



## بررسی آگاهی و نگرش دانشجویان خوابگاهی درباره بیماری آنفولانزای نوع A (H1N1)

زهره ادب: کارشناس ارشد تغذیه، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. [zohreh\\_adab2000@yahoo.com](mailto:zohreh_adab2000@yahoo.com)  
مهرشاد عزیزی: دانشجوی کارشناسی ارشد ارزیابی فناوری سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. [mehrshad\\_azizi@yahoo.com](mailto:mehrshad_azizi@yahoo.com)

\* **مهناز صلحی**: دکترای تخصصی و دانشیار گروه خدمات بهداشتی و آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (\*مؤلف مسؤل). [Solhi.m@iums.ac.ir](mailto:Solhi.m@iums.ac.ir)

**مرضیه لطیفی**: دانشجوی دکترای تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران [marziye\\_latifi@yahoo.com](mailto:marziye_latifi@yahoo.com)

**سید فهیم ایراندوست**: دانشجوی دکترای آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. [fahim.irandost@gmail.com](mailto:fahim.irandost@gmail.com)

### چکیده

**زمینه و هدف:** آنفولانزای نوع A (H1N1) بیماری ویروسی خطرناکی است که اخیراً به صورت پاندمی درآمده است. هدف از این پژوهش تعیین میزان آگاهی و نگرش دانشجویان ساکن خوابگاه‌های دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی ایران، درباره بیماری آنفولانزای نوع A (H1N1) است.

**روش کار:** این پژوهش مطالعه‌ای مقطعی (توصیفی - تحلیلی) است. تعداد ۱۵۰ نفر از دانشجویان به عنوان حجم نمونه و با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای (خوابگاه‌ها) و تصادفی ساده (دانشجویان هر خوابگاه) انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌ای مشتمل بر ۱۴ سؤال آگاهی و نگرش بود. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (۱۹) و آزمون‌های آماری کای دو و ضریب همبستگی پیرسون، در سطح معنی‌داری ( $p < 0/05$ ) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** آگاهی ۵۵/۳ درصد و نگرش ۶۰ درصد دانشجویان مورد بررسی، در حد متوسط بود. میان آگاهی با رشته تحصیلی و مقطع تحصیلی ارتباط معنادار آماری مشاهده شد ( $p = 0/02$  و  $p = 0/02$ ). بین نگرش با رشته تحصیلی نیز ارتباط معنادار آماری مشاهده شد ( $p = 0/04$ ) اما میان آگاهی با سن و جنس و میان نگرش با سن، جنس و مقطع تحصیلی رابطه‌ای مشاهده نشد.

**نتیجه‌گیری:** آگاهی و نگرش دانشجویان مورد بررسی درباره بیماری آنفولانزای نوع A (H1N1) مطلوب نیست. برنامه ریزی مداخلات آموزشی مناسب برای ارتقاء آگاهی و نگرش این دانشجویان درباره این بیماری با توجه به رشته و مقطع تحصیلی آنها پیشنهاد می‌شود.

**کلید واژه‌ها:** آگاهی، نگرش، آنفولانزای نوع A (H1N1)، دانشجویان

مقدمه

چهار برابر پاندمی شبیه آن در آنفولانزای اسپانیایی بود و از طریق قطرات و ترشحات تنفسی به صورت مستقیم و غیرمستقیم (سطوح) منتقل می‌شود (۵ و ۱). اولین پاندمی بیماری آنفولانزا در سال ۱۹۹۷ در هنگ‌کنگ اتفاق افتاد که به سرعت در سراسر جهان پخش شد و باعث مرگ ۶۰ درصد افراد مبتلا شد (۷ و ۶).

پس از آنکه این بیماری از قاره آمریکا به چندین قاره دیگر گسترش یافت، سازمان جهانی بهداشت در تاریخ ۱۱ ژوئن ۲۰۰۹ فاز شش اپیدمی بیماری آنفولانزا را اعلام نمود (۹ و ۸). به نظر می‌رسد (H1N1) مسری‌تر از آنفولانزای فصلی باشد. شدت بروز بیماری آنفولانزای نوع A (H1N1) در همه کشورها یکسان نیست و مرگ‌ومیر ناشی از این همه‌گیری تاکنون ۴/۵ مورد به ازای هر ۱۰۰۰ نفر مبتلا بوده است. آمار جهانی مرگ‌ومیر در اثر بیماری آنفولانزای نوع A (H1N1) که توسط سازمان جهانی بهداشت اعلام شده تا سال ۲۰۱۰، بالغ بر ۱۸۹۸۶ مورد مرگ و میر است (۱).

