QUALITATIVE RESEARCH

Evaluating Self-care Barriers in Prevention of Covid-19 According to Healthcare Experts and Laypersons: A Mixed Study

Mahmoud Keyvanara[1],
Nasrin Shaarbafchizadeh[2],
Majid Jangi[3],
Rahele Samouei[4]

[1] Professor, Social Determinants of Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
[2] Assistant Professor, Health Management and Economics Research Centre, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
[3] Assistant Professor, Health Information Technology Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
[4] PhD in Health Management in Disaster, Health Management and Economics Research Centre, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

(Received April 13, 2020 ; Accepted July 21, 2020)

Abstract

Background and purpose: The recent Coronavirus (SARS-CoV-2) has resulted in a sudden outbreak which has significantly affected various aspects of daily lives. This study was carried out to determine self-care barriers in prevention of Covid-19 according to healthcare experts and laypersons.

Materials and methods: A qualitative-quantitative based cross-sectional research was designed. To perform the qualitative phase, group discussion with faculty members and managers in Isfahan University of Medical Sciences and phone interviews with laypersons were carried out. Then, data extracted in this phase were used to design a 40-item questionnaire which was found to be reliable (Cronbach's Alpha: 0.90), to be completed by Iranian citizens in four days via social networks. In this survey, 1056 people participated. Data analysis was done in SPSS V21.

Results: Self-care barriers according to the qualitative phase of the study included social barriers, psychological barriers, religious barriers, political and management barriers, healthcare system barriers, and information barriers. Political and management barriers (mean score=78.87) and psychological barriers (belief, behavior, personality) (mean score=70.01) were found to be the major self-care barriers. The mean self-care score was 8.5 (in a scale of 0 to 10). The mean self-care scores were significantly higher in women (P<0.0001) and in people with higher levels of education (P=0.007). No significant difference was observed in mean self-care score based on marital status (P=0.61) and occupation (P=0.052).

Conclusion: Health care managers and policymakers could guide people towards more efficient self-care by planning to reduce and overcome barriers identified in this study.

Keywords: self care, prevention, quarantine, Covid-19

J Mazandaran Univ Med Sci 2020; 30 (189): 117-125 (Persian).

* **Corresponding Author: Rahele Samouei -** Health Management and Economics Research Centre, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (E-mail: samouei@mail.mui.ac.ir)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

پژوهشی کیفی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی ام شماره ۱۸۹ مهر سال ۱۳۹۹ (۱۲۵-۱۱۷)

شناسایی موانع خودمراقبتی برای پیشگیری از شیوع کووید-۱۹ از دیدگاه متخصصین سلامت و مردم: یک مطالعه ترکیبی

محمود کیوان آرا[۱]
نسرین شعربافچی زاده[۲]
مجید جنگی[۳]
راحله سموعی[۴]

چکیده

سابقه و هدف: ویروس کرونا شیوع غافلگیرانه و گسترده‌ای داشته و پیامدهای زیانبار آن در ابعاد مختلف زندگی مشهود است. این مطالعه باهدف شناسایی موانع خودمراقبتی برای پیشگیری از شیوع کووید ۱۹ از دیدگاه متخصصین سلامت و مردم انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش به‌صورت ترکیبی از مطالعه کیفی ومطالعه کمی از نوع مقطعی طراحی شد. در بخش کیفی این مطالعه، بحث گروهی متمرکز با اعضای هیات علمی و مدیران دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و مصاحبه غیرحضوری با مردم اجرا شد. سپس بر مبنای داده‌های استخراج‌شده از این مرحله، پرسشنامه ۴۰ سوالی با روایی و پایایی تایید شده (آلفای کرونباخ ۰/۹۰) طراحی شد. ۱۰۵۶ نفر از مردم ایران طی ۴ روز در شبکه‌های اجتماعی نظرسنجی شدند. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS 21 توصیف و تحلیل شدند.

یافته‌ها: طبق نتایج مرحله کیفی، موانع خودمراقبتی شامل ۶ طبقه اصلی موانع اجتماعی، موانع روانشناختی، موانع مذهبی، موانع سیاستی و مرتبط با حاکمیت، موانع مرتبط با نظام سلامت و موانع اطلاعاتی بودند. براساس نتایج نظرسنجی عوامل سیاستی مدیریتی (میانگین نمره=۷۸/۸۷) و سپس عوامل روان‌شناختی (باور، رفتار، شخصیت) (میانگین نمره=۷۰/۰۱)، مهم‌ترین موانع خودمراقبتی از دیدگاه مردم بود. میانگین نمره خودمراقبتی (نمره‌ای که افراد از ۱ تا ۱۰ به خودشان دادند) ۸/۵۰ بود. میانگین نمره خودمراقبتی در زنان (P<۰/۰۰۰۱) و در افراد با سطح تحصیلات بالاتر (P=۰/۰۰۷) به‌طور معنی‌داری بیش‌تر بود. بین میانگین نمره خودمراقبتی افراد به تفکیک وضعیت تاهل (P=۰/۶۱) و نوع شغل (P=۰/۰۵۲) تفاوت معنی‌دار نبود.

استنتاج: مدیران حوزه سلامت و سیاستگذاران می‌توانند با برنامه‌ریزی در خصوص موانع شناسایی‌شده در این مطالعه، مردم را برای خودمراقبتی بیش‌تر و مؤثرتر هدایت و همراهی کنند.

