

بررسی میزان آگاهی و نگرش افراد HIV+ در مقایسه با افراد دارای سابقه رفتار پرخطر در استان گلستان و رابطه آن با مشخصه‌های اقتصادی، اجتماعی در سال ۱۳۸۶

کوروش اعتماد^۱، حسن افتخار اردبیلی^۲، عباس رحیمی^۳، محمد مهدی گویا^۴، علیرضا حیدری^۵، محمد جواد کبیر^۶

^۱پزشک عمومی MPH، دانشجوی دکتری تخصصی اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی استان گلستان

^۲استاد، عضو هیئت علمی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۳دانشیار، عضو هیئت علمی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۴دانشیار، رئیس مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، معاونت بهداشت

^۵کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی استان گلستان

^۶مربی، عضو هیئت علمی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی استان گلستان

نویسنده رابط: کوروش اعتماد، نشانی: گرگان، کوی گلها، انتهای گلبرگ یکم، جنب مرکز بهداشتی درمانی شماره ۴، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی،

تلفن: ۰۱۷۱-۳۳۶۰۳۳۰، نمابر: ۰۳۳۰-۳۳۶۰۳۳۰، پست الکترونیک: etemadk@gmail.com

تاریخ دریافت: ۸۸/۴/۲؛ پذیرش: ۸۹/۶/۶

مقدمه و اهداف: HIV هم اکنون به تنهایی بزرگ‌ترین ویروس کشنده عفونی است و افراد آلوده به HIV منبع آلودگی برای دیگران بر شمرده می‌شوند که پرخطرترین گروه ابتلا به ایدز معتادان تزریقی و دارندگان رفتار پرخطر جنسی می‌باشند. ارتقاء میزان آگاهی و نگرش این افراد یکی از اولویت‌های برنامه پیشگیری و مبارزه با ایدز است. این مطالعه با هدف تعیین سطح آگاهی و نگرش افراد HIV+ در مقایسه با افراد دارای سابقه رفتار پرخطر در استان گلستان و رابطه آن با مشخصه‌های اقتصادی، اجتماعی انجام گرفت. روش کار: این مطالعه مقطعی که بر روی ۵۴ فرد HIV+ و ۱۳۴ فرد دارای سابقه رفتار پرخطر استان گلستان انجام گرفت. نمونه‌های HIV مثبت بوسیله نمونه‌گیری و افراد پرخطر بوسیله نمونه‌گیری سیستماتیک انتخاب شدند. نتایج: نتایج پژوهش داد که افراد آ.ج.وی منفی در مقایسه با آ.ج.وی مثبت‌ها از سطح تحصیلات بالاتری برخوردار بودند ($P=0/034$). میزان بیکاری نزد افراد آ.ج.وی مثبت بیشتر ($P<0/001$) و از سطح درآمد پایین‌تر بود ($P=0/037$). افراد HIV+ و افراد دارای سابقه رفتار پرخطر در مورد بیماری ایدز آگاهی متوسط و نگرش نامطلوبی داشتند. سطح نگرش بیماران HIV+ پایین‌تر از افراد دارای سابقه رفتار پرخطر بود ($P=0/05$). نتیجه‌گیری: با توجه به سطح آگاهی متوسط و نگرش نامطلوب لزوم توجه مسئولین به آموزش‌های مداوم و مستمر در قالب برنامه‌ریزی مدون ضروری می‌باشد. سطح اقتصادی، اجتماعی پایین این افراد صرفنظر از تقدم یا تاخر این عوامل، به عنوان فاکتورهای زمینه‌ای تشدید کننده عوارض فردی و اجتماعی ایدز باید مورد توجه مسئولین قرار گیرد. **واژگان کلیدی:** آگاهی، نگرش، HIV، رفتار پرخطر

مقدمه

عبارتی از هر ۵۰۰ نفر یک نفر به این ویروس مبتلا می‌باشند. میزان آلودگی عموم جامعه ایران بالای یک درصد و آلودگی افراد دارای رفتار پرخطر بالای ۵ درصد می‌باشد (۳). آمار رسمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تا تاریخ ۱۳۸۹/۴/۱ مقدار ثابت شده مبتلایان به ایدز در ایران را ۲۱۴۳۵ مورد نشان می‌دهد (۴). تا پایان اردیبهشت سال ۱۳۸۵ موارد شناخته شده

سندرم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS) از زمان تشخیص در سال ۱۹۸۱ بیش از ۲۵ میلیون نفر را از بین برده است و یکی از کشنده‌ترین اپیدمی‌ها را در تاریخ ثبت کرده است HIV هم اکنون به تنهایی بزرگ‌ترین ویروس کشنده عفونی است و ایدز چهارمین علت مرگ در دنیا است (۱،۲). در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی میزان شیوع HIV/AIDS ۰/۲ درصد تخمین زده می‌شود. به

نظر می‌رسد بررسی میزان آگاهی و نگرش افراد آلوده و ارتقاء آن در صورت نیاز بدلیل اینکه این افراد منبع آلودگی برای دیگران شمرده می‌شوند و آگاهی و ظرفیت پذیرش آن‌ها در اقدامات کاهش آسیب و درمان عامل مهمی بحساب می‌آید، از اولویت‌های برنامه پیشگیری و مبارزه با ایدز است. هدف از انجام این مطالعه تعیین سطح آگاهی و نگرش افراد HIV+ در مقایسه با افراد دارای سابقه رفتار پرخطر در خصوص بیماری ایدز جهت شناسایی نیازهای آموزشی آنان و ارائه به برنامه ریزان آموزشی جهت اتخاذ راهکار عملی جهت کاهش رفتارهای پرخطر در گروه‌های دارای رفتار مخاطره آمیز است.

روش کار

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای مقطعی (توصیفی-تحلیلی) است که در سال ۱۳۸۶ در دو شهر استان گلستان (گرگان و گنبد) انجام گرفته است نمونه مورد بررسی شامل دو گروه افراد دارای سابقه رفتار پرخطر شامل معنادان تزریقی و افراد باروابط جنسی حفاظت نشده (رابطه جنسی مهبلی، مقعدی یا دهانی بدون استفاده از کاندوم) بودند. این افراد تا زمان انجام مطالعه نتیجه آزمایش اچ.آی.وی آن‌ها مثبت نشده و مبتلا به اچ.آی.وی نبودند و افراد HIV+ شناسایی شده و در دسترس بود که پس از مصاحبه و کسب رضایت مورد ارزیابی قرار گرفتند. منظور از موارد در دسترس کسانی هستند که در مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری دانشگاهی یا زندان پرونده مراقبت و درمان فعال داشته و بصورت دوره ای به این مراکز مراجعه می‌کنند. تعدادی از این افراد در زندان و گروهی نیز در خارج زندان وجود داشتند که تحت مراقبت بودند. جهت انجام مطالعه ابتدا همکاران مجری طرح آموزش لازم را جهت انجام مصاحبه دریافت نمودند. سپس بعد از هماهنگی با اداره زندان‌ها و مراجعه به آنجا و جلب موافقت اولیه از موارد مثبت، پرسشنامه برای آن‌ها تکمیل شد. از آنجایی که در استان گلستان آمار موجود افراد اچ.آی.وی مثبت حداکثر ۷۰ نفر در آن زمان بود بنابراین برای ثابت نگه داشتن حجم نمونه تصمیم بر آن شد که کلیه ۷۰ نفر در یک گروه و معادل با آن ۱۴۰ نفر در گروه در معرض خطر انتخاب شوند (یک اچ.آی.وی مثبت در مقابل ۲ فرد دارای رفتار پرخطر) افراد دارای سابقه رفتار پرخطر به روش نمونه‌گیری سیستماتیک انتخاب و وارد تحقیق شدند که به طور کلی ۱۳۴ نفر بودند با توجه به عدم در دسترس بودن همه افراد HIV مثبت استان گلستان، ۵۴ نفر بیمار HIV+ در مطالعه شرکت کردند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌ای بود که روایی

