فصلنامه اقتصاد فضا و توسعه روستایی، سال نهم، شماره سوم (پیاپی ۳۳)، پاییز ۱۳۹۹
شاپای چاپی ۲۱۳۱-۲۳۲۲ شاپای الکترونیکی ۴۷۶X- ۲۵۸۸
http://serd.khu.ac.ir
صفحات ۲۴-۱

تحلیل رفتارهای پیشگیرانه در مقابله با ویروس کرونا
مورد: نواحی روستایی شهرستان دشتستان

مریم تاجری مقدم؛ دکتری توسعه کشاورزی،گروه ترویج و توسعه روستایی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
طاهره زبیدی؛ دانشجوی دکتری، گروه ترویج، ارتباطات و توسعه روستایی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران.
مسعود یزدان‌پناه *؛ دانشیار ترویج و آموزش کشاورزی، دانشگاه علوم کشاورزی و منابع طبیعی خوزستان، اهواز، ایران.

دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۱/۱۸ پذیرش نهایی: ۱۳۹۹/۰۴/۲۷

چکیده

ویروس کووید ۱۹ در سال ۱۳۹۸(۲۰۲۰) به یک تهدید همه‌گیر جهانی تبدیل شده است. تأثیر اقتصادی و اجتماعی این تهدید به سرعت در مناطق روستایی گسترش یافته است. بنا بر شواهد، این تأثیر به صورت طولانی مدت بوده و دارای اثرات مستقیم و غیرمستقیم در نواحی روستایی است، رفتارهای پیشگیرانه مردم و سیاست‌های دولت در کنترل انتقال ویروس بویژه در نواحی روستایی، کلید اصلی مهار این بیماری همه‌گیر، و به عنوان یک اقدام پیشگیرانه است، پژوهش حاضر با هدف تحلیل رفتارهای پیشگیرانه جهت مقابله با ویروس کرونا به عنوان رویکردی در حوزه سلامت و بهداشت روستایی انجام گرفت. این پژوهش از نوع پژوهش‌های توصیفی-همبستگی است که با استفاده از روش پیمایش آنلاین انجام شد. جامعه آماری مورد مطالعه، جوانان روستایی شهرستان دشتستان در استان بوشهر بودند که ۳۰۵ نفر از آن‌ها به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود. روایی محتوایی پرسشنامه با نظر پانلی از کارشناسان و متخصصان در زمینه موضوع مورد پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. روایی سازه و پایایی ترکیبی آن نیز از طریق برآورد مدل اندازه‌گیری و پس از انجام اصلاحات لازم به دست آمد. نتایج نشان داد که رفتار پیشگیرانه جوانان روستایی در مقابله با ویروس کرونا به صورت مرحله‌ای و در سطح بالایی قرار داشت. همچنین دو متغیر منافع درک شده و راهنمای عمل بر نگرش جامعه روستایی، و نیز دو متغیر نگرش و هنجارهای ذهنی بر تمایل ساکنان روستاها و در نهایت تمایل، خودکارآمدی و راهنمای عمل بر رفتار پیشگیرانه جوانان روستایی در مقابله با ویروس کرونا اثرگذار بوده است. براساس مدل یکپارچه تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده و مدل اعتقادات سلامت، متغیرهای تمایل، نگرش، منافع درک شده، راهنمای عمل، هنجار ذهنی و خودکارآمدی در مجموع قادرند ۶۶ درصد از تغییرات رفتار پیشگیرانه جوانان روستایی را تبیین کنند. نتایج این مطالعه نه تنها شواهد تجربی بیشتری را برای رفتار پیشگیرانه جوانان روستایی در مقابله با ویروس کرونا ارائه می‌دهد، اطلاعاتی برای تدوین سیاست‌ها و دستورالعمل‌های وزارت بهداشت برای پیشگیری و جلوگیری از شیوع بیشتر این بیماری در روستاها ارائه کرده است.

واژگان کلیدی: کرونا، نواحی روستایی، سلامت روستایی، بهداشت روستایی، پیشگیری، شهرستان دشتستان.

* yazdanm@asnrukh.ac.ir

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-10-09]

[DOR: 20.1001.1.23222131.1399.9.33.1.8]

۱) مقدمه

بیماری‌های واگیردار همیشه در تاریخ بشر وجود داشته‌اند، اما با گذشت زمان، بیماری‌های واگیردار جدیدی ظاهر شده است که به سرعت در حال پیشرفت هستند. این بیماری‌ها به عنوان بیماری‌های نوظهور شناخته شده‌اند (Mphande, 2016: 4) و تأثیر قابل توجهی در سلامت جهانی ایجاد کرده‌اند و از دلایل عمده مرگ، ناتوانی و مشکلات اجتماعی و اقتصادی میلیون‌ها نفر هستند. در کشورهای در حال توسعه نیز، بیماری‌های واگیردار منجر به مرگ و میر و مشکلات زیادی شده‌اند. اکثر افرادی که از این بیماری‌ها آسیب دیده‌اند در مناطق روستایی با منابع بسیار کم و خدمات محدود زندگی می‌کنند؛ این افراد به دلیل بافت اقتصادی و اجتماعی محل زندگی و وضعیت معیشت آن‌ها در معرض خطرات زیاد ناشی از این بیماری‌ها قرار دارند (Morens et al., 2010: 242).

یکی از بیماری‌های واگیردار نوظهور در چندماه اخیر، بیماری کروناویروس ۲۰۱۹ یا کووید ۱۹[1] است. برای اولین بار در اواخر دسامبر سال ۲۰۱۹، مواردی از ذات‌الریه یا پنومونی[2] در شهر ووهان چین به سازمان بهداشت جهانی[3] گزارش شد. علت بیماری ناشناخته بود و واکسن‌ها و درمان‌های موجود هم مؤثر نبودند (Zhu et al., 2019: 727). این بیماری بسیار سریع گسترش پیدا نمود به طوری که سازمان بهداشت جهانی در ۱۲ ژانویه سال ۲۰۲۰ تأیید کرد که کروناویروس جدید علت بیماری تنفسی گروهی از مردم در شهر ووهان چین است (Reynolds, 2020: 1). در ۳۰ ژانویه ۲۰۲۰، سازمان بهداشت جهانی با انتشار بیانیه‌ای، شیوع کروناویروس جدید را یک وضعیت اضطراری بهداشت عمومی با نگرانی بین‌المللی[4] اعلام کرد که تهدیدی برای تمام جهان، و نه فقط چین، به‌شمار می‌رود. باتوجه به ماهیت واگیرداری و گسترش سریع آن در مناطق مختلف جهان، در ۱۱ مارس سال ۲۰۲۰، سازمان جهانی بهداشت شیوع بیماری کروناویروس ۲۰۱۹ یا کووید ۱۹ را دنیاگیری[5] اعلام کرد (WHO, 2020: 1). علائم این بیماری شامل اختلالات حاد تنفسی مانند تب، سرفه خشک و تنگی نفس است. سایر علائم شایع این بیماری عبارتند از خستگی، دردهای عضلانی و مفاصل، اسهال، کاهش اشتها و در برخی موارد کاهش حس بویایی و چشایی گزارش شده است (Huang et al., 2020a: 498; WHO, 2020: 1). در افرادی با نقص دستگاه ایمنی و افراد مسن این علائم می‌تواند شدیدتر شده و منجر به سینه‌پهلو، برونشیت، نارسایی کلیه و حتی مرگ شود (Wang et al., 2020: 569). متوسط دوره کمون یا نهفتگی این بیماری معمولاً بین ۵ تا ۶ روز است اما ممکن است بین ۲ تا ۱۴ روز هم باشد. این بیماری معمولاً از طریق قطرات تنفسی افراد مبتلا وقتی سرفه یا عطسه می‌کنند و تماس فرد به فرد به سایر افراد سرایت می‌کند (Perlman, 2020: 760).

ویروس کرونا همچنان به سرعت در سرتاسر جهان در حال شیوع است. همه‌گیری کروناویروس در ایران به صورت رسمی در ۱۸ فوریه ۲۰۲۰ تأیید شد. در ۱۹ فوریه ۲۰۲۰ روابط عمومی وزارت بهداشت

[1] COVID-19
[2] Pneumonia
[3] World Health Organization (WHO)
[4] Public Health Emergency of International Concern (PHEIC)
[5] Pandemic

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-10-09]
[DOR: 20.1001.1.23222131.1399.9.33.1.8]

اعلام کرد که نتایج آزمایش اولیه ۲ مورد از موارد مشکوک از نظر ابتلا به کروناویروس در قم، مثبت گزارش شده‌است. آمار مبتلایان به کرونا و فوت شدگان روز به روز افزایش می‌یافت. در ۱۹ مارس ۲۰۲۰ سخنگوی وزارت بهداشت اعلام کرد نرخ ابتلا، به ۵۰ نفر در هر ساعت رسیده و هر ۱۰ دقیقه یک ایرانی بر اثر ابتلا به کرونا می‌میرد (خبرگزاری تابناک، ۱۳۹۸: ۱). ایران در جایگاه یازدهم موارد گزارش شده کرونا بعد از ایتالیا و قبل از پاکستان قرار دارد. تعداد کل موارد تایید شده، بهبود یافته و فوت شده در ایران تا ۶ جولای ۲۰۲۰ به ترتیب ۲۴۰۴۳۸، ۲۰۱۳۳۰ و ۱۱۵۷۱ است (Worldometer, 2020: 1).

با انتشار کووید ۱۹ در ایران، عواقب گسترده‌ای برای سلامتی و معیشت مردم ایجاد شده است. شوک این بیماری برای ایران بسیار شدیدتر خواهد بود. زیرا علاوه بر آسیب‌های اقتصاد جهانی، اقتصاد ایران به دلیل وابستگی به نفت، تحریم‌های بین‌المللی، رشد منفی اقتصاد، تورم بالا و غیره آسیب‌های بیشتری را شاهد خواهد بود. به عبارت دیگر، اقتصاد ایران فشار دوگانه تحریم و تبعات ویروس کرونا را تجربه می‌کند. در چنین شرایطی، هزینه‌های تحمیل شده در اثر اپیدمی کرونا و همچنین کاهش تولید ناشی از آن، می‌تواند اقتصاد را با تورم‌های بالاتر و رشدهای اقتصادی پایین‌تر مواجه سازد. از بین رفتن برخی از مشاغل و یا کاهش شدید درآمد در برخی از بخش‌ها باعث کاهش رشد اقتصادی می‌شود (خبرگزاری تسنیم، ۱۳۹۹: ۱).

این بیماری فعالیت‌های روزمره زندگی را مختل کرده است و نه تنها دارای اثرات شدیدی بر سلامتی افراد است بلکه اوضاع اقتصادی، حمل و نقل و آموزش را هم تحت تأثیر قرار داده است (Baker et al., 2020: 5; WHO, 2020: 1). پایان این بیماری نامشخص است و هنوز هیچ دارویی یا واکسن ضدویروسی که برای درمان یا کاهش آسیب‌شناسی‌های مرتبط با کووید ۱۹ مؤثر باشد به‌طور رسمی تصویب نشده است (Abd El-Aziz and Stockand, 2020: 1). بنابراین تنها راه جلوگیری از شیوع این بیماری انجام دستورالعمل‌های سازمان جهانی بهداشت است. به عبارت دیگر اقدامات پیشگیرانه راه‌حل اصلی در درمان، مهار و کنترل بیماری کووید ۱۹ است. این اقدامات پیشگیرانه شامل قرنطینه خانگی، محدود کردن تجمعات و رفت و آمدها، محدود کردن حمل و نقل، فاصله‌گذاری فیزیکی و اجتماعی، جلوگیری از سفرهای غیرضروری و رعایت نکات بهداشت فردی (شستن مرتب دست‌ها و استفاده از ماسک هنگام رفتن به اماکن عمومی و شلوغ) است (Carico et al., 2020: 2).

