

آگاهی و نگرش افراد آلوده به ویروس HIV در مورد بیماری ایدز در شهرستان جهرم ۱۳۹۶

حشمت اله شاکری^۱، مجتبی حمایت خواه^۲، وحید رحمانیان^۳*

۱- استادیار بیماری های عفونی و گرمسیری، مرکز تحقیقات مؤلفه های اجتماعی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

۲- استادیار گروه جامعه شناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۳- دانشجوی دکتری تخصصی اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات مؤلفه های اجتماعی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

*نشانی برای مکاتبه: مرکز تحقیقات مؤلفه های اجتماعی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران، vahid.rahmani1392@gmail.com، شماره تماس: ۰۹۱۷۵۹۸۵۲۰۴

پذیرش برای چاپ: بهمن نود و هشت

دریافت مقاله: آذر نود و هشت

چکیده

سابقه و هدف: سنجش آگاهی، نگرش بیماران اچ آی وی/ایدز می تواند موفقیت یا عدم موفقیت مراکز مبارزه با ایدز از جمله کیفیت آموزش و ارتقای سطح آگاهی بهداشتی در این خصوص را منعکس کند. این مطالعه با هدف تعیین سطح آگاهی و نگرش بیماران اچ آی وی/ایدز در شهرستان جهرم انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی مقطعی روی ۵۵ نفر بیماران اچ آی وی/ایدز طی سال ۱۳۹۶ انجام شد. آزمودنی ها از بیماران دارای پرونده فعال در مرکز مشاوره بصورت سرشماری انتخاب شدند. روش جمع آوری اطلاعات مصاحبه با پرسشنامه استاندارد بود.

یافته ها: در مجموع ۶۵/۵ درصد بیماران از طریق پزشک با مرکز مشاوره بیماری های رفتاری آشنا شده و ۵۲/۷ درصد گزارش کردند که اولین بار می ترسیدند به این مرکز مراجعه کنند. ۶۵/۵ درصد گزارش کردند دسترسی به این مرکز برای آن ها سخت است. بطور کلی ۵۲/۷ درصد آگاهی خوب، ۱۲/۷ درصد آگاهی متوسط و ۳۴/۶ درصد آگاهی ضعیف داشتند. همچنین ۵۲/۷ درصد نگرش متوسط، ۴۵/۵ درصد نگرش ضعیف و ۱/۸ درصد نگرش خوبی در مورد بیماری ایدز داشتند. بین سطح آگاهی با نگرش بیماران رابطه معناداری مشاهده نشد.

نتیجه گیری: سطح آگاهی بیماران مورد مطالعه در مورد بیماری ایدز نسبتاً مناسب بود اما این سطح آگاهی بطور کاملاً محسوسی در مورد راه های عدم انتقال بیماری پایین بود. از طرفی بیماران مورد مطالعه نگرش منفی نسبت به بیماری ایدز داشتند این مسئله حاکی از تبعیض نسبت به بیماران مبتلا به ایدز و می تواند ناشی از آگاهی نامناسب جامعه از بیماری ایدز باشد.

واژگان کلیدی: آگاهی، نگرش، بیماران اچ آی وی/ایدز، مراکز مشاوره، جهرم

مقدمه

ایدز ۰/۲ درصد و میزان آلودگی عموم جامعه ایران بالای ۱ درصد و آلودگی افراد دارای رفتار پرخطر بالای ۵ درصد اعلام شده است (۳). بروز اپیدمی در استان های مختلف ایران یکسان نبوده و میانگین بروز سالانه آن برای کل جمعیت بر حسب موارد شناسایی شده از ۲/۳ در صد هزار نفر تا ۱۰۳/۶ نفر در صد هزار نفر متغیر بوده است. این ناهمگونی به علت تفاوت در شیوع رفتار های پرخطر در مناطق مختلف و همچنین تفاوت در میزان آرایه خدمات منجر به شناسایی موارد است (۵).