واژه های کلیدی: خودمراقبتی، پیشگیری، قرنطینه، کووید ۱۹

مقدمه

از اواخر دسامبر سال ۲۰۱۹، شیوع یک بیماری کرونا ویروس (coronavirus disease) جدید به نام کووید ۱۹ (COVID-19) در ووهان چین گزارش شد. در حال حاضر این بیماری با ۲ درصد میزان مرگ‌ومیر،

مولف مسئول: راحله سموعی- اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان E-mail: samouei@mail.mui.ac.ir
۱. استاد، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲. استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳. استادیار، انفورماتیک پزشکی، مرکز تحقیقات فناوری اطلاعات در امور سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۴. دکترای مدیریت سلامت در حوادث و بلایا، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۹/۱/۲۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات :۱۳۹۹/۱/۳۱ تاریخ تصویب : ۱۳۹۹/۴/۳۱

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

تمام کشورهای جهان را تحت تأثیر قرار داده است(۳-۱).

این بیماری ویژگی‌هایی دارد، از جمله قدرت انتقال سریع، افزایش شیوع در برهه زمانی کوتاه، دوره نهفتگی (incubation) گسترده به نحوی که زمان بین ابتلا به ویروس و شروع بیماری از ۲تا ۱۴ روز متغیر است؛ همچنین قابلیت ابتلای همه گروه‌ها به ویژه افرادی که ایمنی ضعیف دارند را دارا می‌باشد(۴).

سازمان بهداشت جهانی با افزایش شدید ابتلا و مرگ‌ومیر ویروس کرونا در کشورهای مختلف، وضعیت پاندمی و همه‌گیری جهانی را اعلام کرده است. بیماری تاکنون فشارهای روانی اجتماعی و اقتصادی زیادی علاوه بر مرگ و ناتوانی وارد کرده است(۵). موضوع ویروس کرونا، به کشور و منطقه‌ای خاص اختصاص ندارد. بیش‌تر کشورهای جهان به ویژه کشور ما ایران درگیر است و این درگیری در تمام ابعاد زندگی مردم به لحاظ جانی، روانی، اجتماعی و اقتصادی در مدت کوتاهی اثرات زیانباری گذاشته و فشارهای فراوانی را به مردم و دولت وارد کرده است. در این خصوص با توجه به ویژگی و ماهیت این بیماری، خودداری از حضور در تجمعات عمومی، مشارکت مردم در خودمراقبتی و همکاری‌های بین‌بخشی در حوزه سلامت بیش از پیش موردنیاز و توجه است(۸-۶). خودمراقبتی راهی در دسترس و کم هزینه برای پیشگیری و کنترل بیماری‌ها با توجه به ساختار فعلی جوامع و نظام‌های سلامت است و شامل مشارکت فعالانه بیمار در روند مراقبت از خود مانند مشاهده علائم، پیگیری پیشرفت درمان، بررسی عوارض جانبی و در مجموع پیگیری رفتارهای مرتبط با سلامت چه در افراد بیمار یا سالم است. با توجه به ویژگی و ماهیت بیماری COVID-19 که خطر انتقال آن با حضور افراد در تجمعات عمومی زیاد است، مشارکت مردم برای خودمراقبتی بیش از هر زمان دیگری اهمیت دارد و این موضوع به‌طور جدی مورد تاکید نظام سلامت می‌باشد. برخی مطالعات و منابع نیز لزوم خودمراقبتی مردم و خودداری از حضور در تجمعات عمومی را گزارش نموده‌اند. مطالعه‌ای حفظ سلامت و بهبود وضعیت روانی اجتماعی، مدیریت اقتصادی مناسب و در مجموع ایمن شدن جامعه در برابر ویروس را از پیامدهای خودمراقبتی معرفی کرد(۱۰-۶). از دیدگاه پژوهشگران فعلی، ملاحظات و دستورالعمل‌های معرفی و منتشرشده در خصوص پیشگیری از بیماری COVID-19 در حد مورد انتظار اجرا نمی‌شود. با توجه به فوریت و اهمیت موضوع، این مطالعه باهدف شناسایی موانع مشارکت مردم ایران در خودمراقبتی برای پیشگیری از شیوع کووید ۱۹ انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش به صورت ترکیبی از مطالعه کیفی و مطالعه کمی از نوع مقطعی طراحی شد. با توجه به این‌که اطلاعات و دانش کافی(۱۱) درباره موانع مشارکت مردم در خودمراقبتی برای پیشگیری از شیوع بیماری کووید ۱۹ مشاهده نشد، مرحله اول پژوهش با رویکرد کیفی و روش بحث‌گروهی متمرکز (focus group discussion) اجرا شد.

۱۱ نفر از اساتید و مدیران دانشگاه علوم پزشکی اصفهان برای شرکت درجلسه بحث گروهی دعوت شدند. مجری پژوهش به‌عنوان راهنما و تسهیل‌گر بحث انتخاب شد. در ابتدای جلسه توضیح مختصری در مورد اهداف مطالعه ارائه شد و ادامه بحث در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. جلسه، ۲ ساعت به طول انجامید. با رضایت مشارکت‌کنندگان، محتوای جلسه ثبت و ضبط گردید. همچنین نظرات مردم در خصوص وضعیت فعلی (فروردین ۹۹) شیوع ویروس کرونا و عدم حضور در اجتماعات، در مصاحبه‌های تلفنی هدفمند دریافت شد. سپس محتوای بحث گروهی و مصاحبه‌ها به روش تحلیل محتوا کدگذاری و طبقه‌بندی شدند. بر اساس داده‌های این بخش، نسخه اولیه پرسشنامه طراحی شد. لازم به ذکر است به‌دلیل زیربنای مشابه دو عامل سیاستی مدیریتی با عامل نظام سلامت، این عوامل در طراحی پرسشنامه که پاسخگوی آن عموم مردم بودند، به طور

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

مشترک یک عامل در نظر گرفته شد و ۶ عامل بخش کیفی به ۵ عامل در بخش نظرسنجی کاهش یافت.

