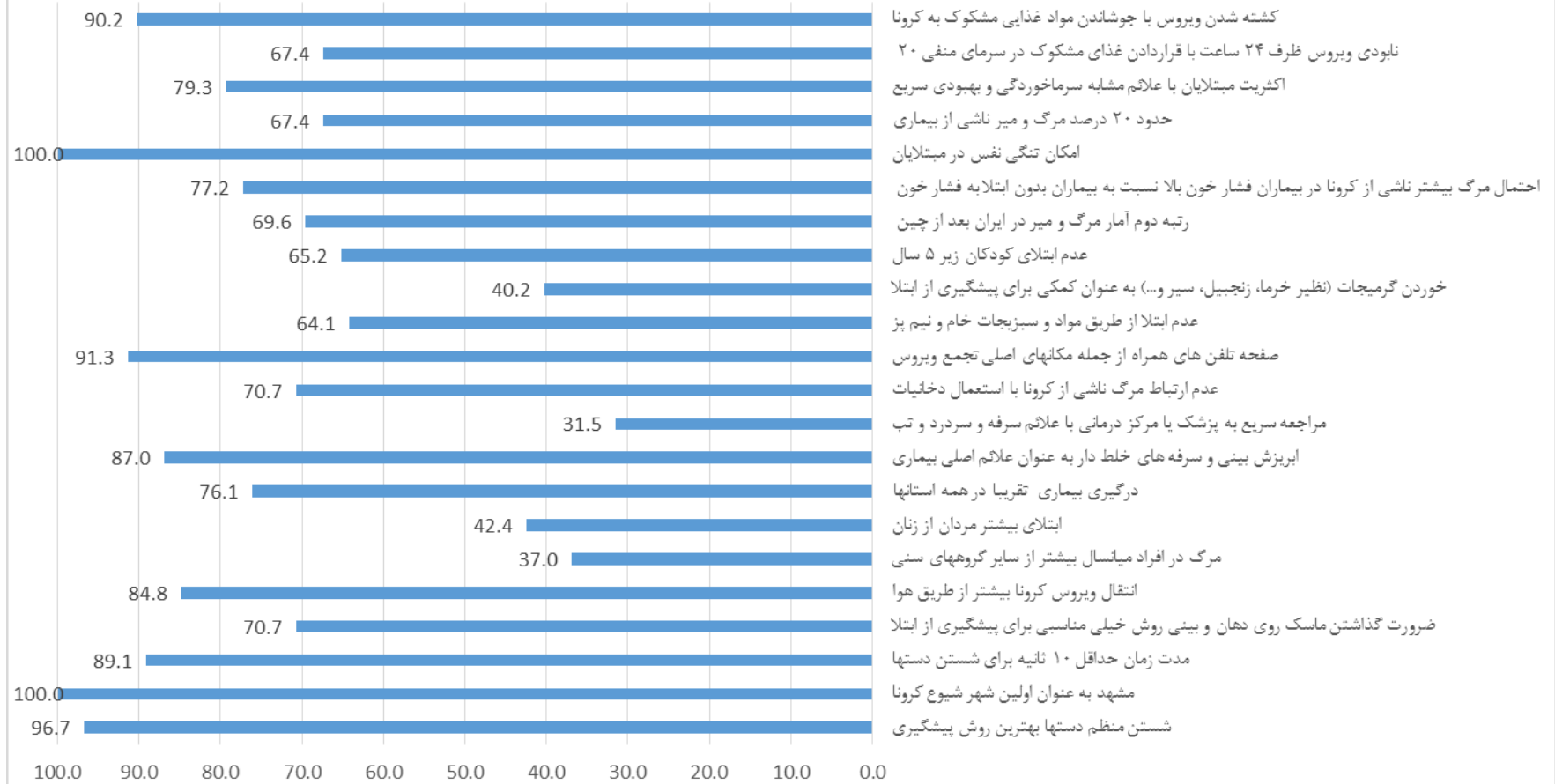
## بوشهر



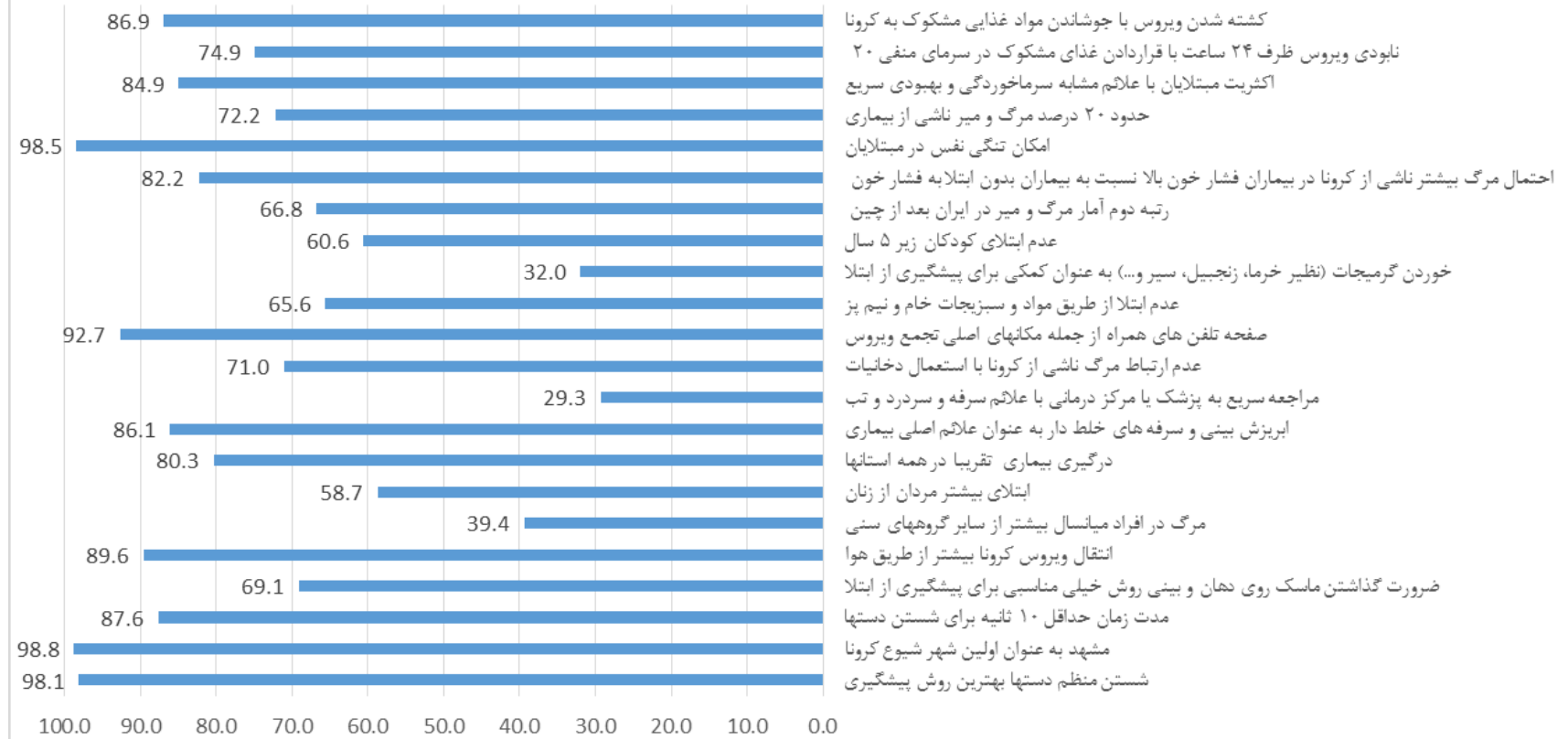
## ایلام



## البرز

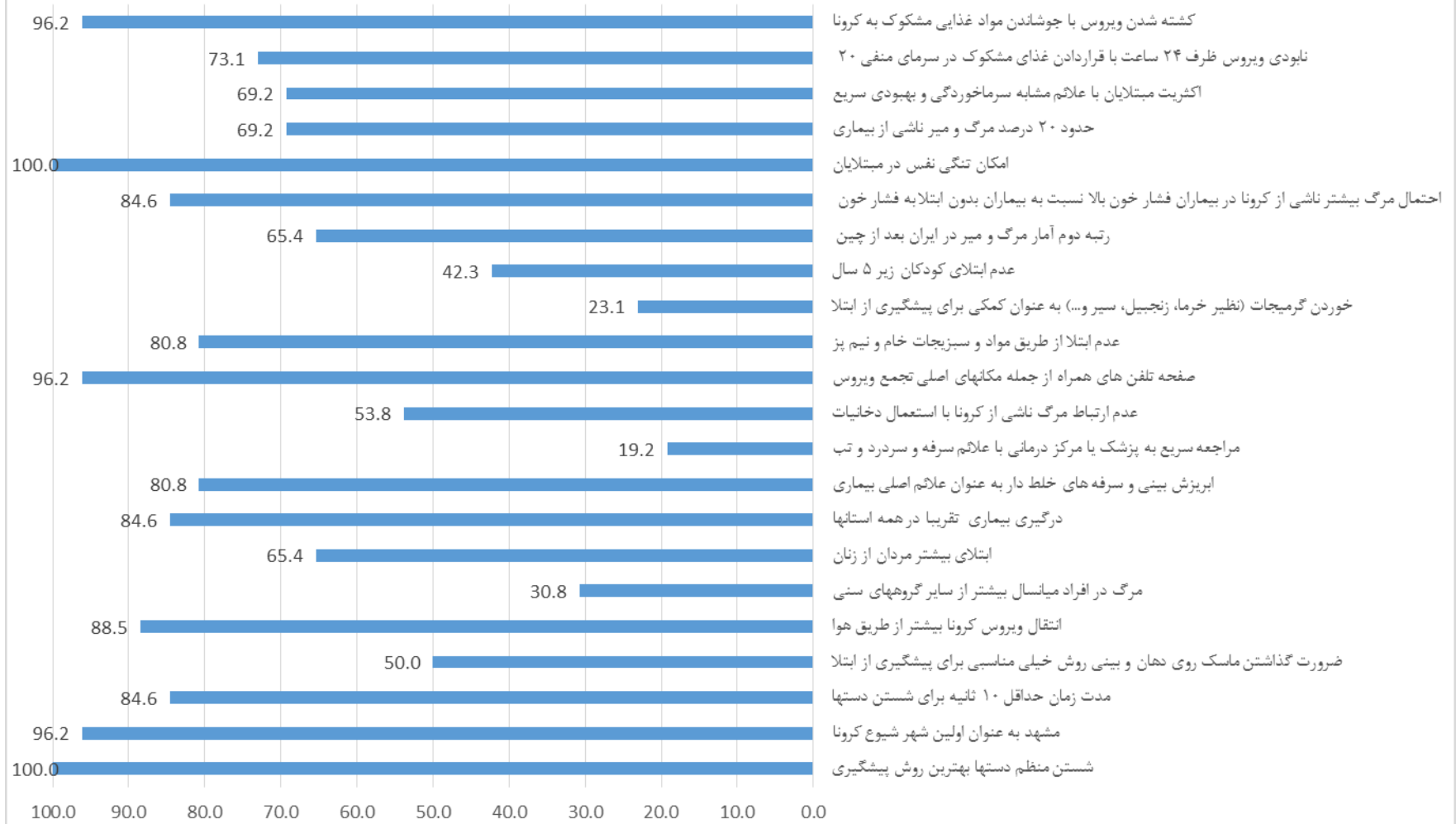


