

بررسی آگاهی، خطر درک شده و قصد رفتاری دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در خصوص هپاتیت B، سال ۱۳۹۱

مصطفی نصیرزاده^۱، منا حافظی بختیاری^۲، مهدی میرزایی علویجه^۳، فیروزه مصطفوی دارانی^۴،
پروین دوست محمدی^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: هپاتیت B از عمده ترین مشکلات سلامتی عصر حاضر و از علل افزایش خطر ابتلا به کارسینوم هپاتوسلولار و سیروز کبدی می باشد. دانشجویان علوم پزشکی به دلیل وضعیت شغلی آینده، جز گروه در معرض خطر و بیش از جمعیت عادی به بیماری مبتلا می شوند. مطالعه حاضر به بررسی میزان آگاهی، خطر درک شده و قصد رفتاری دانشجویان علوم پزشکی در خصوص هپاتیت B پرداخته است.

روش ها: نوع مطالعه توصیفی - تحلیلی و جمعیت مورد مطالعه دانشجویان علوم پزشکی اصفهان می باشند. نمونه گیری به روش تصادفی ساده و حجم نمونه بر اساس فرمول حداقل ۳۸۵ نفر به دست آمد. ابزار جمع آوری اطلاعات، پرسشنامه و تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ و آزمون های آماری پیروسون، اسپیر من، تی مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه بود.

یافته ها: ۴۵۷ دانشجو (۴۱/۸٪ پسر و ۵۸/۲٪ دختر) در ۲۹ رشته تحصیلی در مطالعه شرکت نمودند. میانگین نمره کل و انحراف معیار آگاهی دانشجویان (۵/۵۶±۲/۱)، درک خطر عمومی (۲۱/۸±۳/۱۲)، درک خطر فردی (۷/۲۵±۲) و قصد رفتاری دانشجویان (۱۴/۹۹±۳/۲۸) می باشد. بین میانگین نمرات درک خطر و قصد رفتاری با جنسیت، آگاهی و درک خطر با سن، آگاهی، درک خطر و قصد رفتاری با سطح تحصیلات و رشته تحصیلی دانشجویان رابطه معنی داری دیده شد ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: با توجه به در معرض خطر بودن دانشجویان علوم پزشکی و پایین بودن قصد رفتاری آن ها در خصوص انجام اقدامات پیشگیرانه، بررسی موانع و فاکتورهای موثر در این خصوص و همچنین انجام مداخلات آموزشی ضروری به نظر می رسد.

واژه های کلیدی: آگاهی، خطر درک شده، قصد رفتاری، دانشجویان علوم پزشکی اصفهان، هپاتیت B

ارجاع: نصیرزاده مصطفی، حافظی بختیاری منا، میرزایی علویجه مهدی، مصطفوی دارانی فیروزه، دوست محمدی پروین. **بررسی آگاهی، خطر درک شده و قصد رفتاری دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در خصوص هپاتیت B، سال ۱۳۹۱.** مجله تحقیقات نظام

سلامت ۱۳۹۲؛ ۹(۱۱): ۱۱۷۸-۱۱۸۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۶/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۱/۲۴

۱. دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. کارشناس بهداشتی، مرکز بهداشت شماره یک، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳. کارشناس ارشد آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران (نویسنده مسؤول)
Email: mehdimirzaiea@yahoo.com
۴. استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۵. کارشناس بهداشتی، شبکه بهداشت و درمان شهرستان فریدن، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