با وجود اقدامات پیشگیرانه، اغلب مردم و بویژه افرادی که در مناطق پرخطر مانند مناطق روستایی زندگی می‌کنند، به شدت تحت تأثیر این بیماری قرار گرفته‌اند (Mphande, 2016: 5). در این دوران، معیشت روستاییان بیشترین آسیب را از ناحیه اختلال در بازاریابی و فروش محصولات کشاورزی و از دست رفتن گسترده شغل‌ها و درآمدهای کارگران غیررسمی شاهد بوده است. محصولاتی که بازارهای منطقه‌ای و ملی داشته‌اند و حتی محصولات برخوردار از بازارهای محلی، با کاهش فروش و قیمت مواجه شده‌اند. کاهش قیمت شیر، کاهش کشتار دام، فروش صنایع‌دستی و عدم دسترسی به نیروی کار نیز در این دوره قابل توجه بوده است. به عبارت دیگر، به‌دلیل اختلال در تأمین خدمات و نهاده‌های موردنیاز برای فعالیت‌های کسب‌وکار، به‌خصوص تهدید بازار فروش، آثار عمده‌ای در درآمد روستاییان و اقتصاد

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-10-09]
[DOR: 20.1001.1.23222131.1399.9.33.1.8]

روستا برجای گذاشته است (معاونت پژوهش‌های زیربنایی و امور تولیدی دفتر مطالعات زیربنایی مجلس شورای اسلامی، ۱۳۹۹: ۲). یکی از علل آسیب‌پذیری جوامع روستایی این است که اکثر روستاییان فاقد منابعی مانند آب تمیز، مدارس، مراکز بهداشتی و درمانی و امکانات حمل‌ونقل و ارتباطی هستند که به‌راحتی در مناطق شهری در دسترس است و کمبود این منابع این جمعیت را در معرض خطر گسترش بیماری‌ها قرار داده است (Hartley, 2004: 1675). به‌عبارت‌دیگر، مناطق روستایی بسیار کمتر آماده مقابله با تأثیر مستقیم و غیرمستقیم بحران کووید ۱۹ هستند. زیرا روستایی‌ها معمولاً با درآمد کم، فرصت‌های اقتصادی و آموزشی محدود و کمبود مراقبت‌های بهداشتی مواجه هستند (Jenkins et al., 2020: 1). جوانان روستایی به عنوان یکی از مهم‌ترین سرمایه‌های انسانی برای رسیدن به توسعه، بخش عظیمی از جمعیت و نیروی کار جامعه روستایی را تشکیل می‌دهند و به عنوان بازوی کار در بهبود وضعیت اقتصادی و اجتماعی خانواده‌های روستایی نقش ارزنده‌ای دارند و سرمایه‌هایی بالقوه در راستای دگرگونی روستاها از وضعیت نامطلوب موجود به وضعیت مطلوب تلقی می‌شوند. آن‌ها مولدان آینده برای تأمین مواد اولیه و فراورده‌های غذایی و صنعتی در جامعه هستند (مخت و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۱۶-۱۱۷؛ سواری ممبنی و همکاران، ۱۳۹۸: ۱۲۰). با این وجود، در میان جوامع روستایی، جوانان روستایی ازجمله آسیب‌پذیرترین گروه‌ها در زمان کووید ۱۹ هستند که در حال حاضر با نرخ‌های بالایی از بیکاری روبرو هستند. بیشتر این افراد درآمد خود را به صورت روزانه یا هفتگی بدست می‌آورند و دسترسی کمی و یا هیچ دسترسی به بیمه درمانی یا تأمین اجتماعی ندارند. این افراد هم از همه‌گیری کووید ۱۹ و هم از عواقب آن رنج می‌برند. آن‌ها معمولاً تصور می‌کنند که بیشتر مرگ‌ومیرها مربوط به افراد مسن و یا افرادی با بیماری‌های زمینه‌ای است (FAO, 2020: 1). بنابراین برای جلوگیری از تأثیرات اقتصادی و اجتماعی نامطلوب بیماری کووید ۱۹ بر جوامع روستایی، پیش‌بینی عوامل مؤثر بر رفتار پیشگیرانه جوانان روستایی لازم و ضروری به نظر می‌رسد.

با توجه به اینکه، یکی از مهم‌ترین عوامل گسترش کووید ۱۹، تصمیماتی است که افراد می‌گیرند که در فعالیت‌های روزمره‌شان، اقدامات پیشگیرانه مانند فاصله اجتماعی، قرنطینه خانگی و رعایت نکات بهداشتی را انجام بدهند یا ندهند (Kavookjian, 2020: 1) و با توجه به اهمیت عوامل روان‌شناختی و رفتاری انسان در مدیریت بیماری‌های همه‌گیر جهانی مانند کووید ۱۹، ارزیابی پاسخ‌های رفتاری و روانی به اوضاع و تعیین میزان ارتباط ریسک درک شده با مشارکت در رفتارهای محافظتی برای تسهیل استراتژی‌های به حداقل رساندن بیماری اهمیت دارد (Wise et al., 2020: 2). لازم است عوامل روان‌شناختی مؤثر بر بروز رفتارهای بهداشتی پیشگیرانه مورد بررسی قرار گیرد. از طرف دیگر، به‌منظور کنترل شیوع بیماری کووید ۱۹ لازم است اطلاعات کافی در خصوص باورها و رفتارهای بهداشتی مرتبط با مواجهه با خطر بیماری کووید ۱۹ وجود داشته باشد (Jiao et al., 2020: 264). از آنجا که این وضعیت نوظهور است اطلاعات کمی در سراسر جهان در مورد ادراک و رفتار محافظتی مردم در رابطه با پیشگیری از کووید ۱۹ وجود دارد. به طور کلی شواهد محدودی در مورد واکنش نسبت به پاندمی ویروس کرونا در مراحل اولیه هنگامی که اقدامات ضروری برای پیشگیری لازم است وجود دارد (Wise et al., 2020: 3).

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-10-09]

[DOR: 20.1001.1.23222131.1399.9.33.1.8]

مطالعه آکتر (Akter, 2020) نشان می‌دهد افرادی که خطرات بیماری کووید ۱۹ را درک کردند به جمع-آوری وسایل بهداشتی و ضدعفونی‌کننده می‌پردازند و در عوض افرادی که بیماری را جدی نگرفته‌اند و یا درک بالایی از خطرات بیماری ندارند، با بی‌دقتی و سهل‌انگاری رفتار می‌کنند؛ به طور مثال آزادانه در اطراف می‌چرخند، مسافرت می‌کنند، دورهم جمع می‌شوند و هیچ رفتار پیشگیرانه‌ای انجام نمی‌دهند. همچنین مطالعه وایز و همکاران (Wise et al., 2020) نشان می‌دهد درک خطر شخصی بالاتر، مشارکت در رفتارهای پیشگیرانه مانند شستن دست و رعایت فاصله اجتماعی را پیش‌بینی می‌کند.

تئوری‌های رفتاری درون فردی مختلفی (تئوری رفتار منطقی، تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، تئوری انگیزه حفاظت و مدل اعتقادات سلامت) در مورد رفتارهای بهداشتی وجود دارد که توضیح می‌دهند که چگونه فردی ممکن است تصمیم به انجام رفتارهای بهداشتی بگیرد یا نگیرد (Kavookjian, 2020: 2). در این مطالعه از ترکیب چارچوب تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده و مدل اعتقادات سلامت به عنوان یکی از برجسته‌ترین چارچوب‌های بهداشت عمومی برای درک این که چرا افراد در مواجهه با یک تهدید برای سلامت شخصی یا جامعه، اقدامی انجام می‌دهند و یا نمی‌دهند، استفاده شده است. این چارچوب برای توضیح و پیشگویی رفتارهای بهداشتی با تمرکز بر نظرات و اعتقادات شخص و همچنین به عنوان یک چارچوب راهنما برای رفتارهای بهداشتی مطرح شده است (Janz and Becker, 1984: 11). از این رو هدف از این پژوهش، پیش‌بینی رفتارهای پیشگیرانه جوانان روستایی شهرستان دشتستان جهت مقابله با ویروس کرونا در قالب یک مدل نظری رفتاری-روانشناختی است.

۲) مبانی نظری

تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده مدلی قوی برای تبیین عوامل مؤثر بر تمایلات و رفتار است. تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده یکی از مؤثرترین تئوری‌ها در روانشناسی اجتماعی و بهداشتی می‌باشد (Ajzen, 1991: 180). این مدل پیچیدگی روابط بین رفتار انسانی و عوامل تعیین کننده آن را بیان و مهم‌تر از آن اشاره می‌کند که رفتار انسان نتیجه قصد و یا نیت اوست. در واقع نیت طرحی آگاهانه و یا تصمیم به عمل و تلاش برای انجام رفتار است. بنابراین در این تئوری رفتار عامل مرکزی است که توسط نیات فرد تعیین می‌شود و نیات رفتاری نیز به نوبه خود توسط نگرش، هنجار ذهنی و کنترل رفتاری درک شده، پیش-بینی می‌شود (Ajzen, 1991: 181). در تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، نگرش به‌صورت مستقیم نمی‌تواند رفتار را تعیین کند بلکه به‌صورت غیرمستقیم از طریق نیات رفتاری، رفتار را تعیین می‌کند (Bamberg and Moser, 2007: 17). براساس این تئوری اولین عاملی که بر روی قصد یا نیت افراد برای انجام رفتار و یا عدم انجام رفتار تأثیر دارد، نگرش‌ها هستند. منظور از نگرش، ارزیابی منفی و یا مثبت شخص در مورد انجام یا عدم انجام یک رفتار مشخص می‌باشد (Ajzen, 1987: 34). به‌عبارت‌دیگر، نگرش‌ها نشان‌دهنده احساس کلی فرد درباره مطلوب بودن یا نبودن بسیاری از اشیاء می‌باشند. دومین عاملی که روی قصد افراد برای انجام رفتار و یا عدم انجام رفتار تأثیر دارد هنجارهای ذهنی هستند که مربوط به عامل اجتماعی می‌باشند. هنجارهای انتزاعی بافهم یا درک شخص از فشارهای اجتماعی در ارتباط می‌باشد که

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-10-09]
[DOR: 20.1001.1.23222131.1399.9.33.1.8]

بر شخص وارد می‌شود تا کاری را انجام بدهد یا انجام ندهد. هنجارهای اجتماعی تنظیم‌کننده استانداردهایی برای اجرا هستند که افراد می‌توانند بپذیرند و یا آن‌ها را رد کنند (Fishbein and Ajzen, 1972: 500). همچنین خودکارآمدی عامل سوم مؤثر بر تمایلات و رفتار فرد در مدل رفتار برنامه‌ریزی شده است. خودکارآمدی ادراک‌شده، یکی از مفاهیم اصلی در تحقیقات مرتبط با بخش بهداشت و سلامت است و به طور گسترده‌ای در مدل اعتقاد سلامت، نظریه انگیزه حفاظت، تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده و نظریه شناختی اجتماعی توسعه یافته است. این مفهوم به باور یک فرد در رابطه با توانایی‌هایش در پذیرش رفتارهای توصیه شده به منظور انجام اقدامات لازم همراه با اخذ نتیجه مطلوب اشاره دارد (Truelove et al., 2015: 87).

