

# Knowledge, Risk Perceptions and Behavioral Intentions among Elementary School Teachers of Yazd Regarding Hepatitis A

Mohammad Hossein Baghiani Moghadam<sup>1</sup>, Mehdi Mirzaei Alavijeh<sup>2</sup>, Razeyeh Zolghadr<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Professor, Department of Health Services, Faculty of Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences-Yazd, Iran

<sup>2</sup>Researcher, Department of Health Education, Faculty of Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences-Yazd, Iran.

## ABSTRACT

### **Background :**

Hepatitis A, an acute viral disease is the most common global cause of viral hepatitis that affects millions of people annually. Due to its high incidence, hepatitis A is considered a worldwide health problem. This study aims to determine the knowledge, risk perceptions, and behavioral intentions for hepatitis A among elementary school teachers in Yazd city.

### **Materials and Methods :**

This was a cross-sectional study conducted in a random cluster sample of 307 people who taught at elementary schools. The data collection tool was a 30 question questionnaire that had validity and reliability in five parts: i) demographics, ii) knowledge, iii) individual risk perception, iv) general risk perception, and v) behavioral intention. The questionnaire completed by elementary school teachers in Yazd city.

### **Results :**

Mean Participants age was  $37.80 \pm 7.89$  years with a range of 20-53 years. The score knowledge was  $23.44 \pm 3.17$  (range 0-34), general risk perception was  $23.44 \pm 3.17$  (range 7-35), individual risk perception was  $6.47 \pm 2.01$  (range 2-10), and behavioral intention was  $16.03 \pm 3.38$  (range 5-25). There were statistically significant differences between gender and mean score behavioral intention ( $p=0.009$ ). Therefore women had a high level of intention.

### **Conclusion :**

It seems by emphasizing increasingly of knowledge aspect who can reach behavioral intention and finally the main purpose of health education with another meaning change behavior for creating health behavior.

**Keywords :** Knowledge; Risk perceptions; Behavioral intention; Hepatitis A

### **Please cite this paper as:**

Baghiani Moghadam MH, Mirzaei Alavijeh M, Zolghadr R. Knowledge, Risk Perceptions and Behavioral Intentions among Elementary School Teachers of Yazd Regarding Hepatitis A. *Govaresh* 2012;17:84-90.

### **Corresponding Author:**

Mehdi Mirzaei Alavijeh

Department of Health Education, Faculty of Health,

Shahid Sadoughi University of Medical Sciences,

Yazd, Iran.

Telefax : + 98 311 2294362

Email : mehdimirziea@yahoo.com

Received : 08 Feb.2012

Edited : 07 Apr. 2012

Accepted : 08 Apr. 2012

# آگاهی، خطر درک شده و قصد رفتاری کادر آموزشی مدارس ابتدایی شهر یزد در خصوص هیپاتیت A

محمد حسین باقیانی مقدم<sup>۱</sup>، مهدی میرزایی علویجه<sup>۲</sup>، راضیه ذوالقدر<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> استاد، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران  
<sup>۲</sup> پژوهشگر، گروه آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

## چکیده

### زمینه و هدف:

هیپاتیت A از بیماری‌های حاد ویروسی و شایع‌ترین عامل هیپاتیت ویروسی در مقیاس جهانی است که سالیانه میلیون‌ها نفر را مبتلا می‌سازد و به دلیل شیوع بالای آن از معضلات بهداشتی جهان و کشورهای در حال توسعه به شمار می‌رود. این مطالعه با هدف بررسی میزان آگاهی، خطر درک شده و قصد رفتاری در خصوص هیپاتیت A در کادر آموزشی مدارس ابتدایی شهر یزد صورت پذیرفت.

### روش بررسی:

پژوهش حاضر توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی و نمونه ۳۰۷ نفری مورد بررسی به صورت تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه سی سوالی محقق ساخته دارای روایی و پایایی معتبر در پنج قسمت: دموگرافیک با چهار سوال، آگاهی با دوازده سوال، درک خطر فردی با دو سوال، درک خطر عمومی با هفت سوال و قصد رفتاری با پنج سوال بود که به صورت خودگزارش دهی توسط شرکت کنندگان تکمیل شد.