با توجه به فوریت زمانی اجرای موضوع پژوهش، روایی صوری و محتوایی پرسشنامه توسط سه نفر از اساتید بررسی شد و نظرات اصلاحی اعمال گردید. پرسشنامه نهایی ۴۰ گویه دارای گزینه‌های پاسخ با معیار لیکرت پنج‌گانه شامل اصلا تا خیلی زیاد به ترتیب با نمره‌گذاری ۰ تا ۴ داشت. عامل اجتماعی ۹ سوال، عامل روان‌شناختی ۷ سوال، عامل سیاستی مدیریتی ۵ سوال، عامل مذهبی ۱۲ سوال و عامل اطلاعاتی ۷ سوال داشت. با توجه به این‌که نمرات خام، بر مبنای ۱۰۰، محاسبه شد طیف نمرات هر یک از مقیاس‌ها و کل پرسشنامه از ۰ تا ۱۰۰ و با قابلیت مقایسه یکسان بود. در پایان پرسشنامه، در سوال مستقلی نظر پاسخگویان درباره میزان خودمراقبتی که داشتند از۱ تا ۱۰ پرسش شد.

پایایی پرسشنامه با پاسخگویی ۲۰ نفر از افراد جامعه و با انتخاب روش همسانی درونی بررسی شد. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شد که مطلوب بود. برای اجرای مرحله مطالعه کمی، با توجه به عدم امکان اجرای حضوری، از طریق گروه‌های شناخته‌شده بزرگسالان بالای ۱۸ سال با حداقل سواد خواندن و نوشتن از سراسر ایران برای شرکت در این نظرسنجی دعوت شدند. در مدت ۴ روز تعداد ۱۰۵۶ پرسشنامه تکمیل و دریافت شد. توصیف و تحلیل آماری داده‌ها با Student's t-test و Analysis of Variance در نرم‌افزار SPSS 21 انجام شد.

یافته‌ها

پیرو تحلیل محتوای بحث گروهی متمرکز و مصاحبه‌های مردمی ۳۰۷ کد غیرتکراری، ۳۲ طبقه فرعی، ۶ طبقه اصلی و ۳ مفهوم در خصوص عوامل مرتبط با موانع مشارکت مردم در خودمراقبتی برای پیشگیری از شیوع کووید ۱۹ مشخص شد (جدول شماره ۱).

شش طبقه اصلی موانع شامل موانع اجتماعی- اقتصادی، موانع روان‌شناختی، موانع مذهبی، موانع سیاستی و مرتبط با حاکمیت، موانع مرتبط با نظام سلامت و موانع اطلاعاتی بود. در ادامه، نمونه روایت‌هایی از متخصصان شرکت‌کننده در بحث گروهی ارائه‌شده است. روایت مرتبط با موانع اجتماعی- اقتصادی، «در نظر بگیرید برای رعایت خودمراقبتی یک سری مشاغل به لحاظ اقتصادی دچار مشکل میشن یعنی این‌که اون نانوا می‌خواد بیاد در مغازه نانواییش به خاطر این‌که اگر نیاد پول در نمیاره، مسافرکش باید بیاد تو خیابون به خاطر این‌که شب پول نداره خب برا این‌که اینا نیان از خونه‌هاشون بیرون باید خیالش راحت شه می‌تونه شام شبشون رو تهیه کنه.»

روایت مرتبط با موانع روان‌شناختی، «شعاری که میگن در خانه بمانیم رو با این پیش‌فرض قبول کنیم که طرف معذوریت اقتصادی نداره و دستش به دهنش می‌رسه نکته مهم این هستش که مردم بتونن تو خونه تاب‌آوری و سازش داشته باشن باهم دیگه، آدم چند روز میتونه تو خونه دووم بیاره با همسرش با بچه‌هاش دعواش نشه، آدما چقدر برا این سازگاری‌ها و حل مشکلات آموزش دیدند.»

روایت مرتبط با موانع مذهبی، «مبلغان دینی که می‌خوان در مورد بحران با مردم صحبت کنند حتما باید آموزش ویژه دیده باشن مردم را در خوف و رجا قرار ندهند، احساس گناه به جماعت وارد نکنند، وقتی تو شرایط همه‌گیری گفته می‌شه فعلا نماز جماعت یا اماکن مقدس نرید فقط برای حفظ سلامتیه و منافاتی با اعتقادات نداره.»