مدل اعتقاد سلامت یکی از قدیمی‌ترین و گسترده‌ترین مدل‌های مورد استفاده در روانشناسی سلامت و یکی از اولین تلاش‌های جامع برای توضیح رفتار سلامت بر اساس اصول ارزش امیدبخش است (Ng et al., 2010: 820). مدل اعتقادات سلامت الگویی جامع است که بیشتر در پیشگیری از بیماری‌ها نقش دارد و اساس این الگو بر انگیزه افراد برای اتخاذ رفتار است. این مدل تأکید بر این دارد که چگونه ادراک افراد باعث حرکت برای انجام عمل می‌شود. به طور کلی این مدل بر تغییر اعتقاداتی تمرکز دارد که منجر به رفتار می‌شود (نژاددادگر و همکاران، ۱۳۹۳: ۳۸۸). این مدل چارچوبی مفهومی برای درک رفتار بهداشتی و دلایل ممکن برای عدم رعایت توصیه سلامتی است (Buglar et al., 2010: 270) و بر روی تغییر در اعتقادات تمرکز دارد و تغییر در اعتقادات منجر به تغییر در رفتار می‌شود (Yazdanpanah et al., 2014: 65).

این نظریه ادعا می‌کند، تصمیم‌گیری‌های بهداشتی بر اساس دو جزء عمده تهدید درک شده و ارزیابی رفتار است. درک تهدید، به آسیب‌پذیری احتمالی یک بیماری و برآورد هزینه‌های این بیماری اشاره دارد. در حالی که، ارزیابی رفتار به منافع و موانع برای اتخاذ رفتار خود اشاره دارد (Ng et al., 2010: 821; Yazdanpanah et al., 2015: 568; Bakhtiyari et al., 2017: 344). تهدید درک شده به حساسیت به بیماری و شدت درک شده از عواقب ناشی از بیماری اشاره دارد. در حالی که ارزیابی رفتاری مربوط به منافع و موانع پذیرش رفتار است (Yazdanpanah et al., 2015: 568; Vassalo et al., 2009:456). گرند و شفرد (Gerend & Shepher, 2012) معتقدند، مدل اعتقادات سلامت متشکل از پنج سازه است که احتمالاً برای نفوذ در یک فرد در رفتاری بهداشتی که برای جلوگیری از نتایج بهداشتی نامطلوب است درگیر خواهد شد. این پنج سازه عبارت‌اند از؛ درک حساسیت (درک احتمال اینکه نتیجه تجربه خواهد شد)، درک شدت (درک جدیت عواقب مرتبط با نتیجه)، منافع(مزایای بالقوه استفاده از درگیر شدن در رفتار بهداشتی از جمله اثر درک رفتار در جلوگیری از نتیجه نامطلوب) و موانع درک شده (اشاره به موانع درگیر شدن در رفتار بهداشتی دارد). پنجم راهنمای عمل (عواملی که سیگنال و یادآور فرد به شرکت در رفتار بهداشتی هستند و طیف وسیعی از علائم برای رسیدن به درخواست‌های قانع کننده از رسانه‌ها، خانواده‌ها و دوستان و یا ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی). همچنین، بکر و روزن استوک (۱۹۸۷)، خودکارآمدی را به عنوان جزء کنترل رفتار برای مدل اعتقادات سلامت اضافه کردند

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-10-09]
[DOR: 20.1001.1.23222131.1399.9.33.1.8]

(Bandura et al., 1992 cited in Yazdanpanah et al., 2015: 567). که در مدل رفتار برنامه‌ریزی‌شده نیز وجود دارد. مطالعاتی مانند (Sun et al., 2006; Yazdanpanah et al., 2015; Tajeri Moghadam et al., 2020) از این تئوری برای پیش‌بینی نیات مختلفی همچون مصرف سس سویا غنی‌شده با آهن، مصرف محصولات ارگانیک و یا تمایل کشاورزان به حفاظت آب و مطالعاتی مانند (Deshpande et al., 2009; Montano, 1986) برای پیش‌بینی عادت‌های غذایی سالم در بین دانشجویان و واکسیناسیون در مقابل آنفلوانزا استفاده کرده‌اند.

اما علاوه بر مشترک بودن خودکارآمدی، آنچه دو تئوری را می‌تواند یکپارچه‌تر سازد، مطالعاتی است که نشان می‌دهند متغیرهای مدل اعتقاد سلامت شامل حساسیت درک شده، شدت درک شده، موانع و منافع درک شده و راهنمای عمل می‌توانند نگرش افراد را نسبت به رفتار تحت تأثیر قرار دهند. در این راستا مطالعات (Sun et al., 2006; Jacob et al., 2019) با استفاده از یک تئوری یکپارچه از تئوری‌های رفتار برنامه‌ریزی شده و اعتقاد سلامت به این نتیجه دست یافتند که حساسیت و شدت درک شده می‌توانند نگرش افراد را تحت تأثیر قرار دهند. همچنین مطالعه (Rimpeekool et al., 2015) در مدلی متشکل از دو تئوری دانش-نگرش- رفتار و تئوری اعتقاد سلامت[1] نشان داده‌اند که حساسیت و شدت درک شده در مواجهه با خطرات، نگرش افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین مدل ترکیبی ارائه شده توسط (Hartley et al., 2018) نشان داد که حساسیت، شدت، موانع و منافع درک شده پیش‌بینی کننده نگرش افراد است. شکل ۱ چارچوب یکپارچه تئوری‌های رفتار برنامه‌ریزی شده و اعتقاد سلامت را نشان می‌دهد. مطالعات مختلفی در رابطه با عوامل مؤثر بر رفتارهای پیشگیرانه جهت مقابله با کووید ۱۹ انجام شده است که در جدول ۱ آورده شده است.

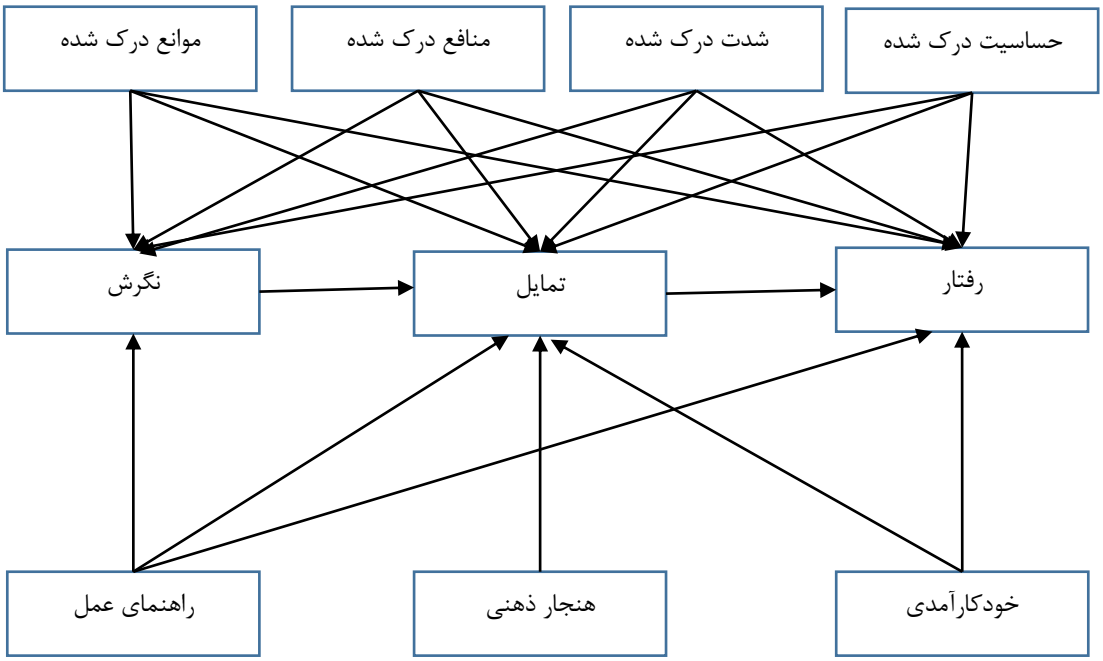
جدول ۱. پیشینه پژوهش‌های انجام شده درباره عوامل اثرگذار بر رفتار پیشگیرانه در مقابله با کووید ۱۹

محققین	سال	نتایج تحقیق
شهنازی و همکاران	۲۰۲۰	نتایج این مطالعه با استفاده از مدل اعتقادات سلامت در استان گلستان نشان داده است، افزایش خودکارآمدی و مزایای درک شده منجر به افزایش اجرای رفتارهای پیشگیرانه از کووید ۱۹ شده است.
وونگ و همکاران	۲۰۲۰	نتایج این پژوهش در مالزی با استفاده از تئوری اعتقادات سلامت برای ارزیابی پیش‌بینی کننده‌های تمایل به دریافت واکسن کووید ۱۹ نشان داد که اکثریت افراد تمایل قطعی برای دریافت واکسن دارند. همچنین منافع درک شده به معنی باور به کاهش احتمال سرایت بیماری و کاهش احساس نگرانی بعد از واکسینه شدن، تمایل افراد را به واکسن زدن افزایش می‌دهد.
کاریکو و همکاران	۲۰۲۰	در این مطالعه، داروسازان یا ارائه‌دهندگان خدمات درمانی نشان دادند که می‌توانند با استفاده از سازه‌های مدل اعتقادات سلامت (تهدید درک شده، موانع و منافع درک شده، خودکارآمدی و تشویق به عمل) رفتارهای محدود کننده شیوع کووید ۱۹ (فاصله‌گذاری اجتماعی و ماندن در خانه) را تقویت و گسترش دهند.
مختار و همکاران	۲۰۲۰	استفاده از مدل اعتقادات سلامت را برای کاهش رفتارهایی که اضطراب و ترس ناشی از کووید ۱۹ را تحریک می‌کنند پیشنهاد می‌دهند.
پراستیو و همکاران	۲۰۲۰	در این مطالعه، از یک تئوری ترکیبی متشکل از دو مدل رفتار برنامه‌ریزی شده و تئوری انگیزه حفاظت جهت بررسی عوامل مؤثر بر اثربخشی اقدامات پیشگیرانه از کووید ۱۹ در میان فیلیپینی‌ها استفاده کرده‌اند. نتیجه

[1] Knowledge-Attitude-Behaviour and Health Belief mixed model (KAB-HBM)

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-10-09]
[DOR: 20.1001.1.23222131.1399.9.33.1.8]

		تحقیقات آنان نشان داده است که تمایل به پیگیری و انجام رفتارهای پیشگیرانه تحت تأثیر نگرش نسبت به رفتارهای پیشگیرانه، هنجارهای اجتماعی و کنترل رفتاری درک شده قرار دارد و این عوامل پیش‌بینی کننده رفتارهای واقعی پیشگیرانه از کووید ۱۹ است.
احمد و همکاران	۲۰۲۰	مطالعه احمد و همکاران (۲۰۲۰) در چین در رابطه با تأثیر عوامل مبتنی بر درک افراد، روی نیت پذیرش اقدامات پیشگیرانه با استفاده از تئوری اقدام منطقی و رفتار برنامه‌ریزی شده نشان داده است که درک خطر، دانش اپیدمی، ریسک‌گریزی، کنترل رفتاری درک شده، هنجارهای ذهنی و نگرش نسبت به پیشگیری از اپیدمی کووید ۱۹، محرک نیت افراد برای پیشگیری از اپیدمی است.
آدیوسو ویلوپو	۲۰۲۰	این مطالعه به بررسی عوامل مؤثر بر انجام فاصله‌گذاری اجتماعی برای کاهش شیوع کووید ۱۹ با استفاده از تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده توسعه یافته پرداخته است. نتایج نشان داد که هنجارهای ذهنی و کنترل رفتاری درک شده بر تمایل به انجام فاصله‌گذاری اجتماعی مؤثر هستند. همچنین درک ریسک بر نگرش، هنجارهای ذهنی و کنترل رفتاری درک شده تأثیر می‌گذارد.