### یافته‌ها:

متوسط سن شرکت کنندگان  $37/80 \pm 7/89$  با دامنه ۲۰ تا ۵۳ سال، و نمره آگاهی  $14/09 \pm 3/04$  (محدوده نمره ۰-۳۴)، درک خطر عمومی  $23/44 \pm 3/17$  (محدوده نمره ۰-۳۵)، درک خطر فردی (محدوده نمره ۰-۱۰) و قصد رفتاری  $16/03 \pm 3/38$  (محدوده نمره ۰-۲۵) بود. میان جنسیت و قصد رفتاری ( $p=0/009$ ) اختلاف آماری معناداری وجود داشت به طوری که زنان از قصد بالاتری برخوردار بودند.

### نتیجه‌گیری:

به نظر می‌رسد با تاکید بیشتر بر جنبه آگاهی افزایی بتوان به قصد رفتاری و درنهایت هدف اصلی از آموزش سلامت یا به تعبیری دیگر تغییر رفتار در جهت ایجاد رفتار سالم دست یافت.

**کلید واژه:** آگاهی، خطر درک شده، قصد رفتاری، هیپاتیت A.

گوارش / دوره ۱۷، شماره ۲ / تابستان ۱۳۹۱ / ۸۴-۹۰

### زمینه و هدف:

عفونت ویروسی هیپاتیت A (HAV) یک مشکل عمده بهداشتی

### نویسنده مسئول: مهدی میرزایی علویجه

یزد، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دانشکده بهداشت، گروه آموزش بهداشت.

تلفن و نامبر: ۰۳۱۱-۲۲۹۴۳۶۲

پست الکترونیک: mehdimirziea@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۰/۱۱/۱۹

تاریخ اصلاح نهایی: ۹۱/۱/۱۹

تاریخ پذیرش: ۹۱/۱/۲۰

در جهان می‌باشد. (۱)، بیماری هیپاتیت A به عنوان یک معضل بهداشتی بوده و هرچند عامل مهم ناخوشی محسوب می‌شود اما مرگ و میر آن به جز در سنین بالا اندک است. در آمریکا مخارج عفونت سالیانه حدود ۲۰۰ میلیون دلار تخمین زده می‌شود. (۲)، ویروس هیپاتیت A شایع‌ترین عامل هیپاتیت ویروسی در مقیاس جهانی است که سالیانه میلیون‌ها نفر را مبتلا می‌سازد. عمده‌ترین راه انتقال HAV از شخص به شخص و از طریق مدفوع آلوده و یا از طریق آلوده سازی آب و غذا می‌باشد (Fecal-Oral). شیوع هیپاتیت A در یک کشور ارتباط بسیار نزدیکی با شرایط بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی آن کشور دارد (۳) و به طور مشخصی با سطح بهداشت جامعه در ارتباط است. (۴)، کودکان به عنوان مخزن

1. Hepatitis A Virus

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای توصیفی تحلیلی<sup>۲</sup> از نوع مقطعی<sup>۳</sup> که در آن جامعه مورد بررسی را کلیه کادر آموزشی مدارس ابتدایی دخترانه و پسرانه شهر یزد تشکیل می‌دادند و نمونه‌گیری این تحقیق به صورت تصادفی خوشه‌ای بود و حجم نمونه مورد نظر با در نظر گرفتن سطح معناداری ۹۵ درصد ( $\alpha=0/05$ ) و انجام یک مطالعه مقدماتی بر روی ۱۴ نفر از افراد مورد مطالعه، مقدار واریانس برای متغیرهای مورد نظر اندازه‌گیری شده و بیشترین مقدار حاصله به عنوان ملاک واریانس‌ها (که مربوط به واریانس متغیر قصد رفتاری بود) در نظر گرفته شد ( $S=7/18$  و  $d=0/65$ ) و با کمک فرمول و نظر مشاور آماری به طور کلی تعداد ۳۰۷ نفر محاسبه و در نظر گرفته شد. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته سی سوالی بود که روایی<sup>۴</sup> آن توسط پانل خبرگان شامل دو نفر دانشیار و استاد متخصص آموزش بهداشت و پایایی<sup>۵</sup> آن توسط یک مطالعه پایلوت بر روی ۱۴ نفر از نمونه انتخابی با محاسبه آلفا کرونباخ مورد تایید قرار گرفت و در پنج بخش شامل: بخش اول: اطلاعات دموگرافیک با چهار سوال (سن، جنس، سابقه کار و سطح تحصیلات)، بخش دوم: سوالات مربوط به آگاهی شامل دوازده سوال با محدوده امتیاز صفر تا ۳۴. بخش سوم: گویه‌های مربوط به درک خطر عمومی با هفت گویه (ضریب آلفا ۰/۷۴) با محدوده امتیاز ۷ تا ۳۵. بخش چهارم: گویه‌های مربوط به درک خطر فردی با دو گویه (ضریب آلفا ۰/۶۸) با محدوده امتیاز ۲ تا ۱۰. بخش پنجم: گویه‌های مربوط به قصد رفتاری با پنج گویه (ضریب آلفا ۰/۷۳) با محدوده امتیاز ۵ تا ۲۵ (در این سه قسمت فوق پاسخ‌ها به صورت طیف لیکرت پنج درجه‌ای به صورت "کاملاً مخالفم" تا "کاملاً موافقم" و "اصلاً احتمال نمی‌دهم"، "تا اندازه‌ای احتمال می‌دهم"، "بی‌نظر"، "احتمال می‌دهم" و "کاملاً احتمال می‌دهم" تنظیم شده بود که هر گویه دارای امتیازی بین ۱ تا ۵ بود). لازم به ذکر است که پرسشنامه‌ها به صورت خود گزارش دهی<sup>۶</sup> توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. هم‌چنین آزمودنی‌های پژوهش در زمینه چگونگی انجام، محرمانه بودن اطلاعات و هدف از انجام مطالعه توجیه شده و تمامی آنان با تمایل وارد مطالعه شدند. در پایان داده‌های جمع‌آوری شده وارد نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ و با کمک آمار توصیفی و آزمون‌های پارامتریک تحلیلی چون ضریب همبستگی پیرسون، آنالیز واریانس یک طرفه، تی تست مستقل و آنالیز رگرسیون خطی مورد آزمون قرار گرفتند.