ویروس هپاتیت B عامل ایجاد اکثریت عفونت حاد و مزمن، سیروز کبدی و کارسینوم سلولار کبدی در سطح جهان است (۱). هپاتیت B دومین علت شایع هپاتیت حاد و به عنوان یکی از انواع هپاتیت‌های ویرال، بیش از ۳۵۰ میلیون ناقل در جامعه جهانی دارد (۲،۳). در حدود ۹۰٪ از حاملین این بیماری در کشورهای کمتر توسعه‌یافته و از این میان حدود ۷۵٪ در کشورهای آسیایی زندگی می‌کنند (۴). رایج‌ترین بیماری شغلی در کارکنان بهداشتی درمانی بوده و میزان بروز سالانه هپاتیت B در کارکنان بیمارستان ۰/۱ درصد یا در حدود ده برابر افراد عادی است که سالانه به لحاظ شغلی در معرض ابتلا به این بیماری قرار می‌گیرند (۵). تقریباً حدود ۸۰٪ از عفونت‌های ویروس هپاتیت B تشخیص داده نمی‌شوند (۶). شایع‌ترین علت هپاتیت حاد و مزمن در بزرگسالان و شایع‌ترین علت سیروز کبدی و کارسینوم هپاتوسلولار در ایران نیز ویروس هپاتیت B می‌باشد (۷). ایران از نظر آندمیسیته عفونت مزمن هپاتیت B در زمره کشورهای با شیوع متوسط قرار دارد (۱). شیوع هپاتیت B در کشور ایران حدود دو و نیم میلیون نفر و ۳٪ کل جامعه آنتی ژن مثبت هستند (۲). شصت درصد موارد عفونت هپاتیت B به حالت مزمن درآمده و احتمال انتقال و گسترش آن در جامعه افزایش می‌یابد (۸). انسان تنها مخزن ویروس هپاتیت B بوده و ویروس در خون، مدفوع، ادرار، صفرا، عرق، اشک، بزاق، منی، شیر، ترشحات واژینال، مایع مفصلی، خون بند ناف و مایع مغزی نخاعی قابل‌شناسایی است، انتقال از طریق تماس جنسی، تماس اتفاقی با سرنگ آلوده در کارکنان پزشکی، هومودیالیز، سرنگ‌های مشترک مصرفی در معتادان تزریقی، وسایل دندان‌پزشکی، خون و فرآورده‌های خونی، خال‌کوبی، طب سوزنی، حجامت، سوراخ کردن گوش، گازگرفتگی و نیز مادر به جنین صورت می‌گیرد (۹، ۱۰، ۱۱). روش اصلی ابتلا به هپاتیت B در کشورهای با شیوع پایین آلودگی به هپاتیت B از طریق روابط جنسی ناسالم یا تزریقات داخل وریدی مواد مخدر می‌باشد (۱۲-۱۶). از

مهم‌ترین راه‌های پیشگیری از این بیماری در جامعه، ارائه آموزش‌های لازم به گروه‌های در معرض خطر، واکسیناسیون و ایمن‌سازی غیرفعال می‌باشد (۱۷). کارکنان گروه پز شکی و افرادی که با خون و مایعات بدن بیماران سروکار دارند، در معرض خطر بوده و بیش از جمعیت عادی به بیماری مبتلا می‌شوند. به دنبال صدمات ناشی از سر سرنگ و اشیاء تیز، خطر ابتلا به هپاتیت B ۳۳٪ می‌باشد (۱۸، ۱۹). مطالعات نشان داده خطر مواجهه با این عفونت در دندان‌پزشکان عمومی غیر ایمن در حدود سه تا چهار و در متخصصان جراحی غیر ایمن شش برابر بیشتر از سایر افراد است (۲۰، ۲۱). لذا پیشگیری از هپاتیت B خصوصاً در گروه‌های پر خطر مثل کارکنان بهداشتی حائز اهمیت است (۳). جهت پیشگیری و قبل از انجام مداخلات آموزشی لازم است ابتدا آگاهی، نگرش و عملکرد گروه هدف مورد بررسی قرار گیرد. درک خطر به عنوان مفهوم مرکزی برای شناخت رفتار سالم و تغییر رفتار مورد نیاز است (۲۱). از جمله مفاهیم الگوی اعتقاد بهداشتی، که بر روی تغییر در اعتقادات تمرکز داشته و این تغییر را عامل تغییر در رفتار می‌داند، تهدید درک شده (حساسیت و شدت درک شده) است، افراد نخست باید در برابر مسئله احساس خطر نمایند (حساسیت درک شده Perceived Susceptibility) و سپس عمق این خطر و عمقی بودن عوارض آن را درک کنند (شدت درک شده Perceived Severity) (۲۲). همچنین بر اساس الگوی قصد رفتاری، مهم‌ترین تعیین‌کننده رفتار فرد، قصد رفتاری است (۲۳). قصد رفتاری، یعنی تصمیم و خواست فرد برای انجام رفتاری خاص (۲۳). Gonzales و همکاران، در مطالعه خود گزارش نمودند که حدود ۱۰٪ جوانان ۱۸-۲۴ ساله هرگز چیزی درباره هپاتیت B نشنیده‌اند، هم چنین میانگین نمرات درک خطر فردی (۲/۴۴ از ۱۰) ، درک خطر عمومی (۳/۹۸ از ۲۵) و قصد رفتاری آن‌ها (۲/۶۲ از ۱۵) نمره می‌باشد (۲۴). لذا مطالعه حاضر را با هدف تعیین آگاهی، خطر درک شده و قصد رفتاری دانشجویان علوم پزشکی اصفهان در خصوص هپاتیت B طراحی و اجرا نمودیم و نتایج