در ایران تا اواخر سال ۱۳۸۸، تعداد مبتلایان به آنفولانزای نوع A (H1N1) ۲۶۶۲ نفر و تعداد موارد مرگ و میر ۵۸ بود (۴). با توجه به اینکه حدود ۶ ماه فاصله بین ورود اولین فرد آلوده کننده (اولین مورد بیماری که تأیید می‌شود) تا بروز اپیدمی واضح در جامعه طول می‌کشد، این فرصت هم فرصت طلایی برای کنترل همه‌گیری بیماری است و هم ممکن است به دلیل عدم بروز هرگونه علائمی از همه‌گیری به صورت واضح باعث کاهش حساسیت جامعه و مسؤولین گردد که عواقب خطرناک و جبران‌ناپذیری را به دنبال خواهد آورد.

دانشجویان علوم پزشکی با افراد بیمار زیادی مواجه می‌شوند که منجر به افزایش حساسیت آنها نسبت به بیماری‌های عفونی می‌شود، بنابراین نیاز مبرم وجود دارد که این گروه از دانشجویان به خوبی از بیماری آگاهی داشته باشند و روش‌های انتقال و پیشگیری را به خوبی بدانند. متأسفانه در ایران مطالعات مشابه در این زمینه اندک هستند و با توجه به مطالب گفته شده در حال حاضر یکی از مهمترین اقدامات برای جلوگیری از گسترش این اپیدمی در سطح کشور، دادن آموزش‌های لازم و مؤثر به منظور

بیماری آنفولانزای نوع A (H1N1) در فصل زمستان بیماری‌زایی زیادی دارد که در کنار بیماری‌هایی مانند طاعون، آبله و وبا، پیوسته همه‌گیری‌های وسیع جهانی (پاندمی) را ایجاد کرده‌اند. آنفولانزای نوع A بیماری ویروسی خطرناکی است که اخیراً در سراسر جهان به صورت پاندمی درآمده است. پس از شیوع بیماری در مکزیک در اوایل سال ۲۰۰۹، این ویروس به سرعت در سراسر جهان پخش شده است که قابلیت بیماری‌زایی هم در حیوانات و هم در انسان دارد؛ از خصوصیات این ویروس تمایل به تغییرات مکرر در ماده ژنتیک آن است که می‌تواند به طور خفیف یا شدید ایجاد بیماری نماید و باعث تولید نوع جدیدی گردد که برای سیستم ایمنی انسان کاملاً ناشناخته بوده و منجر به بیماری و مرگ و میر فراوان و اپیدمی‌های گسترده و بطور حتم پاندمی خواهد شد. این ویروس در مبتلایان، مستقیماً ریه‌ها را آلوده کرده و موجب نارسایی شدید تنفسی می‌شود. نشانه‌های کلاسیک و علائم آنفولانزا عبارتند از تب، درد ماهیچه، بی‌قراری، گلودرد، و سرفه. نشانه‌های بیشتر ممکن است سردرد، حالت تهوع و اسهال باشند (۳ و ۱).

