

بررسی تاثیر آموزش بهداشت در ارتقاء سطح آگاهی و نگرش دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی اراک در مورد پیشگیری از بروز بیماری های نوپدید

مرتضی قاسمی^۱، رحمت ا... جدیدی^{۲*}، محسن شمسی^۳، فاطمه علیان فینی^۴

۱- استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، اراک، ایران.

۲- استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.

۳- استادیار، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.

۴- مربی، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه آزاد اسلامی اراک، اراک، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۲/۶/۳۰ تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۰/۱۲

چکیده

مقدمه و هدف:

این مطالعه با هدف بررسی تاثیر آموزش بهداشت بر ارتقا سطح آگاهی، نگرش و احساس خطر دانشجویان در مورد پیشگیری از بروز بیماری های نوپدید انجام شده است.

مواد و روش ها:

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی می باشد که در آن با استفاده از روش نمونه گیری چند مرحله ای انتخاب و آموزش داده شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه محقق ساخته بود به طوری که دو پرسشنامه ایدز و هیپاتیت یک بار قبل از آموزش و یک بار بعد از آموزش بین دانشجویان توزیع و داده های جمع آوری شده با نرم افزار SPSS 16 و استفاده از آزمونهای مک نمار و ویلکاکسون آنالیز گردید.

نتایج:

در این پژوهش میانگین نمرات رفتارهای پر خطر دانشجویان در برابر بیماری های نوپدید مورد مطالعه $4/2 \pm 14/5$ ، حداکثر ۳۳ و حداقل ۲ بود. بین میزان آگاهی و همچنین نگرش و احساس خطر دانشجویان در مورد پیشگیری از بیماری ایدز قبل و بعد از آموزش اختلاف معنی دار بود ($P < 0/001$) که در این میان میزان آگاهی در مورد امکان انتقال این بیماری ها در مکان های پر ازدحام بین دو مرحله (قبل و بعد از آموزش) اختلاف معنی دار نبود ($P = 0/12$). بین میزان آگاهی، نگرش و احساس خطر دانشجویان در مورد پیشگیری از بیماری هیپاتیت B و C قبل و بعد از آموزش اختلاف معنی دار بود ($P < 0/001$).

نتیجه گیری:

با توجه به تاثیر آموزش در پیشگیری از ابتلا به موارد جدید بیماری های نوپدید در جوانان، فرهنگ سازی با استقرار استفاده از فرایند آموزش الزامی است که می تواند شکاف بین اطلاعات بهداشتی و عملکردهای بهداشتی را پر نماید.

کلیدواژه ها:

ایدز، هیپاتیت، آموزش، بیماری نوپدید، پیشگیری

مقدمه:

شده است که میزان مرگ نیز حدود ۴,۶۰۰ نفر عنوان شده است^(۳) ولی گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۲ تعداد موارد تخمین زده شده از موارد HIV در ایران را تا ۱۰۰,۰۰۰ نفر عنوان می کند^(۴).

هیپاتیت B نیز یکی دیگر از بیماری های نوپدید محسوب می شود که علت شایع هیپاتیت و ویروسی حاد و علت عمده بیماری های مزمن کبدی و کارسینوم هپاتوسلولار و اسکولیت نکروزان در جهان است^(۵). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی و مرکز کنترل بیماری ها، ایران از نظر آندمیسیته عفونت مزمن هیپاتیت B در زمره کشورهای با شیوع متوسط (مزوآندمیک) بین ۲ تا ۷ درصد قرار دارد^(۶-۷). در کشور ما واکسیناسیون

ایدز (سندرم نقص ایمنی اکتسابی)، هیپاتیت B و C از بیماری های ویروسی نوپدیدی هستند که در تمام نقاط جهان وجود دارند و یکی از مخاطرات قشر جوان و فعال جامعه محسوب می شوند. سازمان بهداشت جهانی تعداد موارد HIV/AIDs را در سال ۲۰۱۲، در حدود ۳۵/۳ میلیون نفر اعلام کرد که نسبت به سال ۲۰۰۶ که تعداد موارد بیماری حدود ۴۰ میلیون نفر بوده، کاهش یافته است^(۸).

در این آمار نیمی از افراد آلوده را جوانان ۲۴-۱۵ سال تشکیل می دهند^(۹) آمار HIV/AIDs در ایران نیز در سال ۲۰۱۳ حدود ۷۱,۰۰۰ نفر آلوده گزارش



شدن دانشجویان و سهیم شدن آنها در برنامه‌های پیشگیری، درک مفاهیمی مثل خطر، و آسیب پذیری بسیار راه گشا خواهد بود و از طریق آموزش بهداشت امکان پذیر است.

لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش در مورد پیشگیری از بروز بیماری‌های نوپدید در ارتقاء سطح آگاهی و نگرش و احساس خطر دانشجویان صورت پذیرفته است تا ضمن ارائه راهکار، گامی در جهت حفظ سلامت این قشر فعال جامعه باشد.

روش کار:

پژوهش حاضر یک مطالعه مداخله‌ای و نیمه تجربی است. جامعه آماری مورد پژوهش ۱۸,۰۰۰ نفر دانشجوی مستقر در کلیه مراکز آموزشی و خوابگاه‌های دانشجویی دانشگاه آزاد اسلامی شهرستان اراک شامل: مجتمع آموزشی قائم مقام، مجتمع آموزشی امیرکبیر، کلیه خوابگاه‌های ملکی، استیجاری و خصوصی دانشگاه آزاد اراک (شامل: خوابگاه حضرت فاطمه زهرا، خوابگاه حضرت علی، خوابگاه روزبه ۱ و روزبه ۳، خوابگاه حافظیه) بود.

روش نمونه گیری از نوع چند مرحله ای و حجم نمونه با دقت ۹۰٪ تعداد ۱۶۰ نفر برآورد گردید که میانگین توزیع سنی آنان از ۱۸ تا ۲۵ سال بود. مقطع تحصیلی دانشجویان مورد بررسی (در نمونه گرفته شده از جامعه آماری) درخصوص "بیماری ایدز"، عمدتاً در مقاطع کارشناسی (۸۶/۲ درصد) و مابقی در مقاطع کاردانی (۱۲/۵ درصد) و فوق لیسانس (۱/۳ درصد) بودند. در خصوص "بیماری هپاتیت B و C"، دانشجویان عمدتاً در مقاطع کارشناسی (۴۶/۶۲ درصد) و مقاطع کاردانی (۳۸ درصد) و فوق لیسانس (۱۵/۳۸ درصد) بودند. لازم به ذکر است گروه آموزش دیده در زمینه ایدز با گروه آموزش دیده در زمینه هپاتیت با یکدیگر تفاوت داشتند. ابزار گردآوری داده‌ها از طریق پرسشنامه محقق ساخته بود که توسط پژوهشگران از مروری بر مطالعات استخراج و همچنین از نظر روایی، به روش گروه خبره مورد بررسی و تأیید صاحب نظران قرار گرفت. پرسشنامه در دو قسمت اصلی تحت عنوان «آگاهی»، «نگرش و احساس خطر» طراحی گردیده است. پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک، آگاهی (۲۰ سوال)، نگرش و احساس خطر (۲۰ سوال) برای هر بیماری نوپدید (ایدز و هپاتیت) می‌باشد (جمعاً ۸۰ سوال بوده است). معیار سنجش سطح آگاهی، نگرش و احساس خطر تعداد پاسخ‌های صحیح بود که بطور قراردادی در دو گروه مطلوب (نمره بیشتر از ۵۰) و نامطلوب (نمره کمتر از ۵۰) در محاسبه میانگین استفاده گردید.