آمد. روش پاسخ‌دهی به پرسشنامه خود گزارش‌دهی بود و زمان لازم برای تکمیل هر پرسشنامه به طور متوسط در حدود ۱۵ دقیقه در نظر گرفته شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ و آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون، اسپیرمن، تی مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه تجزیه و تحلیل شده و در قالب جداول و نمودارهای مناسب به همراه توضیحات ارائه شد.

یافته‌ها

تعداد دانشجویان شرکت کننده در طرح ۴۵۷ نفر {۱۹۱ نفر (۴۱/۸٪) پسر و ۲۶۶ نفر (۵۸/۲٪) دختر} بودند که در قالب ۲۹ رشته تحصیلی (پزشکی، دندانپزشکی، پرستاری، رادیولوژی، فیزیوتراپی، داروسازی، ارتوپدی، تغذیه، ایمنی مواد غذایی، آموزش بهداشت، بهداشت عمومی، اپیدمیولوژی، فیزیک پزشکی، فناوری اطلاعات سلامت، مدیریت خدمات بهداشتی، بهداشت محیط، بهداشت حرفه ای، تکنولوژی جراحی، هوشبری، اتاق عمل، کتابداری، اعضاء مصنوعی، پروتز دندان، مامایی، کاردرمانی، گفتاردرمانی، مهندسی پزشکی، ایمنی شناسی، علوم آزمایشگاهی) (۲۲۸ نفر در مقطع کارشناسی، ۲۴ نفر در مقطع کارشناسی ارشد و ۲۰۵ نفر در مقطع دکترا) به سؤالات به طور کامل پاسخ دادند (جدول ۱). میانگین سنی شرکت کنندگان $21/55 \pm 2/6$ سال و دامنه سنی بین ۱۸ تا ۴۱ سال بود. میانگین نمره کل و انحراف معیار آگاهی دانشجویان $(21/8 \pm 3/1)$ ، درک خطر عمومی $(7/25 \pm 2)$ و قصد رفتاری دانشجویان در خصوص هپاتیت B $(14/99 \pm 3/28)$ می‌باشد (جدول ۲). نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات درک خطر و قصد رفتاری با جنسیت، آگاهی و درک خطر با سن، آگاهی، درک خطر و قصد رفتاری با سطح تحصیلات و آگاهی، درک خطر و قصد رفتاری دانشجویان با رشته تحصیلی رابطه معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/05$) (جدول ۳). هم چنین بین آگاهی با جنس و قصد رفتاری با سن رابطه معنی‌داری دیده نشد ($P > 0/05$) (جدول ۳).

آن جهت برنامه ریزی مداخلات و اقدامات لازم در اختیار برنامه ریزان دانشگاه قرار گرفت.

روش‌ها

نوع مطالعه توصیفی - تحلیلی (Cross-Sectional) بود. جمعیت مورد مطالعه، دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بودند. نمونه‌گیری به روش تصادفی ساده و تعداد نمونه با توجه به فرمول $n = Z^2 * S^2 / D^2$ حداقل ۳۸۵ نفر به دست آمد. (Z ضریب اطمینان ۹۵٪ یعنی ۱/۹۶، S برآوردی از انحراف معیار نمره هر یک از مولفه‌های مطالعه (آگاهی، قصد رفتار و خطر درک شده) می‌باشد و D میزان دقت که S/۱ در نظر گرفته شده است). با توجه به حداقل حجم نمونه و احتمال ریزش ۲۰٪ تعداد ۵۰۰ پرسشنامه توزیع و در نهایت ۴۵۷ دانشجویان سؤالات به طور کامل پاسخ دادند. جهت جمع‌آوری اطلاعات به دانشکده‌ها و خوابگاه‌ها، مراجعه نمودیم. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این طرح، پرسشنامه مطالعه Gonzales و همکاران (۲۴) با ۲۶ سؤال در سه بخش و شامل مشخصات دموگرافیک با ۶ سؤال، بررسی میزان آگاهی با ۸ سؤال و با مقیاس پاسخ‌دهی بلی/خبر (دامنه نمرات بین صفر تا ۸)، درک خطر فردی با ۲ سؤال (دامنه نمرات بین ۲-۱۰ نمره)، درک خطر عمومی و قصد رفتاری با ۵ سؤال (دامنه نمرات بین ۵-۲۵ نمره) و با مقیاس لیکرت ۵ قسمتی از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم سنجیده شد. به جواب صحیح نمره یک و به پاسخ غلط و نمی‌دانم نمره صفر تعلق می‌گیرد، همچنین به پاسخ کاملاً موافقم نمره ۵ و کاملاً مخالفم نمره یک تعلق می‌گیرد. ضریب آلفای کرونباخ آن در مطالعه Gonzales و همکاران به ترتیب (درک خطر فردی ۰/۵۱، درک خطر عمومی ۰/۷۷ و قصد رفتاری ۰/۵۶ گزارش گردیده است (۲۴). همچنین روایی و پایایی آن پس از انجام یک مطالعه مقدماتی (بر روی ۳۰ نفر از دانشجویان) و با استفاده از نظر کارشناسان مرتبط تأیید گردیده و ضریب آلفای کرونباخ آن به ترتیب برای سؤالات (آگاهی ۰/۸، درک خطر ۰/۸۶ و قصد رفتاری ۰/۶۲) به دست