## اصفهان

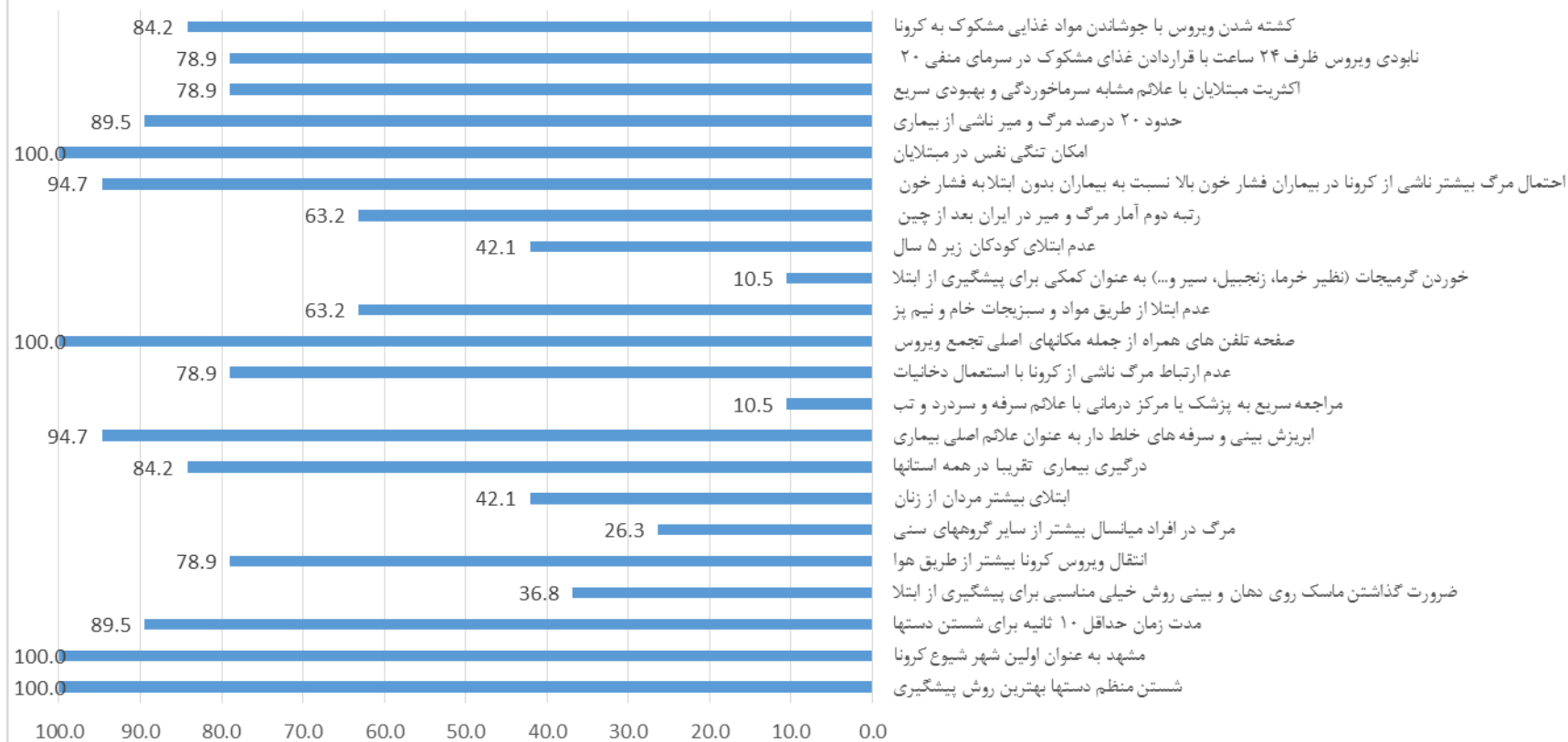




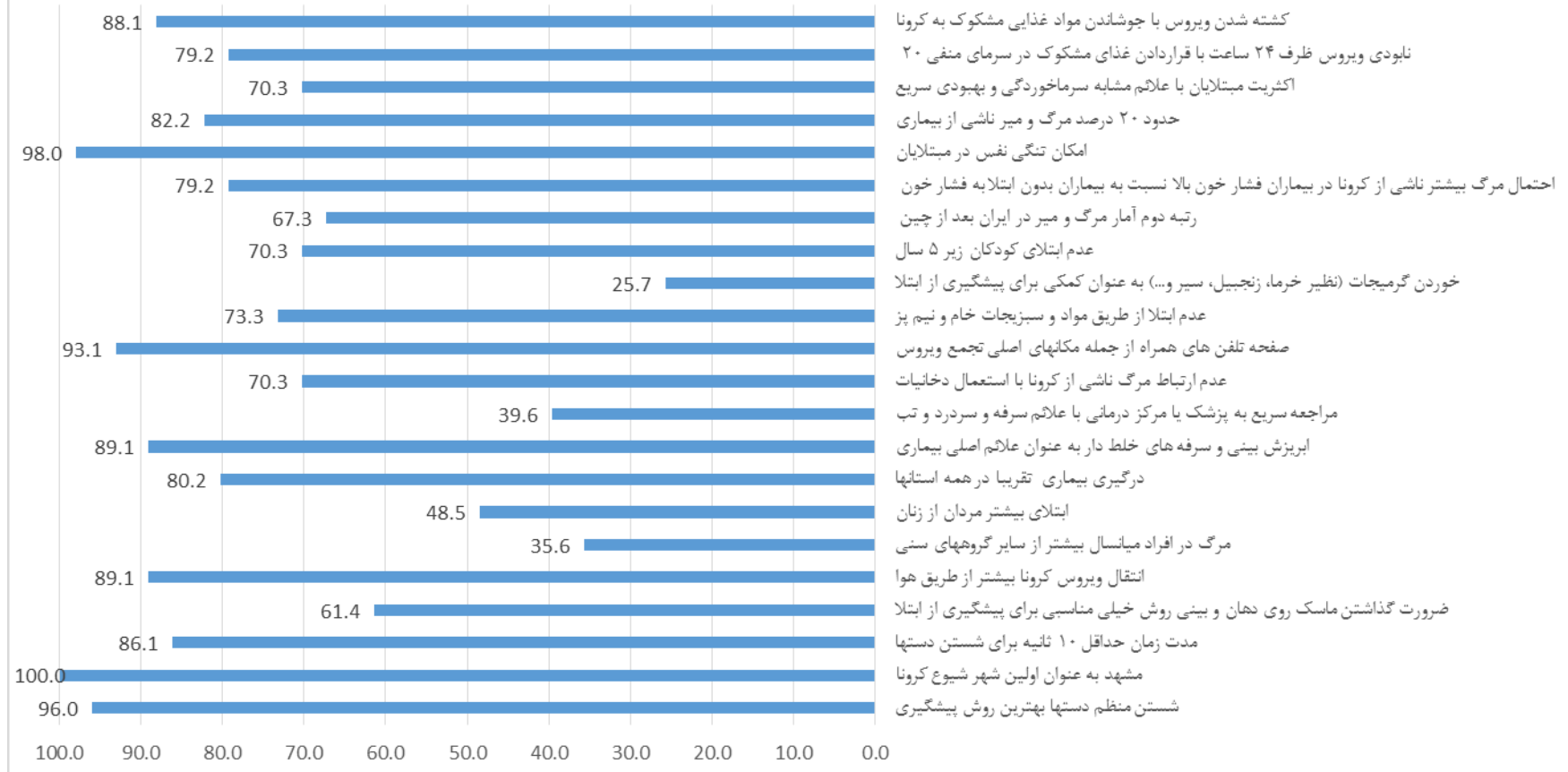
## اذربایجان غربی



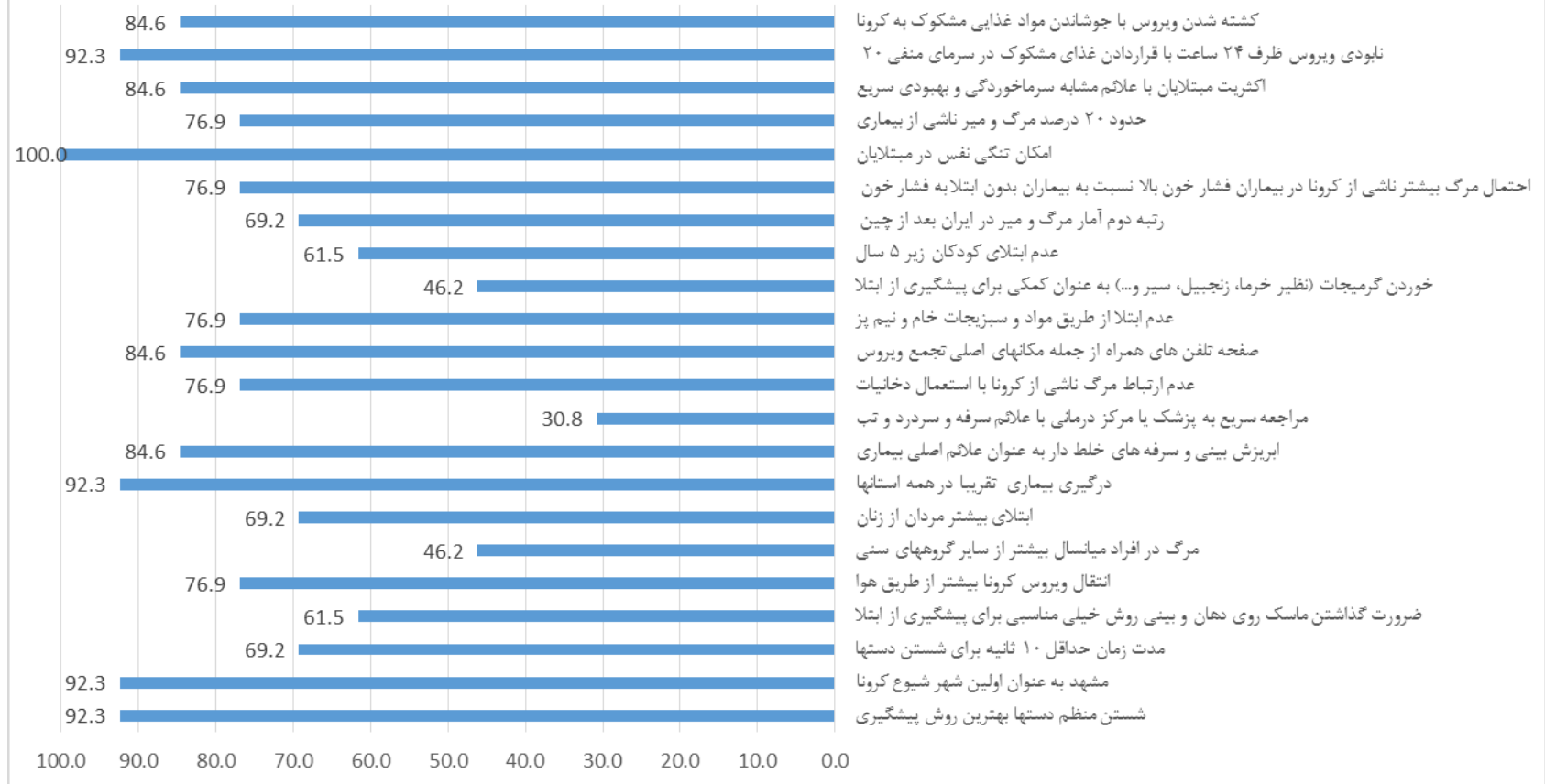
## اردبیل



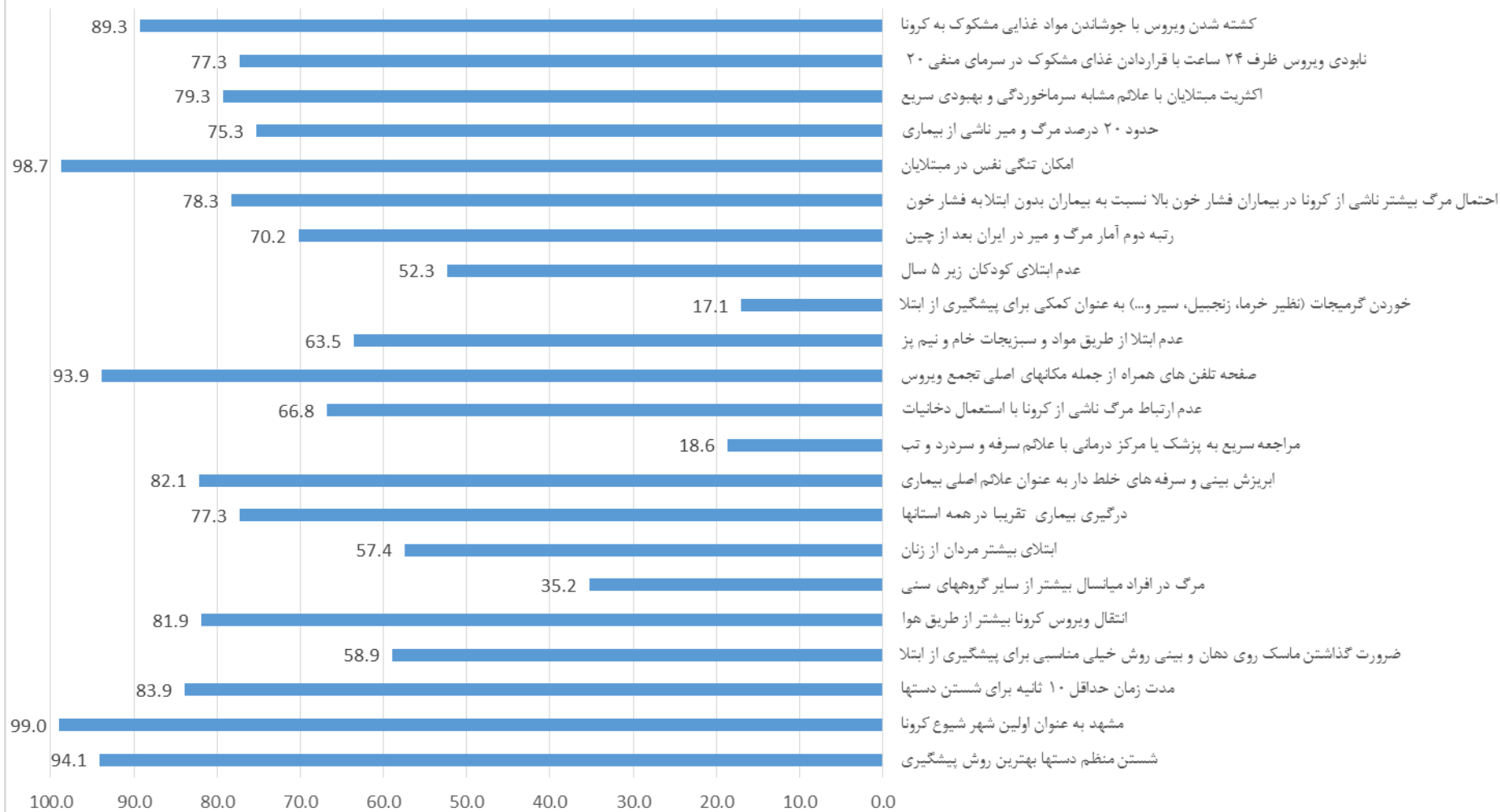