پاندمی آنفولانزای انسانی به طور دوره‌ای باعث مرگ مردم زیادی شده است (۴). در ۱۰۰ سال گذشته، سه مورد همه‌گیری آنفولانزا وجود داشته است؛ اول در سال ۱۹۱۸-۱۹۱۹ «آنفولانزای اسپانیایی» که مرگ ۲۰ تا ۴۰ میلیون نفر در سراسر جهان را در پی داشت. ویروس مسئول این همه‌گیری آنفولانزای نوع (H1N1) بود که به دلیل منحصر به فرد بودن، این ویروس بسیار مسری توانست در سراسر جهان در عرض شش ماه گسترش یابد. تقریباً نیمی از کسانی که فوت شدند جوانان بالغ و سالم بین ۲۰ تا ۴۰ سال بودند. همه‌گیری دوم «آسیایی» است که مسئول ۱ تا ۴ میلیون مرگ در سراسر جهان و ویروس انتقال‌دهنده آن همه‌گیری، آنفولانزای نوع (H2N2) بود. بالاترین میزان مرگ و میر این همه‌گیری در میان جمعیت مسن بود. در نهایت، همه‌گیری سوم، «هنگ‌کنگ» در سال ۱۹۶۸ بود و بین ۱ تا ۴ میلیون نفر در سراسر جهان تلفات داد. ویروس انتقال‌دهنده در این همه‌گیری آنفولانزای نوع (H3N2) بود. سرعت گسترش جغرافیایی این بیماری

۳۵ بود. نمرات نگرش نیز براساس معیار  $Mean \pm SD$  به سه دسته کمتر از ۲۵ ضعیف، بین ۲۵ تا ۳۱ متوسط، و ۳۲ به بالا نگرش خوب دسته‌بندی شد.

جهت تعیین روایی ابزارهای پژوهش از روایی صوری و محتوایی استفاده شد. بدین منظور پس از مطالعه جدیدترین کتب، مقالات و نشریات علمی داخلی و خارجی در زمینه پژوهش، پرسشنامه تهیه و تنظیم و در اختیار پانل ده نفر از متخصصین آموزش بهداشت و ویروس‌شناسی قرار گرفت تا مورد بررسی و اصلاح قرار گیرد. مقادیر شاخص روایی محتوایی بدست آمده برای سوالات آگاهی و نگرش بیش از ۰/۷۹ و نسبت روایی بدست آمده برای این دو متغیر بیش از ۰/۶۲ بود. به منظور تعیین پایایی ابزار از آزمون مجدد استفاده شد و ضریب پایایی برای سوالات آگاهی ۰/۹۲ و برای سوالات نگرش ۰/۸۳ بدست آمد.

پس از اخذ رضایت نامه کتبی از نمونه‌های مورد پژوهش برای شرکت در مطالعه، پرسشنامه‌ها توسط خود دانشجویان در حضور محقق تکمیل شد. معیار ورود به مطالعه دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی ایران بودن و سکونت در خوابگاه بود.

داده‌ها توسط نرم افزار آماری SPSS نسخه 19 و با استفاده از آزمون‌های آماری مجذورکا و همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و ارتباط متغیرهای کیفی و کمی بررسی شد.

#### یافته‌ها

میانگین سنی دانشجویان مورد بررسی ۲۴/۵ سال بود. ۴۰ درصد (۶۰ نفر) پاسخگویان زن و ۶۰ درصد (۹۰ نفر) مرد بودند. اکثریت شرکت‌کنندگان، در مقطع کارشناسی (۶۱/۳ درصد) تحصیل می‌کردند. بیشترین درصد شرکت‌کنندگان در مطالعه (۴۲/۷ درصد) دانشجویان دانشکده بهداشت و تغذیه، و کمترین درصد (۵/۳ درصد) در دانشکده پزشکی مشغول به تحصیل بودند. نتایج کامل یافته‌های توصیفی در جدول ۱ آمده است.

افزایش آگاهی و نگرش در باره علائم، عوارض، و راه‌های انتقال این بیماری برای اقشار مختلف جامعه می‌باشد. هدف از این مطالعه تعیین سطح آگاهی و نگرش دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ایران در مورد بیماری آنفولانزای نوع A (H1N1) است. نتایج این مطالعه در طراحی آموزش‌های موثر و به موقع برای ارتقاء سطح آگاهی و نگرش جامعه دانشجویان کاربرد دارد.

#### روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی تحلیلی است. جامعه مورد پژوهش آن دانشجویان ساکن در خوابگاه‌های دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی ایران بودند. روش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای انجام شد؛ بدین صورت که از خوابگاه‌های دخترانه و پسرانه دو خوابگاه به صورت تصادفی انتخاب شدند، سپس از هر خوابگاه تعداد ۷۵ نفر به روش تصادفی ساده به عنوان نمونه انتخاب شدند. حجم نمونه با استفاده از فرمول آماری تعیین حجم نمونه کوکران براساس مشخص بودن تعداد جامعه ۱۵۰ نفر محاسبه شد.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه محقق ساخته مشتمل بر ۱۴ سوال بود و شامل ۴ سوال جمعیت شناختی (سن، جنس، رشته تحصیلی و مقطع تحصیلی)، ۷ سوال آگاهی و ۷ سوال نگرشی بود. سوالات آگاهی شامل ۶ سوال چهار گزینه‌ای درباره مواردی مانند عامل بیماری، راه‌های انتقال، مدت زمان بروز علائم از زمان تماس با فرد آلوده، فاصله مناسب در هنگام مواجهه با فرد آلوده و یک سوال شش گزینه‌ای که سه مورد آن صحیح بود. امتیاز کل آگاهی بین صفر تا ۱۰ بود و براساس معیار  $Mean \pm SD$ ، امتیاز صفر تا ۵ آگاهی ضعیف، امتیاز بین ۶ تا ۸ آگاهی متوسط، و نمره ۹ و ۱۰ آگاهی خوب دسته‌بندی شد.

سوالات نگرش جملاتی درباره در معرض خطر بودن همه افراد، سخت بودن پیشگیری از بیماری، غیزممکن بودن پیشگیری از همه گیری بیماری، عوارض جدی بیماری، هزینه بر بودن پیشگیری از بیماری و غیرقابل درمان بودن بیماری بود که براساس مقیاس لیکرت پنج تایی شامل طیف کاملاً موافقم، موافقم، بی تفاوت، مخالفم و کاملاً مخالفم امتیازدهی می‌شد. هر یک از سوالات نگرشی یک تا ۵ امتیاز داشت و امتیاز کل نگرش براین اساس بین ۷ تا

همبستگی پیرسون میان آگاهی و نگرش همبستگی معنادار آماری مشاهده نشد ( $p = 0/051$ ,  $r = 0/16$ ).

جدول ۱: بررسی توزیع فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای دموگرافیک دانشجویان مورد بررسی ( $n=150$ )

متغیرها	دسته بندی	تعداد	درصد
سن	زیر ۲۰ سال	۷۴	۴۹/۳۳
	۲۰-۲۵	۲۸	۱۸/۶۶
	بالای ۲۵	۴۸	۳۲
جنسیت	زن	۹۰	۶۰
	مرد	۶۰	۴۰
رشته تحصیلی	بهداشت	۵۰	۳۳/۳
	تغذیه	۱۴	۹/۳
	علوم پایه	۱۲	۸
	پیراپزشکی	۱۵	۱۰
	مدیریت و کتابداری	۹	۶
مقطع تحصیلی	پرستاری و مامایی	۴۲	۲۸
	پزشکی	۸	۵/۳
	کارشناسی	۸۳	۵۵/۳۳
تحصیلی	کارشناسی ارشد	۳۷	۲۴/۶۶
	دکتر	۳۰	۲۰

جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی آگاهی و نگرش دانشجویان مورد بررسی ( $n=150$ )

متغیر	دسته بندی	تعداد	درصد
آگاهی	خوب	۵۳	۳۵/۳
	متوسط	۸۳	۵۵/۳
	ضعیف	۱۴	۹/۳
نگرش	خوب	۳۳	۲۲
	متوسط	۹۰	۶۰
	ضعیف	۲۷	۱۸

#### بحث

در مطالعه حاضر آگاهی و نگرش دانشجویان مورد بررسی در حد متوسط بود. اما در مطالعه ویزدیندا و همکاران (۱۰)

۹۲/۷ درصد پاسخگویان راه انتقال بیماری آنفولانزا را صحیح پاسخ دادند. ۹۹/۳ درصد از افراد عامل بیماری آنفولانزا را می دانستند و ۶۴ درصد از افراد شرکت کننده در مطالعه وضعیت بیماری از لحاظ اپیدمی در جهان را صحیح پاسخ داده بودند. همچنین، ۶۵/۳ درصد از افراد شرکت کننده در مطالعه دوره کمون بیماری آنفولانزا را درست پاسخ داده، و ۸۰ درصد دانشجویان نیز راه پیشگیری از بیماری را، رعایت فاصله مناسب با افراد بیمار و ۹۸/۷ درصد هم شستشوی مرتب دست را در پیشگیری از بیماری مؤثر بیان کردند.