عفونت اچ آی وی و به دنبال آن ایدز یکی از مهم ترین چالش های زمان حاضر در برابر توسعه است. مجمع عمومی سازمان ملل، رهبران جهان را به توقف و معکوس کردن روند گسترش این عفونت، تأمین کمک های ویژه به کودکان یتیم شده بر اثر ایدز، کمک به آفریقا برای تقویت توانایی خود برای برخورد با گسترش این بیماری متعهد می سازد (۱). تعداد مبتلایان اچ آی وی/ایدز در قید حیات در سال ۲۰۱۶ میلادی بیش از ۳۶/۷ میلیون نفر گزارش شده است (۲) در کشور های منطقه مدیترانه شرقی شیوع اچ آی وی

خطر و افراد دارای رفتار های پرخطر صورت گرفته است (۱۳-۱۱) اما بنظر می رسد بررسی میزان آگاهی و نگرش افراد آلوده و ارتقای آن در صورت نیاز بدلیل اینکه این افراد منبع آلودگی برای دیگران شمرده می شوند و آگاهی و ظرفیت پذیرش آن ها در اقدامات کاهش آسیب و درمان عامل مهمی بحساب می آید، از اولویت های برنامه پیشگیری و مبارزه با ایدز است. هدف از انجام این مطالعه تعیین سطح آگاهی و نگرش افراد اچ ای وی مثبت در خصوص بیماری ایدز جهت شناسایی نیاز های آموزشی آنان و ارائه به برنامه ریزان آموزشی جهت اتخاذ راهکار عملی برای مداخلات آموزشی در جهت سیاست های کاهش آسیب است.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع توصیفی مقطعی است که به روش سرشماری مشتمل بر ۵۵ نفر افراد اچ ای وی مثبت و بیماران مبتلا به ایدز شهرستان جهرم که پرونده فعال داشته و در دسترس بوده را درسال ۱۳۹۶ در یک مقطع زمانی مورد پرسش قرار داده است. معیار ورود کلیه افراد دارای عفونت اچ ای وی و بیماران مبتلا به ایدز شهرستان جهرم (موارد موجود و موارد جدید) که در مرکز مشاوره بیماری های رفتاری در زمان اجرای طرح دارای پرونده بوده و جهت انجام مراقبت ها بصورت دوره ای مراجعه می کردند و معیار خروج افرادی بودند که حاضر به شرکت در پژوهش نبودند یا در زمان انجام مطالعه در دسترس نبودند.

ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه ای شامل دو قسمت بود، قسمت اول شامل: متغیر های دموگرافیک و قسمت دوم شامل مقوله های زیر بود: آگاهی افراد در خصوص بیماری و راه های انتقال آن، علایم بیماری و راه های پیشگیری از آن و نگرش بیماران در مورد بسته های کاهش آسیب، برقراری ارتباط با اعضای خانواده، نحوه ارتباط جامعه با مبتلایان (ننگ و بد نامی) و حضور بیماران در بین افراد عادی جامعه بود. سوالات آگاهی شامل ۳۰ سوال (۲۷ سوال بسته با گزینه "بلی" خیر" و "نمیدانم" و سه سوال باز) بود به پاسخ های صحیح نمره یک و به پاسخ های غلط و "نمیدانم" نمره صفر تعلق گرفت. سوالات باز شامل دو سوال نام بردن ۴ علایم بیماری آمیزشی در مردان و زنان (هرگزینه ۰/۲۵ امتیاز حداقل صفر و حداکثر صفر امتیاز) و یک سوال مربوط به اینکه یک زن باردار آلوده به ویروس ایدز برای کاهش آلودگی به جنین خود چه کاری می تواند انجام دهد(محدوده بگیرد نمره یک و بقیه گزینه ها نمره صفر) بود. سوالات آگاهی محدوده نمره بین ۰-۳۰ را شامل شد و بصورت رتبه ای در سه محدوده خوب(۲۳-۳۰) ، متوسط (۱۶-۲۲) و ضعیف (۰-۱۵) طبقه بندی گردید. نگرش توسط ۱۰ گویه از نوع مقیاس لیکرت مورد سنجش قرار گرفت. با توجه به جهت هرگویه به هر پاسخ درست نمره ۲ تعلق گرفت بطور کلی دامنه نگرش