روایت مرتبط با موانع سیاستی و مرتبط با حاکمیت، «... اولین کیس کرونا تو یک کشوری پیدا میشه سریع دستورالعمل میاد مدرسه تعطیل، دانشگاه تعطیل، اجتماعات بالای ۵ هزارتا تعطیل. یعنی چی، یعنی کشور دستورالعمل داره اگر که میگه ۵ هزارتا اینو از یک دستورالعمل برداشته سیستم ما اصلا دستورالعمل نداره تا چند هفته نمی‌دونیم چکار کنیم. اول مدارس رو تعطیل نکردیم. دو روز دانشگاه‌ها رو تعطیل کردیم بعد ببینیم آخر وقت چه تصمیمی گرفته بشه. افراد مدت‌ها بلاتکلیف بودن بالاخره دانشگاه تعطیل میشه. تو این شلوغی اولویت را ول کردیم ترسیدیم که آموزش ما لطمه بخوره ....»

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

جدول شماره ۱: موانع خودمراقبتی جامعه برای پیشگیری از شیوع کووید ۱۹ از دیدگاه صاحب‌نظران و مردم

مفهوم	طبقه اصلی	طبقه فرعی	دو نمونه از کدها
موانع اجتماعی فرهنگی	موانع اجتماعی - اقتصادی	مشکلات و نگرانی‌های اقتصادی معیشتی مردم	تضاد خودمراقبتی با تامین مالی، نداشتن توانایی برای هزینه کرد سلامتی
		کمرنگ شدن سرمایه اجتماعی و تضعیف ارتباطات اجتماعی	عدم توجه به حقوق اجتماعی یکدیگر، مسئولیت اجتماعی را وظیفه دیگران دانستن
		بی‌عدالتی و عدم امنیت اجتماعی	احساس فاصله بین خود و افراد توانمند، تبعیض در دریافت خدمت درمانی و تشخیصی
		پایبندی مردم به آداب و رسوم و اصرار بر انجام امور روزمره زندگی	اعتقاد افراد به خرید شب عید، تاکید بر صله‌رحم و دید و بازدید
		وقاداری به باورهای نادرست	تصور این که مرگ مال همسایه است، باورهای غلطی چون مرد باید بیرون باشد
		تاب آوری و انعطاف‌پذیری اجتماعی کمتر	عدم توانایی مردم در سرگرم نگه‌داشتن خود، لزوم رعایت درصد زیادی مردم نه تعداد محدودی
		استفاده نامناسب یا شخصی از اطلاعات و اخبار	دسترسی بیش از حد مردم به منابع اطلاعاتی متنوع، کاهش باورهای سلامت مدارانه مردم به دلیل دریافت‌های متناقض
		ضعف در ارتباطات مجازی و زیرساخت‌های اجتماعی فاور	لزوم فرهنگ‌سازی خرید اینترنتی، عدم طراحی شبکه اجتماعی جامع و همگانی
	موانع روان‌شناختی	آگاهی و دانش (ناکافی یا نادرست)	عدم آموزش مدیریت استرس، ضعف در مدیریت هیجانات منفی
		باورها و نگرش‌های فردی	عدم باور به آسیب‌پذیر بودن به دلیل گذراندن بحران‌های قبلی، عدم باور به بیماری به دلیل ندیدن فرد مبتلا از نزدیک
		ویژگی‌های شخصیتی و رفتاری افراد	خودخواهی، بی‌احتیاطی، ناتوانی در همدلی با دیگران
		ویژگی‌های هیجانی و روانی افراد	هیجانی رفتار کردن تا عقلانی، کلافه شدن افراد از همدیگر در خانه
	موانع مذهبی	انتشار اطلاعات نادرست مذهبی یا سوءتعبیر در حوزه مذهب	توسل غلط به یائات الهه و تحریک مردم به تجمع در مراکز مذهبی، ناآگاهی برخی واعظان دینی
		استفاده غیرمسئولانه از مذهب	استفاده ابزاری از دین در مواقع بحران، صدقه حلال مشکلات، نصیب و قسمت
		عدم نظارت بر محتوای مذهبی ارائه‌شده و عدم پیگیری انتشاردهندگان	عدم وجود نظام یکپارچه جهت نظارت بر محتوای مذهبی مورد ارائه، عدم تلاش برای اصلاح توصیه‌های مذهبی غلط
		تعامل ضعیف مذهب و علم	فاصله زیاد بین روحانیون و جامعه پزشکی، مغایرت برخی توصیه‌های علمی درباره این بیماری با رهنمودهای دینی
موانع برنامه‌ریزی و اجرایی	موانع سیاستی و مرتبط با حاکمیت	بی‌اعتمادی و عدم همکاری مردم با دولت	تشدید بی‌اعتمادی در بحران، عدم اعتماد به اطلاع‌رسانی‌های منابع رسمی کشور
		ضعف عملکردی و مدیریتی	تاخیر در اقدام، عدم طرح و نقشه مشخص دولت برای حمایت از مردم، عدم وجود منبع مرجع و مقبول برای آموزش‌های عمومی
		عدم یکپارچگی و وحدت رویه در دولت	تفاوت بین تصمیم برای کارکنان دولت و مشاغل آزاد، همخوان نبودن برنامه برخی دستگاه‌های دولتی با ستاد کرونا
		بی‌توجهی دولت به راهکارهای بازاریابی اجتماعی و برنامه‌های آینده نگارانه	لزوم تبلیغ انبوه درباره رعایت بسیاری از مردم، لزوم برگزاری ماتور و برطرف کردن مشکلات
		نیاز مردم به حمایت و پشتیبانی‌های دولت	لزوم ارائه یارانه به مردم، عدم تامین اقلام بهداشتی مردم
		انتظار شفاف و واضح بودن نهادهای دولتی با مردم	نیاز به حکم حکومتی موکد، کوچک نمایی و درشت‌نمایی بی‌دلیل
		تضاد منافع درون دولت	تضعیف فرمانده بحران توسط برخی مدیران، عمومی گفتن ایرادات و انتقادات خصوصی مسئولان به هم
		تضاد منافع با سیاست‌های خارجی	عدم برخورداری از حمایت سایر کشورها، نادیده گرفتن تجربه کشورها
		فرایند ناکارآمد انتشار اطلاعات توسط دولت	عادی جلوه دادن موضوع توسط صدا سیما در زمان اولیه اعلام رسمی کرونا، اطمینان دادن‌های نادرست صداوسیما برای مصونیت عده‌ای خاص
	موانع مرتبط با نظام سلامت	فقدان تجربه نظام سلامت و نداشتن پیشینه علمی درباره بیماری	غافلگیری کادر درمان درباره ویروس، استفاده کمتر از فکت های علمی قبلا اثبات‌شده
		نداشتن امکانات و زیرساخت مجهز برای مقابله با بیماری در نظام سلامت	تعداد بیماران بیش از ظرفیت نظام درمان، احساس در موضع ضعف قرارگرفتن سیستم بهداشت درمان ازنظر خدمت‌رسانی کافی
		اقدامات رفتاری بعضا ناهماهنگ کادر درمان در رابطه با بیماری	برخی بزرگ‌نمایی ناچیز نمایی بیماری توسط کادر درمان، درگیر شدن برخی پزشکان و داروخانه‌ها در احتکار امکانات بهداشتی
		امنیت پایین خدمت رسانان بهداشت و درمان	عدم دستیابی به نیازهای پایه‌ای سیستم درمانی، مبتلا شدن کادر درمان با وجود آگاهی و اطلاعات
موانع اطلاعاتی	موانع اطلاعاتی	نحوه و فرایند ارائه اطلاعات	اپیدمی اطلاعات در کشور، شایعه‌پراکنی
		ماهیت اطلاعات ارائه‌شده	ماهیت دشوار و پیچیده توصیه‌های ارائه‌شده، برخلاف معمول بودن برخی توصیه‌ها (دست ندادن)
		منابع ارائه اطلاعات	محدود کردن کانال‌های اطلاع‌رسانی، لزوم معرفی و فعالیت منابع اطلاع‌رسانی درست