آگاهی ۵۳ نفر (۳۵/۳ درصد) از دانشجویان درباره بیماری آنفولانزای نوع A (H1N1) خوب بود، ۸۳ نفر (۵۵/۳ درصد) آگاهی متوسط و ۱۴ نفر (۹/۳ درصد) آگاهی ضعیفی داشتند. نگرش ۳۲ نفر (۲۱/۳ درصد) از دانشجویان در مورد بیماری آنفولانزای نوع A (H1N1) در سطح خوب، ۹۰ نفر (۶۰ درصد) در سطح متوسط، و ۲۷ نفر (۱۸ درصد) در سطح ضعیف قرار داشت. آگاهی و نگرش اکثر دانشجویان مورد بررسی (۵۵ درصد و ۶۰ درصد) درباره بیماری آنفولانزای نوع A (H1N1) متوسط بود. بیشترین سطح آگاهی و نگرش (آگاهی و نگرش خوب) در نمونه مورد مطالعه در گروه پزشکی و در مقطع دکتری بود (جدول ۲).

آزمون آماری مجذور کا نشان داد میان متغیر آگاهی افراد شرکت کننده در مطالعه با رشته تحصیلی آنان ارتباط معنادار آماری وجود دارد ( $p = 0/02$ ). بدین صورت که دانشجویان رشته پزشکی نمره آگاهی بهتری داشتند. با انجام این آزمون میان آگاهی و مقطع تحصیلی دانشجویان نیز ارتباط معنادار آماری مشاهده شد ( $p = 0/02$ ). بدین صورت که دانشجویان پزشکی و مقطع دکتری نمره آگاهی بهتری داشتند. با انجام این آزمون میان نگرش دانشجویان مورد مطالعه و رشته تحصیلی آنان هم ارتباط معناداری بدست آمد ( $p = 0/044$ ). بدین صورت که دانشجویان رشته پزشکی از نمره نگرش بهتری برخوردار بودند. اما با انجام آزمون مجذور کا میان آگاهی با جنس و نگرش با متغیرهای مقطع تحصیلی و جنس ارتباط معنادار آماری مشاهده نشد. همچنین با انجام آزمون ضریب

بیماری ضروریست. به طور کلی، دانشجویان پزشکی با توجه به ماهیت رشته و دروسی که طی دوران تحصیل می‌گذرانند، از اطلاعات پزشکی بالاتری برخوردارند و سطح آگاهی آنان از بیماری‌های مختلف بالاست. دانشجویان سایر رشته‌ها نسبت به دانشجویان پزشکی، آگاهی کمتری از این بیماری داشتند و برنامه‌ریزی برای ارتقای وضعیت آگاهی آنان در زمینه آنفولانزای نوع A ضروریست.

همچنین در این تحقیق میان رشته تحصیلی و نگرش نسبت به بیماری آنفولانزا همبستگی معنادار آماری بدست آمد و دانشجویان رشته پزشکی از نگرش بهتری نسبت به این بیماری برخوردار بودند. در مطالعه ویزدیندا و همکاران (۱۰) و لوتیرگو و همکاران (۱۲) میان نگرش و رشته تحصیلی ارتباطی مشاهده نشد. تفاوت در نتایج می‌تواند به شرایط تحقیق و تفاوت افراد نمونه در دو مطالعه مرتبط باشد.

در مطالعه حاضر ارتباط معنادار آماری میان آگاهی و نگرش با سن مشاهده نشد اما در تحقیق ویزدیندا و همکاران مشخص شد دانشجویان جوان‌تر، آگاهی و نگرش کمتری در مورد موضوعات پزشکی داشتند (۱۰). تفاوت در نتایج می‌تواند به شرایط تحقیق مرتبط باشد.