از طرفی بر اساس گزارش برنامه مشترک سازمان ملل متحد درباره ایدز در سال ۲۰۱۷ میلادی، موارد جدید بیماری در ایران در مقایسه با کشورهای منطقه از سرعت بیش تری برخوردار است (۲، ۶) و تا مهر ۱۳۹۶، ۳۶۵۷۱ نفر مبتلا به HIV شناسایی، ثبت و گزارش شده است که ۸۳ درصد آنان را مردان و ۱۷ درصد را زنان تشکیل می دهند. ۵۲ درصد موارد ثبت شده در گروه سنی ۲۱ تا ۳۱ سال هستند. علل ابتلا به اچ ای وی در بین کل مواردیکه از سال ۱۳۶۵ تا کنون در کشور به ثبت رسیده اند به ترتیب، تزریق با وسایل مشترک در مصرف کنندگان مواد ۶۵/۴ درصد، رابطه جنسی ۲۰/۱ درصد و انتقال از مادر به کودک ۱/۵ درصد بوده است. این در حالی است که الگوی راه انتقال و درصد ابتلای زنان و مردان در سال های اخیر تغییر کرده است به گونه ای که بین موارد جدید شناسایی شده در بازه زمانی شش ماهه اول سال ۱۳۹۶، ۳۳ درصد موارد ثبت را زنان و ۶۷ درصد آن ها را مردان تشکیل داده اند و راه احتمالی انتقال در ۳۲ درصد موارد اعتیاد تزریقی، ۴۷/۱ درصد روابط جنسی، ۲/۶ درصد مادر به کودک و در ۱۸/۲ درصد راه احتمالی ابتلا بیان نشده است(۷).

پنهان کردن بیماری که به دلیل ترس از افشاکاری و انگ اجتماعی حاصل از آن است و نیز عدم دسترسی کافی افراد به خدمات مشاوره، آزمایش، تشخیص عفونت اچ ای وی/ ایدز موجب شده درصد پایینی از افرادی که با اچ ای وی زندگی میکنند شناسایی شوند به همین سبب نظام های بهداشتی درمانی در سراسر دنیا با چالش های مهم و جدی در جهت کنترل این بیماری به ویژه در گروه های در معرض بیشترین خطر که در ایجاد، پیشرفت و تداوم اپیدمی عفونت اچ ای وی نقش مهمی دارند روبرو می باشند(۸).

در حال حاضر واکسنی برای این بیماری وجود ندارد و این بیماری درمان پذیر نمی باشد بنابراین تنها راه مقابله با آن پیشگیری است و تنها راه پیشگیری از آن آموزش است(۹). اولین گام تغییر رفتار افراد در رابطه با یک موضوع، داشتن آگاهی کافی در خصوص آن است بطوریکه داشتن آگاهی و دانش کافی پیش شرط تغییر باور و نیز تغییر رفتار افراد است (۱۰).

با گسترش همه گیری HIV طیف وسیع تری از مردم با فرهنگ ها و زمینه های اجتماعی مختلف از این بیماری تاثیر می پذیرند. بیماران مبتلا به ایدز و افراد HIV مثبت ممکن است دائماً در اضطراب بیماری، از دست دادن شغل و بیمه یا طرد شدن از خانواده و جامعه باشند(۹).

سنجش آگاهی و نگرش افراد آلوده می تواند موفقیت یا عدم موفقیت مراکز مبارزه با ایدز از جمله کیفیت آموزش و ارتقای سطح آگاهی بهداشتی در این خصوص را منعکس کند. اکثر مطالعات KAP (آگاهی، نگرش و عملکرد) بر روی پرسنل ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی، عموم افراد جامعه، جمعیت در معرض

نظر گرفته شد. روایی این پرسشنامه توسط اعتمادی و همکاران با استفاده از روش فرد مطلع و پایایی آن با روش آزمون بازآزمون ($\alpha=0/72$) مطلوب گزارش شده است (۳).

کلینیک برای آن ها آسان است و ۳۶ نفر بقیه (۶۵/۵ درصد) گزارش کرده اند دسترسی به این مرکز برای آن ها سخت است. از نظر ۴۵ نفر (۸۱/۸ درصد) از بیماران مورد مطالعه، مردم جامعه اطلاع درست و کافی در باره ی بیماری ایدز ندارند و به ترتیب ۲۷ نفر (۴۹/۱ درصد) و ۷ نفر (۱۲/۷ درصد) اعتقاد داشتند بهترین روش برای انتقال اطلاعات درست درباره بیماری ایدز به مردم به ترتیب از طریق تلویزیون و مدرسه است همچنین ۲۷ نفر (۴۹/۱ درصد) و ۱۳ نفر (۲۳/۶ درصد) به ترتیب دوران نوجوانی و کودکی را برای شروع آموزش به مردم درباره بیماری ایدز مناسب دانستند.