#### یافته‌ها:

تمامی ۳۰۷ نفر شرکت‌کننده با انجام مطالعه موافق بودند و به تکمیل پرسشنامه‌ها پرداختند. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد از ۲۲۷ نفر زن (۷۳/۹٪) و ۸۰ نفر مرد (۲۶/۱٪) شرکت‌کننده در مطالعه دارای

2. Descriptive-Analytical
3. Cross-sectional
4. Validity
5. Reliability
6. Self report

اصلی و منبع غالب این ویروس در جامعه مطرح هستند. (۵)، عفونت HAV دوران کودکی خوش خیم بوده (۳) و جزء بیماری‌های دوران کودکی است (۶) و در غالب موارد بدون علائم بالینی خاص و یا با علائم غیر اختصاصی و خفیف است، اما ابتلا به عفونت در سنین بالاتر با علائم شدیدتری همراه است (۳) که به طور معمول بین ۴ تا ۱۰ هفته به درازا می‌انجامد (۷) و ممکن است به صورت هپاتیت بالینی حاد و نارسایی کبد با خطر مرگ خصوصاً در افراد مسن و یا افراد با بیماری زمینه‌ای مزمن کبدی همراه شود. عفونت HAV مزمن نمی‌شود ولی سبب ایجاد ایمنی طولانی مدت برای تمام عمر می‌گردد. میزان شیوع عفونت در کشورهای مختلف دنیا متفاوت است و حتی در نواحی گوناگون یک کشور نیز یکسان نمی‌باشد. (۳) شیوع عفونت HAV در هر جامعه با وضعیت بهداشتی و امکانات دسترسی به آب سالم، وضعیت اجتماعی و اقتصادی آن جوامع رابطه مستقیم و نزدیکی دارد. فقر اقتصادی به همراه محدودیت امکانات بهداشتی سبب سهولت انتقال ویروس بین افراد می‌شود. در این جوامع اکثر کودکان قبل از رسیدن به سن بلوغ عفونت HAV را تجربه کرده (۸) و آنتی بادی آن قبل از ۱۰ سالگی در ایشان تولید می‌گردد. (۹) طی سالیان اخیر با بهتر شدن شرایط اقتصادی در بعضی از کشورهای در حال توسعه و هیپرآندمیک عفونت HAV و اصلاح شرایط بهداشتی و زندگی، از سهولت انتقال ویروس بین افراد کاسته شده، لذا وضعیت آندمیک بودن عفونت HAV نیز تغییر کرده و از هیپرآندمیک به اینترمیدیا و از اینترمیدیا به کم تغییر یافته است. این در حالی است که سن جمعیت مستعد به عفونت HAV افزایش یافته و موارد هپاتیت بالینی که با عوارض و هزینه درمانی زیادی همراه است، بیشتر اتفاق می‌افتد. (۱۰) در این شرایط خطر پیدایش همه‌گیری عفونت HAV افزایش می‌یابد. (۱۱ و ۱۲) در مطالعه‌ای که در میان ساکنین کوالامپور و سلانگار توسط راشوان<sup>۱</sup> انجام شد به این نتایج دست یافتند که سطح آگاهی از هپاتیت A به شکل کلی در میان عامه مردم نسبت به کارکنان بهداشتی و دانشجویان در سطح پایینی قرار داشته و پوشش واکسیناسیون هپاتیت A در سطح بسیار پایینی در همه گروه‌ها (<۸٪) بوده و هم‌چنین همبستگی قوی ( $p<0/01$ ) میان سطح آگاهی و پوشش واکسیناسیون مشاهده شد. (۱۳) در مطالعه‌ای دیگر که توسط دکتر آیت‌اللهی در سال ۱۳۸۰ در شهر یزد انجام شد میزان عدم مصونیت در مقابل بیماری هپاتیت A، ۸ درصد بیان شده بود که این میزان مشابه با دهلی در هندوستان است. (۱۴) از آنجایی که خطر ابتلا به این عفونت به علت استانداردهای بالای حاکم بر جامعه، در کشورهای صنعتی غربی کاهش یافته است (۱۵ و ۱۶) و تغییر در سبک زندگی منجر به تغییر در اپیدمیولوژی هپاتیت A در کشورهای مختلف شده است (۱۷) کلیه این عوامل ما را بر آن داشت تا در پژوهشی به بررسی آگاهی، خطر درک شده و قصد رفتاری در خصوص هپاتیت A بر روی کادر آموزشی مدارس ابتدایی شهر یزد بپردازیم.