اچ آی وی ایدز در استان گلستان ۷۳ مورد ثبت شده است. در بین موارد شناسایی شده، شایعترین راه انتقال عبارتند از: اعتیاد تزریقی (۷۱/۳٪)، تماس جنسی (۷/۴٪)، مادر به کودک (۲/۵٪)، خون و فرآورده‌های خونی (۱/۸٪) و موارد نامشخص (۰/۹٪) (۵).

گزارش‌های اخیر مرکز کنترل بیماری‌ها (CDC) جهت پیشگیری از گسترش ایدز بر نیاز به کار روی جمعیت آلوده به ایدز تأکید می‌نماید. در سال ۱۹۹۸، ۱۲۹ کشور مصرف مواد تزریقی را گزارش نموده‌اند و عفونت HIV مرتبط با تزریق در ۱۰۳ کشور تشخیص داده شده است (۶).

الگوی مصرف مواد در ایران از نظر نوع مواد، روش مصرف و گروه سنی مصرف کننده تغییر کرده است بطوریکه مصرف مواد از نوع مواد کم خطر به مواد پرخطر، (تریاک به هرورین)، روش مصرف از روش تدخینی به روش تزریقی و گروه سنی مصرف کننده از گروه سنی بالا به گروه‌های سنی پایین و جوان تبدیل شده است (۷). علاوه بر این، مطالعات نشان داده‌اند که معنادان تزریقی HIV مثبت، مبادرت به رفتارهای جنسی پرخطر می‌کنند بدین وسیله HIV به افراد غیر آلوده منتقل می‌شود. استفاده از مواد مخدر تزریقی و رفتارهای جنسی پرخطر، دو عامل مهم انتقال HIV هستند و عوامل اصلی افزایش عفونت HIV در ایران به شمار می‌روند (۸،۹).

در حال حاضر واکنشی برای این بیماری وجود ندارد و این بیماری درمان‌پذیر نمی‌باشند. بنابراین تنها راه مقابله با آن پیشگیری است و تنها راه پیشگیری از آن آموزش است (۱۰) 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 (۱۱) با گسترش همه‌گیری HIV طیف وسیع‌تری از مردم با فرهنگ‌ها و زمینه‌های اجتماعی مختلف از این بیماری تأثیر می‌پذیرند. بیماران مبتلا به ایدز و افراد HIV مثبت ممکن است دائماً در اضطراب بیماری، از دست دادن شغل و بیمه یا طرد شدن از طرف خانواده و جامعه باشند (۱۲) سنجش آگاهی، نگرش می‌تواند موفقیت یا عدم موفقیت مراکز مبارزه با ایدز از جمله کیفیت آموزش و ارتقاء سطح آگاهی بهداشتی در این خصوص را منعکس کند. بنابراین سنجش آگاهی، نگرش، رفتار گروه‌های در معرض خطر در تمام جوامع به صورت متناوب ضروری است (۱۳) اغلب مطالعات KAP (بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد) بر روی پرسنل ارائه دهنده خدمات بهداشتی- درمانی، عموم افراد جامعه، جمعیت در معرض خطر و افراد دارای رفتارهای پرخطر صورت گرفته است (۲۰-۱۴). اما به

مراجعه به آن مراکز را انجام می‌دادند. برای این پژوهش از شش نفر مشاور که حداقل سه سابقه مشاوره در مراکز مشاوره را داشتند و مسئولین مراکز گذری و دو نفر از افراد بهبود یافته و همکار در مراکز DIC در نظر گرفته شدند بعد از هماهنگی با رؤسای مراکز بهداشت شهرستان و مسئولین مراکز مشاوره و همچنین اداره زندان‌ها و مراجعه به آنجا و جلب موافقت اولیه اجرای طرح آغاز گردید.

بعد از مراجعه به مراکز مشاوره از کلیه موارد اچ.آی.وی مثبت شناسایی شده که پرونده فعال داشتند و در دسترس بوده و موافقت خود را جهت شرکت در مطالعه اعلام کرده بودند. مصاحبه بوسیله در محل مرکز به عمل آمد لازم به یاد آوری است که به کلیه افراد شرکت کننده در طرح، در مورد نوع مطالعه و اهداف آن توضیح داده می‌شد و از آنان رضایت جهت شرکت در مطالعه اخذ می‌گردید و به آنان این اطمینان داده می‌شد که اطلاعات آنان کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند. ورود افراد به برنامه و پر کردن فرم‌های پرسشنامه کاملاً داوطلبانه و تنها در صورت تمایل فرد انجام می‌شد. در پرسشنامه نام و نام خانوادگی افراد ثبت نمی‌شد و تنها از کد گذاری استفاده می‌شد. داده‌های جمع‌آوری شده در این مطالعه با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ۱۴، کای اسکور و آنالیز رگرسیون لجستیک در سطح معنی‌داری ($P < 0.05$) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

به طور کلی ۵۴ نفر بیمار HIV+ و ۱۳۴ نفر دارای سابقه رفتار پرخطر در این تحقیق مورد بررسی قرار گرفتند که همگی مرد بودند. از ۵۴ نفر بیمار HIV+ ۱۶ نفر داخل زندان و ۳۸ نفر خارج زندان بودند و از ۱۳۴ نفر دارای سابقه رفتار پرخطر تعداد ۳۵ نفر داخل زندان و ۹۹ نفر خارج زندان بودند. میانگین سنی افراد HIV+ 32.9 ± 6 سال و میانگین سنی افراد با سابقه رفتار پرخطر 34.4 ± 9.7 سال بود. اکثر افراد بررسی شده در هر دو گروه مورد بررسی ۱۲-۶ سال تحصیلات داشتند. ۲۳ نفر (۴۲/۵ درصد) از بیماران HIV+ متأهل و ۱۲ نفر (۲۲/۲) از همسرانشان طلاق گرفته بودند. ۶۰ نفر (۴۴/۸ درصد) از افراد دارای سابقه رفتار پرخطر متأهل و ۲۵ نفر (۱۸/۷) از همسرانشان طلاق گرفته بودند. ۴۵ نفر (۸۳/۳ درصد) از بیماران HIV+ بی‌کار و بدون درآمد بودند. ۷۱ نفر (۵۳ درصد) از افراد دارای سابقه رفتار پرخطر بی‌کار و بدون درآمد بودند.

از نظر آگاهی بین گروه‌های تحصیلی اختلاف معنی‌داری

آن با استفاده از نظر چندین متخصص در زمینه بیماری‌های عفونی و آموزش بهداشت مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. برای سنجش پایایی آن از شاخص آلفای کرونباخ برای سنجش وثبات درونی پرسشنامه استفاده گردید که $\alpha = 0.72$ به دست آمد. پرسشنامه نهایی شامل مقوله‌های زیر بود: مشخصات فردی، آگاهی افراد در خصوص بیماری و راه‌های انتقال آن، علائم بیماری و راه‌های پیشگیری آن، نگرش افراد در مورد بسته‌های کاهش آسیب، برقراری ارتباط با اعضای خانواده، نحوه ارتباط جامعه با مبتلایان (ننگ و بدنامی بیماران) و حضور بیماران در بین افراد عادی جامعه، نحوه عملکرد افراد هنگام ارتکاب رفتار پرخطر مرتبط با اچ آی وی، سابقه رفتار پرخطر مرتبط با اچ آی وی و نحوه بیان بیماری و زندگی و کار در میان افراد عادی جامعه. سئوال‌های آگاهی شامل ۳۰ سئوال (۲۷ سئوال بسته به گزینه‌های "بلی"، "خیر" و "نمی‌دانم" و ۳ سئوال باز) بود به پاسخ‌های صحیح نمره ۱ و به پاسخ‌های غلط نمی‌دانم نمره صفر تعلق می‌گرفت سئوال‌های باز شامل ۲ سئوال نام بردن ۴ علائم بیماری‌های آمیزشی در زنان و مردان (هرگزینه ۰/۲۵ امتیاز - حداقل صفر و حداکثر یک امتیاز) و یک سئوال مبنی بر اینکه یک زن باردار آلوده به ویروس ایدز برای کاهش انتقال آلودگی به جنین خود چه کاری می‌تواند انجام دهد؟ (دارو بگیرد نمره ۱، بقیه گزینه‌ها نمره صفر) بود. سئوال‌های محدود نمره‌ای شامل ۳۰-۳ را شامل می‌گردید و به صورت رتبه‌ای در سه محدوده خوب (۳۰-۲۳)، متوسط (۲۲-۱۶) و ضعیف (۱۵-۰) طبقه‌بندی می‌گردیدند. نگرش توسط ۱۰ گویه از نوع مقیاس لیکرت مورد سنجش قرار می‌گرفت. با توجه به جهت هر گویه، به هر پاسخ مطلوب نمره ۲، به پاسخ خنثی (بی‌نظر) نمره ۱ و به پاسخ نامطلوب نمره ۰ تعلق گرفت. به طور کلی نمره نگرش هر فرد دامنه‌ای شامل ۲۰-۰ را در بر می‌گرفت و در ۳ رتبه نگرش منفی (نامطلوب) خنثی و مثبت (مطلوب) طبقه‌بندی می‌گردید. نمره زیر ۱۰ ضعیف، ۱۱-۱۵ متوسط، بالاتر از ۱۶ خوب در نظر گرفته می‌شد. سئوال‌های عملکرد شامل ۷ سئوال بسته به (بلی-خیر) که محدود نمره‌ای ۷-۰ را شامل می‌گردید به پاسخ‌های صحیح نمره ۱ و به پاسخ‌های غلط نمره صفر تعلق می‌گرفت و به سه محدوده خوب (۷-۶)، متوسط (۵-۴) و ضعیف (۳-۰) طبقه‌بندی می‌گردید. جهت انجام مطالعه ابتدا همکاران طرح در جلسه‌ای با اهداف و شیوه اجرای طرح آشنا شدند و سپس آموزش لازم جهت انجام مصاحبه داده شد. افراد پرسشگر کسانی بودند که در مراکز مشاوره دانشگاهی و یا مستقر در زندان مشاوره

در حالیکه از نظر نگرش اختلاف بین این گروه‌ها معنی دار بود ($P=0/045$). افراد متأهل از نگرش بهتری نسبت به سایرین برخوردار بودند. به منظور انجام مقایسه گروه‌های تحصیلی ادغام و به دو گروه ابتدایی و کمتر از آن و بالاتر از ابتدایی دسته‌بندی شدند بین گروه‌های تحصیلی از رتبه آگاهی اختلاف معنی‌داری مشاهده گردید ($P=0/013$) افرادی که سطح تحصیلی بالاتری داشتند از آگاهی بهتری برخوردار بودند. از نظر نگرش اختلاف بین گروه‌های متفاوت تحصیلی معنی‌دار نبود بین گروه‌های متفاوت شغلی اختلاف معنی‌داری از نظر آگاهی و نگرش مشاهده نگردید. بین گروه‌های متفاوت درآمدی (بدون درآمد گروه ۱ کمتر از ۱۰۰ هزار تومان گروه ۲ و بالاتر از ۱۰۰ هزار تومان گروه ۳) اختلاف معنی‌داری از نظر آگاهی مشاهده گردید ($P=0/037$). افراد دارای درآمد بیشتر سطح آگاهی بالاتری دارند. مقایسه سطح نگرش در گروه‌های سه گانه در آمد اختلاف معنی‌داری نداشت. به منظور بررسی نقش متغیرهای زمینه‌ای در برآورد رتبه آگاهی با استفاده از آنالیز رگرسیون لجستیک نتایج نشان داد که هیچیک از متغیرها بطور معنی‌داری از نسبت شانس بیشتری برخوردار نبودند. بر اساس آنالیز انجام شده گروه سنی و وضعیت تأهل دارای نسبت شانس بیشتری در تأثیر بر رتبه نگرش هستند. در گروه‌های اچ‌آی‌وی مثبت و منفی بر حسب سابقه دفعات زندانی شدن در کسب نمرات و رتبه‌های آگاهی، نگرش اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد. در گروه اچ‌آی‌وی مثبت بر حسب سابقه وضعیت تاهل در کسب نمرات و رتبه‌های آگاهی و نگرش اختلافی مشاهده نشد.

هم اکنون بیماری ایدز از قالب یک بیماری عفونی خارج شده است و به صورت یک مشکل بهداشتی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی خود را نشان داده است این مسأله به اهمیت بیماری افزوده است. در این مطالعه سطح آگاهی و نگرش افراد HIV+ مقایسه با افراد دارای سابقه رفتار پرخطر در خصوص بیماری ایدز بررسی شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که به طور کلی افراد HIV+ و افراد دارای سابقه رفتار پرخطر سطح آگاهی متوسطی در مورد بیماری ایدز داشتند. مطالعه Colby که روی افراد پرخطر جنسی انجام شد نشان داد که بیشتر آن‌ها می‌دانستند که رفتار جنسی پرخطر و مایعات بدن HIV را انتقال می‌دهند تنها تقریباً نیمی از آن‌ها می‌دانستند که کسی که سالم به نظر می‌رسد می‌تواند بیماری را منتقل کند یا هیچ درمانی برای ایدز وجود

مشاهده گردید به طوریکه افراد دارای سابقه رفتار پر خطر از سطح تحصیلات بالاتری برخوردار بودند ($P=0/034$). همچنین اختلاف بین دو گروه وضعیت اشتغال معنی‌داری بود به طوریکه میزان بیکاری نزد افراد اچ‌آی‌وی مثبت از فراوانی بیشتری برخوردار بود ($P<0/001$). بین دو گروه از نظر درآمد اختلاف معنی‌داری وجود داشت به طوریکه سطح درآمد افراد اچ‌آی‌وی مثبت پایین‌تر بود ($P=0/037$). میانگین نمره آگاهی افراد دارای سابقه رفتار پرخطر ۲۰/۲۱ (انحراف معیار=۴/۵۵) بود. به طور کلی ۱۹ نفر (۳۵/۲ درصد) بیماران HIV+ در مورد HIV/AIDS آگاهی خوب، ۲۳ نفر (۴۲/۶ درصد) آگاهی متوسط و ۱۲ نفر (۲۲/۲ درصد) آگاهی ضعیف داشتند. میانگین نمره آگاهی ۱۹/۳ (انحراف معیار=۴/۷۹) بود. ۳۸ نفر (۲۸/۴ درصد) از افراد دارای سابقه رفتار پرخطر در مورد ایدز آگاهی خوب، ۴۹ نفر (۳۶/۶ درصد) آگاهی متوسط و ۴۷ نفر (۳۵/۱ درصد) در مورد ایدز آگاهی ضعیف داشتند. جدول شماره ۱ درصد پاسخ‌های صحیح افراد پرخطر و بیماران HIV+ به سئوالات مربوط به راه‌های انتقال HIV/AIDS و جدول شماره ۲ درصد پاسخ‌های صحیح افراد پرخطر و بیماران HIV+ به سئوالات آگاهی اختصاصی در خصوص ایدز و راه‌های پیشگیری از آن را نشان می‌دهد میانگین نمره نگرش بیماران HIV+ ۶/۱۸ (انحراف معیار=۱/۶۳) بود. به طور کلی فقط ۸ نفر (۱۴/۸ درصد) نسبت به HIV/AIDS نگرش مثبت، ۱۲ نفر (۲۲/۲ درصد) بی‌نظر و ۳۴ نفر (۶۳ درصد) نگرش منفی داشتند. میانگین نمره نگرش افراد دارای سابقه رفتار پرخطر ۷/۶۶ (انحراف معیار=۲/۵۶) بود. به طور کلی ۵۱ نفر (۳۸/۱ درصد) درباره HIV/AIDS نگرش مثبت، ۱۷ نفر (۱۲/۷ درصد) بی‌نظر و ۶۶ نفر (۴۹/۳ درصد) نگرش منفی داشتند. جدول شماره ۳ درصد پاسخ‌های صحیح افراد پرخطر و بیماران HIV+ به گویه‌های نگرش نسبت به بیماری ایدز را نشان می‌دهد بین دو گروه از نظر رتبه آگاهی اختلاف معنی‌داری مشاهده نگردید اما بین دو گروه از نظر نگرش اختلاف معنی‌داری وجود داشت بطوریکه سطح نگرش بیماران HIV+ پایین‌تر از افراد دارای سابقه رفتار پرخطر بود ($P=0/05$). افراد شرکت کننده در مطالعه از نظر وضعیت تاهل به سه گروه مجرد، متأهل و همسر جدا شده تقسیم شدند بین گروه‌های تاهل از نظر آگاهی اختلاف معنی‌داری مشاهده نگردید

داد که در میان شرکت کنندگان در مطالعه کمبودهایی در مورد آگاهی اساسی در رابطه با AIDS و راه‌های انتقال به چشم می‌خورد (۲۹) Lema در مطالعه خود بر روی بزرگسالان فعال جنسی نشان داد که فقط ۵۴ درصد ایدز را یک بیماری منتقله از راه جنسی می‌دانستند (۳۰) در مطالعه Blecher که روی مراجعان کلینیک STD انجام شد آگاهی در مورد انتقال دهنده asymptomatic، عدم درمان ایدز و راه‌های پیشگیری از بیماری ایدز ناکافی بود (۳۱) نتایج این مطالعات با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد. از آنالیز رگرسیون لجستیک نتایج نشان داد که هیچیک از متغیرها بطور معنی‌داری از نسبت شانس بیشتری برخوردار نبودند. بر اساس آنالیز انجام شده گروه سنی و وضعیت تأهل دارای نسبت شانس بیشتری در تأثیر بر رتبه نگرش هستند. در گروه‌های اچ.آی.وی مثبت و منفی بر حسب سابقه دفعات زدن در کسب نمرات و رتبه‌های آگاهی، نگرش اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد. در گروه اچ.آی.وی مثبت بر حسب سابقه وضعیت تأهل در کسب نمرات و رتبه‌های آگاهی و نگرش اختلافی مشاهده نشد.

ندارد (۲۱). مطالعه Phanuphak در مراجعه کنندگان HIV مثبت و HIV منفی به کلینیک‌های مشاوره و مراکز آزمایش آگاهی از راه انتقال و پیشگیری خوب نشان داد (۲۲). مطالعه Zheng در خصوص مصرف کنندگان مواد مخدر، نشان داد که ۸۲ درصد این افراد درباره ایدز شنیده بودند، ۷۹ درصد از راه انتقال جنسی، ۷۷ درصد راه انتقال parenatal و ۶۰ درصد راه انتقال perinatal اطلاع داشتند (۲۳) در مطالعه Ramirez که روی افراد پرخطر جنسی انجام شد نشان داد که بیشتر پاسخ دهندگان در مورد راه‌های انتقال، علائم بیماری ایدز و تست‌های آنتی بادی HIV آگاهی داشتند (۲۴) Hancock با مقایسه دانشجویان تازه وارد و قدیمی نشان داد که تفاوت معنی‌داری از نظر آگاهی بین دو گروه وجود ندارد (۲۵) که نتایج این مطالعات با نتیجه مطالعه حاضر همخوانی دارد. در تحقیقات Siqarlaki (۲۶) و بابک عشرتی (۷) و حسین نخعی (۲۷) آگاهی زندانیان از بیماری ایدز نسبتاً بالا گزارش شد که نتایج این تحقیقات با پژوهش حاضر همخوانی داشت. در مطالعه رضانی تهرانی که در گروه‌های پرخطر ایرانی انجام شد سطح آگاهی به طور متوسط پایین بود (۹) مطالعه Pinkerton بر روی مراجعه کنندگان به کلینیک‌های STD نشان

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی نسبی پاسخ‌های صحیح افراد پرخطر و بیماران HIV+ به سئوالات مربوط به راه‌های انتقال HIV/AIDS در سال ۱۳۸۶

| درصد پاسخ صحیح افراد پرخطر | درصد پاسخ صحیح بیماران HIV+ n=۵۴ | راه‌های انتقال HIV/AIDS |
|----------------------------|----------------------------------|--|
| ۹۷/۵ | ۹۸/۱ | استفاده سوزنی که قبلاً توسط شخص دیگری استفاده شده است |
| ۹۴/۸ | ۹۶/۳ | استفاده مشترک برای تزریق از سوزن فرد مبتلا به طور گروهی |
| ۶۱/۲ | ۸۱/۵ | سرفه، عطسه کردن |
| ۶۳/۴ | ۶۳ | انتقال زن باردار آلوده به جنین |
| ۵۳/۷ | ۵۷/۴ | انتقال زن آلوده به نوزاد در حین زایمان یا در زمان شیردهی |
| ۵۲/۲ | ۶۸/۵ | کار کردن با فرد مبتلا به ویروس ایدز |
| ۴۴ | ۵۹/۳ | انتقال از طریق آشپز مبتلا به ایدز |
| ۵۶ | ۷۹/۶ | شریک شدن در غذای فرد مبتلا |
| ۷۳/۹ | ۶۶/۷ | استفاده مشترک از ظروف غذاخوری |
| ۵۴/۵ | ۴۰/۷ | گزش حشرات |
| ۵۲/۲ | ۴۶/۳ | نیش پشه |
| ۶۷/۲ | ۸۷ | استفاده مشترک از سرویس‌های بهداشتی مانند توالت عمومی |
| ۹۴/۸ | ۹۸/۱ | رابطه جنسی بدون کاندوم |
| ۶۶/۴ | ۸۵/۲ | نشستن در کنار هم‌کلاسی مبتلا به ایدز |

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی نسبی پاسخ‌های صحیح افراد پرخطر و بیماران HIV+ به سئوالات آگاهی اختصاصی در خصوص ایدز و راه‌های پیشگیری از آن در سال ۱۳۸۶

| سئوال | درصد پاسخ صحیح افراد پرخطر n=۱۳۴ | درصد پاسخ‌های صحیح بیماران HIV+ n= ۵۴ |
|---|-------------------------------------|--|
| آیا تا بحال درباره بیماری‌هایی که از طریق تماس جنسی منتقل می‌شوند شنیده‌اید؟ | ۸۸ | ۸۸/۹ |
| چندتا از علایم بیماری‌های آمیزشی در زنان را می‌توانید نام ببرید؟ | ۰/۸ | ۵/۶ |
| چندتا از علایم بیماری‌های آمیزشی در مردان را می‌توانید نام ببرید؟ | ۳/۷ | ۱/۹ |
| آیا تا بحال در مورد ویروس ایدز شنیده‌اید؟ | ۹۱/۸ | ۸۵/۲ |
| آیا ایدز می‌تواند محافظت طبیعی بدن را در مقابل بیماری‌ها کاهش دهد؟ | ۸۰/۶ | ۸۵/۲ |
| آیا ایدز یک بیماری مسری می‌باشد که توسط ویروس منتقل می‌شود؟ | ۵۵/۲ | ۶۱/۱ |
| آیا فرد مبتلا به ایدز می‌تواند هیچگونه علائمی از لحاظ ظاهری نداشته باشد؟ | ۷۰/۹ | ۷۹/۶ |
| آیا درمان دارویی که باعث طولانی تر شدن عمر فرد مبتلا به ایدز بشود وجود دارد؟ | ۵۰/۷ | ۴۸/۱ |
| آیا ایدز یک بیماری خطرناک است که چند روز بعد از ابتلا فرد می‌میرد؟ | ۶۱/۹ | ۷۲/۲ |
| آیا هم زنان و هم مردان می‌توانند به ایدز مبتلا شوند؟ | ۹۸/۸ | ۹۸/۱ |
| آیا ویروس ایدز می‌تواند در بدن سال‌ها نهفته (بدون علائم) بماند؟ | ۷۱/۶ | ۷۵/۹ |
| آیا مردان می‌توانند از خودشان در مقابل ویروس ایدز با استفاده از کاندوم در هر بار داشتن تماس جنسی محافظت کنند؟ | ۸۳/۶ | ۸۵/۲ |
| آیا مردم می‌توانند خودشان را با داشتن یک شریک جنسی غیر آلوده مطمئن و با وفا از آلودگی به ویروس ایدز محافظت بکنند؟ | ۸۳/۶ | ۸۱/۵ |
| آیا مردم می‌توانند با تغییر روش تزریقی مواد به غیر تزریقی از آلودگی به ویروس ایدز خودشان را محافظت کنند؟ | ۷۹/۹ | ۷۵/۹ |
| یک زن باردار آلوده به ویروس ایدز برای کاهش انتقال آلودگی به جنین خود چه کاری می‌تواند انجام دهد؟ | ۴۲/۵ | ۳۵/۲ |
| آیا واکسن برای جلوگیری از مبتلا شدن به ایدز وجود دارد؟ | ۵۳/۷ | ۴۲/۶ |

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی پاسخ‌های بیماران HIV+ و افراد پرخطر به گویه‌های سنجش نگرش ایدز در سال ۱۳۸۶

| گویه | موافقم | | بی نظرم | | مخالقم | |
|---|--------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| | درصد پاسخ افراد پرخطر n=۱۳۴ | درصد پاسخ‌های بیماران HIV+ n=۵۴ | درصد پاسخ‌های افراد پرخطر n=۱۳۴ | درصد پاسخ‌های بیماران HIV+ n=۵۴ | درصد پاسخ‌های افراد پرخطر n=۱۳۴ | درصد پاسخ‌های بیماران HIV+ n=۵۴ |
| اگر کسی در خانواده شما، یا دوستان شما مبتلا به ایدز شود رابطه خود را با او ادامه می‌دهم | ۴۶ | ۷۰/۴ | ۵/۳ | ۵/۶ | ۴۸/۷ | ۲۴/۲ |
| نگرش مردم نسبت به بیماری ایدز باعث می‌شود که من احساس بدی داشته باشم. | ۷۲ | ۷۹/۲ | ۲۷ | ۵/۷ | ۱ | ۱۵/۱ |
| اگر کسی بیماریش را به دیگران بگوید ریسک کرده است. | ۴۳/۳ | ۷۱/۲ | ۱۴/۹ | ۹/۶ | ۴۱/۸ | ۱۹/۲ |
| در صورتیکه کارفرما متوجه بیماری ایدز فردی شود او را اخراج می‌کند. | ۴۲/۵ | ۶۹/۲ | ۲۳/۱ | ۱۷/۳ | ۳۴/۴ | ۱۳/۵ |
| با افراد مبتلا به ایدز مانند افراد طرد شده رفتار می‌شود. | ۴۵/۵ | ۷۵ | ۲۲/۴ | ۳/۸ | ۳۲/۱ | ۲۱/۲ |
| اکثر مردم فکر می‌کنند افراد مبتلا به ایدز آدم‌های کثیفی (خلافکار) هستند. | ۴۰/۳ | ۷۱/۲ | ۱۰/۴ | ۳/۸ | ۴۹/۳ | ۲۵ |
| اکثر مردم با دلسوزی با بیماران مبتلا به ایدز رفتار می‌کنند. | ۳۱/۳ | ۴۸/۱ | ۱۴/۹ | ۹/۶ | ۵۳/۸ | ۴۲/۳ |
| من اجازه می‌دهم بچه‌ام را بیمار مبتلا به ایدز در آغوش بگیرد. | ۳۱/۳ | ۴۸/۱ | ۱۴/۹ | ۹/۶ | ۵۳/۸ | ۴۲/۳ |
| اکثر مردم احساس راحتی می‌کنند که در کنار فرد مبتلا به ایدز باشند | ۲۳/۱ | ۷/۷ | ۲۲/۴ | ۹/۶ | ۵۴/۵ | ۸۲/۷ |
| کارکنان مراکز مشاوره معتادین تزریقی و مبتلا به ایدز را درک می‌کنند. | ۷۹/۹ | ۸۸/۵ | ۱۵/۷ | ۱۱/۵ | ۴/۴ | ۰ |

بحث

Blecher که روی مراجعان کلینیک STD انجام شد آگاهی در مورد انتقال دهنده asymptomatic، عدم درمان ایدز و راه‌های پیشگیری از بیماری ایدز ناکافی بود (۳۱) نتایج این مطالعات با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد.

یافته‌های پژوهش نشان داد که به طور کلی افراد HIV+ و افراد دارای سابقه رفتار پرخطر از سطح نگرش ضعیفی در مورد بیماری ایدز برخوردارند. تحقیق Kamppainen نیز نشان داد که افراد HIV مثبت نگرش منفی نسبت به ایدز داشتند (۳۲). در تحقیقی که توسط Salama انجام شد حدود ۷۰ درصد معنادان نگرش منفی نسبت به بیماران داشتند (۳۳) در تحقیق احمدی فقط ۲۶/۳ درصد زندانیان نگرش مثبت نسبت به ایدز داشتند (۲۸) که تقریباً با نتایج این مطالعه همخوانی دارد. با نگاهی به میانگین سنی افراد شرکت کننده در این مطالعه و مقایسه آن با آمار منتشره از اداره ایدز مرکز مدیریت بیماری‌ها (۳۴) ملاحظه می‌گردد که بیشترین تعداد شرکت کنندگان در گروه سنی ۲۵-۳۴ ساله می‌باشند. این گروه سنی، جمعیت فعال جامعه را تشکیل داده، عمدتاً متأهل و یا حداقل از نظر جنسی در اوج فعالیت بسر می‌برند. باید به این نکته توجه داشت که بیشترین راه انتقال در سطح جهان از طریق تماس جنسی است و در کشور ما نیز به تدریج بر میزان این راه انتقال افزوده می‌شود که متعاقب آن بار بیماری و عوارض اجتماعی ناشی از این بیماری افزایش خواهد یافت. بیشترین تعداد شرکت کنندگان در پژوهش بیکار و بدون درآمد بودند. میزان بیکاری در افراد اچ.آی.وی مثبت بیشتر از افراد اچ.آی.وی منفی بود. بیکاری و نیازمندی مالی جهت امرار معاش در کنار رفتار پرخطر یک عامل بسیار پرمخاطره برای ارتکاب اعمال پرخطری مانند تن فروشی (در مردان و یا زنان) و یا در اختیار قراردادن مکان و یا ابزار تزریق برای مشتریان و انجام تزریق مشترک است و می‌تواند بطور جدی تعداد بساری را در معرض ابتلا به این بیماری قرار دهد. قابل ذکر است که در مکان انجام مطالعه محلی با عنوان غار در حومه گرگان قرار دارد که افراد مبتلا به ایدز، حتی در روزهای پایانی عمر خود علیرغم وخامت بیماری بیماری در این محل ابزار تزریق را برای سایر افراد مراجعه کننده تهیه و بطور مشترک تزریق انجام می‌دهند. نتایج این مطالعه نشان داد که سطح درآمد بطور واضح در افراد اچ.آی.وی مثبت پایین‌تر از افراد اچ.آی.وی منفی است. معضلات فردی و اجتماعی مشابه سطوح درآمدی مربوط به وضعیت اشتغال می‌باشد. نتایج این مطالعه بیانگر این موضوع بود که افراد اچ.آی.وی مثبت از

بیماری ایدز از قالب یک بیماری عفونی خارج شده است و به صورت یک مشکل بهداشتی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی خود را نشان داده است این مسأله به اهمیت بیماری افزوده است. در این مطالعه سطح آگاهی و نگرش افراد HIV+ در مقایسه با افراد دارای سابقه رفتار پرخطر در خصوص بیماری ایدز بررسی شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که به طور کلی افراد HIV+ و افراد دارای سابقه رفتار پرخطر سطح آگاهی متوسطی در مورد بیماری ایدز داشتند. مطالعه Colby که روی افراد پرخطر جنسی انجام شد نشان داد که بیشتر آن‌ها می‌دانستند که رفتار جنسی پرخطر و مایعات بدن HIV را انتقال می‌دهند فقط حدود نیمی از آن‌ها می‌دانستند که کسی که سالم به نظر می‌رسد می‌تواند بیماری را منتقل کند یا هیچ درمانی برای ایدز وجود ندارد (۲۱). Phanuphak در مطالعه خود نشان داد که مراجعه کنندگان HIV مثبت و HIV منفی به کلینیک‌های مشاوره و مراکز آزمایش در خصوص راه‌های انتقال و پیشگیری خوب نشان داد (۲۲). مطالعه Zheng روی مصرف کنندگان مواد مخدر، ۸۲ درصد درباره ایدز شنیده بودند، ۷۹ درصد از راه انتقال جنسی، ۷۷ درصد راه انتقال parental و ۶۰ درصد راه انتقال perinatal اطلاع داشتند (۲۳) در مطالعه Ramirez که روی افراد پرخطر جنسی انجام شد بیشتر پاسخ دهندگان در مورد راه‌های انتقال، علائم بیماری ایدز و تست‌های آنتی بادی HIV آگاهی داشتند (۲۴). Hancock با مقایسه دانشجویان تازه وارد و قدیمی نشان داد که تفاوت معنی داری از نظر آگاهی بین دو گروه وجود ندارد (۲۵) که نتایج این مطالعات با نتیجه مطالعه حاضر همخوانی دارد. در تحقیقات Siqarlaki (۲۶) و بابک عشرتی (۷) و حسین نخعی (۲۷) آگاهی زندانیان در مورد ایدز بالا گزارش شد در تحقیق احمدی (۲۸) آگاهی زندانیان از بیماری ایدز نسبتاً بالا گزارش شد که نتایج این تحقیقات با پژوهش حاضر همخوانی داشت. در مطالعه رضانی تهرانی که در گروه‌های پرخطر ایرانی انجام شد سطح آگاهی به طور متوسط پایین بود (۹) مطالعه Pinkerton بر روی مراجعه کنندگان به کلینیک‌های STD نشان داد که در میان شرکت کنندگان در مطالعه کمبودهایی در مورد آگاهی اساسی در رابطه با AIDS و راه‌های انتقال به چشم می‌خورد (۲۹) Lema در مطالعه خود بر روی بزرگسالان فعال جنسی نشان داد که فقط ۵۴ درصد ایدز را یک بیماری منتقله از راه جنسی می‌دانستند (۳۰) در مطالعه

منفی ناشی از عدم آگاهی دقیق جامعه از بیماری بر روی نحوه مقابله با این بیماری تأثیر بسزایی دارد و بر روی نحوه مقابله با آن مؤثر است. مطالعه بر روی افراد با رفتار پر خطر تحت پوشش تیم‌های سیار کاهش آسیب، به دلیل عدم دسترسی امکان پذیر نشد از اینرو شایسته است مطالعات آتی در سطح وسیع‌تر با حجم نمونه بالاتر انجام گردد از آنجاییکه این مطالعه منحصرأ بر روی مردان انجام گرفت پیشنهاد می‌گردد که مطالعات بعدی با در نظر داشتن هر دو جنس انجام پذیرد. بدلیل اینکه سابقه دقیق از مدت زندانی بودن افراد در دسترس نبود، امکان تحلیل میزان آگاهی، نگرش بر اساس سابقه زندان وجود نداشت در نظر داشتن این عامل در مطالعات آتی توصیه می‌شود. میزان آگاهی و نگرش می‌تواند تحت تأثیر متغیرهای بسیار دیگری مانند سن شروع رفتارهای پرخطر، نوع آن و کیفیت ارائه خدمات قرار گیرد و از آنجا که مطالعات مختلف، نتایج متفاوتی را گزارش کنند، پیشنهاد می‌گردد تا مطالعات رفتاری در مراکز فوق بصورت دیده وری انجام گردد.

تشکر و قدردانی

این طرح نتیجه پایان نامه مقطع MPH دکتر کورش اعتماد در دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد که حمایت مالی این تحقیق به عهده دانشکده مذکور بوده است. نویسندگان مقاله تشکر فراوان خود را از سرکار خانم دکتر یآوری که تقبل زحمت مرور مقاله را فرمودند اعلام می‌دارند.

سطح تحصیلات پایین‌تری برخوردار بودند. تأثیر سطح تحصیلی بر بالا بردن مهارت‌های فردی و اجتماعی و همچنین درک بهتر از آموزش برکسی پوشیده نیست. علاوه بر آن، این خصیصه می‌تواند عاملی کارآمد در پیگیری فرد جهت مراقبت و درمان باشد و گویای این واقعیت است که برنامه‌های آموزشی باید متناسب با سطح تحصیلات در نظر گرفته شوند و جهت آموزش افراد بی‌سواد که قادر به استفاده از کتاب و جزوه نمی‌باشند باید از سایر روش‌های آموزشی استفاده نمود. آموزش مؤثر به جای ترس از ایدز این فرصت را به آموزش پذیر فراهم می‌کند تا درباره بیماری تفکر بیشتر نموده و در نتیجه به رفع پنداره‌های اشتباه رایج کمک می‌کند. آموزش از طریق رسانه‌های گروهی (رادیو-تلویزیون) و برنامه‌های شاداب و تفریحی، بهتر و مؤثرتر از استفاده از نشریات نوشتاری است (۳۵) نگرش، قضاوت افراد را نسبت به بیماری و بیمار مورد ارزیابی قرار می‌دهد. علت نمره پایین‌تر افراد HIV مثبت شاید به این دلیل باشد که این افراد نوعی بدبینی و یا انتقام نسبت به خود و یا کسانی که احتمالاً باعث آلودگی وی شده‌اند دارد و یا احتمالاً سایر افراد سالم جامعه را به نوعی مقصر در ابتلا خود می‌دانند. شاید هم پس از ابتلا به آن دچار یک ترس و واهمه غیر واقعی نسبت به بیماری شده‌اند که بر نگرش آن‌ها تأثیر گذاشته است هرچند احتمال معکوس یا ضعیف تر شدن این رابطه با روش و یا حجم نمونه بالاتر وجود دارد از اینرو انجام مطالعات دقیق تر با ابزارهای کامل تر و حجم نمونه بیشتر توصیه می‌شود. معنادار تریزی باید از خطری آن‌ها را تهدید می‌کند آگاه شوند و بدانند چگونه می‌توانند این خطر را به حداقل برسانند. اگرچه نگرش

منابع

- 1- Iliyasu Z, Abubakar IS, Kabir M, Aliya MH. Knowledge of HIV/AIDS and attitude toward voluntary counseling and testing among adults, journal of the national medical association 2006; 98: 1917-22.
- 2- Karama M, Yamamoto T, Shimada M, Orago S, Moji K, knowledge, attitudes and practice toward HIV/AIDS in a rural Kenyan community, J. biosoc. sci 2006; 38: 481-90.
- 3- UNAIDS/WHO Global HIV/AIDS Online Database, 2006 Report on the global AIDS epidemic <http://apps.who.int/globalatlas/includeFiles/generallncludeFiles/ViewDetailInstance.asp?objInstanceID>
- 4- Latest statistics on the infection of HIV / AIDS in Iran, Ministry of Health and Medical Education, Center for Disease Control, Spring 2010.
- 5- Report on HIV/AIDS surveillance in Golestan province/ Iran. 2008. CDC of province health unit.
- 6- Mizuno Y, Purcell D W, Latka MH, Metch LR, Gomez CA, Latkin CA, Beliefs that condoms reduce sexual pleasure-gender differences in correlates among heterosexual HIV-positive injecting drug users (IDUs), Journal of Urban health : Bulletin of the New York Academy of Medicine 2007; 84 : 523 -36.
- 7- United Nations Office on Drugs and Crime: Demand Reduction & HIV Control. Available on www.unodc.org
- 8- Eshtrati B, Taghizadeh R, Dell CA, Afshar P, Millson PME, Kamali M, Weekes J, Preventing HIV transmission among Iranian prisoners: Initial support for providing education on the benefits of harm reduction practices , Harm Reduct J. 2008; 5: 21.
- 9- Available from: www.Harmreductionjournal.com/contents/5/1/2.
- 10- Nojoomi M, Shojaei H, Ameriyan M A, Knowledge of high school students about AIDS, Tehran, 2002, Hakim 2003 ; 6 : 41 -6.
- 11- Ebadi Azar F, Fesharaki M, Hedayat Rad M, Moosavianpoor M K, Evaluating high school HIV/AIDS education: Implications of intervention, Hakim 2003; 6: 53-60.
- 12- Mohraz M, Motamedi Heravi M, HIV/AIDS, Diagnosis, care & treatment, first edition, seda publication company, Tehran: 2003, 15-16.
- 13- Panahanedh Z, Taremian S, Knowledge and attitude of non-medical students towards AIDS, Gilan Medical school journal 2004, 13: 20-6.

- 14- Emam hadi MA, Jalilvand M, Hadiyan M, Evaluation of knowledge and attitude in Tehran high school students on AIDS, *Journal of medical council of Islamic republic of Iran* 2006, 24: 350- 7.
- 15- Omidvar Sh, Knowledge level and attitude of midwifery and nursing students regarding AIDS, Babol, 2000, Babol University of medical sciences journal 2003, 2: 37-41.
- 16- Simbar M, Shayan manesh M, Nahidi F, Akbarzadeh A, evaluation of knowledge, attitude and practice of obstetricians on prevention of AIDS in selected hospital in Isfahan in 2006, *Pjoohandeh Journal* 2007, 12 : 60, 535-40.
- 17- Poorsheykhan M, Kazemnejad E, Knowledge and attitude of lab staff towards AIDS in Gilan, *Feyz Journal* 2004, 8: 70-7.
- 18- Mohebbi nobandegani Z, Mobaraki A, Farasiyabifar A, Moshfe A, Kknowledge and attitude of health personnels working in educational-treatment hospitals of Yasuj city regarding AIDS, *Armaghane Danesh Journal* 2003, 8: 47-54
- 19- Karimi M, Niknami Sh, Heydarnia A, Ramezankhani A, The effect of health education program on the AIDS preventive behaviors of prisoners aged under 25 years old (Ghezalhesar prison, Tehran), *Research in medical sciences Journal* 2003, 8: 53- 6.
- 20- Vakili MM, knowledge and attitude to ward HIV/AIDS among addict men in central prison of Zanjan, *Scientific journal zanjan University of medical sciences* 1998 , 23: 17-23.
- 21- Colby DJ. HIV knowledge and risk factors among men who have sex with men in Ho Chi Minh City, Vietnam. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003; 32: 80-5
- 22- Phanuphak P, Muller O, Sarangbin S, Sittitrai W, HIV counselling and Knowledge, attitudes and behaviour among HIV-positive and HIV-negative clients of a confidential testing centre in Thailand, *AIDS* 1994; 8: 1315-9.
- 23- Zheng X, Tian C, Zhang G, Li D, Liu X, Hu DJ, Weniger BG, Dondero TJ, HIV risk behaviors but absence of infection among drug users in detoxification centers outside Yunnan province, China, 1993, *AIDS* 1995; 9: 959-63.
- 24- Ramirez J, Suarez E, de la Rosa G, Castro MA, Zimmerman MA , AIDS knowledge and sexual behavior among Mexican gay and bisexual men, *AIDS Educ Prev* 1994; 6: 163-74.
- 25- Hancock T, Mikhail BI, Santos A, Nguyen A, Nguyen H, Bright D, A comparison of HIV/AIDS knowledge among high school freshmen and senior students, *J Community Health Nurs.* 1999; 16: 151-63.
- 26- Siqarlaki HG , Characteristics and knowledge about HIV/AIDS and drug abuse associated with inmates education level with prison populations in singkawang , West Borneo in 2006. *Acta Med Indones* 2008; 40: 129-34.
- 27- Hossein nakhaei F. prisoners Knowledge of HIV/AIDS in Kerman, *Research in medical sciences Journal* 2003, 8: 129 - 31.
- 28- Ahmadi H, Jamali M, Determinants on knowledge and attitude in addict prisoners on AIDS and way to prevention, *Social and human sciences journal of Shiraz university* 2006, 24 : 1-8.
- 29- Pinkerton SD, Dyatlov RV, DiFranceisco W, Benotsch EG, Smirnova TS, Dudko VY, Belyanin DV, Kozlov A , HIV/AIDS knowledge and attitudes of STD clinic attendees in St. Petersburg, Russia, *AIDS Behav* 2003; 7: 221-8.
- 30- Lema VM, Hassan MA, Knowledge of sexually transmitted diseases, HIV infection and AIDS among sexually active adolescents in Nairobi, Kenya and its relationship to their sexual behaviour and contraception, *East Afr Med J* 1994; 71: 122-8.
- 31- Blecher MS, Steinberg M, Pick W, Hennink M, Durcan N , AIDS--knowledge, attitudes and practices among STD clinic attenders in the Cape Peninsula, *S Afr Med J* 1995; 85:1281-6.
- 32- Kamppainen J, Kim-God win YS, Reynolds NR, Spencer VS, Beliefs about HIV disease and Meditation in rural southeastern North Carolina , *J assoc Nurses AIDS Care*, 2008; 19: 127-36.
- 33- Salama IT, Kotb NK, Hemmeda SA, Zaki E, HIV/AIDS knowledge and attitudes among alcohol and drug abusers in Egypt, *J Egypt Public Health Assoc* 1998; 73: 479-500.
- 34- Report on HIV/AIDS surveillance in Iran, 2008, CDC of ministry of health.
- 35- Mazloomi mahmoodabad SS, Mohammadpoor MA, Ehrampoosh MH, The survey of knowledge and attitude of a training unit soldiers about HIV/AIDS in a central district of Iran, *Journal of Military Medicine* 2005, 7: 101-7.
- 36-

Iranian Journal of Epidemiology 2011; 7(1): 23-31.

Original Article

Attitudes and Knowledge of HIV Positive Persons and High Risk Behaviors Groups in Golestan, Iran

Etemad K¹, Eftekhar Ardabili H², Rahimi A³, Gouya MM⁴, Heidari A⁵, Kabir MJ⁶

1- MD, Mph, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

2- Professor of Health Institute, Tehran University of Medical sciences, Iran

3- Associated professor Health Institute, Tehran University of Medical sciences, Iran

4- Head of communicable Diseases, Health Deputy, Ministry of Health, Iran

5- MSC, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

6- Academic member of Social medicine Department, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

Corresponding author: Etemad K., etemadk@gmail.com

Background & Objectives: The epidemic of HIV has been become worldwide. Infected people with HIV which are most intravenous drug users (IDUs) and/or people who have unsafe sex are important source of transmission of infection to other persons in a community. Since there is little known about the knowledge and attitudes of HIV positives about HIV in Iran, therefore we decided to measure the level of knowledge and attitudes of this group in Golestan province in compare with individuals with risky behavior.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 54 HIV+ persons and 134 people with high risk behavior individuals in 2007 year.

Results: Our study showed that HIV- (High risk group) cases had higher education level ($P=0.034$). Rate of jobless was higher in HIV+ persons ($P<0.001$). HIV+ cases had lower income ($P=0.037$). Both groups had moderate knowledge and poor attitude on HIV/AIDS. Level of attitude in HIV+ positive persons was lower than high risk group ($P=0.05$).

Conclusion: It is concluded that these susceptible persons and also infected individuals with HIV regardless of their socio-economic levels need more continuous education in structured programs.

Keywords: Knowledge, Attitude, HIV, High risk behavior