شکل ۱. مدل پیش‌بینی احتمال بروز رفتار پیشگیرانه

۳) روش تحقیق

این پژوهش از نظر هدف، کاربردی، از لحاظ کنترل متغیرها غیر آزمایشی و به لحاظ روش‌شناسی، پیمایشی آنلاین می‌باشد. جامعه آماری پژوهش را جوانان روستایی (بین ۱۵ تا ۳۰ سال) شهرستان دشتستان در استان بوشهر تشکیل داده‌اند. نمونه موردمطالعه شامل ۳۰۵ نفر از جوانان روستایی بودند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه آنلاین بود که برای تهیه آن از مطالعات (Carico et al., 2020: 4; Akter et al., 2020: 3; Mukhtar, 2020: 29; Prasetyo et al., 2020: 316) بهره گرفته شد. برای سنجش متغیرهای تحقیق، از طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای شامل خیلی کم، کم، تا حدودی، زیاد و خیلی زیاد استفاده شد. روایی ظاهری و محتوایی آن توسط پانلی از کارشناسان و متخصصان مورد تأیید

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-10-09]
[DOR: 20.1001.1.23222131.1399.9.33.1.8]

قرار گرفت. پایایی هر متغیر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد. مقدار آلفای کرونباخ برای کلیه مقیاس‌های پرسشنامه از اعتبار خوب تا عالی (۰/۷۶ تا ۰/۹۱) برخوردار بودند. پس از برازش الگوهای اندازه‌گیری متغیرهای موردمطالعه، برای هر یک از مؤلفه‌های متغیرهای پنهان (مکنون) مقدار پایایی ترکیبی[1]محاسبه شد که مقادیر بدست آمده در حد مطلوب (بالاتر از ۰/۶) بود. به‌علاوه، از روش روایی تشخیصی با روش تعیین ضریب میانگین واریانس استخراج شده[2]نیز به منظور تعیین روایی ابزار اندازه‌گیری استفاده شد. مقادیر بدست آمده برای تمام متغیرها به‌جز رفتار، موانع درک شده و شدت درک شده بالاتر از ۶ دهم بدست آمد (جدول ۲). فورنل و لارکر (Fornell and Larcker, 2018) بیان می‌کند که اگر پایایی ترکیبی بالاتر از ۰/۶ باشد میانگین واریانس استخراج‌شده‌ی کمتر از ۰/۵ قابل قبول است. بنابراین مقادیر بدست آمده برای روایی تشخیصی تمام متغیرها قابل قبول است. در مجموع، با توجه به نتایج بدست آمده بر اساس معیارهای سه‌گانه آلفای کرونباخ، پایایی ترکیبی و روایی تشخیصی ابزار تحقیق از پایایی و روایی مناسبی برخوردار بوده است. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از نرم‌افزارهای $SPSS_{24}$و $AMOS_{24}$ استفاده شد. همچنین لازم به ذکر است که به‌منظور تعیین میزان رفتار پیشگیرانه جوانان روستایی از روش فاصله انحراف معیار از میانگین[3]استفاده شد (Gangadharappa et al., 2007: 300;توکلی و رزلانسری، ۱۳۹۵: ۱۵۳) و رفتار پیشگیرانه در سه سطح تقسیم‌بندی گردید. طبق این فرمول، پاسخ‌های افراد در سه سطح پایین، متوسط و بالا و به‌صورت زیر دسته‌بندی شد:

پایین $A \leq Mean -1/2\ Sd$

متوسط $Mean -1/2\ Sd \leq B \leq Mean +1/2\ Sd$

بالا $Mean +1/2\ Sd \leq C$

جدول ۲. گویه‌های مورد استفاده برای سنجش متغیرها، مقادیر پایایی ترکیبی و روایی تشخیصی

متغیرها	ضریب آلفا	پایایی ترکیبی (CR)	روایی تشخیصی (AVE)
نگرش	۰/۸۶	۰/۸۶	۰/۶۸
تمایل	۰/۹۱	۰/۹۱	۰/۷۳
رفتار	۰/۸۶	۰/۸۶	۰/۴۴
خودکارآمدی	۰/۷۶	۰/۷۷	۰/۶۳
هنجار ذهنی	۰/۸۵	۰/۸۵	۰/۵۱
حساسیت درک شده	۰/۸۹	۰/۸۹	۰/۶۷
شدت درک شده	۰/۷۹	۰/۸۱	۰/۴۶
منافع درک شده	۰/۸۱	۰/۸۱	۰/۴۶
موانع درک شده	۰/۸۵	۰/۸۵	۰/۶۶
تشویق به عمل	۰/۹۰	۰/۹۰	۰/۶۹

[1] Composite Reliability
[2] Average Variance Extracted
[3] ISDM= Interval of Standard Deviation from the Mean

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-10-09]
[DOR: 20.1001.1.23222131.1399.9.33.1.8]

۴) یافته‌های تحقیق

یافته‌های توصیفی

بر اساس نتایج حاصل از بررسی ویژگی‌های فردی پاسخگویان، میانگین سن پاسخگویان ۲۴/۷۹ سال بود. سن جوان‌ترین پاسخگو ۱۵ سال و مسن‌ترین آن ۳۰ سال بود. از میان پاسخگویان ۵۹ درصد (۱۸۰ نفر) زن و ۴۱ درصد (۱۲۵ نفر) مرد بوده‌اند. توزیع فراوانی تعداد اعضای خانوار پاسخگویان نشان می‌دهد، میانگین تعداد اعضای خانوار پاسخگویان ۴ نفر با انحراف معیار ۱/۶۷ بود. کم جمعیت‌ترین خانوار ۱ نفر و پرجمعیت‌ترین آن ۱۶ نفر بود. اکثریت پاسخگویان (۶۲ درصد) میزان ارتباط بالایی با اینترنت و شبکه-های اجتماعی مانند واتساپ و تلگرام داشتند.

نتایج حاصل از گروه‌بندی جوانان روستایی براساس شاخص تفاوت انحراف معیار از میانگین نشان داد که بیشترین فراوانی (۳۸/۷ درصد) مربوط به جوانانی بود که از رفتار پیشگیرانه بالایی برخوردار بودند و کمترین فراوانی (۲۴/۶ درصد) مربوط به جوانانی بود که رفتار پیشگیرانه پایینی دارند. همچنین میانگین رفتار پیشگیرانه ۴/۱۷ بدست آمد که با توجه به شاخص ISDM در سطح بالایی قرار می‌گیرد (جدول ۳).

جدول ۳. سطح‌بندی رفتار پیشگیرانه جوانان روستایی

متغیر	سطح	فراوانی	درصد	درصد تجمعی	میانگین	انحراف معیار
رفتار پیشگیرانه	پایین	۷۵	۲۴/۶	۲۴/۶	۴/۱۷	۰/۸۰
	متوسط	۱۱۲	۳۶/۷	۶۱/۳		
	بالا	۱۱۸	۳۸/۷	۱۰۰		
مجموع		۳۰۵	۱۰۰			

آزمون همبستگی پیرسون به منظور بررسی رابطه بین متغیرها مورد استفاده قرار گرفت (جدول ۴). نتایج نشان می‌دهد که بین رفتار پیشگیرانه با حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، راهنمای عمل، خودکارآمدی، هنجار ذهنی و نگرش همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد. همچنین، موانع درک شده با رفتار پیشگیرانه رابطه معنی‌داری نداشته است.

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-10-09]

[DOR: 20.1001.1.23222131.1399.9.33.1.8]

جدول ۴. همبستگی میان متغیرهای تحقیق

متغیرها	حساسیت درک شده	شدت درک شده	منافع درک شده	موانع درک شده	تشویق به عمل	خودکارآمدی	هنجار ذهنی	نگرش	تمایل
حساسیت درک شده	۱								
شدت درک شده	۰/۵۲**	۱							
منافع درک شده	۰/۳۰**	۰/۳۴**	۱						
موانع درک شده	-۰/۱۱*	-۰/۲۷*	-۰/۰۱	۱					
تشویق به عمل	۰/۲۰**	۰/۳۶**	۰/۳۹**	-۰/۰۶	۱				
خودکارآمدی	۰/۱۶**	۰/۱۴*	۰/۳۶**	-۰/۰۱	۰/۲۳**	۱			
هنجار ذهنی	۰/۲۵**	۰/۳۶**	۰/۴۸**	-۰/۰۱	۰/۵۵**	۰/۳۸**	۱		
نگرش	۰/۳۲**	۰/۳۹**	۰/۵۹**	-۰/۰۶	۰/۴۹**	۰/۴۵**	۰/۶۰**	۱	
تمایل	۰/۲۷**	۰/۳۶**	۰/۵۰**	-۰/۰۶	۰/۶۹**	۰/۳۱**	۰/۶۶**	۰/۶۰**	۱
رفتار	۰/۲۹**	۰/۳۷**	۰/۴۵**	-۰/۰۸	۰/۵۷**	۰/۳۳**	۰/۵۹**	۰/۵۰**	۰/۶۹**

یافته‌های استنباطی

به منظور برآورد مدل‌های اندازه‌گیری مؤلفه‌های مؤثر بر رفتار پیشگیرانه، داده‌های گردآوری شده با استفاده از $AMOS_{24}$ از طریق تحلیل عاملی تأییدی[1] مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند. ویژگی‌های مدل (تعداد نمونه و تعداد متغیرهای قابل‌مشاهده) برای تصمیم‌گیری در مورد سطوح قابل‌قبول شاخص‌های اعتبار مدل مهم هستند (Hair et al., 2010). در زمانی که تعداد متغیرهای قابل مشاهده بیشتر از ۳۰ و تعداد مشاهدات بالاتر از ۲۵۰ باشد معنی‌داری مورد انتظار است. از این رو، معنی‌دار شدن کای اسکویر شاخص مناسبی برای ارزشیابی مدل نیست. از این رو سایر شاخص‌های برازش مدل مورد استفاده قرار می‌گیرند. براساس شاخص‌های برازش مدل (جدول ۵)، مدل اندازه‌گیری از برازش مناسبی برخوردار است.