در این تحقیق میان آگاهی و نگرش با جنس همبستگی معنادار آماری مشاهده نشد. در مطالعه حسن‌زاده نیز بین نمره آگاهی دختران و پسران ارتباط معنادار آماری وجود نداشت (۱۳) اما نتایج مطالعه‌ای که توسط فاتیرگان و همکاران انجام شد نشان داد آگاهی کارکنان بهداشتی مرد نسبت به زنان بالاتر بود (۲۰). در مطالعه شهری و همکاران نیز آگاهی دانش‌آموزان دختر نسبت به پسر بالاتر بود و دختران نگرانی بیشتری ابراز کردند (۲۲). مطالعه رجالی و همکاران نشان داد میانگین نمره آگاهی پسران قبل از آموزش بالاتر از دختران بود و این اختلاف از نظر آماری معنادار بود (۲۳). تفاوت در نتایج می‌تواند به شرایط تحقیق و تفاوت افراد نمونه در دو مطالعه مرتبط باشد.

در این مطالعه میان آگاهی و نگرش دانشجویان مورد بررسی درباره پیشگیری از بیماری آنفولانزای نوع A (H1N1) همبستگی مشاهده نشد. به هر حال، ارتباط همزمان آگاهی و نگرش نسبت به یک مسئله، همیشه هم‌سو نیست. بنابراین برای ارتقاء آگاهی و نگرش این

نشان داده شد که دانشجویان آگاهی خوبی نسبت به بیماری آنفولانزا دارند، اما نگرش و عملکرد آنها در زمینه بیماری ضعیف بود که این نشان‌دهنده ناکافی بودن آگاهی به تنهایی برای تغییر رفتار است. در مطالعه اوفستد و همکاران (۱۱) میزان آگاهی پرستاران از بیماری آنفولانزا در حد خوب بود اما در مطالعه لوتیرگو و همکاران (۱۲) میزان آگاهی و نگرش پرستاران ضعیف بود و در مطالعه حسن‌زاده و همکاران (۱۳) نیز نشان داده شد که آگاهی و عملکرد دانشجویان ساکن خوابگاه‌های شیراز در حد مطلوب نیست. در مطالعه معظمی و همکاران (۱۴) آگاهی دانش‌آموزان متوسط برآورد شد و در مطالعه کان و همکاران که روی دانشجویان تازه وارد به دانشگاه درباره آگاهی نسبت به آنفولانزای پرندگان انجام شد مشخص گردید تنها ۳۶ درصد از آنها از اشتراک بیماری بین انسان و پرندگان آگاهی داشتند و ۳۵ درصد با علائم آن آشنا بودند (۱۵). در مطالعه زلی و همکاران آگاهی و نگرش کارکنانی که با طیور در تماس بودند در مورد آنفولانزا ضعیف گزارش شده است (۱۶). در مطالعه سلیمی و کرامت نیز آگاهی دانشجویان در مجموع کم گزارش شده است. در مجموع آگاهی و نگرش نسبت به بیماری آنفولانزا در افراد مورد بررسی مطلوب نیست و طراحی مداخلات ارتقایی به منظور ارتقاء آگاهی و نگرش دانشجویان مورد بررسی ضروریست.

در این مطالعه میان آگاهی از بیماری با مقطع و رشته تحصیلی همبستگی معنادار آماری یافت شد. در مطالعه خضایی‌پور و همکاران نشان داده شد اطلاعات پرستاران کمتر از دیگر کارکنان بهداشتی است (۱۷). همچنین، در مطالعه آبرامسون (۱۸)، استینر (۱۹) و فاتیرگان و همکاران (۲۰) نشان داده شد پزشکان و دندان‌پزشکان آگاهی بالاتری نسبت به دیگر کارکنان داشتند. در بررسی لوتیرگو و همکاران (۱۲) و سلیمی و کرامت (۲۱) مشاهده شد رشته و مقطع تحصیلی با آگاهی از بیماری ارتباط دارد. در مطالعه حاضر نیز دانشجویان مقطع دکترا و رشته پزشکی آگاهی بیشتری نسبت به دانشجویان پرستاری و مامایی، مدیریت و کتابداری، تغذیه و بهداشت داشتند. با توجه به تماس مستقیم پرستاران و کارکنان بهداشتی با بیماران در بیمارستان و مراکز بهداشتی، آموزش دانشجویان این رشته‌ها برای حفاظت از خود و پیشگیری از ابتلا به این

دانشجویان ضروریست مداخلات ارتقایی و با روش های مناسب طراحی و اجرا شود.