#### روش بررسی:

1. Rashwan

جدول ۱: توزیع فراوانی پاسخ گویی به سوالات آگاهی

تعداد پاسخ های بله		سوالات بخش آگاهی	
درصد	تعداد	درصد	تعداد
۴۶/۶	۱۴۳		آیا هپاتیت A واکسن دارد؟
۱۳	۴۰		آیا هپاتیت A ایمنوگلوبولین سرم دارد؟
۶۰/۳	۱۸۵		اگر فردی به هپاتیت A آلوده باشد ولی تصور کند که سالم است، آیا این فرد می تواند هپاتیت A را منتقل کند؟
۳۳/۹	۱۰۴		آیا هپاتیت A می تواند از طریق خوردن غذایی که توسط یک فرد آلوده به هپاتیت A تهیه شده است انتقال یابد؟
۵۸/۳	۱۷۹		آیا هپاتیت A می تواند از طریق استفاده از مسواک مشترک با یک فرد آلوده به هپاتیت A انتقال یابد؟
۵۰/۵	۱۵۵		آیا هپاتیت A می تواند از طریق خوردن غذایی که قبلا توسط یک فرد آلوده به هپاتیت A جویده شده باشد انتقال یابد؟
۲۸	۸۶		آیا هپاتیت A می تواند از طریق سرفه فردی که آلوده به هپاتیت A است انتقال یابد؟
۴۱	۱۲۶		آیا هپاتیت A می تواند از طریق تماس جنسی با یک فرد آلوده به هپاتیت A انتقال یابد؟
۱۳/۷	۴۲		آیا هپاتیت A از طریق دست دادن با یک فرد آلوده به هپاتیت A انتقال می یابد؟
جهت غیر فعال سازی هپاتیت A کدام مورد توصیه می شود؟			
۲۱/۲	۶۵	۹/۴	۲۹
۲۸	۸۶	۱۶	۴۹
۲۵/۴	۷۸	۲۵/۴	۷۸
شایع ترین راه انتقال عفونت هپاتیت A کدام است؟			
۲۱/۲	۶۵	۹/۴	۲۹
۲۸	۸۶	۱۶	۴۹
۲۵/۴	۷۸	۲۵/۴	۷۸
علائم بیماری هپاتیت A کدام است؟ (بر حسب درصد)			
۵۹/۶	۶۸/۴	۷۶/۵	۸۳/۱
۹۰/۶	۹۲/۸	۹۲/۸	۹۲/۸
۷۸/۲	۷۸/۲	۷۸/۲	۷۸/۲
۷۸/۶	۷۸/۶	۷۸/۶	۷۸/۶
۵۰/۵	۵۰/۵	۵۰/۵	۵۰/۵
۷۵/۹	۷۵/۹	۷۵/۹	۷۵/۹
۶۵/۵	۶۵/۵	۶۵/۵	۶۵/۵
۸۶/۳	۸۶/۳	۸۶/۳	۸۶/۳