## خراسان رضوی



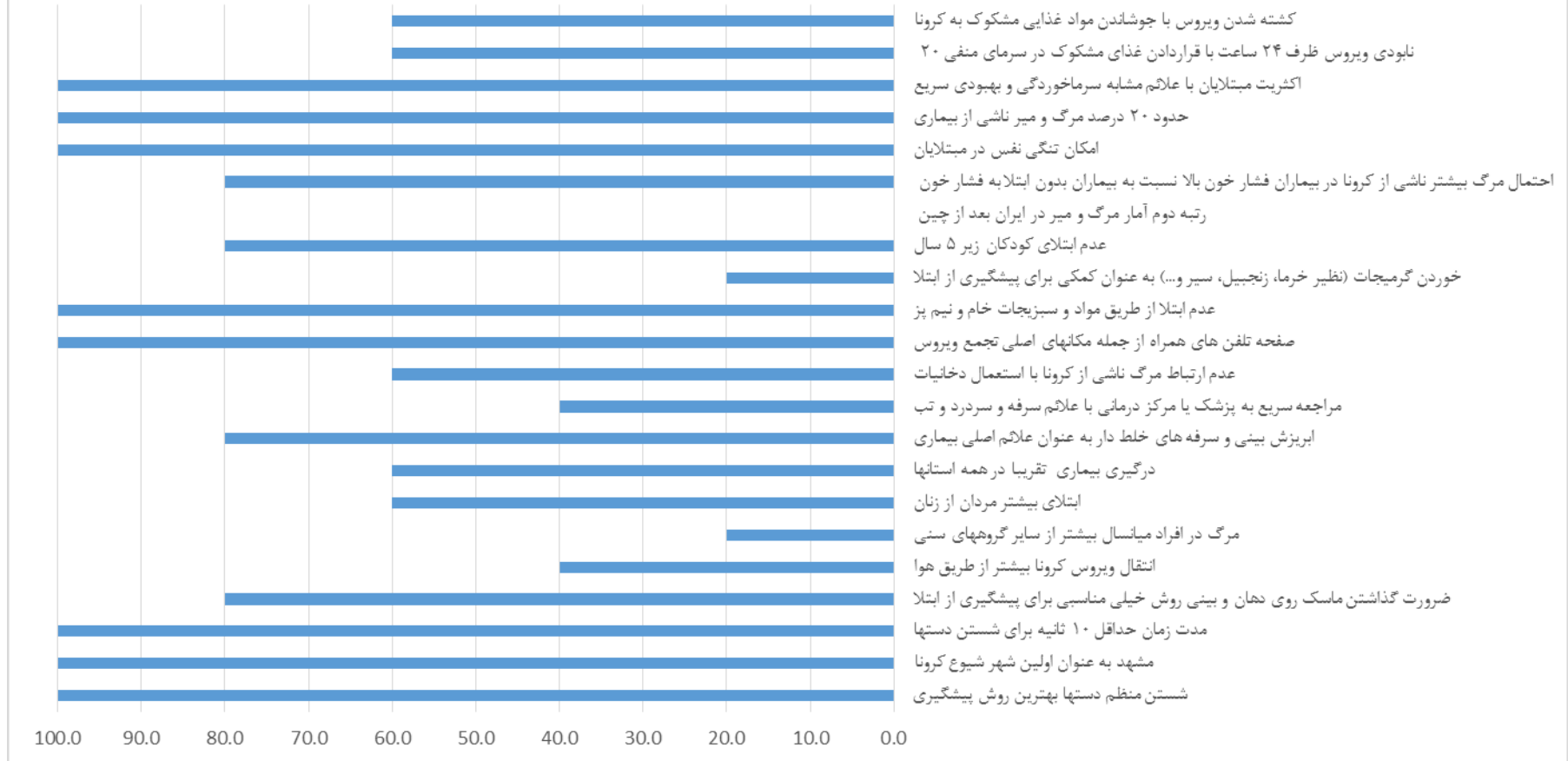
## خراسان جنوبی



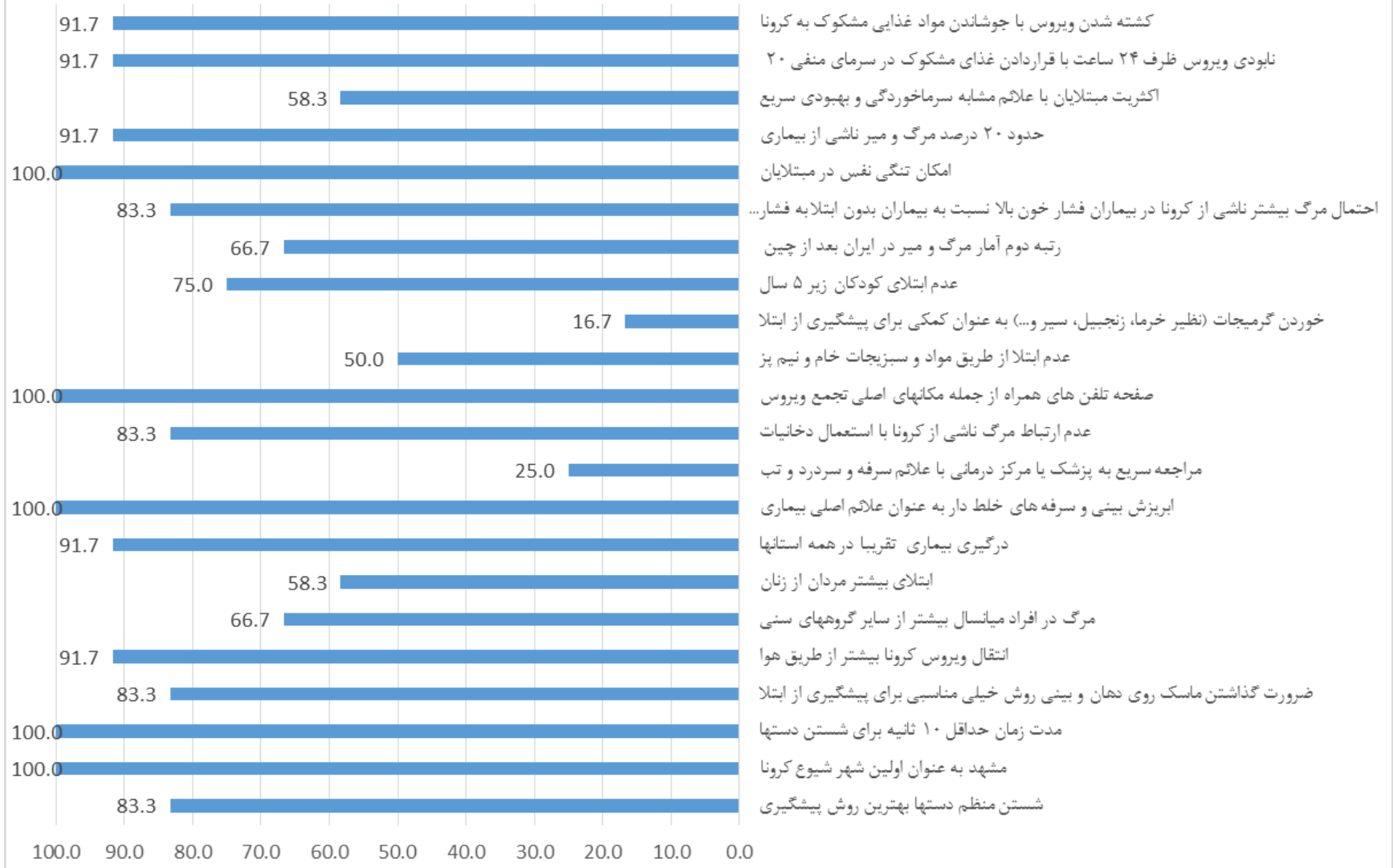
## خوزستان



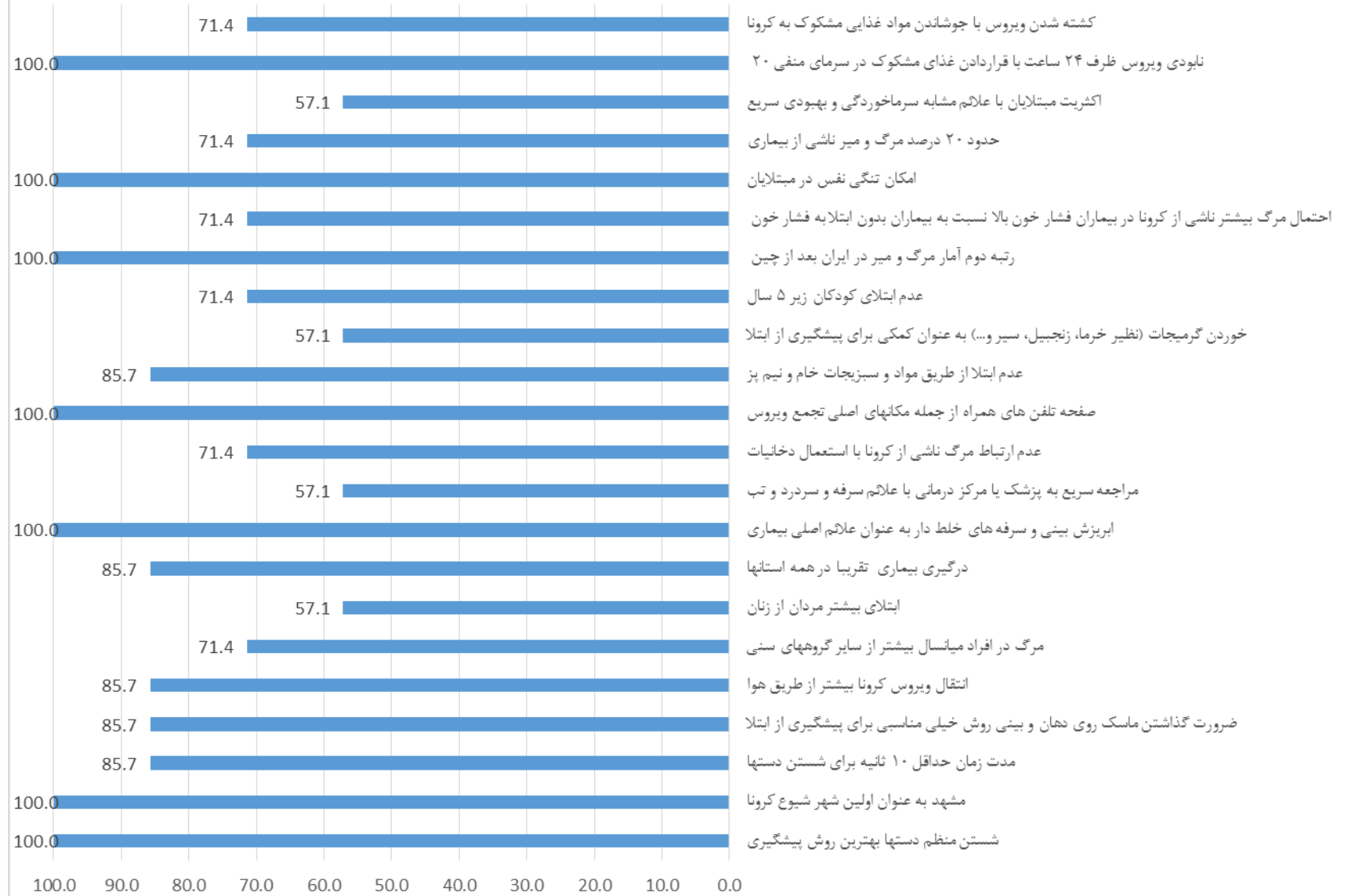