خودگزارش دهی و انجام مطالعه در خوابگاه های یک دانشگاه و فقط در رشته های علوم پزشکی از محدودیت های این مطالعه است و پیشنهاد می شود مطالعات دیگر در سطح چند دانشگاه ها و رشته های دیگر انجام و نتایج آن با هم مقایسه شود.

#### نتیجه گیری

وضع آگاهی و نگرش دانشجویان مورد بررسی درباره بیماری آنفولانزای نوع A (H1N1) متوسط بود. با توجه به ظهور بیماری در کشور ما و انتظاری که از دانشجویان دانشگاه های علوم پزشکی کشور می رود، برنامه ریزی آموزشی و طراحی مداخلات مناسب برای ارتقاء آگاهی و نگرش درباره پیشگیری از ابتلا به این بیماری برای این دانشجویان پیشنهاد می شود.

#### تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی دانشجویی در دوره کارشناسی ناپیوسته بهداشت عمومی است. نویسندگان مقاله از مدیریت امور تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ایران و دانشجویانی که در این مطالعه شرکت کردند تشکر و قدردانی می کنند.



## References

1. MMWR, Swine Influenza A (H1N1) Infection in Two Children - Southern California, March - April 2009. <http://www.cdc.gov/mmwrhtml.htm>
2. Thompson WW, Shay DK, Weintraub E, Brammer L, Bridges CB, Cox NJ, Fukuda K. Influenza-associated hospitalizations in the United States. *JAMA*; 2004 .
3. Thompson WW, Shay DK, Weintraub E, Brammer L, Cox N, Anderson LJ, and Fukuda K. Mortality associated with influenza and respiratory syncytial virus in the United States. *JAMA*; 2003; 289: 179-186.
4. Avian influenza. Fact sheet. [Updated April 2011, Last accessed on 2012 May 13]. Available from: [http://www.who.int/mediacentre/factsheet/s/avian\\_influenza/en](http://www.who.int/mediacentre/factsheet/s/avian_influenza/en).
5. Haghdoost, A.A., Gooya, M.M. Baneshi, M.R. Modeling of H1N1 flu in Iran. *English Archives of Iranian Medicine*. Volume 12, Issue 6; 2009: 533-541.
6. Avian influenza. Bird flu; H5N1. A.D.A.M. Medical Encyclopedia. [Last accessed on 2012 May 13]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH>.
7. Cumulative number of confirmed human cases for avian influenza A (H5N1) reported to WHO. 2003-2012. Available from: [http://www.who.int/influenza/human\\_animal](http://www.who.int/influenza/human_animal).
8. Quinn, S.C. Kumar, S., Freimuth, V.S., Kidwell, K., Musa, D. Public willingness to take a vaccine or drug under emergency use authorization during the 2009 H1N1 pandemic. *Biosecurity and Bioterrorism* Volume 7, Issue 3; 2009:275-290.
9. WHO, World now at the start of 2009 influenza pandemic, Dr Margaret Chan Director-General of the World Health Organization; 2009.
10. Wisedjinda L, Hengriprasopchoke S, Karucote A, Khaocharee P, Lawantuksin N, Panvatvanich S, et al. Knowledge, attitude, and practices concerning influenza A H1N1 among Thai medical students. Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2009.
11. Ofstead CL, Tucker SJ, Beebe TJ, Poland GA. Influenza vaccination among registered nurses: information receipt, knowledge, and decision-making at an institution with a multifaceted educational program. *Infect Control Hosp Epidemiol*; 2008: 99-106.
12. Loulergue P, Moulin F, Vidal-Trecan G, Absi Z, Demontpion C, Menager C, Gorodetsky M, Gendrel D, Guillevin L, Launay O . Knowledge, attitudes and vaccination coverage of healthcare workers regarding occupational vaccinations. *Vaccine* 27; 2009.
13. Hasanzadeh J, Molavi H, Hosaini Sh, et al. Knowledge and practice of students living in dormitories, Shiraz University of Medical Sciences in conjunction with flu-type A (H1N1). *SID* 2009; 137:167.
14. Moazzami, A, Najimi, A. Knowledge and practice of students about behaviors and preventing the spread of influenza type A. The first National Conference and new technologies in the health sciences and environmental health. 2010.
15. Khan SA, Hashmi I, Ranjha AN, Yosufzai MK, Hashmi SK, Anjum Q. Awareness of bird flu amongst young college students. *J Pak Med Assoc* 2008; 58(8): 466-9.
16. Leslie T, Billaud J, Mofleh J, Mustafa L, Yingst S. Knowledge, attitudes, and practices regarding avian influenza(H5N1), Afghanistan. *Emerg Infect Dis* 2008; 14(9): 1459-61.
17. Khazaeipour Z, Ranjbarnovin N, Hoseini N. Influenza immunization rates, knowledge, attitudes and practices of health care workers in Iran. *J Infect Dev Ctries*. 2010; 4(10):636-44.
18. Abramson ZH and Levi O. Influenza vaccination among primary healthcare workers. *Vaccine* 26; 2008: 2482-2489.
19. Steiner M, Vermeulen LC, Mullahy J, Hayney MS. Factors influencing decisions regarding influenza vaccination and treatment: a survey of healthcare workers. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2002; 23(10):625-7.