نمره آگاهی، درک خطر فردی و قصد رفتاری در گروه سنی ۵۰ سال و بیشتر، بیشترین نمره درک خطر عمومی در گروه سنی ۲۱ تا ۲۹ بود. بین جنسیت شرکت کنندگان در مطالعه و میانگین نمره آگاهی، درک خطر عمومی، درک خطر فردی اختلاف آماری معناداری وجود نداشت و تنها با میانگین نمره قصد رفتاری ( $p = 0.009$ ) اختلاف آماری معناداری وجود داشت و زنان قصد رفتاری بالاتری را نسبت به مردان نشان دادند. بین گروه های سابقه کاری و میانگین نمره آگاهی، درک خطر عمومی، درک خطر فردی و قصد رفتاری آن ها اختلاف آماری معناداری وجود نداشت، اما آمار توصیفی نشان داد بیشترین نمره آگاهی در گروه سابقه کاری صفر تا ۵ سال، بیشترین نمره درک خطر عمومی و فردی در گروه سابقه کاری ۱۱ تا ۱۵ سال، و بیشترین نمره قصد رفتاری در گروه سابقه کاری ۲۶ تا ۳۰ سال بود. آزمون آماری آنالیز واریانس یک طرفه نشان

متوسط سنی  $37/80 \pm 7/89$  با دامنه ۲۰ تا ۵۳ سال. متوسط سابقه کار  $15/57 \pm 9/10$  با دامنه ۱ تا ۳۰ سال بود. میزان تحصیلات شرکت کنندگان در مطالعه: دیپلم ۲۱ نفر ( $6/8\%$ )، فوق دیپلم ۹۳ نفر ( $30/3\%$ )، لیسانس ۱۸۳ نفر ( $59/6\%$ )، فوق لیسانس و بالاتر ۱۰ نفر ( $3/3\%$ ). متوسط آگاهی شرکت کنندگان در مطالعه  $14/09 \pm 3/04$  با حداقل امتیاز ۷ و حداکثر ۲۷ (جدول ۱) درک خطر عمومی  $23/44 \pm 3/17$  با حداقل امتیاز ۱۳ و حداکثر ۳۲، درک خطر فردی  $6/47 \pm 2/01$  با حداقل امتیاز ۲ و حداکثر ۱۰ و قصد رفتاری  $16/03 \pm 3/38$  با حداقل امتیاز ۵ و حداکثر ۲۵ بود (جدول ۲). در ادامه آزمون آماری آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد بین گروه های سنی مختلف شرکت کننده در مطالعه و میانگین نمره آگاهی، درک خطر عمومی، درک خطر فردی و قصد رفتاری آن ها اختلاف آماری معناداری وجود ندارد ( $p > 0.05$ )، اما آمار توصیفی نشان داد بیشترین

جدول ۲: توزیع میانگین و انحراف معیار پاسخ به گویه های درک خطر عمومی، درک خطر فردی و قصد رفتاری

گویه های درک خطر عمومی		
میانگین	انحراف معیار	
۳/۰۶	۱/۱۱	کودکان و بالغین به یک میزان در معرض خطر بیماری هپاتیت A هستند.
۳/۳۵	۱/۰۴	هپاتیت A روی همه گروه های سنی به یک میزان عارضه دارد.
۳/۶۶	۱/۰۷	همه در معرض خطر بیماری هپاتیت A هستند.
۳/۸۸	۰/۹۹	هپاتیت A یک بیماری بسیار جدی است.
۳/۶۱	۰/۹۹	هپاتیت A می تواند به سرطان کبد منجر شود.
۳/۶۳	۱/۰۳	هپاتیت A می تواند منجر به مرگ افراد شود.
۲/۲۲	۰/۸۶	بیماری هپاتیت A قابل درمان است.

  

گویه های درک خطر فردی		
میانگین	انحراف معیار	
۳/۱۴	۱/۱۱	همه در معرض خطر بیماری هپاتیت A هستند.
۳/۳۲	۰/۹۹	هپاتیت A یک بیماری بسیار جدی است.

  

گویه های قصد رفتاری		
میانگین	انحراف معیار	
۳/۳۵	۱/۲۴	من از قبل اطلاعات کافی در مورد هپاتیت A داشته ام.
۳/۲۷	۱/۲۴	تا چه حد احتمال می دهید در راستای پیشگیری از هپاتیت A در منطقه تحت پوشش خود، در آینده نزدیک اقداماتی را انجام دهید.
۲/۶۷	۱/۱۱	چقدر احتمال می دهید که شما اطلاعات بیشتری در مورد هپاتیت A جستجو کنید.
۲/۷۳	۱/۱۷	چقدر احتمال می دهید مواد غذایی که توسط فروشندگانی خیابانی تهیه شده باشد مصرف کنید.
۴	۱/۲۴	چقدر احتمال می دهید که از کسی بخواهید که به شما اطلاعات بیشتری در مورد ایمن سازی هپاتیت A بدهد.