## خراسان شمالی



## زنجان

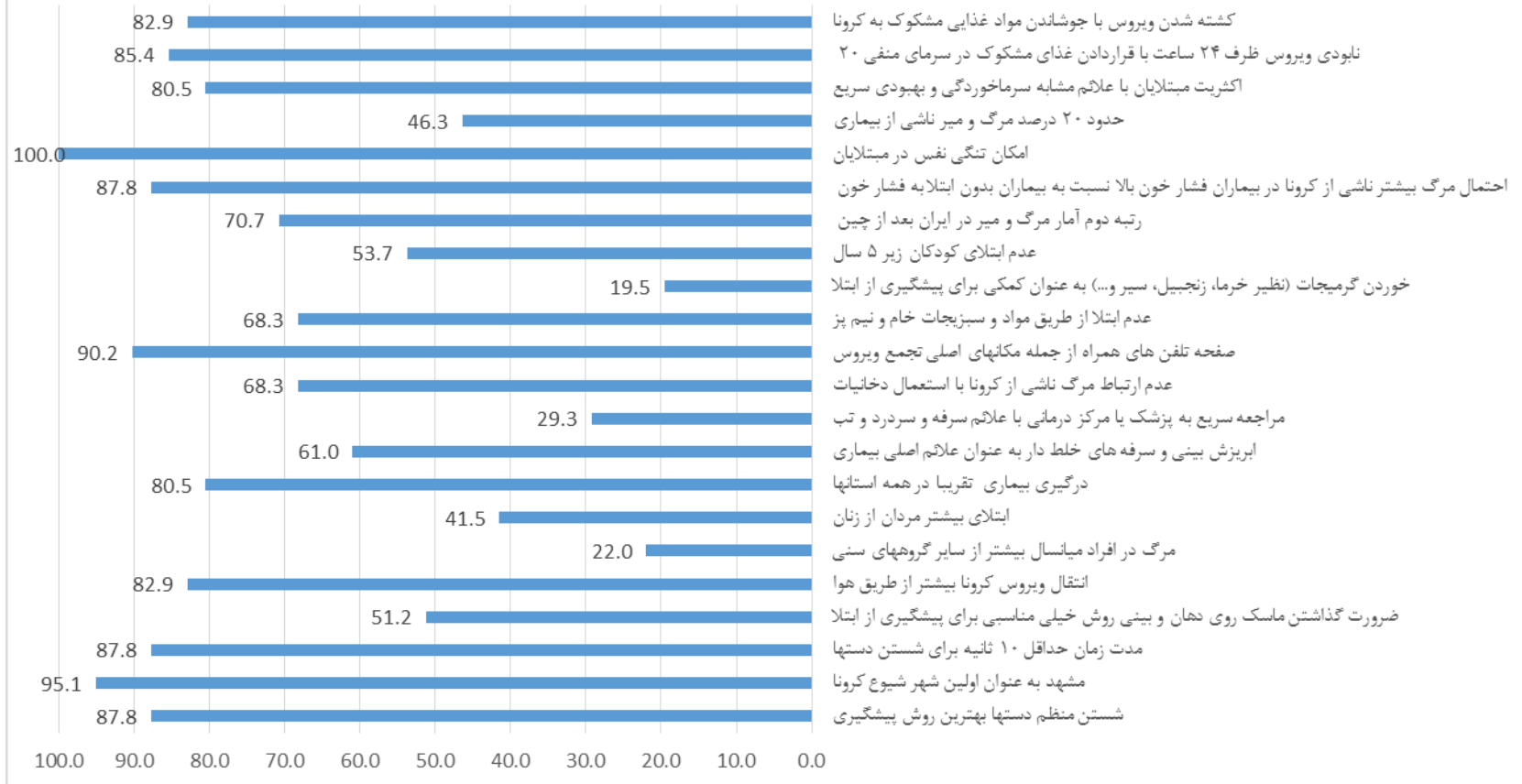


## سمنان

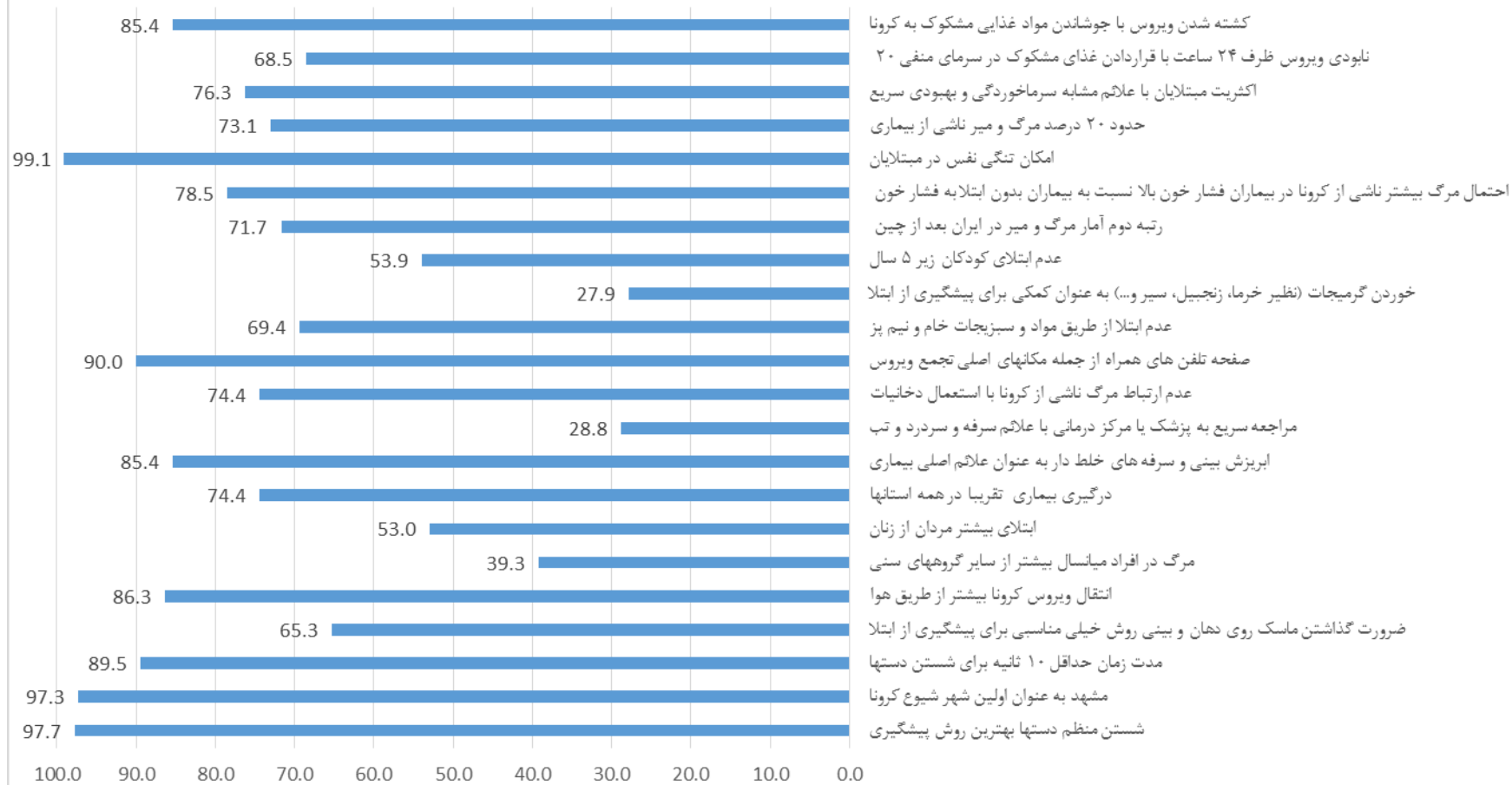




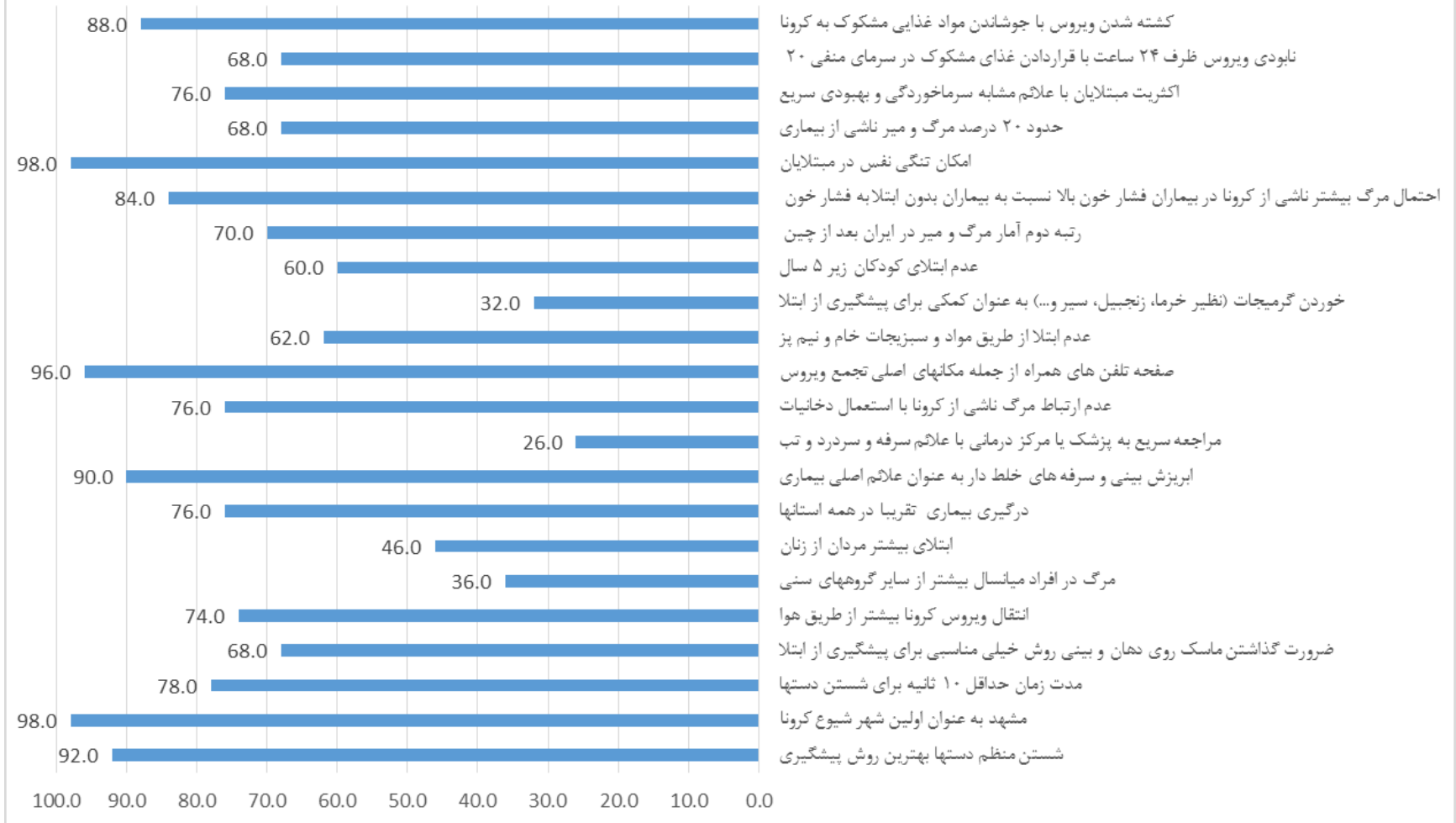