20. Fatiregun A, Olowookere S, Oyebade A. Pandemic Influenza A (H1N1): knowledge among senior health workers at a secondary health care institution in Southwest, Nigeria African Health Sciences. 2011; 11(2).
21. Salimi, A. Keramat, A. Knowledge of students of Shahrood University influenza type A. Ninth Seminar Knowledge & Health 2009.
22. Al-Shehri A-S, Abdel-Fatteh M, Hifnawy T. Knowledge and concern among avian influenza among secondary school students in Taif, Saudi Arabia. East Mediterr Health J. 2006; 12(2): 178-88.
23. Rejali M, Hadipour M, Molavi Vardanjani H. The Effect of Educational Workshop Method on H1N1 Influenza-Related Knowledge of Students of Isfahan University of Medical Sciences, Iran. Journal of Health System Research 2011; 7(2): 184-90.



## Knowledge and attitude about influenza A (H1N1) disease in dormitory students

**Zohreh Adab:** MSc in Nutrition, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

zohreh\_adab2000@yahoo.com

**Mehrshad Azizi:** MSc student in Health Technology assessment, School of Health Management & Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. mehrshad\_azizi@yahoo.com

**Mahnaz Solhi:** PhD. Associate Prof., Department of Health Services and Health Education, School of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (\*Corresponding author). solhi.m@iums.ac.ir

**Marzieh Latifi:** PhD Candidate in Health Education and Health Promotion, School of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. marziye\_latifi@yahoo.com

**Seyyed Fahim Irandoost:** PhD Candidate in Health Education and Health Promotion, School of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. fahim.irandost@gmail.com

**Background and objective:** Influenza A (H1N1) disease is a serious viral disease which recently has been a pandemic. The purpose of this study is a determination of knowledge and attitude of students living in student accommodation and Iran University of Medical Sciences, about influenza A (H1N1) disease.

**Methods:** This cross-sectional research study (descriptive - analytic) that the 150 students, the cluster sampling method (accommodation) and simple random (Students accommodation) were performed. Information gathering tools, including a questionnaire to 14 questions were knowledge and attitude. After collecting data using SPSS 19 statistical software and statistical analysis Chi-square and Pearson correlation coefficient, significance level ( $p < 0/05$ ) were analyzed.

**Results:** The knowledge of 55.3% and attitude of 60% of the students were moderate. There were significant relationships between knowledge with level of education and major ( $p = 0.02$  and  $p = 0.02$ ). A significant relationship was observed between attitude and major too ( $p = 0.04$ ). But there were not found significant relationships between knowledge with age and gender also between attitude with age, gender and level of education.

**Conclusion:** Knowledge and attitude of the students about influenza A (H1N1) disease wasn't appropriate. Planning appropriate educational interventions to improve knowledge and attitude of the students about the disease according to their major and degree is suggested.

**Key words:** knowledge, attitude, influenza A (H1N1) disease, students.