جدول ۳: ضریب همبستگی متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	سن	سابقه کار	آگاهی	درک خطر عمومی	درک خطر فردی	قصد رفتاری
سن	۱					
سابقه کار	۰/۸۷۷**	۱				
آگاهی	۰/۰۱۸	-۰/۰۰۶	۱			
درک خطر عمومی	۰/۰۱۵	۰/۰۱۷	-۰/۰۲۴	۱		
درک خطر فردی	۰/۰۴۹	۰/۰۴۹	۰/۱۰۵	۰/۲۸۸**	۱	
قصد رفتاری	۰/۰۸۱	۰/۰۸۱	۰/۰۴۰	-۰/۰۲۹	۰/۲۲۶**	۱

خطر فردی پیش بینی کننده درک خطر عمومی آنها بوده ( $p < 0.001$ ) و دارای همبستگی مثبتی بوده به این صورت که ۸/۳٪ تغییرات درک خطر عمومی با تغییر درک خطر فردی در مطالعه قابل توجیه است. هم چنین در ادامه این آزمون نشان داد درک خطر فردی پیش بینی کننده قصد رفتاری آنها نیز بوده ( $p < 0.001$ ) و دارای همبستگی مثبتی بوده به این صورت که ۵/۱٪ تغییرات قصد رفتاری با تغییر درک خطر فردی قابل توجیه است. هم چنین جدول ۳ ضریب همبستگی میان متغیرهای

داد بین سطح تحصیلات و میانگین نمره آگاهی، درک خطر عمومی، درک خطر فردی و قصد رفتاری آنها اختلاف آماری معناداری وجود ندارد ( $p > 0.05$ )، اما آمار توصیفی نشان داد بیشترین نمره آگاهی در سطح تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر، بیشترین نمره درک خطر عمومی در سطح تحصیلات دیپلم، بیشترین نمره درک خطر فردی در سطح تحصیلات لیسانس و بیشترین نمره قصد رفتاری در سطح تحصیلات فوق دیپلم بود. آزمون آماری رگرسیون خطی نشان داد که نمره درک

مورد مطالعه را نشان می‌دهد.

#### نتیجه گیری:

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد میانگین آگاهی شرکت کنندگان در مطالعه در سطح نسبتاً پایینی قرار داشت. در مطالعه راشوان (۱۳) نیز سطح آگاهی از هیپاتیت A به شکل کلی در میان عامه مردم نسبت به کارکنان بهداشتی و دانشجویان در سطح پایینی قرار داشت که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. از مجموع شرکت کنندگان در مطالعه حاضر ۴۶/۶ درصد از این که هیپاتیت A دارای واکنش است آگاهی داشتند، در حالی که در مطالعه لی<sup>۱</sup> و همکار (۱۸) ۶۱ درصد از افراد مورد مطالعه از وجود این واکنش آگاهی داشتند. در مطالعه راشوان (۱۳) نیز ۶۵/۹ درصد از در دسترس بودن واکنش هیپاتیت A آگاهی داشتند، که نشان از آگاهی پایین در مورد این بیماری و به خصوص یکی از روش‌های پیشگیری در جمعیت حاضر است. در مطالعه حاضر ۳۱/۳ درصد اعلام کردند که یکی از راه‌های انتقال هیپاتیت A مدفوعی- دهانی است در حالی که در مطالعه راشوان (۱۳) ۶۰/۲ درصد آب و غذا را عامل انتقال بیماری هیپاتیت A دانستند. در مطالعه حاضر ۹/۴ درصد از شرکت کنندگان به راه انتقال جنسی اشاره کردند در حالی که در مطالعه لی و همکار (۱۸) ۴۸ درصد از افراد مورد مطالعه خطر انتقال جنسی بیماری را ذکر کردند، که نشان دهنده آگاهی بسیار پایین افراد مورد پژوهش این مطالعه در زمینه دیگر راه‌های انتقال به خصوص طریقه جنسی می‌باشد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد سطح آگاهی شرکت کنندگان از راه‌های انتقال بیماری در سطح پایینی قرار داشت که با نتایج حاصل از مطالعه راشوان (۱۳) در خصوص ضعف آگاهی از راه‌های انتقال همخوانی دارد. همچنین در مطالعه پرووست<sup>۲</sup> (۱۹) میزان آگاهی شرکت کنندگان از راه‌های انتقال بیماری هیپاتیت A و B در سطح پایینی گزارش شد که با نتایج حاصل از مطالعه حاضر همخوانی دارد. در مطالعه حاضر اگرچه میان سطح تحصیلات شرکت کنندگان و آگاهی آن‌ها رابطه آماری معناداری مشاهده نشد اما بیشترین نمره آگاهی در سطح تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر مشاهده شد. در مطالعه راشوان (۱۳) نیز کسانی که سطح تحصیلات بالاتری داشتند از آگاهی بالاتری نیز برخوردار بودند، که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. میزان درک خطر انفرادی در شرکت کنندگان این پژوهش در سطح پایینی قرار داشته به نحوی که حدود ۴۳ درصد خود را در معرض خطر این بیماری دانستند، در مطالعه پرووست (۱۹) میزان درک خطر نسبت به بیماری هیپاتیت A و B برای شرکت کنندگان در مطالعه کم اهمیت و در حدود ۴۴ درصد گزارش شد که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. در مطالعه ون هرک<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰) در میان بیماری‌های عفونی که از مسافران مورد پرسش قرار گرفت درک خطر بیماری هیپاتیت A به عنوان مهم‌ترین مسئله