عبارات مربوط به رفتار (۶ عبارت) در قالب گزینه‌های بلی و خیر طراحی شد. رفتارهای پرخطر بهداشتی از قبیل صدمات عمدی، مصرف سیگار، مصرف الکل در یک ماه گذشته نسبت به زمان مطالعه و تجربه استفاده از مواد مخدر، روابط جنسی نامتعارف و خارج از چهارچوب خانوادگی در طول زندگی و عدم فعالیت جسمانی در یک هفته گذشته نسبت به زمان مطالعه لحاظ گردید. اگر فرد رفتار پرخطر را انجام می‌داد یا سابقه انجام آن را داشت گزینه بلی و در غیر این صورت گزینه خیر را علامت می‌زد. به گزینه بلی امتیاز ۱ و به گزینه خیر امتیاز صفر تعلق می‌گرفت. سپس جمع نمرات رفتارهای پرخطر بر مبنای ۱۰۰ محاسبه شده است در این پژوهش نمره زیر ۲۰ به عنوان رفتار ایمن، نمره ۲۱-۵۰ به عنوان رفتار نسبتاً پرخطر

هپاتیت B سراسری نوزادان و همچنین افراد دارای شرایط پر خطر به ویژه کارکنان بهداشتی و درمانی از سال ۱۳۷۲ آغاز گردیده^(۸) و از سال ۱۳۸۵ واکسیناسیون نوجوانان زیر ۱۸ سال نیز به برنامه اضافه شده اما اقداماتی بمنظور حفاظت از جوانان صورت نگرفته است. شیوع عفونت ویروس هپاتیت C نیز در جهان حدود ۱ درصد و در ایران ۰/۳ درصد برآورد گردیده که رقمی بالغ بر ۳۰۰ تا ۴۰۰ هزار نفر می‌باشد^(۹).

مطالعات نشان می‌دهد که ابتلای همزمان به هپاتیت‌ها و HIV می‌تواند منجر به تسریع در پیشرفت هر دو بیماری شود. از طرف دیگر در بیماران کاندید درمان ضد رتروویروسی عوارض و توکسیسیته داروها در همراهی با هپاتیت بیشتر است. همچنین بیماران مبتلا به هپاتیت B و C که HIV مثبت هستند خیلی سریعتر به مرحله پایانی تخریب کبدی، فیبروز و سرطان می‌رسند^(۱۰). در گزارش سازمان بهداشت جهانی نیز توجه بر پیشگیری از مبتلا شدن افراد جدید بعنوان کلیدی برای معکوس کردن روند اپیدمی ایدز و سایر بیماری‌های نوپدید مورد تاکید قرار گرفته است^(۱۱).

با توجه به عدم پیش‌بینی در خصوص حفاظت و پیشگیری مناسب از بیماری‌های نوپدید برای قشر جوان بویژه دانشجویان به نظر می‌رسد افزایش اطلاعات بهداشتی آنان در این خصوص از طریق آموزش می‌تواند کمک کننده باشد به طوری که بارس (۲۰۰۹) با انجام مطالعه مداخله‌ای در امارات با بررسی میزان اطلاعات و نگرش ۱۹۰۳ دانش آموز متوسطه و دانشجوی درباره ایدز اعلام داشته که میزان اطلاعات قبلی آنها ۶۵ درصد بوده که بعد از آموزش (۹۰ دقیقه ای) به ۸۲ درصد و نمره نگرش ۵۱ درصد بوده که بعد از مداخله آموزشی (برگزاری سه کارگاه تغییر نگرش) به ۶۴ درصد و به صورت معنی‌داری افزایش داشته است^(۱۲). پژوهش صالحی با موضوع نیاز سنجی آموزشی بیماری ایدز، آگاهی مردم در خصوص این بیماری را مطلوب ارزیابی نموده و همچنین نگرش مطلوبی بین سن و آگاهی اعلام داشته است^(۱۳). همچنین مطالعه الوید در سودان بر روی ۷۴۲ دانشجوی دندانپزشکی، نیاز به آموزش بیشتر در زمینه بیماری ایدز (۷۵ درصد) نیازمند به کسب اطلاعات اولیه درباره بیماری را مطرح می‌کند و این موضوع را مهم و نیازمند توجه و گنجاندن آن در طرح درس دروس دانشگاهی ذکر کرده است^(۱۴). در بسیاری از مطالعات دیگر در خصوص توجه به بیماری‌های نوپدید از جمله ایدز و هپاتیت B و لزوم آگاه سازی جوامع و به خصوص جوانان به عنوان افراد آسیب پذیر اشاره گردیده است^(۱۵-۱۸) که خود لزوم توجه و برنامه‌ریزی را در این زمینه مضاعف می‌کند.

در ایران نیز طی سال‌های اخیر شیوع عفونت‌های نوپدید در بسیاری از مناطق طی چندین سال گذشته روند رو به رشدی را داشته است و این افزایش در رابطه با عادات پر خطری نظیر تماس با معتادان تزریقی آلوده، افراد روسپی و مشتریان آنها و هم جنس بازان و انتقال از طریق خون و ترشحات می‌باشد که آموزش می‌تواند به عنوان یک ابزار لازم جهت ارتقاء میزان آگاهی دختران و پسران دانشجو اقدام پیشگیرانه مناسبی باشد و این عامل ضرورتی است که در جوامع دانشگاهی اکثراً نادیده گرفته شده است. از طرف دیگر توجه ویژه به عوامل اجتماعی موثر بر اپیدمیولوژی بیماری‌های نوپدید و جلوگیری از به حاشیه رانده

که بیان شد سنجش رفتارهای پرخطر به دلیل ماهیت مطالعه انسانی و عدم وجود بازه زمانی کافی جهت بررسی مجدد رفتارهای پرخطر بررسی نشد و به همان اطلاعات جمع آوری شده اولیه اکتفا گردید. در نهایت داده‌های به دست آمده با طراحی جداول و نمودارها، و با مقایسه (پیش آزمون و پس آزمون) و با استفاده از نرم افزار SPSS 16 و آزمون های غیر پارامتری «مک نمار و ویلکاکسون» برای مقایسه نمرات قبل و بعد از آموزش بکار گرفته شد. برای لحاظ نمودن ملاحظات اخلاقی قبلاً رضایت دانشجویان اخذ می‌گردید و به آنها اطمینان داده می‌شد که اطلاعات آنان محرمانه خواهد ماند و نتایج پرسشنامه‌ها منحصراً در امر پژوهش استفاده خواهد شد.