[1] confirmatory factor analysis

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-10-09]

[DOR: 20.1001.1.23222131.1399.9.33.1.8]

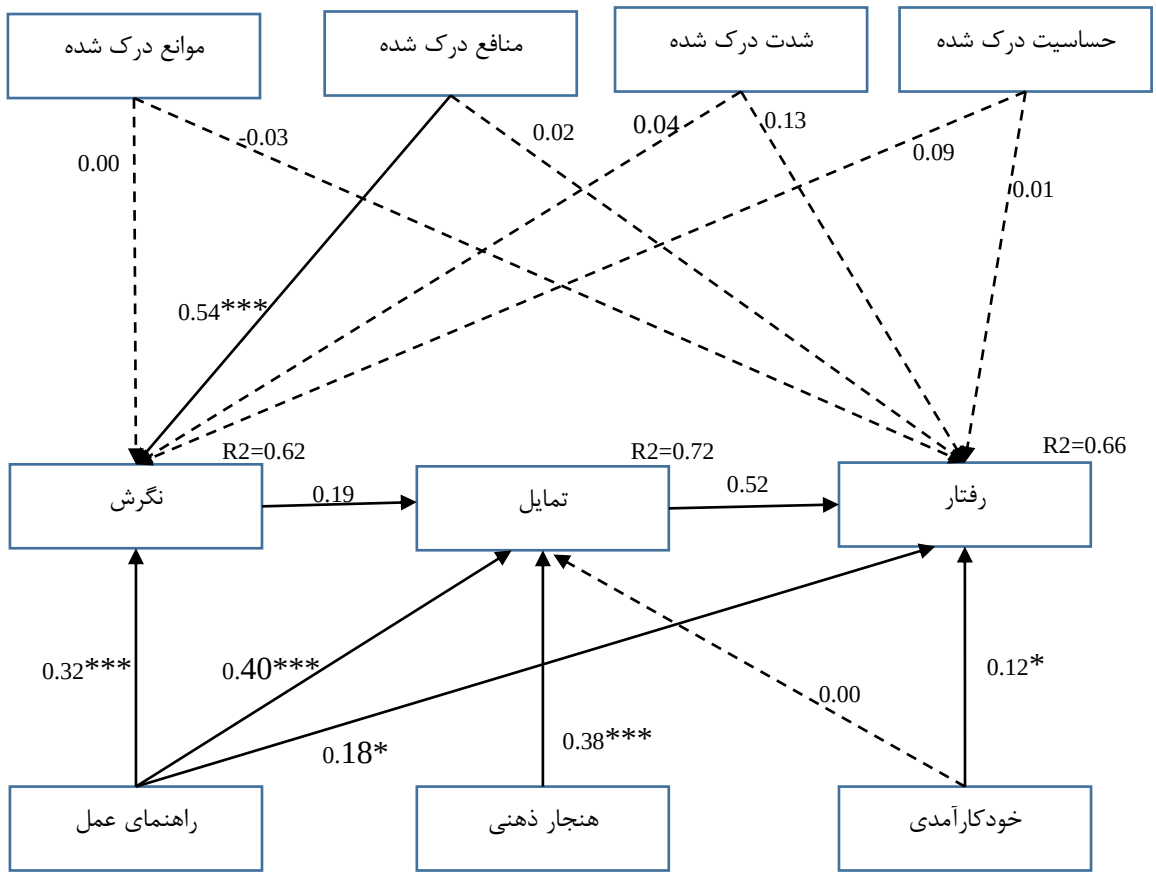
جدول ۵. شاخص‌های برازش نیکویی مدل

	مدل اندازه‌گیری	مدل ساختاری	میزان قابل قبول
Goodness of Fit Index (GFI)	۰/۸۴۴	۰/۸۳۷	۰/۹ ≤
GFI Adjusted for Degrees of Freedom (AGFI)	۰/۸۱۹	۰/۸۱۲	۰/۹ ≤
Root Mean Square Residual (RMR)	۰/۰۵۲۲	۰/۰۵۳۶	≤۰/۰۸
CMIN/DF	۱/۵۰۴	۱/۵۶۱	≤ ۳
RMSEA Estimate	۰/۰۴۱	۰/۰۴۳	≤۰/۰۸
Comparative Fit Index (CFI)	۰/۹۴۵	۰/۹۳۹	۰/۹ ≤
Normed Fit Index (NFI)	۰/۸۵۵	۰/۸۴۸	۰/۹ ≤
Incremental Fit Index (IFI)	۰/۹۴۶	۰/۹۳۹	۰/۹ ≤

شاخص‌های برازش مدل ساختاری در جدول ۵ نشان داده‌شده‌اند. براساس یافته‌ها، مدل ساختاری پیشنهادی برازش مناسب برای داده‌ها را نشان می‌دهد. جدول ۶، تأثیرات مستقیم، غیرمستقیم و کل متغیرهای تحقیق را بر هر سه متغیر وابسته نگرش، تمایل و رفتار را نشان می‌دهد. براساس مدل ارائه شده، متغیرهای منافع درک شده (β =0.54, p<0.05) و راهنمای عمل (β =0.32, p<0.0001)، تأثیر مستقیم، مثبت و معنی‌داری بر نگرش داشته‌اند و توانسته‌اند ۶۲ درصد از تغییرات نگرش را پیش‌بینی کنند. همچنین متغیرهای هنجار ذهنی (β =0.38, p<0.05)، راهنمای عمل (β =0.32, p<0.05) و نگرش (β =0.19, p<0.05) توانسته‌اند به صورت مستقیم تمایل افراد به انجام رفتار پیشگیرانه را تحت تأثیر قرار دهند. متغیرهای خودکارآمدی (β =0.12, p<0.05)، راهنمای عمل (β =0.18, p<0.05) و تمایل(β =0.52, p<0.05) نیز به‌صورت مستقیم رفتار پیشگیرانه را تحت تأثیر قرار داده‌اند. مدل پیشنهادی قادر است به ترتیب ۶۲، ۷۲ و ۶۶ درصد از تغییرات سه متغیر نگرش، تمایل و رفتار را پیش-بینی کند.

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-10-09]

[DOR: 20.1001.1.23222131.1399.9.33.1.8]



شکل ۲. چارچوب تجربی تحقیق

جدول ۶. اثرگذاری‌های متغیرهای چارچوب تحقیق

	هنجار ذهنی	خودکارآمدی	راهنمای عمل	موانع درک شده	منافع درک شده	شدت درک شده	حساسیت درک شده	نگرش	تمایل
	تأثیر مستقیم استاندارد								
نگرش	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۳۱	۰/۰۰۴	۰/۵۴	۰/۰۴۵	۰/۰۸۶	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
تمایل	۰/۳۷۷	-۰/۰۰۱	۰/۳۹	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۱۸	۰/۰۰۰
رفتار	۰/۰۰۰	۰/۱۲	۰/۱۷	-۰/۰۲۷	۰/۰۲۲	۰/۱۳۴	۰/۰۱۲	۰/۰۰۰	۰/۵۲
	تأثیر غیرمستقیم استاندارد								
نگرش	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
تمایل	۰/۰۰۰	۰/۰۵۹	۰/۰۰۱	۰/۱۰۱	۰/۰۰۸	۰/۰۱۶	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
رفتار	۰/۱۹	۰/۰۰۰	۰/۲۳۸	۰/۰۰۰	۰/۰۵۳	۰/۰۰۴	۰/۰۰۸	۰/۰۹۷	۰/۰۰۰
	تأثیر کل استاندارد								
نگرش	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۳۱	۰/۰۰۴	۰/۵۴	۰/۰۴۵	۰/۰۸۶	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
تمایل	۰/۳۷۷	-۰/۰۰۱	۰/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۱۰۱	۰/۰۰۸	۰/۰۱۶	۰/۱۸۷	۰/۰۰۰
رفتار	۰/۱۹۶	۰/۱۲۱	۰/۴۱۳	-۰/۰۲۷	۰/۰۷۵	۰/۱۳۸	۰/۰۲۰	۰/۰۹۷	۰/۵۲

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-10-09]
[DOR: 20.1001.1.23222131.1399.9.33.1.8]

۵) نتیجه‌گیری

کووید ۱۹ تهدیدی منحصربه‌فرد و غیرقابل پیش‌بینی برای سلامت عمومی است. کاهش مؤثر این بیماری نیاز به اقدامات پیشگیرانه ازجمله فاصله‌گذاری اجتماعی و جلوگیری از تعاملات غیرضروری با دیگران، شستشوی مداوم دست‌ها، استفاده از دستکش، زدن ماسک در بیرون از منزل، استفاده از ژل ضدعفونی کننده یا الکل و شستشوی وسایل خریداری شده برای منزل از سوی افراد دارد. رسانه‌های جمعی و سازمان‌های مختلف شروع به آموزش مهارت‌ها و توصیه‌های بهداشتی مختلف در جهت انجام رفتارهای پیشگیرانه کردند. با این وجود برخی از مردم به ویژه روستاییان ممکن است باور نداشته باشند که می‌توانند و یا باید اقدامات پیشگیرانه‌ای را در جهت مبارزه با ویروس کرونا انجام دهند.

باتوجه به اینکه شیوع کرونا کسب‌وکارهای روستاییان و اقتصاد روستا را نیز به شدت تحت تأثیر قرار داده است و در برخی موارد حتی باعث کاهش اشتغال روستاییان و مهاجرت آن‌ها به شهرها شده است. بررسی عوامل مؤثر بر رفتارهای پیشگیرانه روستاییان جهت مقابله با کووید ۱۹ ضروری به نظر می‌رسد. در میان روستاییان، جوانان روستایی که یک بعد مهم اقتصاد روستایی را تشکیل می‌دهند و سلامت آن‌ها به بهبود اقتصاد روستایی کمک خواهد کرد. با شیوع کرونا و بیکاری، تمایل بیشتری به جست‌وجوی کار در شهرها پیدا کرده‌اند. از طرف دیگر، آن‌ها تصور می‌کنند که بیشتر مرگ‌ومیرها مربوط به افراد مسن و یا افرادی با بیماری‌های زمینه‌ای است. بنابراین، شناسایی ادراکات و پاسخ‌های رفتاری جوانان روستایی در مورد کووید ۱۹ می‌تواند اطلاعات مفیدی را برای تدوین سیاست‌ها و دستورالعمل‌های وزارت بهداشت برای پیشگیری و جلوگیری از شیوع بیشتر این بیماری در روستا و تغییر رفتار افراد به سمت رفتارهای پیشگیرانه و درنهایت بهبود اقتصاد روستا ارائه دهد. برخی از تئوری‌های رفتار بهداشتی مانند تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده و تئوری اعتقادات سلامت به بررسی رابطه بین باورهای بهداشتی و رفتار پیشگیرانه می‌پردازند. بنابراین این تحقیق با هدف پیش‌بینی رفتارهای پیشگیرانه جوانان روستایی در مقابله با کووید ۱۹ به تلاش‌ها برای پیشگیری و مبارزه با این بیماری کمک خواهد کرد و منجر به افزایش اجرای دستورالعمل‌های بهداشتی در رابطه با جلوگیری از انتقال ویروس کرونا در سطح روستا و به‌طور کلی جامعه می‌گردد.

نتایج تحقیق نشان داد که رفتار پیشگیرانه جوانان روستایی شهرستان دشتستان در مقابله با ویروس کرونا در سطح بالایی قرار دارد. نتایج مدل‌سازی معادلات ساختاری نشان داد که مؤلفه‌های تمایل، نگرش، منافع درک شده، راهنمای عمل، هنجار ذهنی و خودکارآمدی درصد قابل توجهی (۶۶ درصد) از رفتار پیشگیرانه جوانان روستایی در مقابله با ویروس کرونا را پیش‌بینی می‌کنند که در زمینه تحقیقات روانشناسی و علوم اجتماعی مقدار بالایی است. در مقایسه با تحقیق جیکوب و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه عوامل مؤثر بر اجرای رفتار پیشگیرانه برای بیماری لایم[1] با استفاده از مدل یکپارچه تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده و مدل اعتقادات سلامت، متغیرهای نگرش، حساسیت درک شده و تمایل ۲۵ درصد از انجام رفتار پیشگیرانه برای بیماری لایم را پیش‌بینی می‌کنند. همچنین حساسیت درک شده، شدت

[1] Lyme

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-10-09]

[DOR: 20.1001.1.23222131.1399.9.33.1.8]

درک شده، منافع درک شده و موانع انجام رفتارهای پیشگیرانه تأثیر معنی‌داری بر رفتار پیشگیرانه افراد نداشتند.