1. Lee
2. Provost
3. Van Herck

نسبت به سایر بیماری‌ها مورد ارزیابی قرار گرفت. در مطالعه هامر<sup>۴</sup> (۲۱) ۱۷ درصد از شرکت کنندگان خود را در معرض خطر هیپاتیت A ارزیابی کردند، که در مقایسه با مطالعه حاضر درک خطر پایین‌تری نسبت به ابتلا به بیماری هیپاتیت A داشتند. قصد رفتاری شرکت کنندگان در مطالعه حاضر در سطح متوسطی قرار داشته و بیشترین قصد رفتاری آن‌ها با مقدار ۷۰/۴ درصد احتمال مربوط عدم مصرف مواد غذایی که توسط فروشنده‌های خیابانی تهیه شده باشد و بعد از آن با ۵۳/۱ درصد احتمال مربوط به دریافت اطلاعات بیشتر جهت ایمن‌سازی علیه بیماری هیپاتیت A بود. در مطالعه باقیانی مقدم و همکاران (۲۲) اختلاف معناداری میان قصد رفتاری و درک خطر عمومی، درک خطر فردی، درک خطر کلی در سطح معناداری ۰/۰۱ وجود داشت، که در مطالعه حاضر نیز چنین مشابهت اختلافی میان قصد رفتاری و درک خطر عمومی، درک خطر فردی مشاهده شد. در مطالعه باقیانی مقدم و همکاران (۲۲) اختلاف معناداری میان قصد رفتاری و آگاهی مشاهده نشد که در مطالعه حاضر نیز چنین بدست آمد. در مطالعه حاضر درک خطر فردی شرکت کنندگان پیش بینی کننده قصد رفتاری آن‌ها بود، در مطالعه باقیانی مقدم و همکاران (۲۲) درک خطر عمومی پیش بینی کننده قصد رفتاری بود، که با مطالعه حاضر مطابقت نداشت. با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه و مقایسه با مطالعات مشابه موجود در دنیا به نظر می‌رسد میزان آگاهی، خطر درک شده و قصد رفتاری جمعیت مورد مطالعه با توجه به نقش پر اهمیت آن‌ها در مسائل آموزشی و تربیتی و هم چنین به عنوان یک قشر تحصیل کرده در سطح قابل قبولی قرار نداشته و از طرفی با توجه به عدم وجود مطالعات مشابه در کشور و دیگر گروه‌های در معرض خطر و هم چنین افزایش سطح بهداشت جامعه و تغییر وضعیت بیماری‌زایی ویروس به سمت گروه‌های سنی بالاتر، انجام مطالعات مشابه جهت اتخاذ اقدامات پیشگیرانه در سطح نخست ضروری به نظر می‌رسد.

#### سپاسگزاری:

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی مصوب کمیته پژوهشی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد با شماره ۲۰۱۶ مورخه ۱۳۹۰/۰۷/۲۴ می‌باشد که بدین وسیله از مسئولین مربوطه در دانشگاه و اداره آموزش و پرورش شهر یزد و کلیه عزیزانی که در این مطالعه شرکت کرده و پژوهشگران را یاری کرده‌اند، نهایت قدردانی و تشکر به عمل می‌آید.