یافته‌ها:

تعداد دانشجویان شرکت‌کننده در آموزش HIV/AIDS ۱۶۰ نفر (۱۵۸ مجرد و ۲ متاهل) و تعداد دانشجویان شرکت‌کننده در آموزش HB/HCV ۱۵۶ نفر (۱۲۱ مجرد و ۳۵ متاهل) بودند. یافته‌های پژوهش در مورد جنسیت، وضعیت تاهل و سابقه قبلی آموزش در زمینه بیماری‌های ایدز، هپاتیت B و هپاتیت C در جدول (۱) قید گردیده است. همانگونه که مشاهده می‌شود اکثر دانشجویان مورد آموزش در زمینه بیماری‌های نوپدید مجرد می‌باشند، لذا آموزش در زمینه HIV/AIDS و HBV و HCV مهم بنظر می‌رسد (جدول ۱).

آزمون آماری نشان داد که بین جنس و تغییر نمره آگاهی و نگرش و احساس خطر نمونه‌های مورد پژوهش قبل و بعد از آموزش در هر دو

و نمره ۵۱ و بالاتر به عنوان رفتار پرخطر محاسبه گردیده است. لازم به ذکر است که معیارهای مربوط به رفتار تنها در یک نوبت و در قبل از آموزش جهت بررسی شیوع رفتارهای پرخطر در بین دانشجویان تکمیل گردید. قبل از شروع طرح، پرسشنامه بین تعدادی از دانشجویان پایلوت گردید و تکرار پذیری پرسشنامه با اندازه گیری آلفای کرونباخ ارزیابی شد. آلفای کرونباخ برای بیماری ایدز معادل ۰/۷۹ و برای هپاتیت B و هپاتیت C (هپاتیت HB/HCV) معادل ۰/۸۳ بدست آمد.

فاصله زمانی جهت کسب اطلاعات مورد نیاز در فاصله زمانی ۵ ماهه (بهمن ۱۳۸۸ لغایت خرداد ۱۳۸۹) بوده است. پرسشنامه‌ها یکبار قبل از آموزش و یکبار بعد از آموزش بین دانشجویان توزیع و داده‌ها جمع آوری گردید، به‌طوری‌که ابتدا میزان آگاهی، نگرش و احساس خطر و پرسشنامه سنجش رفتارهای پرخطر در دانشجویان دانشگاه آزاد بررسی شد و سپس با استفاده از روش‌های آموزشی مناسب آنها را مورد آموزش قرار دادند. با توجه به اینکه میزان حضور دانشجویان در خوابگاه‌ها جهت شرکت در جلسات آموزشی کم رنگ بود، به ناچار محقق با همکاری مرکز مشاوره با تشکیل جلسات در کلاسهای مهارت زندگی و همایشهای مرتبط با موضوع، همچنین از طریق بروشورهای آموزشی و پوستر نیز آموزش‌های لازم را انجام داد.

بعد از انجام آموزش‌ها با استفاده از همان پرسشنامه مجدداً، میزان آگاهی، نگرش و احساس خطر آنان در این زمینه (همان دانشجویانی که آموزش مربوطه را دیده بودند) سنجیده شد. در این بخش همانگونه

جدول ۱: توزیع فراوانی دانشجویان به تفکیک تاهل، جنسیت، سن، تحصیلات

بر حسب آموزش در زمینه بیماریهای نوپدید (ایدز، هپاتیت B و هپاتیت C)

متغیر دموگرافیک	آموزش در زمینه	HIV/AIDS		HB, HCV	
		تعداد	درصد فراوانی	تعداد	درصد فراوانی
تاهل	متاهل	۲	۱/۳	۳۵	۲۲/۴
	مجرد	۱۵۸	۹۸/۷	۱۲۱	۷۷/۶
	جمع کل	۱۶۰	۱۰۰	۱۵۶	۱۰۰
جنسیت	مذکر	۹۲	۵۷/۵	۴۰	۲۵/۶
	مونث	۶۸	۴۲/۵	۱۱۶	۷۴/۴
	جمع کل	۱۶۰	۱۰۰	۱۵۶	۱۰۰
سن	زیر ۲۰ سال	۷۸	۴۸/۸	۲۸	۱۷/۹
	۲۰-۲۵ سال	۷۴	۴۶/۳	۹۰	۵۷/۷
	۲۵-۳۰ سال	۶	۳/۶	۱۵	۹/۷
	بیش از ۳۰	۲	۱/۳	۲۳	۱۴/۷
	جمع کل	۱۶۰	۱۰۰	۱۵۶	۱۰۰
تحصیلات	فوق دیپلم	۲۰	۱۲/۵	۶۰	۳۸
	لیسانس	۱۳۸	۸۶/۲	۷۲	۴۶/۶۲
	فوق لیسانس	۲	۱/۳	۲۴	۱۵/۳۸
	جمع کل	۱۶۰	۱۰۰	۱۵۶	۱۰۰

و بعد از آموزش اختلاف معنی داری بدست آمد ($P < 0.001$) به نحوی که میانگین نمره آنان از $46 \pm 7/54$ به $82 \pm 17/12$ افزایش یافت (جدول ۲).