## سیستان و بلوچستان



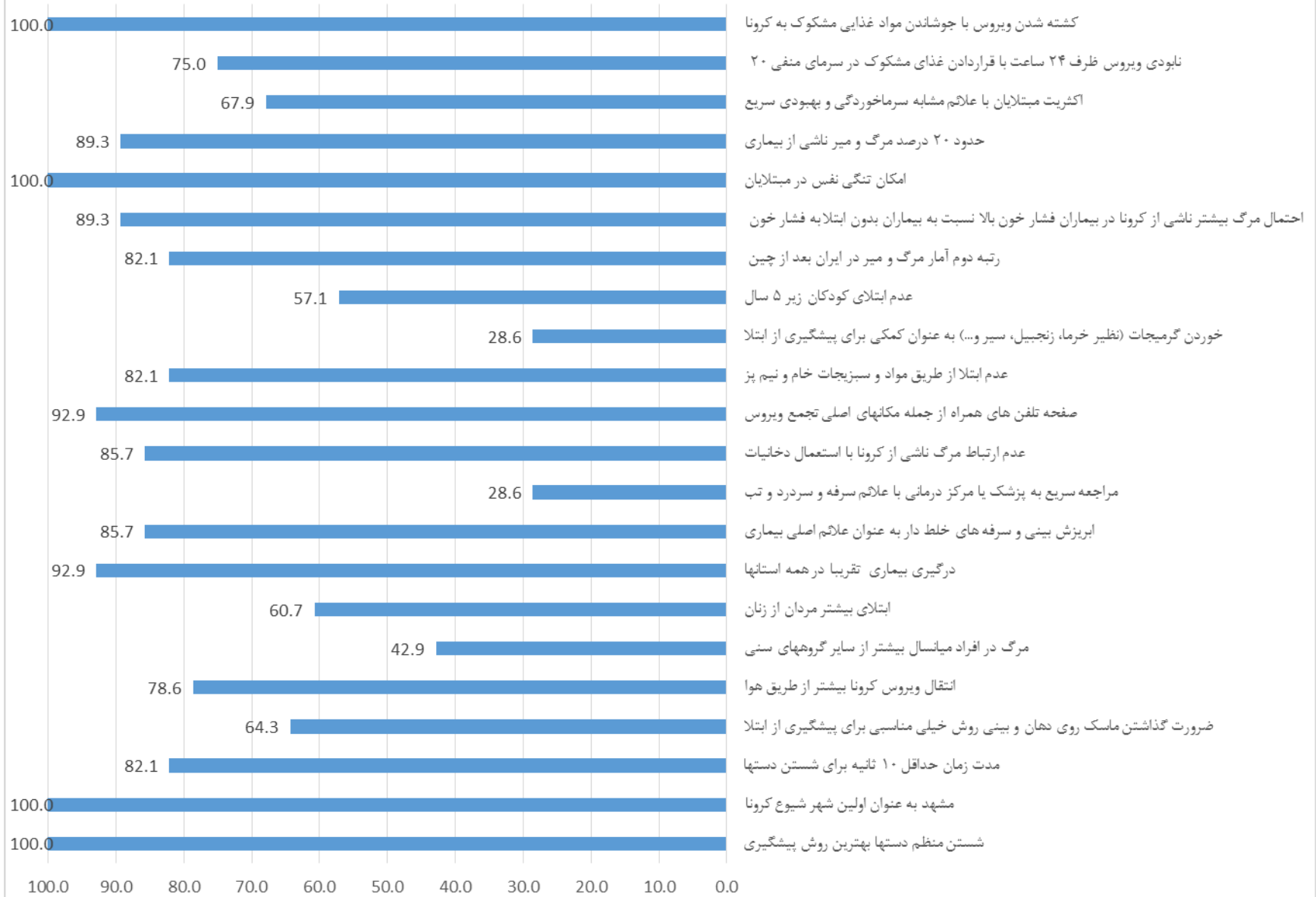
## فارس



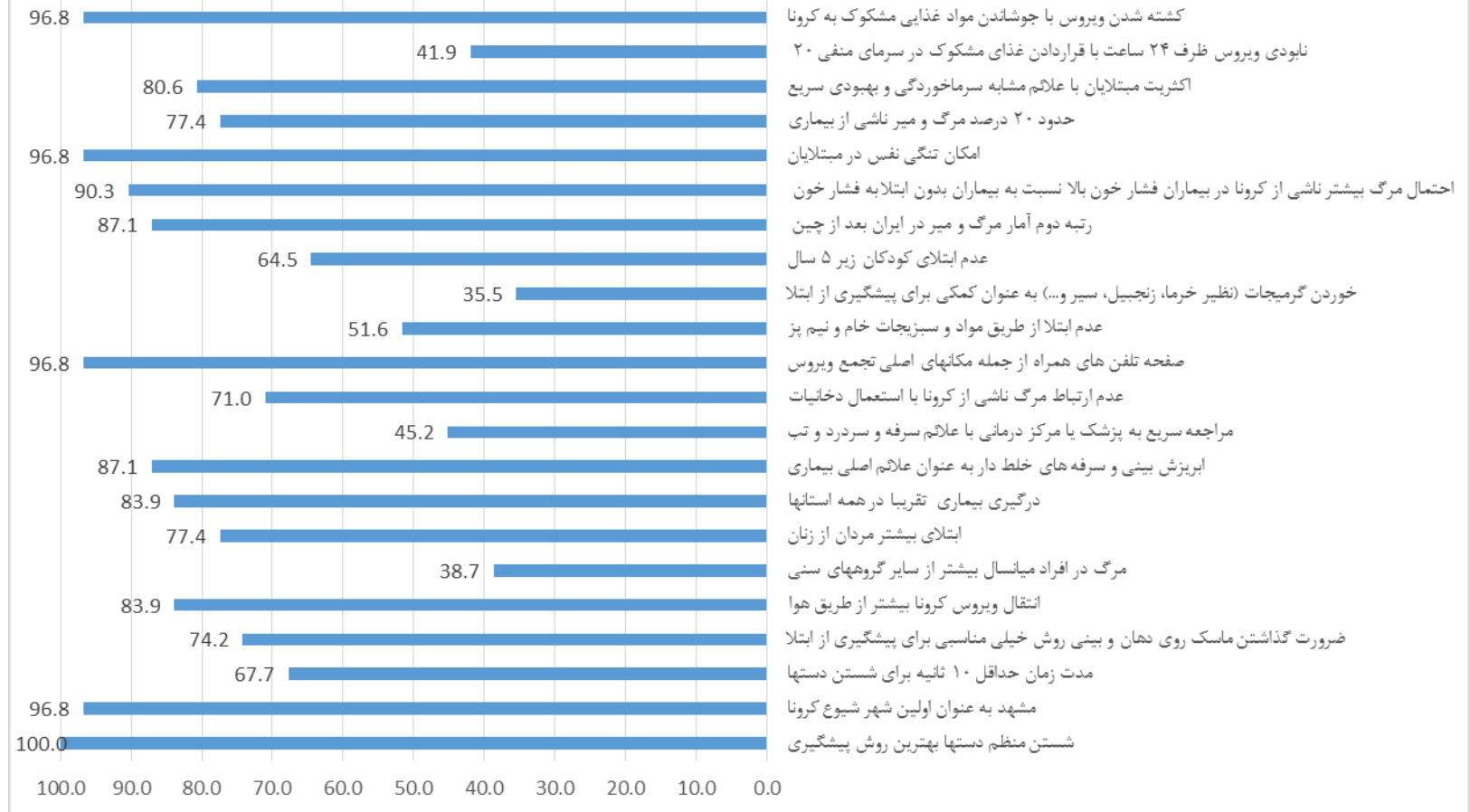
## قزوین



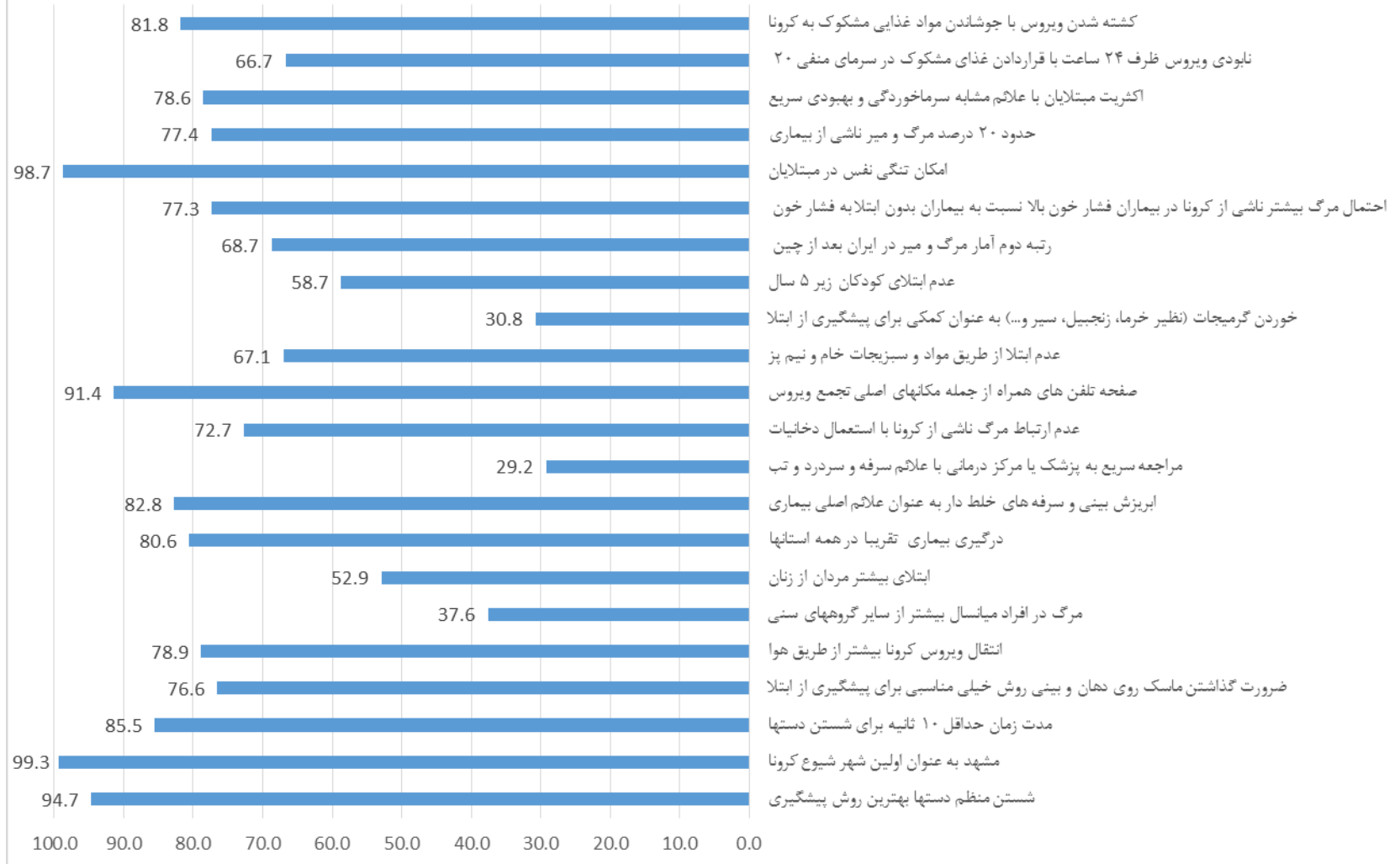