## REFERENCES

- Saffar MJ, Mosa Doost R, Mahdavi M, Kosarian M. Hepatitis A vaccination in patients with chronic liver disease: determining vaccination policy. *Journal of Mazandaran University Medical Sciences* 2005;15: 46:45-55.
- Koff RS. Seroepidemiology of hepatitis A in the United States. *J Infect Dis* 1995;171:19-23.
- Saffar M, Saffar H, Saffar H. Viral hepatitis and prevention from its, current situation with future's view. *J Journal of Mazandaran University Medical Sciences* 2008;18 :133-44.
- Jablkowski M, Kuydowicz J, Strzelczyk J, Białkowska J. Prevalence of markers of hepatotropic viruses A, B, C and the efficacy of vaccination against hepatitis A and hepatitis B among medical students. *Med Sci Monit* 2002;8:762-6.
- Papaevangelou G. Epidemiology of hepatitis A in Mediterranean countries. *Vaccine* 1992;1:63-6.
- Koff RS. Hepatitis A. *Lancet* 1998;351:1643-9.
- Kiyohara T, Sato T, Totsuka A, Miyamura T, Ito T, Yoneyama T. Shifting Seroepidemiology of hepatitis A in Japan, 1973-2003. *Microbiol Immunol* 2007;2:185-91.
- Wasley A, Fiore A, Bell BP. Hepatitis A in the era of vaccination. *Epidemiol Rev* 2006;28;101-11.
- Joshi N, Yr NK, Kumar A. Age related seroprevalence of antibodies to hepatitis A virus in Hyderabad, India. *Trop Gastroenterol* 2000;2:63-5.
- Jacobsen KH, Koopman JS. Declining hepatitis A seroprevalence: a global review and analysis. *Epidemiol Infect* 2004;132:1005-22.
- Saffar MJ, Hemmatabady M. Hepatitis A Seroepidemiology among 1-15 years old children in Sari-Iran 1998. *J Mazand univ Med Sci* 1999; 9:1-6.
- Saffar MJ, Jooyan AR, Mahdavi MR, Khalilian AR. Sero-prevalence of hepatitis A, B, and C and hepatitis B vaccination status among health care workers in Sari-Iran, 2003. *J Mazand Univ Med Sci* 2005;15:67-77.
- Rashwan H, Lim H. Awareness of Hepatitis A and Hepatitis B among Residents in Kuala Lumpur and Selangor. *Malaysian Journal of Pharmacy* 2003;1:76-85.
- Ayatollahi J, Hadi Nodoushan H. The survey presence of antibodies against hepatitis A in the third guide students in Yazd. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci* 2002;4:87-91.
- Perez OM, Morales W, Paniagua M, Strannegard O. Prevalence of antibodies to hepatitis A, B, C, and E viruses in a healthy population in Leon, Nicaragua. *Am J Trop Med Hyg* 1996;1:17-21.
- Thierfelder W, Hellenbrand W, Meisel H, Schreier E, Dortschy R. Prevalence of markers for hepatitis A, B and C in the German population. Results of the German National Health Interview and Examination Survey 1998. *Eur J Epidemiol* 2001;5:429-35.
- Ghadeir MR, Jafarei A, Rezvan H, Aminei Kafeiabad S, Vaez Javadi M, Poorshams A. Hepatitis A and E in the East province of Golestan. *J Med Council Islamic Republic Iran* 2007;1:38-43.
- Lee JD, Clarke J. Acceptability and utility of hepatitis A vaccination in homosexual men. *Int J STD AIDS* 2002;13:431-2.
- Provost S, Soto JC. Perception and knowledge about some infectious diseases among travelers from Québec, Canada. *J Travel Med* 2002;9:184-9.
- Van Herck K, Castelli F, Zuckerman J, Nothdurft H, Van Damme P, Dahlgren AL, et al. Knowledge, Attitudes and Practices in Travel-related Infectious Diseases: The European Airport Survey. *J Travel Med* 2004;11:3-8.
- Hamer DH, Connor BA. Travel health knowledge, attitudes and practices among United States travelers. *J Travel Med* 2004;11:23-6.
- Baghiani Moghadam MH, Morowatisharifabad MA, Forghani H, Zulghadr R. Knowledge, Risk perceptions and behavioral intentions for Hepatitis B among Health Managers in Yazd Province (IRAN). *Hep Mon* 2009;4:317-18.