همچنین نتایج تحقیق نشان داد، درک منافع اجرای یک رفتار پیشگیرانه تأثیر مستقیم مثبت و معنی‌داری بر نگرش دارد. این امر دلالت بر اهمیت درک فرد از مفید و اثربخش بودن رفتارهای پیشگیرانه جهت مقابله با ویروس کرونا دارد. در واقع هر چه پاسخگویان نسبت به مزایا و منافع انجام اقدامات پیشگیرانه آگاهی بیشتر و درک دقیق‌تری داشته باشند، در انجام این فعالیت‌ها از آمادگی ذهنی بهتری برخوردار بوده و احتمال بیشتری دارد که رفتارهای موردنظر را بپذیرند. افراد معمولاً تا زمانی که مزیتی را از انجام فعالیتی دریافت نکنند نگرش مثبتی نسبت به انجام آن فعالیت نخواهند داشت و رفتار خود را تغییر نمی‌دهند (Akter, 2020: 2). به عبارت دیگر، در صورتی که فرد باور داشته باشد، قرنطینه خانگی و استفاده از روش‌ها و وسایل حفاظتی می‌تواند احتمال بیمار شدن وی و دیگران را کاهش دهد، و یا دارای منافع اجتماعی مانند کاهش هزینه‌های درمان و هزینه‌های کشور و مانع از اپیدمی این بیماری در روستا می‌شود، نگرش مثبتی به انجام این رفتار پیدا می‌کند و احتمالاً آن رفتار را بیشتر انجام خواهد داد. این یافته با نتایج تحقیقات گذشته (Hartley et al., 2020b) علاوه بر منافع درک شده، راهنمای عمل تأثیر مستقیم و مثبتی روی نگرش داشته است. راهنمای عمل به آمادگی فرد برای مشارکت در یک اقدام خاص اشاره دارد (Francis et al., 2018: 1)، راهنمای عمل می‌تواند به شکل‌های مختلفی مورد استفاده قرار گیرد به طور مثال، آموزش‌های ارائه شده در مورد تأثیرات اقدامات پیشگیرانه در کشورهای مختلف می‌تواند به عنوان یک راهنمای خارجی، نگرش افراد را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین راهنمای عمل تمایل افراد را نیز تحت تأثیر قرار داده است. به عبارت دیگر هر چه افراد بیشتر تحت مشوق‌ها و راهنماهای بهداشتی قرار گیرند، تمایل آن‌ها برای رعایت توصیه‌های بهداشتی افزایش پیدا می‌کند. این یافته‌ها با نتایج مطالعه (Gabriel et al., 2018; Sun et al., 2006; Montanaro and Bryan, 2014) همخوانی و با نتایج مطالعات (Talsma et al., 2013; Chin and Mansori, 2019) که دریافتند راهنمای عمل بر تمایل افراد به انجام اقدامات پیشگیرانه در مقابله با بیماری‌ها مؤثر نیست مغایرت دارد.

براساس نتایج هنجار ذهنی تأثیر مثبت، مستقیم و معنی‌داری بر تمایل جوانان به اقدامات پیشگیرانه داشته است. هنجار ذهنی به فشارهای اجتماعی درک شده توسط فرد و انتظارات افرادی که در زندگی فرد مهم هستند مانند خویشاوندان، خانواده و دوستان اشاره دارد. در واقع هر چه قدر افرادی که برای فرد مهم هستند بیشتر از وی انتظار داشته باشند که رفتارهای پیشگیرانه را انجام دهد، و یا هنگام انجام رفتارهای پیشگیرانه بیشتر وی را مورد تأیید قرار دهند، تمایل وی نیز به رعایت توصیه‌ها افزایش خواهد یافت. این یافته با نتایج تحقیقات (Gerend and Shepherd, 2012; Gabriel et al., 2018; Montanaro, 2011) مطابقت داشته است و با مطالعه (Jacob et al., 2019; Talsma et al., 2013) که دریافتند هنجارهای ذهنی تأثیری بر روی تمایل افراد نسبت به اقدامات پیشگیرانه ندارد مطابقت ندارد. از آنجا که یادگیری از دوستان و نزدیکان، رسانه‌های جمعی، شبکه‌های اجتماعی و مسئولان و کارشناسان بهداشتی

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-10-09]
[DOR: 20.1001.1.23222131.1399.9.33.1.8]

در مورد کووید ۱۹ و راه‌های مبارزه با آن به طور مثبتی رفتار پیشگیرانه را پیش‌بینی می‌کند. بنابراین سیاست‌ها و برنامه‌های وزارت بهداشت در جهت ترغیب جوانان روستایی به انجام رفتارهای پیشگیرانه می‌تواند شامل آموزش از طریق رسانه‌های جمعی، شبکه‌های اجتماعی، پوستر و آگهی‌ها باشد. از طرف دیگر، اگر چنین برنامه‌هایی در فواصل منظمی حفظ و افزایش پیدا کند به دلیل قرارگرفتن مداوم افراد در معرض اعلان یا یادآوری این برنامه‌ها، احساسات آن‌ها برانگیخته شده و لذا انجام رفتار پیشگیرانه افزایش می‌یابد.

علاوه بر هنجار ذهنی، نگرش تأثیر مثبت، مستقیم و معنی‌داری بر تمایل داشته است. نگرش به عنوان اعتقاد در مورد نتیجه رفتارهای مرتبط با سلامت که براساس ارزش نتایج وزن‌گذاری می‌شود، ارزیابی می‌شود (Dumitrescu et al., 2011). در واقع هر چقدر افراد بیشتر بر این عقیده باشند که اجرای رفتارهای پیشگیرانه می‌تواند مفید و عاقلانه باشد، تمایل بیشتری به رعایت این‌گونه توصیه‌ها دارند. این نتیجه با یافته‌های تحقیقات (Sun et al., 2006; Montanaro, 2011; Montanaro and Bryan, 2014; Jacob et al., 2019) مطابقت دارد و با مطالعه (Talsma et al., 2013) سازگاری ندارد. گروه جوانان روستایی در بسیاری از موارد به فعالیت‌های کشاورزی درون مزارع می‌پردازند و از طرفی یکی از مهم‌ترین چالش‌هایی که شیوع بیماری کرونا برای بخش کشاورزی و روستایی با خود به همراه دارد؛ کمبود کارگران فصلی است. بنابراین تا حدودی نگرش آنان در رابطه با مفید بودن اعمال اقدامات پیشگیرانه با توانایی آنان در انجام فعالیت‌های کشاورزی کسب درآمد مرتبط است. در این راستا، پیشنهاد می‌شود به‌منظور بهبود نگرش افراد در مورد تأثیرات اقدامات بهداشتی پیشگیرانه، توضیحات بیشتری ارائه شود. به طور مثال می‌توان از رسانه‌ها و شبکه‌های اجتماعی با استفاده از آمارهای دقیق و یا به صورت توضیحات کاربردی برای نمایش میزان تأثیر مواد ضدعفونی‌کننده در کاهش میزان ابتلا، تأثیر استفاده از ماسک و دستکش و یا کاهش روابط اجتماعی استفاده کرد.

براساس یافته‌ها تمایل تأثیر مثبت، مستقیم و معنی‌داری بر رفتار داشته است. در واقع هر چه افراد بیشتر دوست داشته باشند که توصیه‌های بهداشتی را رعایت کنند و یا برای آن برنامه و قصد داشته باشند بروز رفتارهای پیشگیرانه افزایش خواهد یافت. این یافته با یافته‌های تحقیق (Jacob et al., 2019) همخوانی دارد.

خودکارآمدی درک شده تأثیر مثبت، مستقیم و معنی‌داری بر رفتار پیشگیرانه در مقابله با ویروس کرونا داشته است. هر چه افراد انگیزه، توانایی و امید به موفقیت بیشتری برای مبارزه با ویروس کرونا را در خود احساس کنند؛ رفتارهای بهداشتی فردی بیشتری از خود نشان می‌دهند و برعکس. خودکارآمدی، باور فرد به توانایی خود برای انجام رفتار می‌باشد (Groenewold et al., 2012). رفتار افراد تا حدود زیادی به پیچیدگی و دشواری یک فعالیت (خودکارآمدی) بستگی دارد (Bandura, 1997). در اینجا، خودکارآمدی اشاره دارد به اینکه تا چه حد یک فرد احساس می‌کند که می‌تواند از روش‌های حفاظتی و پیشگیرانه برای مقابله با ویروس کرونا استفاده کند. به عبارت دیگر، میزان انگیزه و توانایی مردم برای تداوم رعایت رفتارهای بهداشتی در برابر شیوع ویروس کرونا بود. در واقع هر چه افراد اجرای رفتارهای

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-10-09]
[DOR: 20.1001.1.23222131.1399.9.33.1.8]

پیشگیرانه را ساده‌تر و امکان پذیرتر بدانند اجرای رفتارهای پیشگیرانه در آن‌ها افزایش خواهد یافت. این نتیجه با مطالعات قبلی (Jeihooni and Rakhshani, 2018; Bates et al., 2020; Huang et al., 2020b; Gerend and Shepherd, 2012; Farhadifar et al., 2016; -Yazdanpanah et al., 2020) سازگار است. با توجه به اهمیت خودکارآمدی، کارشناسان ترویج کشاورزی، شوراها و معتمدین محلی می‌توانند با جوانان روستایی در مورد سهولت انجام رفتارهای پیشگیرانه صحبت کنند به طوری که آن‌ها باور کنند و اعتماد به نفس داشته باشند که به طور مؤثری قادر به انجام اقدامات پیشگیرانه برای جلوگیری از بیماری هستند. همچنین انجمن‌های محلی از طریق اطلاع‌رسانی و آگاهی دادن با استفاده از تبلیغات عمومی و مواد آموزشی در مورد فعالیت‌های پیشگیرانه می‌توانند باعث افزایش آگاهی افراد از اهمیت اقدامات پیشگیرانه و بالا بردن اعتماد به نفس آن‌ها و سرانجام افزایش خودکارآمدی شوند.

راهنمای عمل مهم‌ترین پیش‌بینی کننده رفتار پیشگیرانه افراد بوده است. راهنمای عمل، محرک-هایی از شیوع بیماری هستند که افراد دریافت می‌کنند. این محرک‌ها می‌توانند کلیپ یا خبری از مرگ افرادی بر اثر کووید ۱۹ یا تأثیرات و پیامدهای این بیماری بر زندگی افراد در رسانه‌های جمعی و یا شبکه‌های اجتماعی باشند (Akter, 2020). مشاهده یا شنیدن در مورد هرکدام از این محرک‌ها می‌تواند باعث تشویق و انجام اقدامات حفاظتی شود. این یافته با مطالعات گذشته (Jeihooni and Rakhshani, 2018; Ayosanmi et al., 2020) مطابقت دارد و با مطالعه (Montanaro and Bryan, 2014) مغایرت دارد.