جدول ۱: توزیع فراوانی مقاطع تحصیلی دانشجویان بر حسب جنس

مقطع تحصیلی	جنس		کل	
	پسر	دختر	تعداد	درصد
کارشناسی	تعداد ۹۹	تعداد ۱۲۹	تعداد ۲۲۸	درصد ۱۰۰
کارشناسی ارشد	تعداد ۷	تعداد ۱۷	تعداد ۲۴	درصد ۱۰۰
دکتر	تعداد ۸۵	تعداد ۱۲۰	تعداد ۲۰۵	درصد ۱۰۰
کل	تعداد ۱۹۱	تعداد ۲۶۶	تعداد ۴۵۷	درصد ۱۰۰

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره آگاهی، خطر درک شده و قصد رفتاری دانشجویان در خصوص هیپاتیت B

متغیر	میانگین	انحراف معیار
*آگاهی	۵/۵۶	۲/۱
**خطر درک شده فردی	۷/۲۵	۲
***خطر درک شده عمومی	۲۱/۸	۳/۱۲
***قصد رفتاری	۱۴/۹۹	۳/۲۸

دامنه نمره ۰-۸ *دامنه نمره ۲-۱۰ ***دامنه نمره ۵-۲۵

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار آگاهی، خطر درک شده و قصد رفتاری دانشجویان بر حسب متغیرهای

مستقل در خصوص هیپاتیت B

متغیرهای وابسته	جنس	سن	سطح تحصیلات	رشته تحصیلی	متغیرهای مستقل (میانگین و انحراف معیار و P-Value)
آگاهی	دختر ۵/۷۱±۲/۰۴	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱	P=۰/۰۲	P<۰/۰۰۱
	پسر ۵/۳۵±۲/۱۷				
خطر درک شده فردی	دختر ۷/۲۳±۱/۸۶	P=۰/۱	P=۰/۰۳	P>۰/۰۰۱	P>۰/۰۵
	پسر ۷/۲۷±۲/۱۱				
خطر درک شده عمومی	دختر ۲۲/۱±۳/۰۵	P<۰/۰۱	P<۰/۰۱	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱
	پسر ۲۱/۴۲±۳/۱۸				
قصد رفتاری	دختر ۱۵/۲۷±۳/۵۸	P=۰/۲	P=۰/۰۴	P=۰/۰۲	P=۰/۰۲
	پسر ۱۴/۶۱±۲/۸۳				

بحث

با توجه به اینکه هیپاتیت B رایج‌ترین بیماری شغلی در کارکنان بهداشتی درمانی است، مطالعه حاضر بر روی ۴۵۷ دانشجوی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد. نتایج نشان داد دانشجویان، آگاهی مطلوبی (۵/۵۶ از ۱۰ نمره) در خصوص هیپاتیت B داشتند. Gonzalez و همکاران

(۲۰۰۶) نیز در مطالعه خود گزارش نمودند که تنها حدود ۱۰٪ جوانان ۱۸-۲۴ ساله هیچ اطلاعی در خصوص هیپاتیت B نداشتند (۲۴). Razi و همکاران نیز در مطالعه خود گزارش نمودند که ۸۰٪ دانشجویان رشته‌های بیولوژی به سوالات بخش آگاهی پاسخ صحیح داده بودند (۲۵). ولی نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه سیام و همکاران همخوانی ندارد (۲۶).