روایت مرتبط با موانع مربوط به نظام سلامت، «اتفاقی که داره میافته مداخله افراد مختلف کارشناس و غیر کارشناس و بحث چند صدایی هست که مردم رو گیج میکنه. ازقضا پیشنهاد من کاهش مداخله است ... قرار نیست هرکسی تو کادر درمان و بیمارستان پیام بده، اونها درواقع با اصول پیام دادن یا ریسک در مدیریت بحران آشنا نیستند الان یکی از کادر درمان، چهار نفر جلوش مردن پیام احساساتی می‌ده ذهن مردم درگیر می‌شه.»

روایت مرتبط با موانع اطلاعاتی، «ما چند سال تو این کشور تبلیغ کردیم که از وسایل نقلیه جمعی استفاده کنید چند سال تبلیغ کردیم که آقا تو خونه نماز تنها نخونید بیاید نماز جماعت تو مسجد بخونید. توسل و حرم و برید زیارت برید الان داریم عکسش رو میگیم این خیلی مهمه ما نباید توقع داشته باشیم که الان عکس‌دارم میگم تمام اون آموزه‌های قبلی بره کنار تمام مقاومت افراد پاک بشه بعد من با یک جمله، با ده روز تبلیغ بتونم مقاومت افراد رو عوض کنم. ماهیت و نحوه اطلاع‌رسانی خیلی مهمه»

یافته‌های مطالعه کمی

۱۰۵۶ نفر پاسخگوی نظرسنجی بودند. طبق اعلام پاسخگویان ۸ نفر مبتلا به کرونا، ۳۱ نفر مشکوک و بقیه غیر مبتلا بوده‌اند. تعداد زنان پاسخگو ۵۶۵ نفر و مردان ۴۹۱ نفر بوده است. ۲۳۰ نفر مجرد و ۸۲۶ نفر متاهل بوده‌اند. پراکندگی جغرافیایی تعداد شرکت‌کنندگان شامل اصفهان ۶۶۹ نفر، تهران ۱۱۷ نفر، مشهد ۲۵ نفر، تبریز ۲۰ نفر، شیراز ۱۸ نفر و ۳۰ شهر و

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

استان دیگر ۲۰۷ نفر بود. طبق جدول شماره ۲، از دیدگاه شرکت‌کنندگان عوامل سیاستی مدیریتی (میانگین نمره ۷۸/۸۷) و سپس عوامل روان‌شناختی (باور، رفتار، شخصیت) (میانگین نمره ۷۰/۰۱) بیش‌ترین و عوامل مذهبی (میانگین نمره ۵۲/۸۸) کم‌ترین درجه اهمیت (شدت) از نظر موانع مشارکت مردم در خودمراقبتی را داشتند.