مورد بیماری اختلاف معنی داری وجود دارد ($P > 0.05$). در خصوص میزان آگاهی دانشجویان در مورد پیشگیری از بیماری ایدز قبل از آموزش

جدول شماره ۲: ضریب همبستگی متغیرها در دو مرحله پیش و پس از آموزش در زمینه بیماری های نوپدید

متغیرها	پیشگیری از بیماریهای	تعداد	میانگین و انحراف معیار		ضریب همبستگی (آماره ویلکاکسون)	سطح معنی داری
			پیش آزمون	پس آزمون		
آگاهی		۱۶۰	$46 \pm 7/54$	$82 \pm 17/12$	۸/۴۷۸	< 0.001
نگرش و احساس خطر	ایدز	۱۶۰	$38 \pm 6/2$	$64/19 \pm 11$	۶/۰۰۱	< 0.001
آگاهی		۱۵۶	$27 \pm 12/15$	$84/71 \pm 16/23$	۹/۲۵۰	< 0.001
نگرش و احساس خطر	هپاتیت B و C	۱۵۶	$23 \pm 8/32$	$79 \pm 18/72$	۷/۹۶۹	< 0.001

HBV و HCV آن را جزء بیماری های مسری عفونی تلقی می نمایند. عدم اطلاع کافی در زمینه وجود واکسن هپاتیت C ($P=1$) نیز عاملی است که میزان آگاهی دانشجویان در زمینه آن کم بوده است. عدم آگاهی از ماهیت انواع هپاتیت ها مثلا تفاوت آنها با زردی ($P=0/81$) و همچنین آگاهی ضعیف دانشجویان درباره سیر بالینی بیماری و درمان آن ($P=0/07$) نیز از جمله نکاتی است که اکثر دانشجویان درباره آنها اطلاعات لازم را نداشتند (جدول ۳).

میزان نگرش و احساس خطر دانشجویان در مورد پیشگیری از بیماری هپاتیت B و هپاتیت C قبل از آموزش و بعد از آموزش نیز اختلاف معنی دار نشان می دهد (جدول ۲) و در اکثر سوالات نگرشی در وهله اول نگرش این گروه در معرض خطر درباره پیشگیری از هپاتیت B و C قبل از آموزش نیز خوب و مثبت بوده و پس از آموزش نیز بهبود یافته است. تغییر نگرش درباره اطمینان از پاسخ آزمایش منفی خون در ابتلا به هپاتیت ($P=0/72$) و عدم انجام آزمایش فرد در صورت ابتلا یکی از اعضای خانواده به این بیماری ($P=1$)، کاهش داشته است (جدول ۴). در این پژوهش بین سن، وضعیت تاهل، مقطع تحصیلی، سابقه مصرف مواد مخدر و سیگار با آگاهی دانشجویان اختلاف معنی داری وجود داشت ($P < 0.001$). با افزایش سن دانشجویان آگاهی آنان نیز افزایش یافت. دانشجویان متأهل آگاهی بیشتری درباره ایدز و هپاتیت نسبت به دانشجویان مجرد داشتند. میزان آگاهی دانشجویان مقطع کارشناسی بیشتر از دوره کاردانی بود همچنین دانشجویانی که سابقه مصرف مواد مخدر، الکل و سیگار داشتند نسبت به افرادی که این مواد را مصرف نمی کردند آگاهی کمتری داشتند.

در این پژوهش ۲۹ نفر از دانشجویان رفتار پرخطر (۱۸٪) و ۴۶ نفر رفتار نسبتا پرخطر (۲۹٪) و مابقی از رفتار ایمن برخوردار بودند. در این پژوهش میانگین نمرات رفتارهای پرخطر دانشجویان در برابر بیماری های نوپدید مورد مطالعه $4/2 \pm 14/5$ ، حداکثر ۳۳ و حداقل ۲ بود. میزان رفتارهای پرخطر بهداشتی عبارت بودند از صدمات عمدی

در بررسی میزان آگاهی در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک سوالات با استفاده از آزمون مک نمار، امکان انتقال HIV/AIDS در مکان های پر ازدحام اختلاف معنی داری نشان نداد ($P=0/12$). درصد پاسخ صحیح در زمینه امکان انتقال و سرایت ویروس از طریق خون و فرآورده های خونی نسبت به ارتباط جنسی پایین بوده که باعث عدم اختلاف معنی دار در این سطح شده است. درصد پاسخ صحیح در زمینه تشخیص فرد آلوده به ایدز از ظاهر او، و سرایت بیماری از طریق روابط اجتماعی با شخص آلوده نیز پایین می باشد.

بررسی میزان نگرش و احساس خطر دانشجویان در مورد پیشگیری از بیماری ایدز قبل و بعد از آموزش ($P > 0.001$) و میانگین نمره $46 \pm 7/54$ قبل از مداخله و ارتقاء آن به $82 \pm 17/12$ ، نشان دهنده این است که اختلاف معنی داری بین حساسیت درک شده و نگرش قبل از آموزش و بعد از آموزش وجود دارد (جدول ۲).

نگرش اکثریت دانشجویان قبل از آموزش در سطح خنثی (بدون تغییر) بوده و نگرش مثبت پس از آموزش در اکثر سوالات وجود دارد. کاهش تغییر نگرش در مورد "بیمار نبودن در صورت سرحال و سالم بودن و یا تاسیس بیمارستان جداگانه برای بیماران ایدزی" نیز بیانگر داشتن نوعی نگرش منفی به این بیماری است.

در خصوص میزان آگاهی دانشجویان در مورد پیشگیری از بیماری هپاتیت B و هپاتیت C قبل از آموزش و بعد از آموزش ($P > 0.001$) و با میزان همبستگی $9/25$ نشان دهنده این است که اختلاف معنی داری بین آگاهی قبل از آموزش و بعد از آموزش وجود دارد، به نحوی که میانگین نمره آنان از $27 \pm 12/15$ به $84/17 \pm 16/23$ افزایش یافت (جدول ۲). پایین بودن درصد پاسخ صحیح در زمینه امکان انتقال هپاتیت از طریق استخرهای عمومی ($P=0/23$)، و سرایت بیماری از طریق روابط جنسی با شخص آلوده ($P=0/42$) نشان دهنده این است که هنوز اکثر جوانان به دلیل نداشتن شناخت کافی از راه های انتقال

جدول (۳): آزمون مک نمار برای بررسی میزان آگاهی پیش و پس از آموزش به تفکیک سوالات (HB, HC)