دانشجویان پسر داشتند، با توجه به آگاهی بالاتر دختران، به تناسب درک خطر و قصد رفتاری آن‌ها نیز بیشتر از پسران بوده است که با نتایج مطالعه باقیانی مقدم و Gonzales هم‌خوانی دارد (۲۹،۲۴). به نظر می‌رسد دانشجویان دختر بیشتر از پسران اقدام به فعالیت‌های پیشگیرانه از ابتلا به این بیماری مانند مطالعه، جستجوی اطلاعات بیشتر و واکسیناسیون می‌نمایند. پس از بررسی متغیرهای مطالعه با سن شرکت‌کنندگان نتایج نشان داد که ارتباط مستقیم و معنی‌داری بین سن با آگاهی و خطر درک شده دانشجویان در خصوص هپاتیت B وجود دارد. افزایش سن و گذراندن ترم‌های تحصیلی بیشتر و باتجربه‌تر شدن آن‌ها را می‌توان از دلایل آگاهی بیشتر و متعاقباً درک بالاتری از خطر دانست که با مطالعه محمدنژاد و همکاران که در خصوص آگاهی پرستاران در خصوص ایدز بوده و با مطالعه Gonzales مغایرت دارد (۲۴،۳۱). ولی قابل ذکر است که علی‌رغم ارتباط بین آگاهی و خطر درک شده بالاتر با سن، بین قصد رفتاری و سن دانشجویان رابطه معنی‌داری وجود ندارد که نیاز به بررسی و تحقیقات بیشتر در این خصوص می‌باشد. با توجه به اینکه دانشجویان علوم پزشکی جزو گروه‌های در معرض خطر می‌باشند بهتر است در تمام دوران تحصیل و پس از آن خود را در معرض خطر دیده و اقدامات پیشگیرانه را انجام دهند. در تعیین ارتباط بین متغیرهای مورد بررسی و مقطع تحصیلی دانشجویان نتایج نشان داد که ارتباط مستقیم و معنی‌داری بین آگاهی، خطر درک شده و قصد رفتاری دانشجویان با سطح تحصیلات در خصوص هپاتیت B وجود دارد که نتایج این بخش با نتایج مطالعه سیام همخوانی دارد (۲۶) هر چند در این خصوص نیز نیاز به انجام تحقیقات بیشتر و در چند رشته مشخص و محدود (همانند پرستاری و پزشکی و دندان‌پزشکی) می‌باشد. طبیعی است که دانشجویان علوم پزشکی با توجه به واحدها و محتوای درسی، محیط درسی و دوستان خود در دیگر رشته‌ها با افزایش سطح تحصیلات و گذراندن ترم‌های تحصیلی بیشتر، آگاهی بیشتری در این خصوص کسب نمایند. در این مطالعه اختلاف معنی‌داری بین