جدول شماره ۲: توصیف نمره‌های عوامل مرتبط با موانع رعایت خود مراقبتی پیشگیری از کووید ۱۹ در ۱۰۵۶ نفر از مردم ایران

عوامل مرتبط با موانع خودمراقبتی	انحراف معیار±میانگین
عوامل اجتماعی	۶۷/۰۴±۱۵/۱
عوامل روان‌شناختی (باور، رفتار، شخصیت)	۷۰/۰۱±۱۷/۹
عوامل سیاستی مدیریتی	۷۸/۸۷±۱۸/۱
عوامل مذهبی	۵۲/۸۸±۲۹/۷
عوامل اطلاعاتی	۶۴/۶۶±۲۲/۳

از شرکت‌کنندگان در نظرسنجی پرسیده شد که از ۱ تا ۱۰، چه نمره‌ای برای انجام خودمراقبتی به خودشان می‌دهند. میانگین این نمره در کل افراد ۸/۵۰ ±۱/۳ بود. میانگین نمره خودمراقبتی، با تفاوت معنی‌دار آماری، در زنان بیش‌تر از مردان بود. میانگین این نمره در افراد مجرد و متاهل مشابه بود (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: توصیف و مقایسه میانگین نمره خودمراقبتی پیشگیری از کووید ۱۹ به تفکیک جنسیت و وضعیت تاهل

گروه‌بندی نمونه‌های مطالعه		انحراف معیار± میانگین	سطح معنی داری
جنسیت	زن (۵۶۵ نفر)	۸/۷۱±۱/۳	۰/۰۰۰۱
	مرد (۴۹۱ نفر)	۸/۲۵±۱/۳	
وضعیت تاهل	مجرد (۲۳۰ نفر)	۸/۵۴±۱/۲	۰/۶۱
	متاهل (۸۲۶ نفر)	۸/۴۹±۱/۴	

طبق نتایج ارائه‌شده در جدول شماره ۴، تفاوت آماری معنی‌دار بین گروه‌های مختلف متغیر سطح تحصیلات از نظر نمره خودمراقبتی وجود داشت؛ به طوری که با افزایش سطح تحصیلات، میانگین این نمره افزایش می‌یابد. گروه‌های مختلف شغلی از نظر نمره خودمراقبتی، مشابه یکدیگر بودند.

جدول شماره ۴: توصیف و مقایسه نمره خودمراقبتی پیشگیری از کووید ۱۹ به تفکیک سطح تحصیلات و نوع شغل

گروه‌بندی نمونه‌های مطالعه		انحراف معیار±میانگین	سطح معنی‌داری
سطح تحصیلات	زیر دیپلم (۳۰ نفر)	۷/۷۳±۱/۶	
	دیپلم (۱۲۹ نفر)	۸/۳۸±۱/۷	
	کاردانی (۶۴ نفر)	۸/۲۳±۱/۶	
	کارشناسی (۳۵۰ نفر)	۸/۵±۱/۳	۰/۰۰۷
	کارشناسی ارشد (۳۰۲ نفر)	۸/۶۲±۱/۲	
	دکترا (۱۸۱ نفر)	۸/۶±۱/۱	
نوع شغل	غیر شاغل (۸۹ نفر)	۸/۳۷±۱/۶	
	کارمند اداری (۲۳۴ نفر)	۸/۵۳±۱/۳	
	کارمند بخش خصوصی (۱۳۶ نفر)	۸/۱۸±۱/۴	
	کارمند بیمارستان (۷۳ نفر)	۸/۵۱±۱/۲	
	استاد دانشگاه (۱۲۴ نفر)	۸/۶۶±۱/۱	۰/۰۵۲
	معلم (۷۱ نفر)	۸/۷۶±۱/۴	
	دانشجو (۶۰ نفر)	۸/۵۳±۱/۲	
	خانه‌دار (۹۵ نفر)	۸/۷۱±۱/۴	
	سایر (۱۷۴ نفر)	۸/۴۲±۱/۴	

بحث

طبق یافته‌های این مطالعه، شش مانع مشارکت مردم در خودمراقبتی برای پیشگیری از شیوع کووید ۱۹ شناسایی شد. از بین موانع، بیش‌ترین میانگین نمره به عوامل سیاستی مدیریتی مربوط بود. تاخیر در اقدام به‌موقع و تصمیم‌گیری متناقض مسئولان، عدم یکپارچگی و وحدت رویه مسئولان، عدم اقدام طبق دستورالعمل‌های استاندارد، ناچیز انگاری اولیه بیماری و برخی موارد مشابه از جمله این عوامل هستند.

Webster و همکاران و همچنین بیانی در مطالعات مروری مستقل، گزارش کردند که اعتماد به دولت و مسئولان بر ماندن در قرنطینه تاثیرگذار بوده است.

Bish و Michie در مطالعه مروری با هدف معرفی تعیین‌کننده‌های جمعیت شناختی و نگرشی رفتارهای محافظتی در طول پاندمی، به کاهش چشمگیر اعتماد اجتماعی مردم نسبت به حاکمیت طی سه دهه اخیر اشاره داشته‌اند که موجب افول سرمایه اجتماعی گردیده است(۱۴-۱۲). به نظر می‌رسد عدم آمادگی لازم مسئولان برای مدیریت بحران در شرایط اپیدمی و پاندمی در کشور، موجب نارضایتی و اعتماد کم‌تر مردم و درنتیجه مشارکت کم‌تر در خودمراقبتی شده است. عوامل روان‌شناختی ازجمله عدم آموزش مدیریت استرس و

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

مقابله با بحران، مهارت سازگاری ضعیف، ناتوانی در همدلی با دیگران و غیره، رتبه دوم موانع را به خود اختصاص داد.