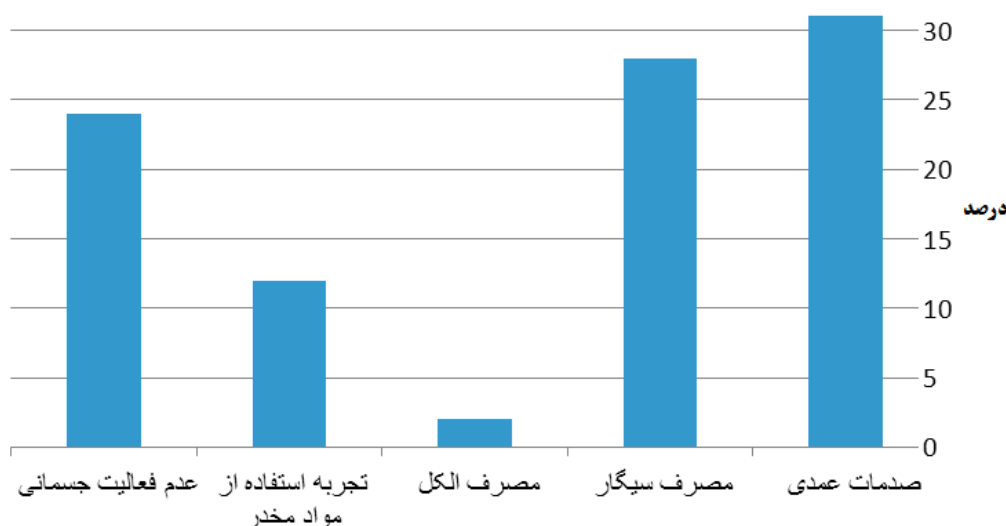
(سوالات قبل - سوالات بعد) از آموزش هیپاتیت B,C				
سطح معنی داری	بدون تغییر	آگاهی منفی	آگاهی مثبت	
۰/۰۰۵*	۸۳	۲۴	۴۹	۱-پرستاری از افراد مبتلا به هیپاتیت، این ویروس را منتقل میکند.
<۰/۰۰۱*	۹۳	۱۳	۵۰	۲-آلودگی به ویروس هیپاتیت Cبلافاصله باعث بروز علائم می شود.
<۰/۰۰۱*	۷۸	۱۱	۶۷	۳-ویروس هیپاتیت B از سه راه اصلی(مادر به نوزاد و خون و جنسی) منتقل می شود.
۰/۲۳۷	۹۸	۲۴	۳۴	۴-استفاده از استخرهای عمومی باعث انتقال هیپاتیت می شود.
۰/۰۱۳*	۱۳۹	۳	۱۴	۵-تزریق خون،خالکوبی وتاتو موجب انتقال بیماری میشود.
۰/۰۳۸*	۱۰۴	۱۸	۳۴	۶-مهمترین راه انتقال فراورده های خونی است.
۰/۴۲۹	۱۱۶	۲۳	۱۷	۷-در معاشرت های روزمره خطر انتقال هیپاتیت B وجود دارد.
۰/۰۰۴*	۸۵	۲۳	۴۸	۸-امکان انتقال وسرایت ویروس در ارتباط جنسی بیش از سایر موارد است.
۰/۰۰۱*	۸۴	۲۱	۵۱	۹-در صورت تماس با سوزن واشیا ء نوک تیز اولین کار شستشوی زخم با آب و صابون است.
۰/۸۱۵	۸۳	۳۵	۳۸	۱۰-آلودگی به ویروس هیپاتیت B ممکن است کاملاً بدون علامت باشد.
۰/۰۷۸	۱۳۰	۸	۱۸	۱۱-افراد آلوده به ویروس هیپاتیت B خودبه خود بهبود می یابند.
۰/۰۳۱*	۱۲۵	۹	۲۲	۱۲-هیپاتیت B واکسن دارد.
<۰/۰۰۱*	۶۲	۴	۹۰	۱۳-انتقال هیپاتیت C از طریق استفاده از خون و فراورده های خونی است.
<۰/۰۰۱*	۷۷	۱۷	۶۲	۱۴-هیپاتیت C قابل درمان است.
<۰/۰۰۱*	۱۰۷	۱۰	۳۹	۱۵-همه مبتلایان به هیپاتیت C باید درمان شوند.
۱	۱۰۶	۲۵	۲۵	۱۶-هیپاتیت C واکسن دارد.
۰/۰۰۷*	۷۷	۲۷	۵۲	۱۷-تشخیص هیپاتیت B با علائم و نشانه های بیماری است.
<۰/۰۰۱*	۸۸	۱۹	۴۹	۱۸-بعد از تماس با ویروس هیپاتیت B برای تمام عمر مصون هستیم.
<۰/۰۰۱*	۹۰	۱۱	۵۵	۱۹-شایعترین راه انتقال ویروس هیپاتیت Bبترتیب از مادر به نوزاد و شیرخوار و انتقال جنسی است.
<۰/۰۰۱*	۷۸	۱۴	۶۴	۲۰-اشک، عرق و بزاق فرد حاوی ویروس است و بیماری را انتقال می دهد.
<۰/۰۰۱*	۹۵/۱۵	۱۶/۴	۴۴/۶	میانگین جمع کل آگاهی

جدول (۴): آزمون مک نمار برای بررسی میزان نگرش واحساس خطر در دو مرحله پیش و پس از آموزش به تفکیک سوالات (HB, HC)

(سوالات قبل - سوالات بعد) از آموزش هیپاتیت B,C				
سطح معنی داری	بدون تغییر	نگرش منفی	نگرش مثبت	
۰/۲۳۰	۱۲۲	۱۳	۲۱	۲۱-اگر قبلاً به ویروس هیپاتیت Bآلوده نشده باشم باید واکسن بزنم.
۰/۲۸۹	۸۴	۴۱	۳۱	۲۲-روبوسی و دست دادن و در آغوش گرفتن باعث انتقال بیماری نمی شود.
۰/۰۰۳*	۸۶	۲۲	۴۸	۲۳-خوشبختانه هیپاتیت مشکل اصلی کشور ما نمی باشد
>۰/۰۰۱*	۶۰	۸	۸۸	۲۴-علائم شایع هیپاتیت B شبیه سرما خوردگی است.
>۰/۰۰۱*	۸۳	۴	۶۹	۲۵-راه های انتقال هیپاتیت Bو هیپاتیت Cرا می دانم
۰/۰۳۸*	۱۲۸	۸	۲۰	۲۶-اگر من متوجه شدم که مبتلا هستم بلا فاصله به همسرم اطلاع می دهم.
۰/۳۱۲	۱۰۸	۲۰	۲۸	۲۷-اگر سالم و سر حال هستم مطمئناً آلوده نشده ام.
۱	۶۹	۴۳	۴۴	۲۸-برای ارائه خدمات درمانی به بیماران هیپاتیتهی باید بیمارستانهای جداگانه با امکانات ویژه تاسیس کرد
۰/۴۹۹	۱۲۱	۲۰	۱۵	۲۹-رسانه های جمعی برای آموزش مناسبترین راه هستند.
>۰/۰۰۱*	۹۴	۲	۶۰	۳۰-راه های پیشگیری را میدانم .
۰/۰۲۱*	۸۱	۲۷	۴۸	۳۱-تنها راه تشخیص بیماری آزمایش خون است.
۰/۰۳۱*	۱۰۱	۱۹	۳۶	۳۲-یکی از ضد عفونی کننده های زخم در منزل وایتکس است.
۰/۰۸۲	۱۱۶	۱۴	۲۶	۳۳-استفاده از مسواک دیگران باعث انتقال بیماری می شود.
>۰/۰۰۱*	۶۵	۲۱	۷۰	۳۴-بعد از برخورد با خون یا ترشحات فرد آلوده واکسن تزریق می کنم.
>۰/۰۰۱*	۸۹	۱۸	۴۹	۳۵-با دارو می توان از پیشرفت بیماری جلوگیری کرد.
۰/۰۰۱*	۱۱۶	۹	۳۱	۳۶-تیغ ریش تراشی باعث انتقال بیماری می شود.
۱	۱۳۸	۹	۹	۳۷-اگر فردی از اعضای خانواده مبتلا باشد آزمایش می دهم
۰/۷۲۷	۸۲	۳۵	۳۹	۳۸-پاسخ آزمایش منفی خون ، من را مطمئن می کند که به هیپاتیت مبتلا نشده ام
۰/۰۰۸*	۸۰	۲۶	۵۰	۳۹-گروه همسانان نمی توانند آموزش دهندگان خوبی درباره هیپاتیت باشند.
۰/۰۰۵*	۷۱	۲۹	۵۶	۴۰-باید افراد بیمار را شناسایی کرد و جدا از سایرین نگه داشت.
>۰/۰۰۱*	۹۴/۷	۱۹/۴	۴۱/۹	میانگین جمع کل نگرش