## کردستان



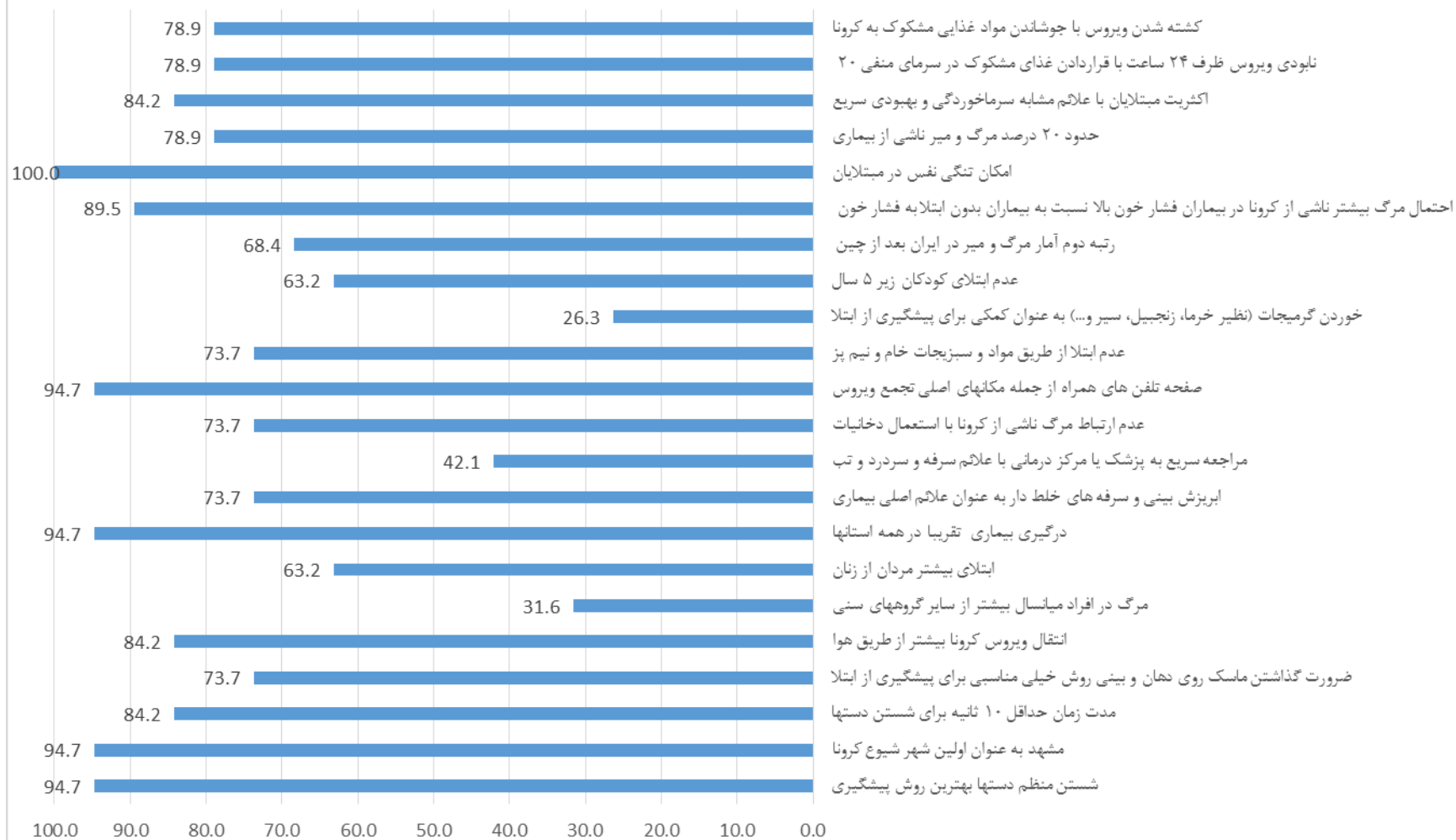
قیم



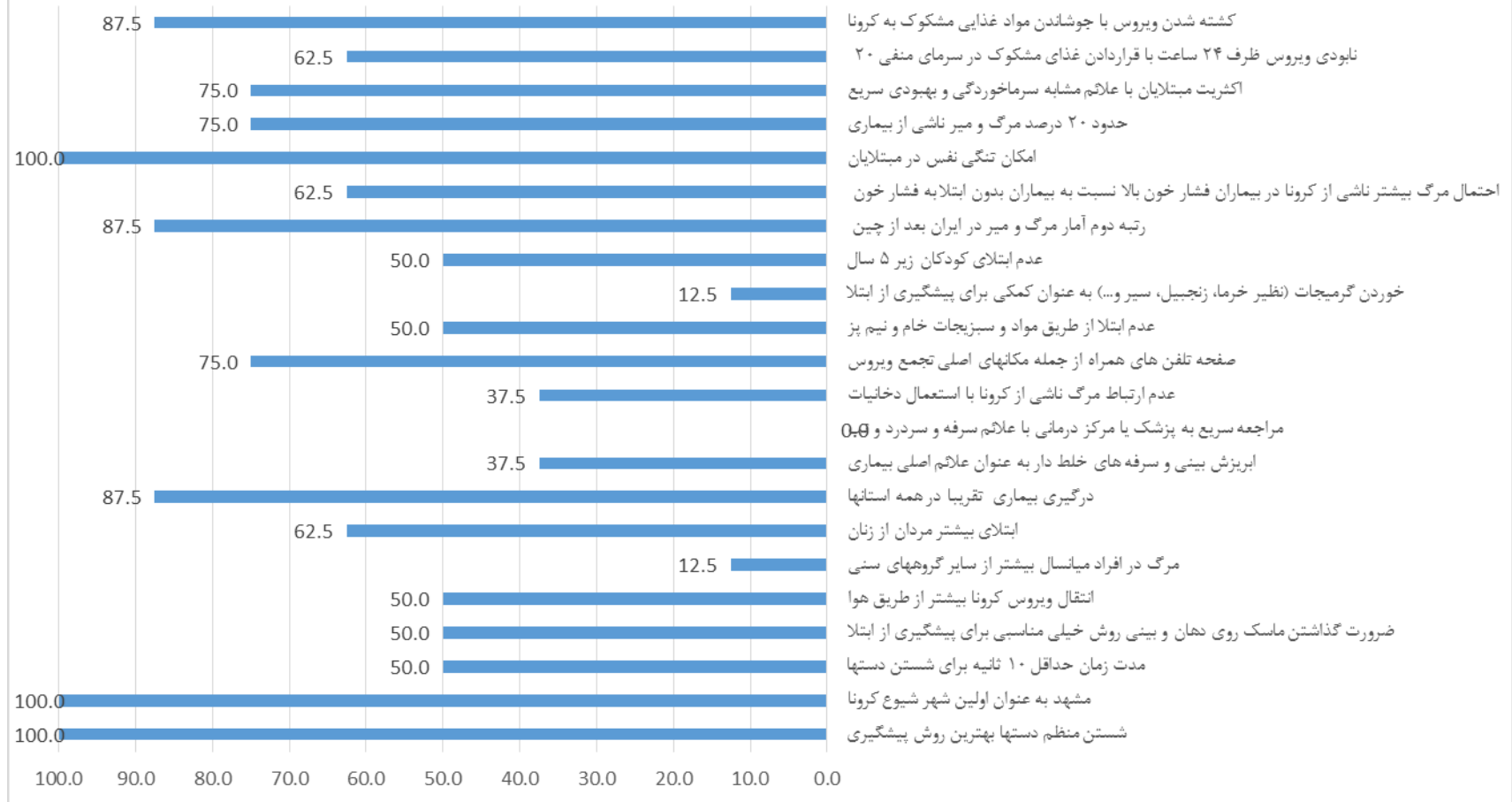
## کرمان



## کرمانشاه



### کهگیلویه و بویراحمد