حساسیت و شدت درک شده نیز تأثیر معنی‌داری بر رفتارهای پیشگیرانه نداشته است. حساسیت و شدت درک شده که در نهایت به تهدید درک شده مرتبط هستند، به میزان درک افراد از خطرناک و جدی بودن گسترش ویروس کرونا بر می‌گردد که در زمان شیوع کرونا شکل گرفته است. این یافته با نتایج تحقیق (Beaujean et al., 2013; Bates et al., 2020; Jacob et al., 2019; Montanaro, 2011; Gerend and Shepherd, 2012) مطابقت دارد. همچنین هم راستا با مطالعه کارپنتر (Carpenter et al., 2010) که در متاآنالیز خود نشان داد که حساسیت درک شده در اغلب مطالعات مورد بررسی با رفتار ارتباطی نداشته است. برخلاف این مطالعه، (van der Weerd et al., 2011; Mo et al., 2018; Luquis and Kensinger, 2018; Jeihooni and Rakhshani, 2018; Ayosanmi et al., 2020) دریافتند، پاسخ دهندگان با سطح بالاتری از آسیب پذیری درک شده و ترس/ نگرانی، تمایل و رفتار بیشتری برای پذیرش اقدامات حفاظتی داشتند.

در کنار تهدیدات مرگ و بیماری برای فرد و خانواده، بخشی از تهدیدات و نگرانی‌های روستاییان در زمان شیوع بیماری کووید ۱۹، از دست دادن امکان تأمین معاش، عدم امکان فروش محصولات و متعاقباً عدم توانایی در پرداخت دستمزد کارگران بوده است. همچنین مزارعی که بیشتر تحت تأثیر قرار گرفته‌اند احتمالاً مزارعی هستند که به کار فصلی/مهاجر یا فروش (مثلاً تولید میوه و سبزیجات، نخلستان‌ها و باغ و ...) وابسته باشند. برخلاف انتظار هر چه که احساس تهدید و شدت آسیب‌ها بیشتر بوده است، بروز اقدامات پیشگیرانه بیشتر نشده است. این مسئله نشان می‌دهد، مسائل بسیار مهم‌تری نسبت به وجود

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-10-09]
[DOR: 20.1001.1.23222131.1399.9.33.1.8]

تهدید و نگرانی، بروز اقدامات پیشگیرانه را تبیین می‌کند. به طور مثال چنانکه اشاره شد احساس راحتی و توانایی خرید مداوم وسایل بهداشتی با نرخ پایین احتمالاً تأثیر بیشتری بر بروز رفتارهای پیشگیرانه خواهد داشت.

منافع و موانع درک شده، تأثیر معنی‌داری بر رفتار پیشگیرانه نداشته است. موانع درک شده به جوانب منفی اجرای دستورات بهداشتی اشاره دارد. این نتایج با یافته‌های تحقیقات گذشته (Bates et al., 2020; Jeihooni and Rakhshani, 2018; Jacob et al., 2019) مغایرت دارد.

همچنین براساس بررسی‌های جامع کارپنتر (Carpenter et al., 2010) موانع و منافع قوی‌ترین پیش‌بینی کننده‌های رفتار هستند اما شدت درک شده یک پیش‌بینی کننده ضعیف رفتار است. همچنین مطالعه (Gerend and Shepherd, 2012) نشان داده است که منافع درک شده می‌تواند روی رفتار تأثیرگذار نباشد. به علاوه یافته‌ها نشان داده است که خودکارآمدی تأثیر معنی‌داری بر تمایل افراد نداشته است. بر خلاف این مطالعه، پژوهش‌های (Agarwal, 2014) در رابطه با واکسیناسیون جهت پیشگیری از پاندمی بیماری آنفلوانزا (A/H1N1) نشان داده است که خودکارآمدی تمایل به واکسینه را افزایش داده است. در نهایت، توسعه اقتصادی و اجتماعی روستا به جوانان نیاز دارد تا بتوانند متناسب با مهارت‌ها و توانایی‌های خود فرصت اشتغال پیدا کنند و به آن‌ها امکان معیشت پایدار داده شود. هرگونه آسیبی که بتواند مانعی برای کسب درآمد باشد، منجر به شکست توسعه اقتصادی خواهد شد (محمدی و رستمی، ۱۳۹۸: ۲۰۲)، از این رو لازم است در وقوع بحران و بلایایی مانند کووید ۱۹، تمرکز ویژه‌تری بر روستاییان انجام شود.

۶) منابع

- توکلی، جعفر، رزلانسری، اکرم، (۱۳۹۵)، **تحلیل اثرات کالبدی و اقتصادی طرح‌های هادی روستایی مورد: روستاهای شهرستان کرمانشاه**، فصلنامه اقتصاد فضا و توسعه روستایی، سال پنجم، شماره ۲، پیاپی ۱۶، ۱۶۰-۱۴۱.
- خبرگزاری تابناک، (۱۳۹۸)، **وزارت بهداشت: نتایج آزمایش اولیه ۲ مورد مشکوک به ابتلا به ویروس کرونا مثبت است**، قابل دسترس در tabnak.ir/0041nr
- خبرگزاری تسنیم، (۱۳۹۹)، **کرونا با اقتصاد ایران و جهان چه می‌کند؟** قابل دسترس در https://tn.ai/2236449
- سواری ممبنی، آمنه، خسروی‌پور، بهمن، برادران، مسعود، یزدان‌پناه، مسعود، (۱۳۹۸)، **تمایل جوانان روستایی به اشتغال در بخش کشاورزی مورد: شهرستان باغملک**، فصلنامه اقتصاد فضا و توسعه روستایی، سال هشتم، شماره چهارم (پیاپی ۳۰)، ۱۳۸-۱۱۹.
- محمدی، سعدی، رستمی، خدیجه، (۱۳۹۸)، **تدوین راهبردهای متنوع‌سازی اقتصاد روستاها مورد: بخش خاوو میرآباد در شهرستان مریوان**، فصلنامه اقتصاد فضا و توسعه روستایی، سال هشتم، شماره دوم (پیاپی ۲۸)، ۲۰۱-۲۲۲.

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-10-09]

[DOR: 20.1001.1.23222131.1399.9.33.1.8]

- مخت، سارا، باقری، اصغر، شعبانعلی‌فمی، حسین، (۱۳۹۱)، **بررسی نگرش جوانان روستایی شهرستان گنبدکاووس نسبت به اشتغال به بخش کشاورزی**، فصلنامه روستا و توسعه، سال ۱۵، شماره ۴، ۱۳۶-۱۱۵.
- معاونت پژوهش‌های زیربنایی و امور تولیدی دفتر مطالعات زیربنایی مجلس شورای اسلامی، (۱۳۹۹)، **درباره مقابله با شیوع ویروس کرونا (۲۵) «تحلیل اجمالی بر چالش‌های کسب‌وکارهای روستایی و عشایری در دوره شیوع کرونا»**، قابل دسترس در https://rc.majlis.ir/fa/report/show/1502019
- نژاددادگر، نازیلا، شجاعی‌زاده، داوود، آذر، طل، حسینی، مصطفی، امانی، فیروز، (۱۳۹۳)، **بررسی تأثیر مداخله آموزشی ترکیبی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی در اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از آلزایمر در سالمندان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهرستان اردبیل**، مجله تحقیقات نظام سلامت، سال دهم، شماره ۲، ۳۹۴-۳۸۶.

- Abd El-Aziz, T.M., Stockanda, J.D. (2020). **Recent progress and challenges in drug development against COVID-19 coronavirus (SARS-CoV-2) - an update on the status**. Infection, Genetics and Evolution, 83, 1043272.
- Adiyoso, W., Wilopo, W. (2020). **Social Distancing Intentions to Reduce the Spread of COVID19: The Extended Theory of Planned Behavior.** Preperint, Available on the https://www.researchsquare.com/article/rs-61524/v1.
- Agarwal, V. (2014). **A/H1N1 vaccine intentions in college students: An application of the theory of planned behavior.** Journal of American College Health, 62(6), 416-424.
- Ajzen, I. (1987). **Attitudes, traits, and actions: Dispositional prediction of behavior in personality and social psychology.** In Advances in experimental social psychology, 20, 1-63.
- Ajzen, I. (1991). **The theory of planned behavior**. Organizational behavior and human decision processes, 50(2), 179-211.
- Akter, J. (2020). **Human Behavior toward COVID-19**. Available on the https://www.researchgate.net/publication/340066427_Title_Human_Behavior_toward_COVID-19.
- Ayosanmi, O. S., Oden, L., Ayosanmi, T., Alli, B., Wen, M., & Johnson, J. (2020). **The Role of Health Belief Model in HIV Screening Decision among International Students in the United States: A Pilot Study.** International Journal of Translational Medical Research and Public Health, 4(1), 4-12.
- Baker, S. R., Bloom, N., Davis, S. J., Kost, K., Sammon, M., & Viratyosin, T. (2020). **The unprecedented stock market reaction to COVID-19.** Covid Economics: Vetted and Real-Time Papers, 1(3), 1-12.
- Bakhtiyari, Z., Yazdanpanah, M., Forouzani, M., & Kazemi, N. (2017). **Intention of agricultural professionals toward biofuels in Iran: Implications for energy security, society, and policy.** Renewable and Sustainable Energy Reviews, 69, 341-349.
- Bamberg, S., & Möser, G. (2007). **Twenty years after Hines, Hungerford, and Tomera: A new meta-analysis of psycho-social determinants of pro-environmental behaviour**. Journal of environmental psychology, 27(1), 14-25.
- Bandura, A. (1997). **Self-efficacy: the exercise of control**. New York: Worth Publishers.
- Bates, B. R., Villacís, A. G., Mendez-Trivino, A., Mendoza, L. E., & Grijalva, M. J. (2020). **Determinants of intentions to prevent triatomine infestation based on the**

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-10-09]

[DOR: 20.1001.1.23222131.1399.9.33.1.8]

health belief model: An application in rural southern Ecuador. PLoS neglected tropical diseases, 14(1), e0007987.

- Beaujean, D. J. M. A., Bults, M., van Steenbergen, J. E., & Voeten, H. A. C. M. (2013). **Study on public perceptions and protective behaviors regarding Lyme disease among the general public in the Netherlands: implications for prevention programs.** BMC public health, 13(1), 225.
- Buglar, M. E., White, K. M., & Robinson, N. G. (2010). **The role of self-efficacy in dental patients' brushing and flossing: testing an extended Health Belief Model.** Patient education and counseling, 78(2), 269-272.
- Carico, R.R., Sheppard, J., Thomas, C.B., (2020). **Community pharmacists and communication in the time of COVID-19: Applying the health belief model.** Research in Social and Administrative Pharmacy. In Press.
- Carpenter, C. J. (2010). **A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior.** Health communication, 25(8), 661-669.
- Chin, J. H., Mansori, Sh. (2019). **Theory of Planned Behaviour and Health Belief Model: females' intention on breast cancer screening**. Cogent Psychology, 6, 1647927. https://doi.org/10.1080/23311908.2019.1647927
- Deshpande, S., Basil, M. D., & Basil, D. Z. (2009). **Factors influencing healthy eating habits among college students: An application of the health belief model**. Health marketing quarterly, 26(2), 145-164.
- Dumitrescu, A. L., Wagle, M., Dogaru, B. C., & Manolescu, B. (2011). **Modeling the theory of planned behavior for intention to improve oral health behaviors: the impact of attitudes, knowledge, and current behavior.** Journal of oral science, 53(3), 369-377.
- FAO. (2020). **Coping with COVID-19: voices of young agripreneurs.** Available on the http://www.fao.org/rural-employment/resources/detail/en/c/1271155/
- Farhadifar, F., Molina, Y., Taymoori, P., and Akhavan, S. (2016). **Mediators of repeat mammography in two tailored interventions for Iranian women.** BMC Public Health, 16, 149.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1972). **Attitudes and opinions**. Annual review of psychology. 487-544.
- Fornell, C., and Larcker, D.F. (2018). **Evaluating Structural Equations Models with Unobservable and Measurement Error**. Journal of Marketing Research, 18, 39-50.
- Francis, A. M., Ramya, R., Ganesan, N., Paul, S. F. D., Munirajan, A. K., Kumarasamy, P., & Dicky, G. (2018). **Breast cancer susceptibility gene in base excision repair pathway in a southern Indian population.** Journal of Clinical and Diagnostic Research, 12(9), GC01–GC06.
- Gabriel, E. H., Hoch, M. C., Cramer, R. J. (2018). **Health Belief Model Scale and Theory of Planned Behavior Scale to assess attitudes and perceptions of injury prevention program participation: An exploratory factor analysis**. Journal of Science and Medicine in Sport. https://doi.org/10.1016/j.jsams.2018.11.004
- Gangadharappa, H.V, Pramod, K.T.M, Shiva, K.H.G. (2007). **Gastric floating drug delivery systems: a review.** Indian Journal of Pharmaceutical Education and Research, 41, 295–305.
- Gerend, M.A., and Shepherd, J. E. (2012). **Predicting human papillomavirus vaccine uptake in young adult women: Comparing the Health Belief Model and Theory of Planned Behavior.** Ann Behav Med. 44(2), 171–180.