پاک مهر و همکاران نیز در مطالعه خود گزارش نموده که سطح آگاهی دانشجویان مامایی و ماماها در خصوص هپاتیت B در حد متوسط بوده است (۲۷) که از تفاوت‌های آن شاید به دلیل نوع رشته‌های تحصیلی و محل انجام مطالعه باشد. در این مطالعه حدود ۷۰٪ دانشجویان در خصوص راه‌های انتقال بیماری آگاهی کمی داشتند که با مطالعه Razi و همکاران و Shahin shah و همکاران مطابقت دارد (۲۵، ۲۸). همچنین یافته‌ها حاکی از آن است که میانگین نمره خطر درک شده فردی دانشجویان (۷/۲۵ از ۱۰ نمره) و در حد بالایی است که با مطالعه باقیانی مقدم و همکاران و Tibdewal و همکاران همخوانی دارد (۳۰،۲۹) ولی Gonzales و همکاران در مطالعه خود گزارش نمودند که میانگین نمره درک خطر فردی جوانان ۲/۴۴ از ۱۰ نمره می‌باشد (۲۴). به نظر می‌رسد که دانشجویان علوم پزشکی بیشتر از عموم مردم و جوانان دیگر خود را در معرض خطر ابتلا به بیماری می‌بینند. میانگین نمره درک خطر عمومی دانشجویان ۲۱/۸ از ۲۵ نمره و در حد بالایی قرار دارد. این یافته‌ها با مطالعه باقیانی مقدم و همکاران مشابه (۲۹) ولی با نتایج مطالعه Gonzales و همکاران متفاوت است (۲۴) که از دلایل آن می‌توان به تفاوت در گروه‌های هدف (جوانان عادی در برابر دانشجویان علوم پزشکی و کارکنان بخش بهداشت) و محل انجام مطالعه اشاره نمود. میانگین نمره قصد رفتاری دانشجویان (۱۴/۹۹) از ۲۵ نمره و در حد متوسطی می‌باشد. علی‌رغم آگاهی و درک خطر فردی و عمومی بالا دانشجویان، قصد رفتاری آن‌ها جهت انجام اقدامات پیشگیرانه، همانند جستجوی اطلاعات، افزایش معلومات و واکسیناسیون در حد بالایی نیست؛ که با مطالعه باقیانی مقدم و Gonzales هم‌خوانی دارد (۲۹،۲۴). هر چند به نظر می‌رسد در این خصوص نیاز به بررسی بیشتر همانند حساسیت و شدت درک شده آن‌ها و موانع فردی و بیرونی می‌باشد. نتایج پژوهش نشان داد که میزان آگاهی در دو جنس تقریباً یکسان بوده، ولی دختران دانشجو درک خطر بیشتری، قصد رفتاری بالاتر و معنی‌داری نسبت به

قصد رفتاری بیشتری در خصوص هپاتیت B نسبت به پسران داشتند، هم چنین با افزایش سن، گذراندن ترم های تحصیلی بیشتر و سطح تحصیلات بالاتر آگاهی، خطر درک شده و قصد رفتاری دانشجویان بالاتر می‌رود. به طور کلی رشته‌های تحصیلی پزشکی، دندان‌پزشکی و پرستاری آگاهی، خطر درک شده و قصد رفتاری بالاتری نسبت به دیگر رشته‌های تحصیلی دارند. با توجه به در معرض خطر بودن دانشجویان علوم پزشکی به علت وضعیت شغلی آینده آنان و قصد رفتاری پایین آنان در رابطه با رفتارهای پیشگیرانه از هپاتیت B ارایه برنامه‌ها و مداخلات آموزشی جهت بالا بردن قصد رفتاری دانشجویان و بررسی فاکتورهای موثر در این امر ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

با توجه به اینکه مقاله حاضر حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۲۹۰۲۴۳، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد، لذا بر خود واجب می‌دانم از کلیه مسئولین دانشگاه، معاونت‌ها، خوابگاه‌ها و هم چنین دانشجویان عزیز کمال تشکر و قدردانی را داشته باشم.

سطح آگاهی، خطر درک شده و قصد رفتاری با رشته‌های تحصیلی دانشجویان دیده شد. برای مثال رشته‌های تحصیلی پزشکی، دندان‌پزشکی، پرستاری، مامایی، علوم آزمایشگاهی و جراحی پزشکی آگاهی، خطر درک شده و قصد رفتاری بالاتری را نسبت به دیگر رشته‌ها داشتند. Razi و همکاران نیز در مطالعه خود نشان داد که دانشجویان رشته‌های بیولوژی آگاهی، نگرش و عملکرد بالاتری نسبت به دانشجویان رشته‌های غیر بیولوژی داشتند (۲۵). ۵۸/۶٪ دانشجویان گزارش نمودند که برنامه واکسیناسیون علیه هپاتیت B خود را کامل نموده‌اند، Tibdewal و همکاران نیز در مطالعه خود گزارش نموده‌اند که ۵۵/۹٪ دانشجویان پزشکی و دندان‌پزشکی برنامه ایمن‌سازی علیه هپاتیت B را کامل نموده‌اند (۳۰) که لازم است با توجه به در معرض خطر بودن، دانشجویان برنامه ایمن‌سازی خود را تکمیل و سپس نسبت به بررسی اثر بخشی واکسیناسیون اقدام نمایند.