و ۴۳٪ دختران در یک هفته گذشته نسبت به زمان مطالعه دیده شد که تفاوت‌های جنسیتی در رفتارهای پرخطر مشاهده شد ($P=0/01$) (نمودار ۱).

۳۱/۴٪ در پسران و ۹/۱٪ در دختران، مصرف سیگار ۲۸/۳٪ در پسران و ۴/۸٪ در دختران، مصرف الکل ۸/۲٪ در پسران و ۱/۲٪ در دختران در یک ماه گذشته نسبت به زمان مطالعه، تجربه استفاده از مواد مخدر ۱۲/۷٪ پسران و ۴/۳٪ دختران و عدم فعالیت جسمانی ۲۴٪ پسران



نمودار ۱- وضعیت شیوع رفتارهای پرخطر در بین دانشجویان پسر مورد مطالعه

بحث:

بالا کم رنگ خواهد شد و آگاهی عمومی و سطحی نمی‌تواند نگرش و احساس خطر عمیق نسبت به این بیماری بدست دهد.

از طرف دیگر معنی‌دار نبودن امکان انتقال HIV/AIDS در مکان‌های پر ازدحام و همچنین پایین بودن درصد پاسخ صحیح در زمینه امکان انتقال و سرایت ویروس از طریق خون و فرآورده‌های خونی نسبت به ارتباط جنسی حاکی از بروز عواملی از قبیل احساس ترس از داشتن روابط جنسی نامشروع می‌باشد. در ضمن پایین بودن درصد پاسخ صحیح در زمینه تشخیص فرد آلوده به ایدز از ظاهر او، و سرایت بیماری از طریق روابط اجتماعی با شخص آلوده نیز بیانگر نوعی نگرش منفی افراد مورد پژوهش به مبتلایان به این بیماری بوده به نحوی که بیانگر نوعی احساس خطر جدی از سوی دانشجویان تلقی می‌شود.

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که علی‌رغم آگاهی خوب پس از مداخله، نگرش اکثریت دانشجویان نیز مثبت شده که بیانگر آن است که در وهله اول نگرش گروه در معرض خطر درباره پیشگیری از ایدز قبل از آموزش نیز خوب بوده و پس از آموزش نیز بهبود یافته است. کاهش تغییر نگرش در مورد "بیمار نبودن در صورت سرحال و سالم بودن و یا تاسیس بیمارستان جداگانه برای بیماران ایدزی" نیز بیانگر داشتن نوعی نگرش منفی به این بیماری است که باید مورد بازبینی قرار گیرد. مسائل جنسی و معاشقه بین دو نفر از جمله مهمترین مسائلی است که علی‌رغم آگاهی از این مسئله مهم، تمایلات روانی آن باعث کشش افراد مخصوصاً جوانان و نوجوانان به این سمت می‌شود. بنابراین با توجه به این قضیه جای تعجب نیست که تغییر نگرش قشر جوان در مرحله اولیه تغییر باشد به نحوی که آگاهی آنان هنوز به نگرش تبدیل نشده باشد. تغییر در ساختار شناختی در این زمینه تشکیل گردیده به نحوی که کسب آگاهی، اطلاعات یا ایده در این مورد پدید آمده است، اما بوسیله انگیزه جنسی، تغییر در انگیزه صورت نگرفته به نحوی که هنوز مغز مایل است این عمل صورت گیرد. ارزشیابی مثبت و منفی

بطور کلی نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش می‌تواند در پیشگیری بیماری‌های نوپدید تاثیر داشته باشد به طوری که در بررسی میزان آگاهی و احساس خطر و نگرش بیماری ایدز و هپاتیت B و C در پیش و پس از آموزش در دانشجویان، مشخص شد که نمرات میزان آگاهی، احساس خطر و نگرش پس از آموزش بیشتر از نمرات میزان آگاهی، احساس خطر و نگرش پیش از آموزش بود. این نتایج در خصوص پیشگیری از بیماری ایدز که با انجام آموزش میزان آگاهی، نگرش و احساس خطر دانشجویان افزایش می‌یابد، با نتایج مطالعه بارس^(۱۲) که میزان اطلاعات و نگرش دانش آموزان متوسطه و دانشجویان اماراتی درباره ایدز پس از مداخله آموزشی افزایش داشته است، همخوانی دارد. برای تغییر نگرش و روند افزایشی آن به علت نیازمند بودن به زمان بیشتر همانند مطالعه بارس که با برگزاری سه کارگاه محقق شده است، در این مطالعه نیز از همکاری مرکز مشاوره با تشکیل جلسات در کلاس‌های مهارت زندگی و همایش‌های مرتبط با موضوع، همچنین از طریق بروشورهای آموزشی و پوستر آموزش‌های لازم انجام گرفته است. برای افزایش آگاهی از روش‌های انتقال و روش‌های پیشگیری از ایدز در گروه‌های پرخطر برای سطوح گسترده و در سطح کشوری بویژه برای دانشگاه‌های پیشنهاد می‌شود بودجه جداگانه و تحت دقیقاً عنوان «روش‌های پیشگیری از ایدز» اختصاص یابد و بر نحوه هزینه نمودن آن که منجر به ارتقای سطح آگاهی و نگرش گردد، کنترل‌های لازم به عمل آید. همچنین نتایج این مطالعه با نتایج شارما^(۱۵) الوید^(۱۴) مطالعه لویی و همکاران^(۱۶) مطالعه چنگ^(۱۷) هنگ^(۱۸) همخوانی دارد.

نتایج این مطالعه با نتایج پژوهش صالحی^(۱۳) با موضوع نیازسنجی آموزشی بیماری ایدز، که آگاهی مردم در خصوص این بیماری را مطلوب ارزیابی نموده و همچنین نگرش مطلوبی بین سن و آگاهی اعلام داشته است مغایر است، زیرا این بیماری در نسل جوان شیوع دارد و در سنین

مطالعه روی پسران ۱۵ تا ۱۸ سال نشان می‌دهد که تقریباً ۲۸ درصد آنها تماس جنسی قبل از ازدواج داشته‌اند و تقریباً سه نفر از چهار نفر، بیش از یک شریک جنسی داشته‌اند که این آمار خود گویای وضعیت پرخطر موجود است^(۲۴). بررسی‌های اولدز نشان دادند که هنجارهای اجتماعی، قوی‌ترین عامل در انجام رفتارهای پرخطر بهداشتی بودند^(۲۵). با توجه به میزان قابل توجه رفتارهای پرخطر بهداشتی در دانشجویان پسر مورد مطالعه، بازنگری جامع، طراحی و اجرای برنامه‌های آموزش سلامت از طریق مراکز آموزشی، رسانه‌های گروهی و نظام بهداشتی کشور و ارائه خدمات بهداشتی خاص گروه جوانان با استفاده از کارکنان بهداشتی الزامی به نظر می‌رسد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که اطلاعات آن خودگزارش دهی بوده و ممکن است که فرد مورد مطالعه در مورد برخی از سؤالات حساس در بخش سنجش رفتارهای پرخطر مثل استفاده از مواد مخدر و روابط جنسی، جواب‌های کاملاً درستی ارائه نداده باشد. البته در مطالعه ما سعی شده است که این مشکلات از طریق بی‌نام کردن پرسشنامه‌ها و محرمانه داشتن اطلاعات و توضیحات لازم برای دانشجویان در خصوص اهمیت و فایده این تحقیق، حل شوند.

نتیجه‌گیری:

با توجه به نتایج حاصله باید چنین گفت که توجه همه جانبه به پیشگیری از ابتلا موارد جدید بیماری‌های نوپدید، درک رفتارها و شبکه‌های انتقال جنسی، بازنگری در روش و پوشش آموزش جنسی، توجه به نقش و سهم مولفه‌های اجتماعی سلامت و لزوم توجه به فرهنگ سازی با هدف انگ‌زدایی با استقرار و استمرار استفاده از فرایند آموزش می‌تواند شکاف بین اطلاعات بهداشتی و عملکردهای بهداشتی را پر نماید.

تشکر و قدردانی:

نویسندگان این مقاله بر خود لازم میدانند مراتب قدردانی و سپاس خود را از همکاری‌های بی‌شائبه معاونت محترم پژوهشی، پرسنل آن معاونت و همچنین رئیس محترم اداره امور خوابگاه‌ها و ریاست مرکز مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک و کلیه افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، اعلام دارد.

دانشجویان در زمینه مسائل جنسی و یا به عبارت دیگر نگرش آنان به نوع رفتار از نظر شخصی متفاوت است. این نگرش برای افرادی که رفتار منفی از خود نشان می‌دهند، می‌تواند از طریق هنجارهای انتزاعی یا فشارهای اجتماعی به نگرش مثبت تبدیل شود. اعتقاد مثبت درباره نتایج پس از رفتار آمیزشی و احتمال ابتلا به ایدز باعث نگرش مثبت و بالاخره تغییر رفتار خواهد گردید.

نتایج این مطالعه در خصوص تاثیر آموزش بر افزایش میزان آگاهی، میزان نگرش و احساس خطر دانشجویان در مورد پیشگیری از بیماری هیپاتیت B و هیپاتیت C با نتایج روش‌شناسی^(۲۶) که میزان آلودگی به ویروس هیپاتیت C در افراد آلوده به ویروس هیپاتیت B (HBV) در استان گلستان بالا و قابل توجه اعلام نموده و انجام آموزش را جهت پیشگیری ضروری میدانند همخوانی دارد زیرا تنها ابزار لازم، ارزان و موثر در پیشگیری از این بیماری‌ها، ارتقاء میزان آگاهی دختران و پسران دانشجو، بهبود نگرش و افزایش احساس خطر بیماری‌های نوپدید به ویژه هیپاتیت، همین آموزش بهداشتی است. از طرف دیگر عدم شناخت کافی از ریسک فاکتورهای انتقال دهنده HBV و HCV و سرایت بیماری از طریق روابط جنسی با شخص آلوده با نتایج مطالعه ریچارد و همکاران^(۲۷) که میزان اطلاعات از بیماری ایدز را ۷۹ درصد بیشتر از اطلاعات درباره بیماری هیپاتیت C اعلام نموده است، همخوانی دارد. همچنین نتایج معمار نیز موید این است که فقط ۲/۹ درصد از جامعه مورد پژوهش دارای آگاهی خوبی در زمینه راه‌های انتقال هیپاتیت B بوده‌اند^(۲۸). به نظر می‌رسد هنوز اکثر جوانان به دلیل نداشتن شناخت کافی از راه‌های انتقال HBV و HCV آن را جزء بیماری‌های مسری عفونی تلقی می‌نمایند.

عدم اطلاع کافی در زمینه وجود واکسن هیپاتیت C نیز عاملی است که میزان آگاهی دانشجویان در زمینه آن کم بوده است که با توجه به خلا موجود در آموزش بهداشتی در مورد هیپاتیت B و C، آموزش رسمی و مدون توصیه می‌شود. در ضمن نتایج این مطالعه درخصوص کمی اطلاعات در بین دانشجویان ایرانی با نتایج پژوهش لی پینگ ونگ^(۲۹) مغایر است، زیرا در این پژوهش بسیاری از پاسخ دهندگان جوان ۱۵-۲۴ ساله مالزیایی از نحوه انتقال بیماری آگاه بوده و می‌دانستند که بیماری از طریق نیش حشرات و تعاملات معمول اجتماعی، استخرهای شنا و توالتهای عمومی منتقل نمی‌شود. ولی علی‌رغم این دانش به علت وجود مفاهیم نادرستی در ذهن بعضی از پاسخ دهنده‌ها نویسنده مجدداً آموزش رسمی بیشتری را برای بالغین جوان مالزیایی توصیه می‌کند. اطمینان از پاسخ آزمایش منفی خون در ابتلا به هیپاتیت، عدم انجام آزمایش فرد در صورت ابتلا یکی از اعضای خانواده به این بیماری، از جمله مواردی است که تاثیری در نگرش دانشجویان نداشته است. مطالعات براتی نیز موید این موضوع است که میانگین سطح آگاهی در مقاطع تحصیلی مختلف از ۷۰ درصد امتیاز کل تجاوز نمی‌کند و این امر نشان دهنده این است که افرادی که در آینده‌ای نه چندان دور در معرض خطر ابتلا به عفونت HBV می‌باشند از سطح آگاهی بالایی برخوردار نبوده و این نگرش نیز در آنها تا کنون بوجود نیامده که شناخت راه‌های انتقال و پیشگیری می‌تواند در بروز این بیماری‌ها موثر باشد^(۳۰).

در بحث از رفتارهای پرخطر بهداشتی جامعه، باید مسائل فرهنگی آن جامعه را نیز در نظر بگیریم. ارزش‌های هر جامعه و هنجارهای آن در الگوی این رفتارها موثر هستند و این امر باید مورد توجه ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی قرار گیرد. مطالعات انجام شده در زمینه رفتارهای پرخطر در جوانان در کشور ما بسیار محدود است با وجود این، یک

References

1. Mahmoudifar Y. Effect of training in the field of AIDS on awareness rate and attitude of students. *Bimonthly of Education Strategies in Medical Sciences*. 2009; 2 (3):109-115
2. Asadi S, Marjani M. Epidemiology and prevalence of infectious diseases in IVDA in Infectious Wards of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, 1381-82. *IICCOM* 2004;9(25):53-61
3. National AIDS Committee Secretariat, Ministry of Health and Medical Education. Islamic Republic of Iran country Report; 2012. 1st ed: Tehran: National AIDS Committee
4. WHO/UNICEF. Report on the global AIDS epidemic. 2013: Geneva: Switzerland: 10-16.
5. Kwon SYL, Lee CH. Epidemiology and prevention of hepatitis B virus infection. *Korean J Hepatol*. 2011; 17(2):87-95.
6. Pascual Pareja JF1, Camino A, Larrauri J, Lpez-Diguez M, Montes ML, Gonzalez-Garca J, et al. [Factors associated with hepatic steatosis in human immunodeficiency virus and hepatitis C virus coinfecting patients]. [Article in Spanish] *Med Clin (Barc)*. 2009;132(6):208-13.
7. Okeke EN1, Ladep NG, Agaba EI, Malu AO. Hepatitis B vaccination status and needle stick injuries among medical students in a Nigerian university. *Niger J Med*. 2008;17(3):330-2.
8. Gerald I. Principle and practice of infectious disease. 5th Ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2000; 1279.
9. CDC. MMWR. A Comprehensive Immunization Strategy to Eliminate Transmission of Hepatitis B Virus Infection in the United States; Recommendations of ACIP Part 1: Immunization of Infants, Children and Adolescents. *MMWR* 2005; 54 :10-15.
10. WHO. Introduction of hepatitis B vaccine into childhood immunization services. WHO. 2001; WHO/V&B/01.31.
11. Vaccination and Immunity Guideline. 5th ed. The Office of Deputy Ministry of Health. Ministry of Health and Medical Education. Tehran (Iran): Seda Publishing; 1998:4-8.
12. Etemad K, Heydari A, Eftekhari Ardabili H, Kabir MJ, Sedaghat M. Knowledge and attitude levels in high risk groups about HIV/AIDS and relation with socioeconomic level indicators in Golestan province (2007). *J Gorgan Uni Med Sci*. 2010;12(2):63-70.
13. Sulkowski MS. Viral hepatitis and HIV coinfection. *J Hepatol*. 2008; 8(2):353-67.
14. Azin SA. Review of report of WHO on HIV/AIDS 2008. *JIRAN epidemiologic*. 2011; 6(2):56-59.
15. Barss P, Grivna M, Ganczak M, Bernsen R, Al-Maskari F, El Agab H, et al. Effects of a Rapid Peer-Based HIV/AIDS Educational Intervention on Knowledge and Attitudes of High School Students in a High-Income Arab Country. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2009; 52(1):86-98.
16. Salehi L, Salehi F, Shakibazade E. Education-based needs assessment: a step toward effective prevention of AIDS. *JQUMS*. 2009; 13 (1):73-78.
17. Nasir EF1, Astrin AN, David J, Ali RW. HIV and AIDS related knowledge, sources of information, and reported need for further education among dental students in Sudan - a cross sectional study. *BMC Public Health*. 2008; 8: 286.
18. Sharma AK, Gupta A, Aggarwal OP. HIV/AIDS related knowledge, risk perception, attitude and sexual behavior of working women staying in hostels. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2001; 67(1):21-4.
19. Liu GT, Wang LR, Wu YF and Wang XL. A model of expanding HIV/AIDS education in Chinese rural areas. *Int J STD AIDS*. 2010; 21 (2):87-92.
20. Chung S, Yoo H, Lee SH, Kwon BE, Kim S. HIV/AIDS knowledge, attitudes, related behaviors, and sources of information among Korean adolescents. 2005; 75(10):393-9.
21. Hong Y, Li X. HIV/AIDS behavioral interventions in China: a literature review and recommendation for future research. *AIDS Behav*. 2009; 13(3):603-13.
22. Stulhofer A, Graham C, Bozicevic I, Kufrin K, Ajdukovic D. HIV/AIDS-Related Knowledge, Attitudes and Sexual Behaviors as Predictors of Condom Use among Young Adults in Croatia. *Int Fam Plann*. 2007;33(2):58-65.
23. Wong LP, Caroline K, Wah-Yun L, Nasruddin J. HIV/AIDS-Related Knowledge among Malaysian Young Adults: Findings from a Nationwide Survey. *Medscape J Med*. 2008; 10(6):148.
24. Richard W, Stephanie L, Christine A, Rosemarie S. HIV and Hepatitis C Knowledge among Individuals with Serious Mental Illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2009;33(1):47-49.
25. Memar N. Knowledge of people over 15 years old about prophylaxis and transferring of AIDS and hepatitis B in Sanandaj. *JGUMS*. 2004; 10(37):12-19.
26. Barati M, Eshaghi M.A, Borji S. Evaluation of Awareness Level of High School Students of Meshkindasht (in Karaj) about Transmission and Prevention Ways of Hepatitis B. *RAZI*. 2007; 12(46):249-254.
27. Mohammadi MR, Mohammad K, Farahani FK, Alikhani S, Zare M, Tehrani FR, Ramezankhani A, Alaeddini F. Reproductive knowledge, attitudes and behavior among adolescent males in Tehran, Iran. *Int Fam Plann Perspect*. 2006; 32(1):35-44.
28. Olds RSL, Thoms DL. The relationship of adolescent perception of peer norms and parent involvement to cigarette and school use. *J Sch Health*. 2001 Aug; 71(6):223-28.