Webster و همکاران، بیانی و همچنین رحمانی در سه مطالعه مروری جداگانه اعلام کردند، وضعیت خودمراقبتی در پاندمی، با سطح آگاهی‌های عمومی و دانش، اعتقاد به رعایت کردن، درک خطر بیماری و درک منافع ناشی از قرنطینه و اعتماد به کارکنان بخش بهداشت و درمان در ارتباط است(۱۵،۱۳،۱۲). به‌نظر می‌رسد توانایی تصمیم‌گیری، حل مشکل و همکاری‌های فردی در بحران، با ویژگی‌های روان‌شناختی و ابعاد شناختی رفتاری و شخصیتی افراد مرتبط است. رتبه سوم موانع مربوط به عوامل اجتماعی اقتصادی ازجمله عدم تامین نیازهای مردم، روزمزد بودن، مورد بی‌عدالتی قرار گرفتن و غیره است.

رحمانی در مطالعه مروری با هدف تعیین دلایل سفر مردم در بحران کرونا چنین گزارش کرد که برخی افراد به دلیل الزامات معیشتی و تامین هزینه‌های زندگی، نه امکان در خانه ماندن داشتند و نه توان خریداری مواد ضدعفونی‌کننده برای محافظت از خود.

Webster و همکاران و همچنین Pearce در مطالعات مروری مستقل، ترس افراد برای از دست دادن شغل و درآمد و احتمال تمام شدن مایحتاج زندگی را از جمله دلایل عدم قرنطینه معرفی کردند(۱۶،۱۵،۱۲). به‌نظر می‌رسد نگرانی‌های اقتصادی مردم و در مواردی برخورداری از مشاغلی که نمی‌توانند تعطیل باشند مثل مشاغلی که با نیازهای حیاتی یا روزمره مردم در ارتباط هستند یا پایبندی به برخی سنت‌ها و باورها نقش بیش‌تری در عدم مشارکت داشته است.

رتبه چهارم موانع، به عوامل اطلاعاتی اختصاص داشت. در این زمینه مواردی چون بمباران اطلاعاتی، عدم امکان تشخیص اطلاعات درست از نادرست و غیره قابل توجه است.

Bish و Michie در مطالعه مروری با هدف معرفی تعیین‌کننده‌های جمعیت شناختی و نگرشی رفتارهای محافظتی در طول پاندمی، به نقش شبکه‌های اجتماعی در ایجاد ترس و وحشت در مردم و لزوم ارائه آمار دقیق و ابعاد حقیقی بحران به مردم اشاره کردند(۱۴). در مجموع عدم توانایی مردم در تشخیص منابع اطلاع‌رسانی معتبر و کم اعتماد شدن نسبت به منابع رسمی یا تخصصی، موجب سردرگمی بیش‌تر آن‌ها و کم توجهی به مراقبت کردن شده است.

آخرین رتبه موانع به عوامل معنوی اختصاص داشته است. استفاده ابزاری از دین در مواقع بحران، عدم وجود نظام یکپارچه جهت نظارت بر محتوای مذهبی مورد ارائه و غیره برخی از این عوامل بودند.

به نظر می‌رسد با وجود ارائه برخی تعابیر نادرست از تعالیم دینی که گاهی مغایر با دستورات بهداشتی پاندمی کووید ۱۹ نیز بود، به دلیل آموزه‌های دینی قبلی، مردم چالش زیادی در این حوزه گزارش نکردند.

یافته دیگر این مطالعه نشان داد که میانگین نمره خودمراقبتی حاصل خود ارزیابی و گزارش شرکت کنندگان نسبتا مناسب بوده است. زنان و افراد دارای تحصیلات بیش‌تر، نمره خودمراقبتی بیش‌تری کسب کردند ولی خودمراقبتی برحسب وضعیت تاهل و نوع شغل متفاوت نبوده است. بیانی در مطالعه‌ای، مسئولیت‌ها در شرایط فعلی مقابله با ویروس کرونا را بررسی کرد و نشان داد که زنان و افراد دارای تحصیلات بیش‌تر، رفتار حفاظتی و سازگاری بیش‌تری در پاندمی داشته‌اند(۱۳). به نظر می‌رسد زنان بیش‌تر مسئولیت مراقبت از خانواده را پذیرا باشند و هشدارهای مراقبتی را بیش‌تر دنبال می‌کنند. میزان تحصیلات نیز اصولا از دو جنبه دسترسی بیش‌تر افراد تحصیل‌کرده به یافته‌های مبتنی بر شواهد و احتمال برخورداری بیش‌تر از تعاملات اجتماعی معتبر، رفتارهای مراقبتی را می‌تواند افزایش دهد. در مطالعه حاضر، نظرسنجی در محیط شبکه‌های اجتماعی انجام شد؛ بنابراین احتمال شرکت در نظرسنجی برای افرادی که امکانات و دسترسی بهتری به این شبکه‌ها را داشته‌اند بیش‌تر بود و بایستی در تعمیم نتایج احتیاط کرد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