نتیجه گیری

آگاهی و خطر درک شده دانشجویان در خصوص هپاتیت B مطلوب ولی قصد رفتاری آنان در حد مطلوب نیست. نتایج این پژوهش نشان داد که دانشجویان دختر آگاهی، خطر درک شده و

References

1. Habibian R. Safety Evaluation of hepatitis B vaccine in medical practitioners. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences 2002; (5) 0.1: 41-46. [In Persian]
2. Kakouee Sh, Sheibani GH, MohammadAlizadeh S. knowledge and practice About Hepatitis B of dentists with offices in Kerman in 2004. Dental Journal of Shahid Beheshti University of Medical Sciences 2007; 593-99.
3. Azarhoush R, Borghei N, Vakeelee A, Latifi K. Serological immune status of teaching hospitals in Gorgan against hepatitis B virus in 2003. Journal of Gorgan University of Medical Sciences in 2006; 8 (1): 44-39.
4. Paul T, Maktabi A, Almas K, Saeed S. Hepatitis B Awareness and Attitudes amongst Dental Health Care Workers in Riyadh, Saudi Arabia. Odontostomatol Trop 1999; 22(86):9-12.
5. Nazaree M, Pakgoohar M, Geranmayeh M. Prevention of hepatitis B infection in hospitals midwives and midwifery students in Tehran University of Medical Sciences 2002. Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran 2005; 24 (2): 165-71.
6. Goebel Wm. Reliability of Medical History in Identifying Patients Likely To Place Dentists at an Increased Hepatitis Risk. J Am Dent Assoc 1979; 98: 907-13.
7. Barati M, Eshaghi MA, Borji S. Evaluation of Awareness Level of High School Students of Meshkindasht (in Karaj) about Transmission and Prevention Ways of Hepatitis B. journal of Iran university of science 2005; 12(46): 249-54.
8. Daryani F, Sharifi M, VahidShahi K. Surveying the association between HBS-Ab and time elapsed following vaccination in patients with Thalassemia Major, Boooli Hospital in 2001. Pejouhandeh 2003; 33(8): 203-205.
9. Zanetti AR. Update on hepatitis B vaccination in Italy 10 years after its implantation. Vaccine 2001; 19: 2380-3.
10. Roggendrof M, Viazov S. Health care worker and hepatitis B. J. Hepatol 2003; 39: 589-92.

11. Rischitelli G, Harris J, MacCauley L, Gershon R, Guidott T. The risk of acquiring hepatitis B or C among public safety workers: A systemic review. *Am. J. Pre. Med* 2001; 20(4): 299-306.
12. Lavanchy D. Hepatitis B virus epidemiology, disease burden, treatment, and current and emerging prevention and control measures. *J Viral Hep* 2004; 11: 97-107.
13. Atkins M, Nolan M. Sexual transmission of hepatitis B. *Curr Opin Infect Dis* 2005; 18: 67-72.
14. Fisker N, Pedersen C, Lange M. Molecular epidemiology of hepatitis B virus infections in Denmark. *J Clin Virol* 2004; 31: 46-52.
15. Craine N, Walker A M, Williamson S. Hepatitis B and hepatitis C seroprevalence and risk behaviour among community-recruited drug injectors in North West Wales. *Commun Dis Public Health* 2004; 7: 216-9.
16. Alter MJ, Hadler SC, Margolis HS. The changing epidemiology of hepatitis B in the United States. Need for alternative vaccination strategies. *JAMA* 1990; 263: 1218-22.
17. Wiecha JM. Differences in knowledge of hepatitis B among Vietnemes, African-American, Hispanic and white adolescents in Worcester's, Massachusetts. *Pediatrics* 1999; 104(2): 1212-16.
18. Roberts C. Universal precaution: improving the Knowledge of trained nurses. *Br J Nurs* 2000 13-26;9(1):43-7
19. Leers WD, Kouroupis GM. Prevalence of hepatitis in hospital personnel. *Can Med Assoc j* 1975; 113: 844-7.
20. Polakoff S, Tillet H. Acute Viral Hepatitis B: Laboratory Reports 1975-9. *B Dent J* 1982; 284: 1881-2.
21. Sharifirad G, Hazavei MM, Mohebbi S, Rahimi MA, Hasanzadeh A. Effect of an educational program based on Health Belief Model on foot care in patients with type 2 diabetes. *Journal of Endocrinology and Metabolism* 2006; 8(3): 231-239.
22. Yakhforoshha A, Solhi M, Ebadi Fardazar F. Effect of health education by health belief model on knowledge and attitudes of the, health volunteers' about the Pap test in the urban centers, city of Qazvin. *Journal of Nursing & Midwifery Shahid Beheshti* 2009; 18 (62):24.
23. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research and ractice. 4th Ed, San Francisco: Jossey-Bass; 2008.
24. Gonzales RM, Glik DC, Prelip M, Bourque L, Yuen J, Ang A, et al. Risk erceptions and behavioral intentions for Hepatitis B: how do young adults fare?
25. Razi A, Rehman R, Naz S, Ghafoor F, Ullah khan A. Knowledge attitude AND practices of university student regarding Hepatitis B AND C. *Arpn journal of agricultural and biological science* 2010 ; 5(4):38-45.
26. Seyam SH. The knowledge of Universitys Students in Rasht about Hepatitis B Transmission Ways and Preventive Measure. *Scientific Journal of School of Nursing and Midwifery, Gorgan* 2008; 5(2): 45-50
27. Pakgohar M, Granmayeh M, Babaie Gh, Nazari M. A survey on knowledge of midwives and midwifery's students about hepatitis B. *Journal of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences and Health Services* 2003; 18(19): 27-32.
28. Shah Sh, Nisar N, Qadri M. Knowledge regarding Hepatitis B among EPI vaccinators worker indistrict South, Karachi. *Pak j med sci july- september* 2007; 23(4): 538-541
29. Baghianimoghadam MH, Morowatisharifabad MA, Forghani H, Zolghadr R. Knowledge, Risk Perceptions, and Behavioral Intentions Related to Hepatitis B among Health Managers in Yazd Province (Iran). *Hepatitis Monthly* 2009; 9(4): 317-318
30. Tibdewal H, Barad P, Kumar S. Comparing dental and student s knowledge and attitudes toward Hepatitis B,C and HIV infected patients in India. *Journal of international oral health* 2009;1:20-30
31. Mohammadnezhad E, Jaefari S, Hadizadeh R, Ehsani R, Delgo R. Nurses' awareness about the AIDS epidemic after twenty years. *Journal of Infectious Diseases and Tropical Medicine, Association of the Infectious Disease Specialist* 2009; 49(47): 55-59.