میانگین نمره آگاهی $16/9 \pm 4/6$ بود. بطور کلی ۲۹ نفر (۵۲/۷ درصد) آگاهی خوب، ۷ نفر (۱۲/۷ درصد) آگاهی متوسط و ۱۹ نفر (۳۴/۶ درصد) آگاهی ضعیف داشتند. ۴۹/۱ درصد از بیماران اچ آی وی مثبت غذا خوردن در رستورانی که آشپز مبتلا به ایدز باشد، ۲۹/۱ درصد استفاده از لیوان، قاشق و بشقاب فرد مبتلا به ایدز، ۳۲/۸ درصد استفاده از توالت عمومی، ۳۰/۹ درصد از طریق سرفه و عطسه کردن فرد مبتلا به ایدز و ۴۷/۳ درصد نیش حشرات و پشه را از جزء راه های انتقال می دانستند (جدول ۱)

هر فرد دامنه ای شامل ۲۰-۰ را در بر می گیرد و در سه رتبه نگرش منفی (نامطلوب)، خنثی و مثبت (مطلوب) طبقه بندی گردید. نمره زیر ۱۰ ضعیف، ۱۱-۱۵ متوسط و بالاتر از ۱۶ خوب در داده ها با استفاده از نرم افزار spss16 با آمار توصیفی و آزمون کای اسکور در سطح معنی داری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد. قابل ذکر است که این طرح تحقیقاتی مصوب کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جهرم با شناسه اخلاقی IR.jums.REC.1395.085 می باشد

یافته ها

از کل بیماران مورد مطالعه ۴۰ نفر (۷۲/۷۲ درصد) مرد و ۱۵ نفر (۲۷/۲۸ درصد) با میانگین سنی $34/9 \pm 9/4$ بودند. از نظر وضعیت تاهل ۲۰ نفر (۳۶/۳۶ درصد) مجرد، ۲۳ نفر (۴۱/۸۲ درصد) متأهل، ۹ نفر (۱۶/۳۷ درصد) مطلقه و ۳ نفر (۵/۴۵ درصد) همسر مرده بودند.

از کل بیماران مورد مطالعه به ترتیب ۳۶ نفر (۶۵/۵ درصد) و ۱۰ نفر (۱۸/۲ درصد) از طریق پزشک و دوستان با مرکز مشاوره بیماری های رفتاری آشنا شده بودند و ۲۹ نفر (۵۲/۷ درصد) گزارش کردند که در اولین بار می ترسیدند به این کلینیک مراجعه کنند. از طرفی فقط ۱۹ نفر (۳۴/۵ درصد) گزارش کرده اند دسترسی به این

جدول ۱: توزیع فراوانی پاسخ های صحیح بیماران اچ آی وی مثبت به سوالات مربوط به راه های انتقال HIV/AIDS. شهرستان جهرم. ۱۳۹۶

راه های انتقال HIV/AIDS	تعداد	درصد
گزش حشرات	۲۹	۵۲/۷
شربک شدن در غذا با یک فرد آلوده به ویروس	۴۶	۸۳/۶
انتقال از زن باردار آلوده به ویروس ایدز به جنین در حین بارداری	۴۱	۷۴/۵
انتقال از زن باردار آلوده به ویروس ایدز به نوزاد در حین زایمان یا شیردهی	۳۱	۵۶/۴
کارکردن در کنار فردی که مبتلا به ویروس ایدز	۴۶	۸۳/۳
غذا خوردن در رستورانی که آشپز مبتلا به ایدز باشد	۲۸	۵۰/۹
استفاده از لیوان، قاشق؛ بشقاب کسی که مبتلا به ایدز باشد	۳۹	۷۰/۹
استفاده از توالت عمومی	۳۷	۶۷/۳
استفاده مشترک برای تزریق از سوزن فرد مبتلا به ایدز	۴۰	۷۲/۷
از طریق سرفه ؛ عطسه کردن فرد مبتلا به ایدز	۳۸	۶۹/۱
در مدرسه از همکلاسی مبتلا به ایدز	۳۹	۷۰/۹
انتقال از فرد آلوده مبتلا به ویروس ایدز از طریق رابطه جنسی بدون کاندوم	۴۹	۸۹/۱

شود اورا اخراج میکند، ۴۱/۸ درصد بر این باور بودند که اکثر مردم فکرمی کنند افراد مبتلا به ایدز آدمهای کثیفی (خلافکار) هستند و ۷۰/۹ درصد بر این باور بودند که کارکنان مراکز مشاوره معتادین تزریقی و مبتلا به ایدز را درک می کنند (جدول ۲).