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-10-09]

[DOR: 20.1001.1.23222131.1399.9.33.1.8]

- Gerend, M.A., and Shepherd, J. E. (2012). **Predicting human papillomavirus vaccine uptake in young adult women: Comparing the Health Belief Model and Theory of Planned Behavior**. Ann Behav Med. 44(2), 171–180. doi:10.1007/s12160-012-9366-5.
- Groenewold, G., de Bruijn, B., & Bilsborrow, R. (2012). **Psychosocial factors of migration: Adaptation and application of the health belief model**. International Migration, 50(6), 211-231.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (1998). Multivariate data analysis (Vol. 5, No. 3, pp. 207-219). Upper Saddle River, NJ: Prentice hall.
- Hartley, D. (2004). **Rural health disparities, population health, and rural culture.** American Journal of Public Health, 94(10), 1675-1678.
- Hartley, E. M., Hoch, M. C., Cramer, R. J. (2018). **Health Belief Model and Theory of Planned Behavior: A Theoretical Approach for Enhancing Lower Extremity Injury Prevention Program Participation**. International Journal of Athletic Therapy & Training, 23(1), 16-20.
- Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. (2020a). **Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China**. Lancet. 395 (10223), 497–506. doi:10.1016/S0140-6736(20)30183-5.
- Huang, X., Dai, Sh., Xub, Sh. (2020b). **Predicting tourists' health risk preventative behaviour and travelling satisfaction in Tibet: Combining the theory of planned behaviour and health belief model**. Tourism Management Perspectives, 33, 100589.
- Jacob, J., Valois, P., Aenishaenslin, C., Bouchard, C., Briand, S., Talbot, D., & Tessier, M. (2019). **Factors Leading Municipal Authorities to Implement Preventive Interventions for Lyme Disease**. International Journal of Environmental Research and Public Health, 16(9), 1547.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). **The health belief model: A decade later.** Health education quarterly, 11(1), 1-47.
- Jeihooni, A. K., & Rakhshani, T. (2019). **The effect of educational intervention based on health belief model and social support on promoting skin cancer preventive behaviors in a sample of Iranian farmers.** Journal of Cancer Education, 34(2), 392-401.
- Jenkins, W.D., Bolinski, R., Bresett, J., Van Ham, B., Fletcher, S., Walters, S., ... and Ouellet, L. (2020). **COVID-19 during the Opioid Epidemic-Exacerbation of Stigma and Vulnerabilities.** The Journal of Rural Health, 00, 1–3.
- Jiao, W. Y., Wang, L. N., Liu, J., Fang, Sh.F., Jiao, F. Y., Pettoello-Mantovani, M., Somekh, E. (2020). **Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic.** The journal of pediatrics, 221, 264-266.
- Kavookjian, J. (2020). **Learning Healthy Habits is Vital in the Time of COVID-19.** Available on the http://www.auburn.edu/academic/pharmacy/news_events/2019-20/040620-coronavirus.html.
- Luquis, R. R., & Kensinger, W. S. (2019). **Applying the Health Belief Model to assess prevention services among young adults.** International Journal of Health Promotion and Education, 57(1), 37-47.
- Mo, P. K., Wong, C. H., & Lam, E. H. (2019). **Can the Health Belief Model and moral responsibility explain influenza vaccination uptake among nurses?.** Journal of advanced nursing, 75(6), 1188-1206.

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-10-09]

[DOR: 20.1001.1.23222131.1399.9.33.1.8]

- Montanaro, E. (2011). **Wrap it up: a comparison of the Health Belief Model and the theory of planned behavior.** THESIS Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Degree of Master of Science Psychology The University of New Mexico Albuquerque, New Mexico. https://digitalrepository.unm.edu/psy_etds/101
- Montanaro, E. A., and Bryan, A. D. (2014). **Comparing Theory-Based Condom Interventions: Health Belief Model Versus Theory of Planned Behavior.** Health Psychology, 33(10), 1251–1260.
- Montano, D. E. (1986). Predicting and understanding influenza vaccination behavior: alternatives to the health belief model. Medical Care, 438-453.
- Morens, D.M., Folkers, G.K., and Fauci, A.S., (2004). **The challenge of emerging and re-emerging infectious diseases**. Nature, 430(6996), 242-249.
- Mphande, F.A., (2016). **Infectious diseases and rural livelihood in developing countries.** Springer, Singapore.
- Mukhtar, S. (2020). **Mental health and emotional impact of COVID-19: Applying Health Belief Model for medical staff to general public of Pakistan**. Brain, Behavior, and Immunity. 87, 28–29.
- Ng, B. Y., Kankanhalli, A., and Xu, Y. C. (2009). **Studying users' computer security behavior: A health belief perspective.** Decision Support Systems, 46(4), 815-825.
- Perlman, S. (2020). **Another decade, another coronavirus.** New England Journal of Medicine, 382(1), 382:760-762.
- Prasetyo, Y. T., Castillo, A. M., Salonga, L. J., Sia, J. A., and Seneta, J. A. (2020). **Factors affecting perceived effectiveness of COVID-19 prevention measures among filipinos during enhanced community quarantine in luzon, philippines: Integrating protection motivation theory and extended theory of planned behavior.** International Journal of Infectious Diseases, 99, 312-323.
- Reynolds, M. (2020). **What is coronavirus and how close is it to becoming a pandemic?**. Wired UK. ISSN 1357-0978. Archived from the original on 5 March 2020. Retrieved 5 March 2020.
- Rimpeekool, W., Banwell, C., Seubsman, S. A., Kirk, M., Yiengprugsawan, V., & Sleigh, A. (2016). **I rarely read the label: factors that influence Thai consumer responses to nutrition labels.** Global journal of health science, 8(1), 21.
- Rosenstock, I. M. (1966). **Why people use health services.** Milbank Memorial Fund Quarterly, 44, 94–127.
- Shahnazi, H., Ahmadi-Livani, M., Pahlavanzadeh, B., Rajabi, A., Hamrah, M. S., and Charkazi, A. (2020). **Assessing Preventive Health Behaviors from COVID-19 Based on the Health Belief Model (HBM) among People in Golestan Province: A Cross-Sectional Study in Northern Iran**. Preprint, Available on the https://www.researchsquare.com/article/rs-24871/v1
- Sun, X., Guo, Y., Wang, S., and Sun, J. (2006). **Predicting Iron-Fortified Soy Sauce Consumption Intention: Application of the Theory of Planned Behavior and Health Belief Model.** Journal of Nutrition Education and Behavior, 38(5), 276-285.
- Tajeri Moghadam, M., Raheli, H., Zariffian, Sh., and Yazdanpanah, M. (2020). **The power of the health belief model (HBM) to predict water demand management: A case study of farmers' water con-servation in Iran.** Journal of Environmental Management, 263 (2020), 110388.

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-10-09]

[DOR: 20.1001.1.23222131.1399.9.33.1.8]

- Talsma EF, Melse-Boonstra A, de Kok BPH, Mbera GNK, Mwangi AM, et al. (2013). **Biofortified Cassava with Pro-Vitamin A Is Sensory and Culturally Acceptable for Consumption by Primary School Children in Kenya.** PLoS ONE 8(9), e73433.
- Truelove, H. B., Carrico, A. R., and Thabrew, L. (2015). **A socio-psychological model for analyzing climate change adaptation: A case study of Sri Lankan paddy farmers.** Global Environmental Change, 31, 85-97.
- van der Weerd, W., Timmermans, D. R., Beaujean, D. J., Oudhoff, J., & van Steenbergen, J. E. (2011). **Monitoring the level of government trust, risk perception and intention of the general public to adopt protective measures during the influenza A (H1N1) pandemic in the Netherlands.** BMC public health, 11(1), 575.
- Vassallo, M., Saba, A., Arvola, A., Dean, M., Messina, F., Winkelmann, M., ... & Shepherd, R. (2009). **Willingness to use functional breads. Applying the Health Belief Model across four European countries.** Appetite, 52(2), 452-460.
- Wang, Y., Wang, Y., Chen, Y., Qin, Q. (2020). **Unique epidemiological and clinical features of the emerging 2019 novel coronavirus pneumonia (COVID-19) implicate special control measures**. Journal of Medical Virology, 92, 568-576.
- Wise, T., Zbozinek, T. D., Michelini, G., & Hagan, C. C. (2020). **Changes in risk perception and protective behavior during the first week of the COVID-19 pandemic in the United States**. 1-13.
- Wong, L. P., Alias, H., Wong, P. F., Lee, H. Y., & AbuBakar, S. (2020). **The use of the health belief model to assess predictors of intent to receive the COVID-19 vaccine and willingness to pay**. Human vaccines & immunotherapeutics, 1-11.
- World Health Organization. (2020). **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19**—11 March 2020. Geneva, Switzerland: World Health Organization. https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020
- Worldometer. (2020). **COVID-19 Coronavirus Pandemic**. Available at https://www.worldometers.info/coronavirus/
- Yazdanpanah, M., Abadi, B., Komendantova, N., Zobeidi, T., & Sieber, S. (2020). **Some at Risk for COVID-19 Are Reluctant to Take Precautions, but Others Are Not: A Case from Rural Iran**. *Frontiers in Public Health, 8*. [In press].
- Yazdanpanah, M., Hayati, D., Hochrainer-Stigler, S., & Zamani, G. H. (2014). **Understanding farmers' intention and behavior regarding water conservation in the Middle-East and North Africa**: A case study in Iran. Journal of environmental management, 135, 63-72.
- Yazdanpanah, M., Komendantova, N., & Ardestani, R. S. (2015). **Governance of energy transition in Iran: Investigating public acceptance and willingness to use renewable energy sources through socio-psychological model**. Renewable and Sustainable Energy Reviews, 45, 565-573.
- Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J., ... and Niu, P. (2020). **A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019.** New England Journal of Medicine, 382, 727-733.

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-10-09]

[DOR: 20.1001.1.23222131.1399.9.33.1.8]