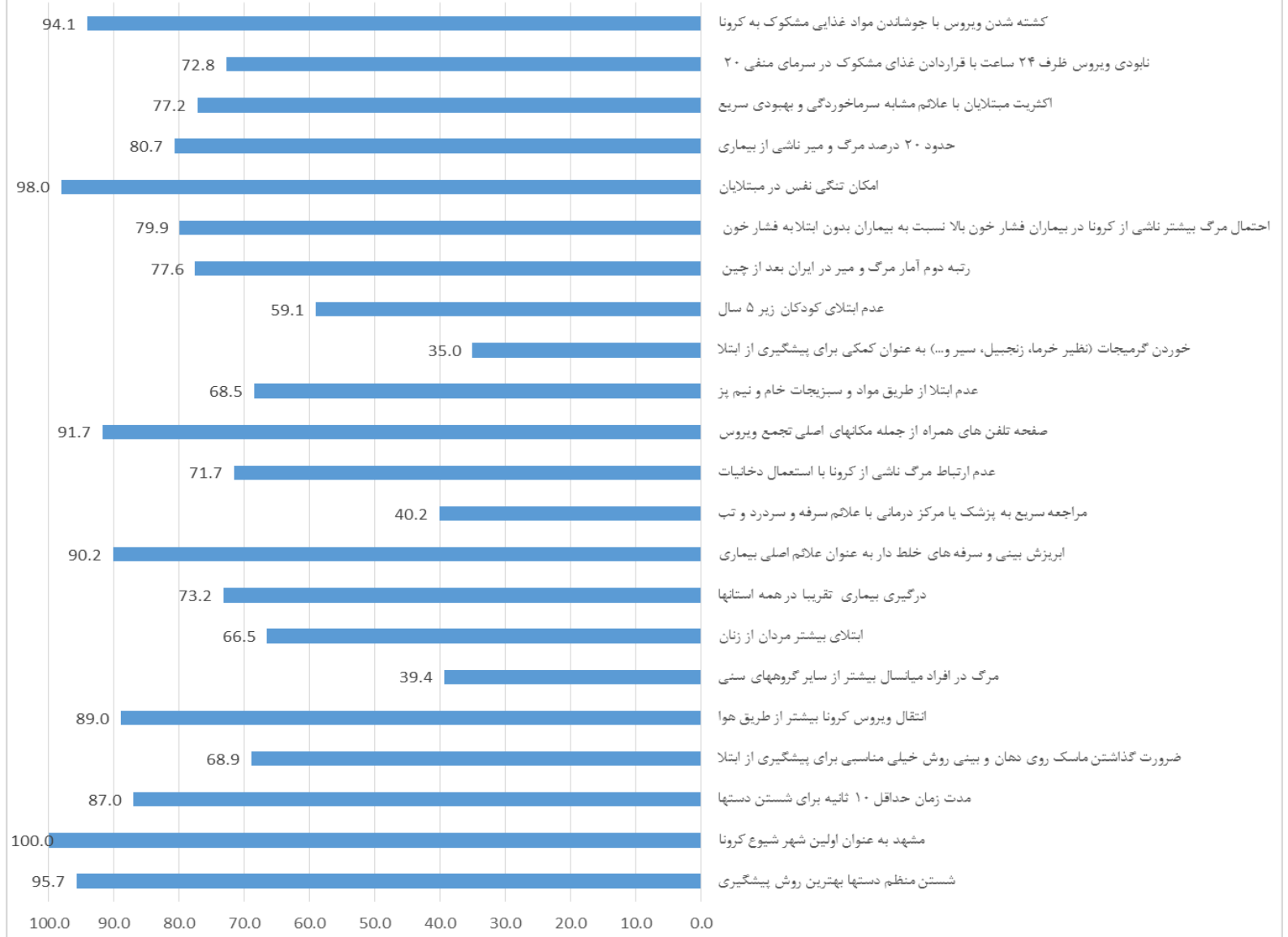




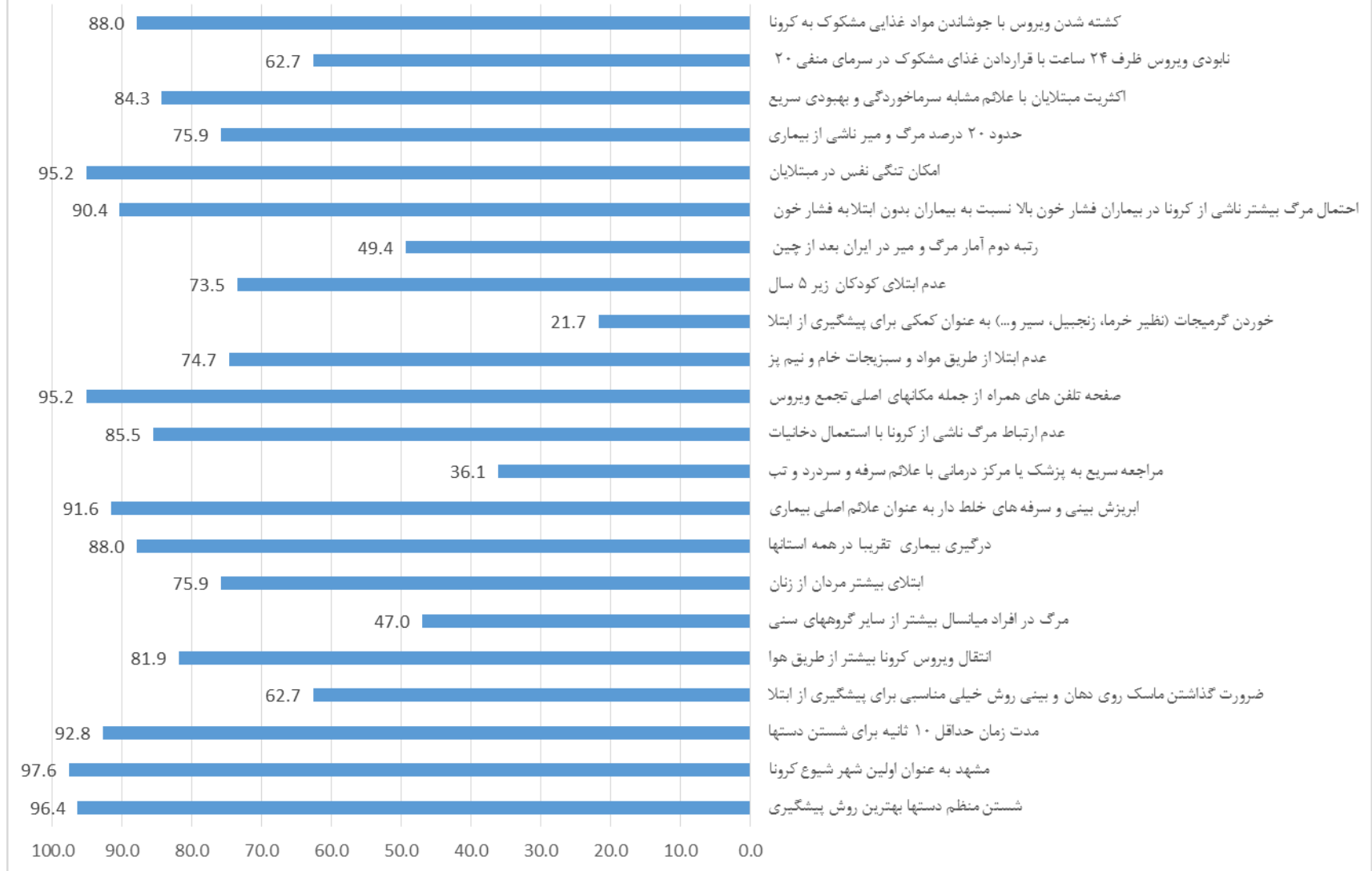
## گلستان



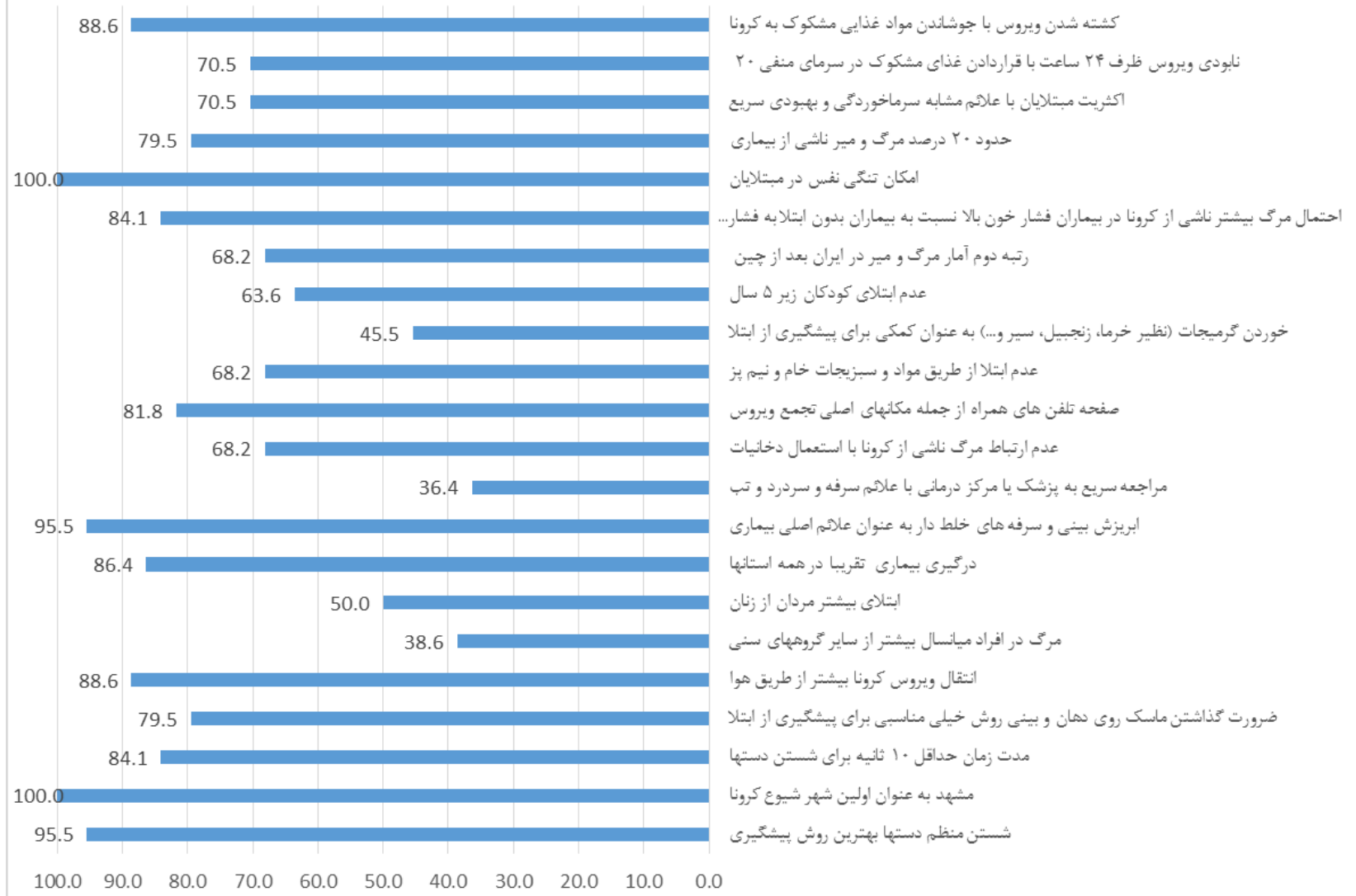
## گیلان



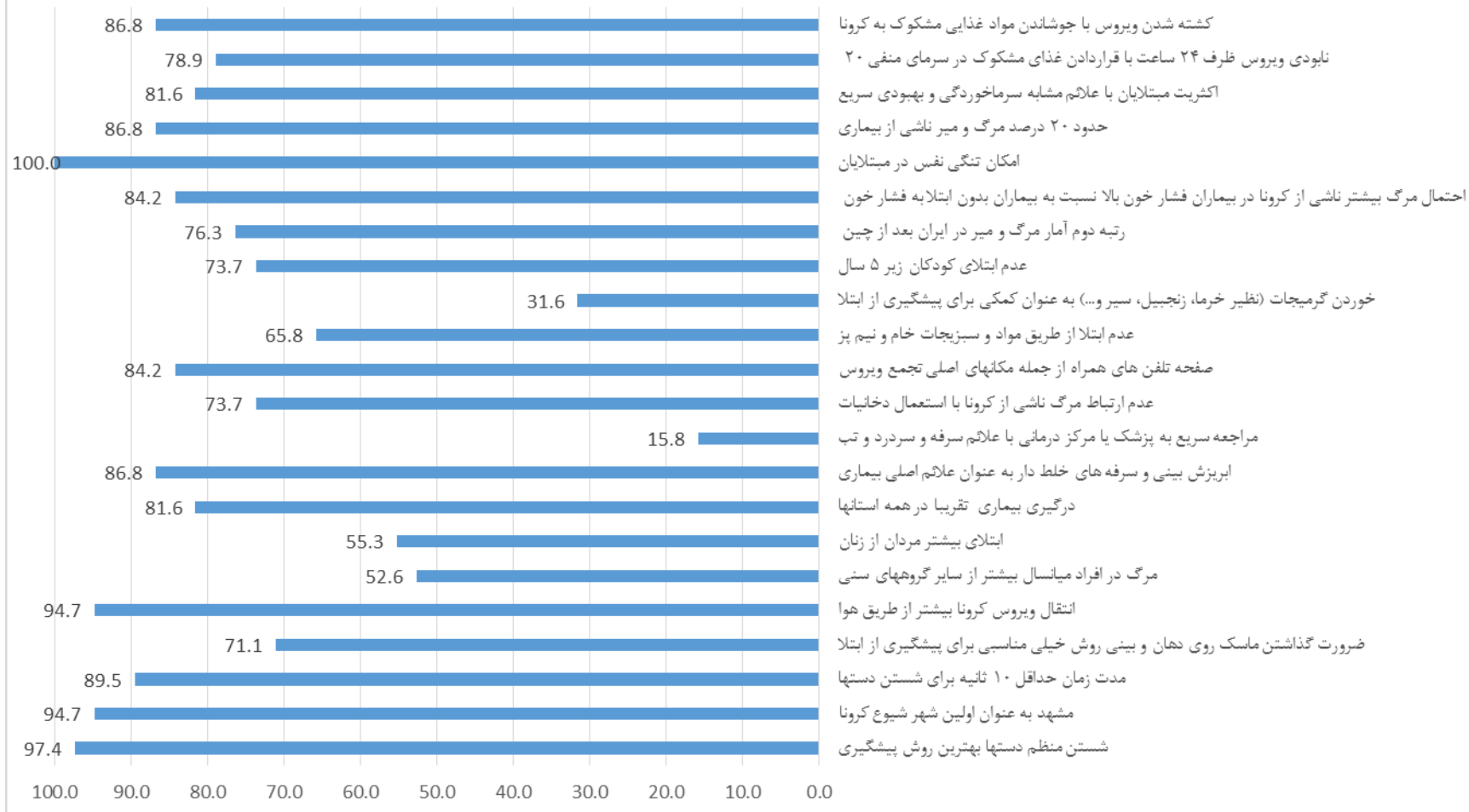
## لرستان



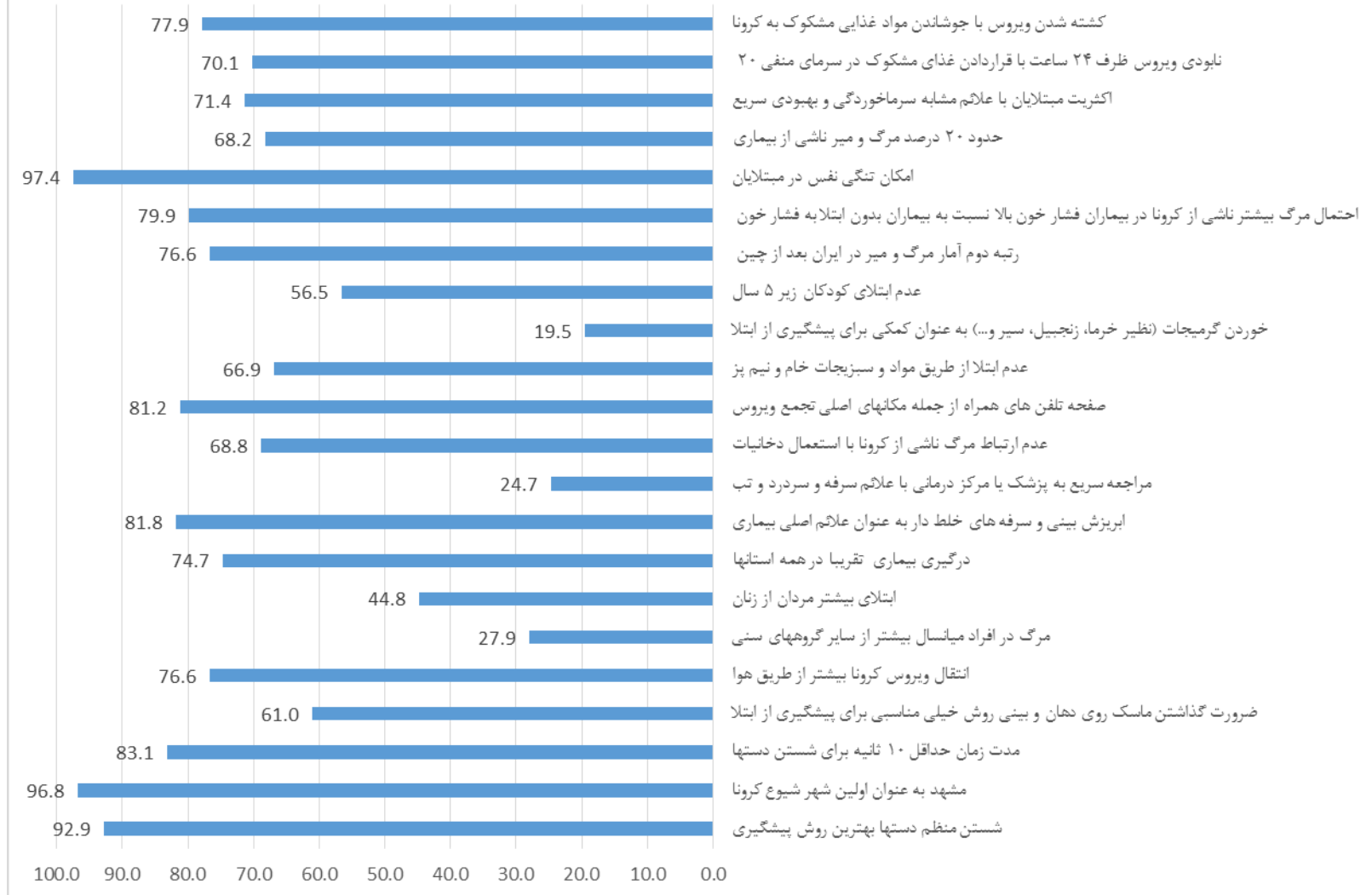
## مازندران



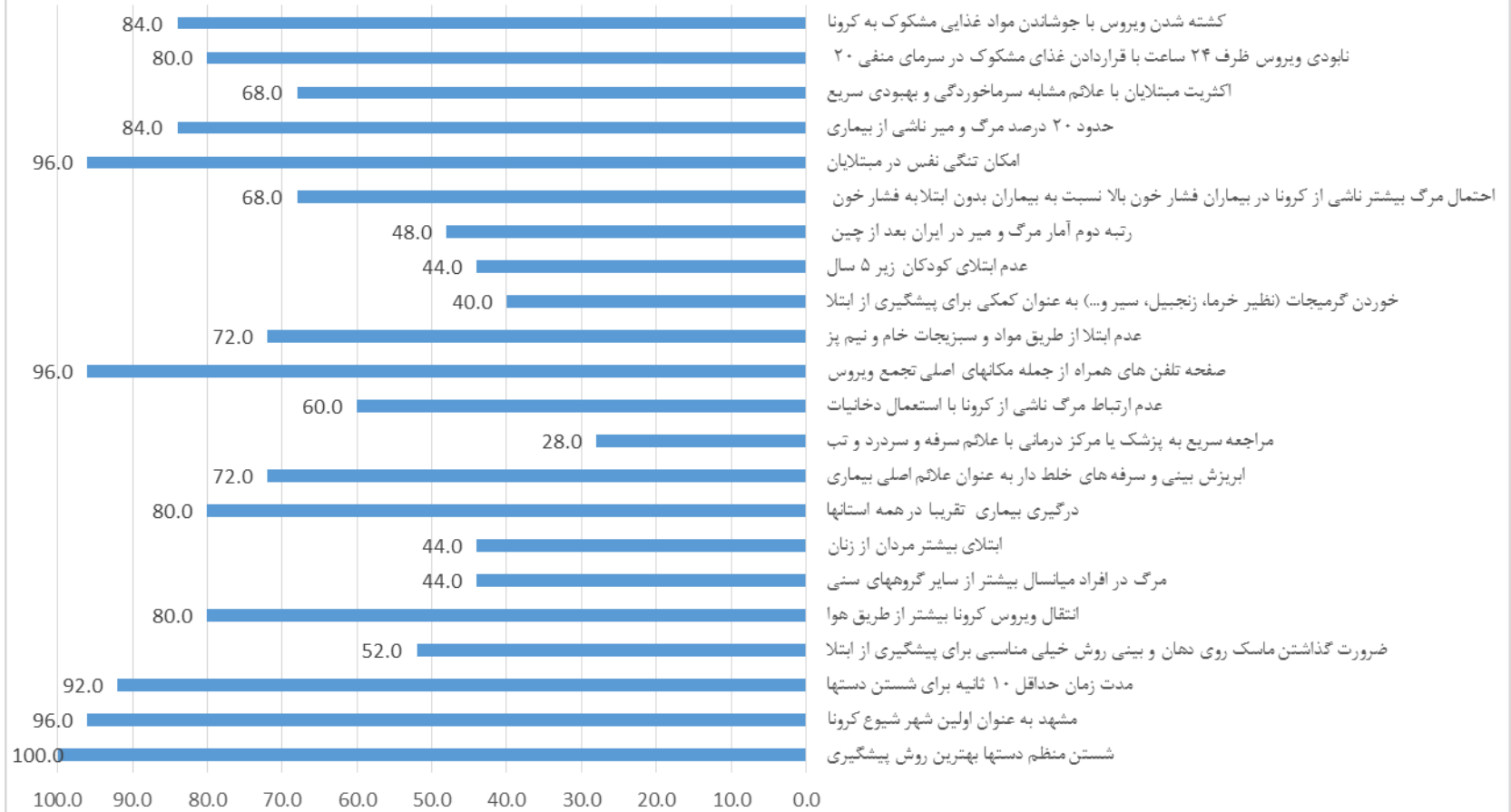
## مرکزی



## هرمزگان



## همدان



## یزد