برای مقابله با بحران، لازم است از طریق مدیریت واحد و یکپارچه اقدام شود تا اطلاع‌رسانی‌ها و اعلام‌ها، شفاف و هماهنگ باشد و مردم با اعتماد و امنیت، به هشدارها توجه کنند. ضمن این‌که برای تصمیمات مهم همگانی، از پروتکل‌های استاندارد و متناسب با شرایط بحران و جامعه استفاده شود. به عنوان نمونه برای بزرگ‌ترین نگرانی مردم که مشکلات معیشتی است برنامه‌ریزی شود. مردم نیز برای برخورداری از رفتار اجتماع محور، نوع‌دوستانه و خیرخواهانه بایستی تحت آموزش‌های لازم و سیاست‌های تشویقی قرار گیرند تا زمینه مقابله مفیدتر با شرایط بحرانی فراهم شود.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل طرح مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به شماره ۱۹۹۰۰۱ و کد اخلاق IR.MUI.MED.REC.1399.005 می‌باشد. پژوهشگران از کلیه اساتید و صاحب‌نظران ازجمله آقایان دکتر علیرضا جباری، دکتر احمدرضا رئیسی، دکتر مسعود فردوسی، دکتر مصطفی امینی، دکتر امراله ابراهیمی، دکتر کمال حیدری، دکتر سعید خزاعی، آقای ابراهیم زارعی، خانم‌ها دکتر پریوش شکرچی زاده، دکتر گلرخ عتیقه‌چیان، دکتر فریماه رحیمی و تمامی هم‌وطنان عزیز که با مشارکت در مطالعه، امکان دستیابی به یافته‌ها و برنامه‌ریزی‌های آینده را موجب شدند قدردانی می‌نمایند.

References

1. Wu F, Zhao S, Yu B, Chen YM, Wang W, Song ZG, et al. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. Nature 2020; 579(7798): 265-269.
2. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. The Lancet 2020; 395(10223): 497-506.
3. Chan JF, Yuan S, Kok KH, To KK, Chu H, Yang J, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. The Lancet 2020; 395(10223): 514-523.
4. Tavakoli A, Vahdat K, Keshavarz M. Novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): An Emerging Infectious Disease in the 21st Century. Iran South Med J 2020; 22(6): 432-450 (Persian).
5. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID, 19-18 September 2020 Available from: https://www.who.int/health-topics/coronavirus
6. Cascella M, Rajnik M, Cuomo A, Dulebohn SC, Di Napoli R. Features, Evaluation and Treatment Coronavirus(COVID-19). InStatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2020.
7. Health Education Unit of West Tehran Health Center. Self-care is the most important way to prevent a new corona virus. February 2020, https://whc.iums.ac.ir/files/whc/files/%DA%A9%D8%B1%D9%88%D9%86%D8%A798-11-21/%D8%A2%D9%86%DA%86%D9%87_%D8%AF%D8%B1_%D9%85%D9%88%D8%B1%D8%AF_%DA%A9%D9%88%D8%B1%D9%88%D9%86%D8%A7_%D9%88%DB%8C%D8%B1%D9%88%D8%B3_%D8%AC%D8%AF%DB%8C%D8%AF.pdf
8. Ayazi MH. Socialization of Health; A New Approach to Securing People's Participation. Iranian Students News Agency. 2018 News Code: 97070402666. Available from: https://www.isna.ir/news/97070402666/. (Persian).
9. Rahimi A, Salehi SH, Afrasiabifar A. The Effect of Orem's Self-Care Model on Quality

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

Of Life of Patients with Hypothyroid Goiter. Armaghan Danesh 2012; 17(5): 398-406 (Persian).

10. Royani Z, Rayyani M, Vatanparast M, Mahdavifar M, Goleij J. The relationship between self-care and self-efficacy with empowerment in patients undergoing hemodialysis. Mil Car Sci 2015; 1(2): 116-122 (Persian).
11. Streubert Speziale HY, Rinaldi C. Qualitative research in nursing: Advancing the humanitic imperative. 4th ed, Philadelphia. Lippincont Williams and Wilkins. 2007.
12. Webster RK, Brooks SK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Rubin GJ.How to improve adherence with quarantine: Rapid review of the evidence.Public Health 2020; 182: 163-169.
13. Bayani F. A look at the responsibilities of governance in the current situation of dealing with the Cavid 19 virus, a collection of studies by the Iranian society and the Corona crisis 1. Research Institute for Cultural and Social Studies, Ministry of Science, Research and Technology, 2020. Available from: https:// www.msrt.ir/fa/news/53863/%D8%AC%D8%B3%D8%AA%D8%A7%D8%B1%D9%87%D8%A7%DB%8C%DB%8C-%D8%AF%D8%B1-%D8%A7%D8%A8%D8%B9%D8%A7%D8%AF-%D9%81%D8%B1%D9%87%D9%86%DA%AF%DB%8C-%D9%88-%D8%A7%D8%AC%D8%AA%D9%85%D8%A7%D8%B9%DB%8C-%D8%A8%D8%AD%D8%B1%D8%A7%D9%86-%D9%88%DB%8C%D8%B1%D9%88%D8%B3-%DA%A9%D8%B1%D9%88%D9%86%D8%A7-%D8%AF%D8%B1-%D8%A7%DB%8C%D8%B1%D8%A7%D9%86
14. Bish A, Michie S. Demographic and attitudinal determinants of protective behaviours during a pandemic: a review. Br J Health Psychol 2010; 15(pt 4): 797-824.
15. Rahmani J. Cornish trips; why do people travel? Collection of researches of Iranian society and Corona crisis 1.Research Institute of Cultural and Social Studies of the Ministry of Science, Research and Technology 2020 (Persian).
16. Pearce M. Quarantine management and compliance monitoring solutions.Gevity Group Head Office 2014.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]