بین سطح آگاهی و نگرش بیماران اچ آی وی مثبت مورد مطالعه با جنس و وضعیت تأهل هر کدام بطور جداگانه رابطه معناداری مشاهده نشد ($p>0.05$). همچنین در کل بین سطح آگاهی با نگرش نیز رابطه معناداری مشاهده نشد.

میانگین نمره نگرش $2/8 \pm 10/4$ بود. بطور کلی ۲۹ نفر (۵۲/۷ درصد) نگرش متوسط، ۲۵ نفر (۴۵/۵ درصد) نگرش ضعیف و فقط ۱ نفر (۱/۸ درصد) نگرش خوبی داشتند. ۶۵/۵ درصد از بیماران بر این باور بودند که نگرش مردم نسبت به بیماری ایدز باعث میشود که من احساس بدی داشته باشد، ۶۱/۸ درصد بر این باور بودند که اگر کسی بیماریش را به دیگران بگوید ریسک کرده است، ۴۰ درصد بر این باور بودند که در صورتی که کارفرما، متوجه بیماری ایدز فردی

جدول ۲: توزیع فراوانی پاسخ های بیماران اچ آی وی مثبت به سوالات سنجش نگرش HIV/AIDS. شهرستان جهرم. ۱۳۹۶

گویه های نگرش	موافق تعداد(درصد)	مخالف تعداد(درصد)	نه موافق نه مخالف تعداد(درصد)
نگرش مردم نسبت به بیماری ایدز باعث میشود که من احساس بدی داشته باشم	۳۶ (۶۵/۵)	۱۰ (۱۸/۲)	۹ (۱۶/۴)
اگر کسی بیماریش را به دیگران بگوید ریسک کرده است در صورتی که کارفرما، متوجه بیماری ایدز فردی شود اورا اخراج میکند	۳۴ (۶۱/۸)	۱۲ (۲۱/۸)	۹ (۱۶/۴)
با افراد مبتلا به ایدز مانند افراد طرد شده رفتار می شود	۲۹ (۵۲/۷)	۱۷ (۳۰/۹)	۹ (۱۶/۴)
اکثر مردم فکرمی کنند افراد مبتلا به ایدز آدمهای کثیفی (خلافکار) هستند	۳۳ (۴۱/۸)	۲۲ (۴۰)	۱۰ (۱۸/۲)
اکثر مردم با دلسوزی با بیماران مبتلا به ایدز رفتار می کنند	۲۴ (۴۳/۶)	۱۷ (۳۰/۹)	۱۴ (۲۵/۵)
من اجازه می دهم بچه ام را بیمار مبتلا به ایدز در آغوش بگیرد	۲۵ (۴۵/۵)	۲۰ (۳۶/۴)	۱۰ (۱۸/۲)
اکثر مردم احساس راحتی می کنند که در کنار فرد مبتلا به ایدز باشند	۱۳ (۲۳/۶)	۲۹ (۵۲/۷)	۱۳ (۲۳/۶)
کارکنان مراکز مشاوره معتادین تزریقی و مبتلا به ایدز را درک می کنند	۳۹ (۷۰/۹)	۸ (۱۴/۵)	۸ (۱۴/۵)

بحث

سنجش آگاهی، نگرش افراد آلوده می تواند موفقیت یا عدم موفقیت مراکز مبارزه با ایدز از جمله کیفیت آموزش و ارتقای سطح آگاهی بهداشتی در این خصوص را منعکس کند. اکثر مطالعات KAP (آگاهی، نگرش و عملکرد) بر روی پرسنل ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی، عموم افراد جامعه، جمعیت در معرض خطر و افراد دارای رفتار های پرخطر صورت گرفته است و کمتر مطالعه ای به سنجش این دو مقوله روی بیماران اچ آی وی /ایدز صورت گرفته است (۵). علی رغم اینکه در مطالعه حاضر اکثر شرکت کننده گان آگاهی نسبتاً مناسبی در مورد بیماری بیماری ایدز داشتند ولی سطح آگاهی بطور کاملاً مشخصی در مورد راه های عدم انتقال بیماری از راه غذا خوردن در رستورانی که آشپز مبتلا به ایدز باشد، استفاده از لیوان، قاشق و بشقاب فرد مبتلا به ایدز، استفاده از توالت عمومی، از طریق سرفه و عطسه کردن فرد مبتلا به ایدز و نیش حشرات پایین بود که در این خصوص مراکز مشاوره بیماری های رفتاری بایستی

نتایج مطالعه حاضر نشان داد افراد آلوده به ویروس اچ آی وی مورد مطالعه به طور کلی در مورد بیماری ایدز آگاهی متوسطی داشتند. خانجانی و همکاران در مطالعه ای روی بیماران اچ آی وی مثبت سیرجان نشان دادند آگاهی بیماران نسبت به راه های انتقال بیماری بطور معنی داری بیشتر از آگاهی عمومی و نیز آگاهی نسبت به راه های پیشگیری از بیماری است همچنین نشان دادند آگاهی بیماران اچ آی وی مثبت بطور معنی داری بیشتر از سایرین (دانشجویان دانشگاه شهید باهنر، بهورزان، دبیرستان های دخترانه و پسرانه، دانشجویان پرستاری دانشگاه آزاد و دولتی، دانش آموزان دختر و پسر دبیرستانی و افراد ۱۵ تا ۵۰ ساله شهر کرمان) بوده است و دلیل آن را به این صورت مطرح کرده اند که افراد پس از آلودگی و ابتلا به ایدز بیشتر به دنبال پاسخ به این سوال که "چرا من مبتلا شده ام؟" آگاهی خود را نسبت به راه های انتقال بیماری بالا می برند در حالی که، بخاطر اینکه کار آن ها از پیشگیری گذشته است علاقه کمتری به مبحث پیشگیری و یا اطلاعات عمومی دارند(۵).

این مراکز مشاوره در برقراری ارتباط با بیماران و جلب اعتماد بیماران و مراجعه کننده گان باشد.

دیگر یافته های مطالعه حاضر نشان داد ۵۲/۷ درصد از بیماران گزارش کردند که در اولین بار می ترسیدند به این کلینیک مراجعه کنند که این مورد ضرورت آشنا ساختن مراکز مشاوره بیماری های رفتاری برای جامعه و افراد دارای رفتار های پرخطر از طریق رسانه های ارتباط جمعی مانند رادیو و تلویزیون را به وسیله مسئولین امر آشکار می سازد.

پژوهش های انجام شده در زمینه بیماری ایدز نشان داده اند آموزش و درک صحیح راه های پیشگیری از ابتلا، نگرش صحیح و تشویق اتخاذ رفتار های سالم نخستین گام مبارزه با همه گیری ایدز است (۱۷، ۱۸) با وجود این، میزان آگاهی نوجوانان و جوانان پایین است و در کشور های در حال توسعه، کم تر از یک سوم مردان و کم تر از یک پنجم زنان جوان از چنین دانشی برخوردار هستند (۱۹) بر اساس گزارش سازمان ملل حدود ۱۸/۳ درصد از جمعیت ۱۵-۲۴ ایران از دانش کافی در مورد ایدز برخوردارند (۲) که بسیار کمتر از میزانی است که در سال ۲۰۰۱ میلادی، توسط مجمع عمومی سازمان ملل، برای سال ۲۰۱۰ میلادی یعنی ۹۵ درصد هدف گذاری شده است (۱۹).

یافته های دیگر مطالعه حاضر نشان داد از نظر بیماران اچ آی وی مثبت مورد مطالعه بهترین روش برای انتقال اطلاعات درست درباره بیماری ایدز به مردم به ترتیب از طریق تلویزیون و مدرسه است همچنین ۴۹/۱ درصد و ۲۳/۶ درصد به ترتیب دوران نوجوانی و کودکی را برای شروع آموزش به مردم درباره بیماری ایدز مناسب دانستند که در برگزاری جلسات آموزشی توسط متولیان سلامت این موارد بایستی مورد توجه قرار گیرد.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که سطح آگاهی بیماران اچ آی وی مثبت مورد مطالعه در مورد بیماری ایدز نسبتاً مناسب بود اما این سطح آگاهی بطور کاملاً محسوسی در مورد راه های عدم انتقال بیماری پایین بود. از طرفی بیماران اچ آی وی مثبت مورد مطالعه نگرش منفی نسبت به بیماری ایدز داشتند این مسئله حاکی از تبعیض نسبت به بیماران مبتلا به ایدز به دلیل تابو های فرهنگی و ننگ های اجتماعی موجود در مورد راه های انتقال بیماری در جامعه است و می تواند ناشی از آگاهی نامناسب جامعه از بیماری ایدز باشد که بر روی نحوه مقابله با این بیماری تاثیر بسزایی دارد. بنابراین پیشنهاد می شود با آموزش های لازم و برنامه ریزی از طرف مسئولین ذی ربط به ویژه با کمک رسانه ملی و همچنین مراکز مشاوره بیماری های رفتاری ابهامات و نگرش های منفی جامعه بر طرف شود و بر میزان آگاهی و نگرش آن ها افزوده شود.

توجه بیشتری به بحث آموزش بیماران و ارتقاء وضعیت آگاهی بیماران تحت پوشش خود در مورد بیماری ایدز داشته باشند.

دیگر نتایج مطالعه حاضر نشان داد اکثر بیماران نگرش منفی نسبت به بیماری ایدز داشتند و فقط ۱ نفر نگرش خوبی در مورد بیماری ایدز داشت بطوریکه ۶۵/۵ درصد از بیماران بر این باور بودند که نگرش مردم نسبت به بیماری ایدز باعث میشود که احساس بدی داشته باشند، ۶۱/۸ درصد بر این باور بودند که اگر کسی بیماریش را به دیگران بگوید ریسک کرده است، ۴۰ درصد بر این باور بودند که در صورتی که کارفرما، متوجه بیماری ایدز فردی شود او را اخراج میکند، ۴۱/۸ درصد بر این باور بودند که اکثر مردم فکرمی کنند افراد مبتلا به ایدز آدمهای کثیفی (خلافکار) هستند و ۵۲/۷ درصد باور داشتند با افراد مبتلا به ایدز مانند افراد طرد شده رفتار می شود. این مسئله حاکی از تبعیض نسبت به بیماران مبتلا به ایدز و می تواند ناشی از آگاهی نامناسب جامعه از بیماری ایدز باشد. تزریق مشترک مواد مخدر و تماس جنسی محافظت نشده که قسمت عمده راه های انتقال بیماری ایدز را شامل می شوند با رفتار های پیچیده و پنهان انسانی مرتبط می باشند. ماهیت این رفتار ها طوری است که با توجه به مکان و زمان انجام این اعمال پرمخاطره امکان آموزش مستقیم و مداخله متولیان سلامت در مورد این رفتار ها وجود ندارد زیرا این رفتار ها بشدت مورد ننگ و بدنامی جامعه بوده و مطرود می باشد از طرفی این بدنامی در جوامعی مانند ایران که ارتکاب این رفتار ها از نظر قانونی نیز جرم محسوب می شود شدید تر است به همین دلیل افراد پرخطر جرأت نمی کنند تا برای اقدامات تشخیصی مراجعه نموده و دایم در اضطراب به سر می برند. البته در خصوص انگ اجتماعی افراد مرتبط به اچ آی وی و خانواده ایشان مطالعات متعدد زیادی در سطح دنیا و کشور انجام و به بررسی کمی و کیفی شدت و ابعاد این موضوع بررسی گردیده است (۱۶-۱۴).

در این مطالعه ۶۵/۵ درصد بیماران مورد مطالعه ذکر کرده اند که دسترسی به این مراکز مشاوره برای آن ها سخت است که دلیل آن را می توان بیشتر به مباحث فرهنگی و انگ اجتماعی بیماری ایدز دانست بطوریکه ممکن است بیماران تصور کنند با توجه به کوچک بودن محیط شهر و آشنا بودن اکثر افراد با یکدیگر و حتی با کارکنان مراکز مشاوره ممکن است در حین مراجعه و ورود و خروج به این مراکز، فردی از آشنایان آن ها را مشاهده و بیماری آن ها نزد او فاش شود بنابراین کارکنان مراکز مشاوره بایستی در این خصوص با بیماران به بحث و گفتگو و برگزاری جلسات مشاوره پرداخته و این ترس را تا حدودی برای آن ها برطرف نمایند از طرفی ۷۰/۹ درصد بیماران اچ آی وی مثبت مورد مطالعه باور داشتند که کارکنان مراکز مشاوره، معتادین تزریقی و مبتلا به ایدز را درک می کنند که این مورد تا حدودی میتواند دلالت بر موفقیت

تشکر و قدردانی

همچنین نویسندگان مراتب تقدیر و تشکر خود را از بیماران محترم
اچ آی وی مثبت حاضر به شرکت مطالعه به دلیل حوصله و
مساعدت در جمع آوری اطلاعات اعلام می نمایند.

بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جهرم
به جهت تایید و حمایت مالی این طرح سپاسگزاری می گردد.

REFERENCES

1. Coovadia HM, Hadingham J. HIV/AIDS: global trends, global funds and delivery bottlenecks. *Globalization and health*. 2005;1(1):13.
2. HIV/AIDS JUNPo. UNAIDS data 2017. UNAIDS: Geneva, Switzerland. 2017.
3. Etemad K, Heydary A, Eftekharardabili H, Kabir M, Sedaghat S. Knowledge and attitude towards AIDS in high-risk groups of injecting and sexual And its relationship with socio-economic characteristics in the cities of Gorgan. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2007;12(2):63-70.
4. Haghdoost A, Pourkhandani A, Motaghipisheh S, Farhoudi B, Fahimifar N, Sadeghirad B. Knowledge and Attitude concerning HIV/AIDS among Iranian Population: a Systematic Review and Meta- Analysis *Iranian Journal of Epidemiology*. 2011;6(4):8-20.
5. Behzadpour M, Khanjani N. The Prevalence of Different Human Immunodeficiency Virus Transmission Routes and Knowledge about AIDS in Infected People with HIV in Sirjan. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*. 2012;2(1):45-52.
6. Gökengin D, Doroudi F, Tohme J, Collins B, Madani N. HIV/AIDS: trends in the Middle East and North Africa region. *International Journal of Infectious Diseases*. 2016;44:66-73.
7. CDC. Latest statistics on HIV infection in the Islamic Republic of Iran. Tehran: Ministry of Health and Medical Education, 2017.
8. McCutchan FE. Global epidemiology of HIV. *Journal of medical virology*. 2006;78(S1):S7-S12.
9. Etemad K, Eftekhar Ardabili H, Rahimi A, Gouya M, Heidari A, Kabir M. Attitudes and Knowledge of HIV Positive Persons and High Risk Behaviors Groups in Golestan, Iran. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2011;7(1):23-31.
10. Ebadi Azar F FM, Hedayat Rad M, MoosavianpoorM K. Evaluating high school HIV/AIDS education: Implications of intervention. *Hakim*. 2003;6(2):53-60.
11. Sadeghi M, Hakimi H. Iranian dental students' knowledge of and attitudes towards HIV/AIDS patients. *Journal of dental education*. 2009;73(6):740-5.
12. Nakhaee F. Prisoners' knowledge of HIV/AIDS and its prevention in Kerman, Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean health journal= La revue de sante de la Mediterranee orientale= al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit*. 2002;8(6):725-31.
13. Belalimeybodi F, Mahmoodizarandi M. Assessment of the knowledge and attitudes about AIDS transmission routs and prevention in the candidates of pre-marriage tests in Kerman, 2007. *Developmental steps in medical education*. 2008;6(2):173-80.
14. Fallahi H, Tavafian SS, Yaghmaiee F, Hajizadeh E. Consequences Of Hiv/Aids In People Living With Hiv: A Qualitative Research. *Payesh*. 2013;12(3):243-53.

15. Bunn JY, Solomon SE, Miller C, Forehand R. Measurement of stigma in people with HIV: A reexamination of the HIV Stigma Scale. *AIDS Education & Prevention*. 2007;19(3):198-208.
16. Haghdoost A, Karamouzian M. Zero new HIV infections, zero discrimination, and zero AIDS-related deaths: feasible goals or ambitious visions on the occasion of the world AIDS day? *International journal of preventive medicine*. 2012;3(12):819.
17. Li X, Lin C, Gao Z, Stanton B, Fang X, Yin Q, et al. HIV/AIDS knowledge and the implications for health promotion programs among Chinese college students: geographic, gender and age differences. *Health promotion international*. 2004;19(3):345-56.
18. Simon V, Ho DD, Karim QA. HIV/AIDS epidemiology, pathogenesis, prevention, and treatment. *The Lancet*. 2006;368(9534):489-504.
19. Information UNDoP. Millennium Development Goals Report 2009 (Includes the 2009 Progress Chart): United Nations Publications; 2009.