A Survey of Knowledge, Risk perceptions and Behavioral intentions in the students of Isfahan University of Medical Sciences regarding Hepatitis B, 2012

Mostafa Nasirzadeh¹, Mona Hafezi Bakhtiari², Mehdi Mirzaie Alavijeh³,
Firozeh Mostafavidarani⁴, Parvin Dostmohammadi⁵

Original Article

Abstract

Background: Hepatitis B is one of the world's health problems and increased the risk of hepatocellular carcinoma and liver cirrhosis. Medical students exposed to risk Because of future job, and being infected than the general population. This study will Survey level of knowledge, risk perception and behavioral intention medical students about hepatitis B.

Methods: This is a descriptive - analytical study and populations are students of Isfahan University of Medical Sciences. Sampling was randomly and sample size according to the formula: $n = Z^2 * S^2 / D^2$ were at least 385 people. Data were collected by questionnaire and were analyzed by using SPSS 18 software and statistical tests of Pearson, Spearman, t and ANOVA.

Findings: 457 students (41.8% male and 58.2% female) in 29 fields of study participated in the study. Mean and standard deviation of students' awareness (5.56 ± 2.1), public risk perception (21.8 ± 3.12), perceived personal risk (7.25 ± 2), and behavioral intention of students (14.99 ± 3.28) is. Between risk perception and behavioral intention with gender, Knowledge and risk perception with age, Knowledge, risk perception and behavioral intention with students' education level was significantly related ($P < 0.05$).

Conclusion: According to the high risk of medical students, seems that necessary to study barriers and causes of low behavioral intention and Also implement educational interventions.

Keywords: knowledge, perceived risk, behavioral intentions, students of Medical Sciences, hepatitis B

Citation: Nasirzadeh M, Hafezi Bakhtiari M, Mirzaie Alavijeh M, Mostafavidarani F, Dostmohammadi P. A Survey of Knowledge, Risk perceptions and Behavioral intentions in the students of Isfahan University of Medical Sciences regarding Hepatitis B, 2012. J Health Syst Res 2013; 9(11):1178-1185

Received date: 13/02/2013

Accept date: 25/08/2013

1. Ph.D. Candidate in Health Education & Health promotion, Faculty of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Expert of health, canter of health-1, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3. MSc in Health Education, Faculty of Health Education and Health Promotion, Shahid sadoghi yazd University of Medical Sciences, yazd, Iran (Corresponding Author) Email: mehdimirzaiea@yahoo.com
4. Assistant Professor, Department of Health Education, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
5. Expert of health, Fereidan canter of health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran