مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
بهار ۱۳۹۲؛۵(۱):۸۱-۷۱

Journal of North Khorasan University of Medical Sciences
Spring2013;5(1): 71-81

مقاله پژوهشی

دانش و نگرش رانندگان متقاضی کارت سلامت مراجعه کننده به مرکز بهداشت بجنورد در مورد بیماری ایدز و عوامل مرتبط با آن ۱۳۹۰

جواد شاهین فر[۱]، مهناز مسرور نیا[۲]، فرشته مجلسی[۳]*

[۱]متخصص بیهوشی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
[۲]پزشک عمومی، مرکز بهداشت بجنورد، بجنورد، ایران
[۳]پزشک و متخصص بهداشت مادر و کودک، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
[*]**نویسنده مسئول**: بجنورد، ضلع جنوبی بیمارستان امام علی(ع) دانشکده پرستاری مامایی
پست الکترونیک: jshahinfar@yahoo.com

وصول:۹۱/۱۲/۶ اصلاح: ۹۲/۱/۲۸ پذیرش:۹۲/۳/۲۱

چکیده

زمینه وهدف: *ایدز که به عنوان یک معضل پزشکی، بهداشتی و جهانی است به معنی نشانگان نقص ایمنی اکتسابی، یک بیماری پیشرونده، علاج نشدنی اما قابل پیشگیری است. هدف از انجام این مطالعه بررسی دانش و نگرش رانندگان متقاضی کارت سلامت مراجعه کننده به مرکز بهداشت شهرستان بجنورد در مورد بیماری ایدز و عوامل مرتبط با آن در سال ۱۳۹۰ بود.*

مواد و روش کار: *مقطعی، تعداد ۶۰۰ نفر از رانندگان متقاضی کارت سلامت، پرسشنامه ای دو قسمتی شامل اطلاعات دموگرافیکی وسوالات مربوط به دانش و نگرش در مورد بیماری ایدز را بامراجعه به مرکز بهداشت شهرستان بجنورد در سال ۱۳۹۰ تکمیل نمودند. داده ها بااستفاده ازنرم افزار SPSS۱۶ و آزمون آماری کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.*

یافته ها: *۴۵/۳٪ افراد در گروه سنی (۲۵-۲۰) بودند. و سواد ۴۷٪ آنها در سطح راهنمایی بود، ۳۷/۸٪ افراد از دانش خوب برخوردار بودند، ۲۶/۵٪ دانش متوسط، ۳۵/۷٪ افراد دانش پایینی نسبت به ایدز داشتند، بین سن، سطح سواد، سابقه کار ،تعداد فرزند با دانش ارتباط معنی دار وجود داشت. ۱۵/۲٪افراد نگرش خوبی به ایدز داشتند، بین سن و نگرش نیز رابطه آماری معنی داری مشاهده شد.*

نتیجه گیری: *کمتر از ۳۰٪افراد مورد بررسی از راههایی که بیماری ایدز منتقل نمی شودمطلع بودند، آگاهی افراد از درمان و پیشگیری ضعیف بود. لذا ضرورت صحبت از ایدز، آموزش راههای انتقال و پیشگیری از این بیماری و ترویج فرهنگ رفتار درست با مبتلایان از طریق رسانه ها و مراکز آموزشی وبهداشتی کاملا محسوس است.*

واژه های کلیدی: *ایدز، کارت سلامت، دانش، نگرش*

مقدمه

ایدز(AIDS) سندرم کمبود اکتسابی ایمنی، تظاهر طیف وسیعی از اختلالات ناشی از عملکرد مختل ایمنی سلولی و هومورال است که حاصل عفونت ایجاد شده توسط ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV-1) می باشد [۱،۲] در بیماری ایدز (AIDS) با کاهش سلول های دفاعی، زمینه بروز عفونت هایی موسوم به فرصت طلب ایجاد می شود که یک بدن سالم معمولاً قادر به مبارزه با آنهاست، در نهایت پیشرفت همین عفونت ها منجر به مرگ بیمار می گردد. بیماری فراگیر ایدز که کمتر از ربع قرن که از شناسایی آن می گذرد بیش از ۳۰ میلیون نفر قربانی گرفته و در برخی از مناطق جهان حتی تا یک سوم جمعیت را آلوده کرده است. آخرین آمار نشان می دهد که۰/۸درصد مردم دنیا آلوده هستند یعنی از هر ۱۲۵ نفر یک نفر حامل ویروس HIV است. سازمان جهانی بهداشت اعلام کرده تعداد افراد مبتلا به بیماری در کشورهای در حال توسعه ۵ برابر آمار اعلام شده آنهاست. (این در حالی است که طبق دانسته ها و نظر متخصصین بهداشتی این

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-10]

نقطه قله کوه یخ بیماری است [۲،۳]. در کشور ما اولین مورد بیماری در سال ۱۹۸۷ در کودک مبتلا به هموفیلی گزارش شد و در سال ۱۹۹۶ یک اپیدمی در معتادان تزریقی دیده شد. با محاسبه WHO آمار غیر رسمی مبتلایان در ایران تا کنون بیش از صد هزار نفر است. وضعیت HIV در ایران:۳۶۱۹ نفر ایدز پیشرفته، ۴۳۱۱ مورد مرگ و ۲۴۷۳۵ نفر آلوده به HIV گزارش شده است. هم اکنون درمان مشخص یا واکسنی که باعث پیشگیری از بیماری شود وجود ندارد و داروهای جدید ضد رتروویروس تنها باعث افزایش طول عمر بیماران می شود [۴] لذا با توجه به گستردگی بیماری ایدز و عدم وجود درمان قطعی و واکسیناسیون استراتژی اساسی مقابله با آن در ایران شامل: افزایش آگاهی در کل جمعیت، مشاوره و انجام تست HIV، کاهش آسیب (Harm Riduction)، مراقبت و درمان موارد بیماریهای منتقله از راه جنسی (STI) و مراقبت و درمان موارد HIV مثبت است [۴،۵].

رانندگان کامیون، ملوانان، کارگران مهاجر، مردانی که مشاغل متحرک دارند جزو افراد پرخطر هستند. این افراد که روزهای زیادی دور از خانه هستند در توقفگاههای متعدد به دلیل نیاز های خود (غذا، سوخت، مکان استراحت) می ایستند و احتمالا تماسهای جنسی متعددی دارند، ضمن اینکه زنان آنها در خانه در معرض روابطی دیگر هستند [۵].

شاتروردی[1] در سال ۲۰۰۶، در هند، ۲۸۳ راننده را از نظر سن، تحصیل، آگاهی به ایدز، رفتارهای جنسی مورد بررسی قرار داد، ۱۲۸ نفر آنها بیش از ۵ پارتنر جنسی داشتند، ۵۷٪آنها با زنان روسپی ارتباط داشته و ۱۱٪آنها در هر رابطه از کاندوم استفاده کرده بودند [۶]. در تحقیقی مشابه در KlongToey،۶۵۰ راننده تاکسی بررسی شدند، متوسط سن آنها سال۲۶ بود، ۷۴٪ از راههای انتقال آگاهی داشتند اما ۹٪آنها از کاندوم استفاده کرده بودند و ۲۰٪آنها تقاضای انجام تست HIV را داشتند [۷].

رانندگانی که توسط اوسابو[2] مورد بررسی قرار گرفته بودند کمتر از ۶ کلاس سواد داشتند، ۶۶٪متاهل بودند اما ۵۰٪ آنها در هر مسافرت تماسهای متعدد با زنان دیگر داشته اند. او نشان داد که ارتباط معنی داری بین تاهل، سطح تحصیل با تعداد روابط جنسی خارج از خانواده وجود ندارد [۸].

باید توجه داشت مهمترین استراتژی مقابله با این بیماری پیشگیری از سرایت آن است از طرفی بنا به دلایل قبح و شرم در کشور بسیاری از آموزش ها به طور واضح برای گروه های مختلف خصوصا مشاغلی که تحصیلات کافی ندارند در دسترس نیست. با توجه به اینکه استان خراسان شمالی با جمعیتی بالغ بر ۸۲۵۶۹۳ نفر در مرز شمالی کشور ایران در همسایگی ترکمنستان واقع شده است و در این استان کمتر تحقیقی در زمینه ایدز انجام شده است هم چنین با توجه به اهمیت بیماری ایدز و رفت و آمد رانندگان به کشورهای همسایه و ضرورت داشتن کارت سلامت و اینکه به نظر می رسد رانندگان که اکثرا در سنین جوانی هستند به دلیل دور بودن از خانه در معرض رفتارهای پر خطر هستند، ضرورت دیدیم که این تحقیق را انجام دهیم تا ضمن تعیین برآوردی از میزان آگاهی و نگرش رانندگان از بیماری ایدز، توجه آنها را نسبت به این بیماری و عوامل خطر آن معطوف داریم و توجه مسئولین را به این نکته جلب کنیم که بررسی سلامت واقعی یک راننده تنها با انجام آزمایشات ومعاینات مصوب سنجیده نمی شود و همکاری تمام ارگانها در آموزش وپیشگیری از بیماری ایدز لازم است.

روش کار

در این مطالعه توصیفی تحلیلی (مقطعی) که با هدف بررسی دانش و نگرش رانندگان متقاضی کارت سلامت مراجعه کننده به مرکز بهداشت بجنورد در مورد بیماری ایدز و عوامل مرتبط با آن در سال ۱۳۹۰ انجام شد. ۶۰۰ نفر از رانندگان متقاضی کارت سلامت با توجه به d= ۰/۰۵ a= ۰/۵ p=۰/۵ و با روش نمونه گیری در دسترس، انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند.

جهت جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه ای دو قسمتی شامل اطلاعات دموگرافیک (۱۰ سوال: سن، تحصیلات،

1- Schaturvedi

2- Awsabo

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-10]

وضعیت تاهل، سابقه کار تعداد مسافرت خارجی، پایه رانندگی، تعداد فرزند، تعداد زوجه، اعتیاد و نوع آن) و قسمت دوم ۲۸ سوال مربوط به دانش و ۱۷ سوال مربوط به نگرش و دو سوال باز بود. سوالات دانش و نگرش بر اساس پرسشنامه ای بود که میزان روایی آنها قبل از انجام تحقیق درصد نفر تست شده بود. پرسشنامه درموقع مراجعه راننده برای انجام آزمایشات در اختیار وی قرار می گرفت و در فرصت جوابدهی آزمایشات توسط خود راننده تکمیل می گردید ودر نهایت به پزشک مسول معاینات تحویل داده می شد در مورد افراد بی سواد نظرات راننده توسط پرسشگر ثبت می شد.

حداکثر نمره مربوط به دانش ۲۸ ونگرش ۱۷ بود. به هر سوال صحیح یک نمره تعلق گرفت (در بعضی سوالات گزینه نادرست پاسخ صحیح بود) به گزینه نمی دانم وغلط هم نمره صفر تعلق گرفت.

درمورد دانش:

اگر ۱۰۰٪-۷۰٪سوالات را درست پاسخ داده بودند دانش خوب در نظر گرفته شد. (از نمره ۱۹ تا ۲۸)

اگر ۷۰٪-۵۰٪ سوالات را درست پاسخ داده بودند دانش متوسط در نظر گرفته شد. (از نمره ۱۴ تا ۱۸)

اگر کمتر از ۵۰٪ سوالات رادرست پاسخ داده بودند، دانش ضعیف در نظر گرفته شد. (نمره ۱۳ وکمتر)

در مورد نگرش:

اگر ۱۰۰٪-۷۰٪سوالات را درست پاسخ داده بودند، نگرش خوب در نظر گرفته شد. (از نمره ۱۲ تا ۱۷)

اگر ۷۰٪-۵۰٪ سوالات را درست پاسخ داده بودند نگرش متوسط در نظر گرفته شد. (از نمره ۸ تا ۱۱)

اگر کمتر از ۵۰٪ سوالات رادرست پاسخ داده بودند، نگرش ضعیف در نظر گرفته شد. (نمره ۷ وکمتر)

آنالیز آماری داده ها توسط نرم افزار SPSS ۱۶ و با استفاده از روش های آماری کای دو و آنالیز رگرسیون لوجستیک انجام شد. پرسشنامه بی نام و با رضایت آنها وتوسط خودشان تکمیل شده بود، مشاوره از نظر وجود نگرانی افراد واحتمال درخواست آزمایش HIV، توسط کارشناس انجام شد. در این بررسی با مشکلات متعددی روبرو بودیم از جمله اینکه رانندگان به خاطر اینکه آنها را درمعرض رفتارهای پر خطر می دانستیم از ما عصبانی می شدند. از طرفی سوال در مورد مسائل جنسی از نظر آنها ناپسند بود و گاه نارضایتی آنان را دربر داشت.

یافته ها

۳۷/۸٪ افراد از میزان دانش خوب (نمره ۲۸-۱۹) برخوردار بودند. ۳۵/۷٪ افراد، دانش ضعیف داشتند. ۶۹/۳٪ افراد از نگرش متوسط برخوردار بودند و ۱۵/۵٪نگرش ضعیف داشتند و ۱۵/۲٪ از نگرش خوب برخوردار بودند. در این پژوهش میانگین سنی افراد ۳۸ سال (SD=۰/۴۰)، حداقل سن ۲۲ و حداکثر ۶۲ بود و افراد به سه گروه سنی تقسیم شدند که بیشتر افراد در گروه سنی (۳۵-۲۰) سال قرار داشتند. میران تحصیلات ۴۷ درصد افراد ابتدایی، راهنمایی و ۴۲/۷٪ دیپلم و بالاتر، ۱۶ نفر بیسواد بودند. ۶۳/۷٪ انها پایه یک رانندگی داشتند. ۴۲/۲٪ افراد بین (۱۵-۶) سال سابقه کار داشتند،۹۰ ٪ آنها متاهل بودند و ۸۵/۵٪آنها یک همسر داشتند، ۳۶/۸٪ آنها سه و بیشتر از سه فرزند داشتند و ۸۵٪ آنها اصلا سفر خارجی نداشتند. اکثر افراد از راههای انتقال مثل خون، وسایل نوک تیز وتماس جنسی مطلع بودند به طوری ۸۷/۳ ٪ افراد از راه خون و فرآورده های آن و بیش از۸۸٪ آنها از طریق سرنگ آلوده، و ۸۵ ٪ از راه جنسی آگاه بودند. ۵۱/۵٪ افراد می دانستند بیماری از طریق مادر به جنین منتقل می شود. ۵۶/۵٪ آنها در مورد انتقال از دندانپزشکی و ۵۰/۳٪ از خطر تاتو و خالکوبی آگاه بودند. ۳۸/۸٪ افراد می دانستند بیماری از طریق تماس جنسی دهانی منتقل می شود.دانش افراد از راههایی که باعث انتقال نمی شوند، کمتر از موارد فوق بود به طوری که ۳۹/۸٪ آنها از عدم انتقال بیماری از طریق نیش پشه و ۲۷/۷٪، در مورد خوردن وآشامیدن و ۱۹/۵٪ در مورد اشک وخلط، ۱۶/۳٪ در مورد دست دادن و ۱۸/۸ ٪در مورد لمس اشیاء بیجان و ۲۴٪ در مورد انتقال ازآب استخر آگاهی داشتند. در مورد راههای پیشگیری و درمان ۲۹٪ افراد می دانستند که بیماری ایدز درمان و واکسن ندارد. ۵۷/۵٪ افراد از ازمان بیماری و بدون علامت بودن آن اطلاع خود داشتند. ۲۵/۵٪ افراد می دانستند قرص های جلوگیری از بارداری از انتقال بیماری پیشگیری نمی کند و ۵۹٪ افراد مورد بررسی می دانستند استفاده از کاندوم در روابط جنسی از انتقال بیماری ایدز جلوگیری می کند. ۶۹/۳٪ افراد نگرش

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-10]

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک رانندگان متقاضی کارت سلامت مراجعه کننده به مرکز بهداشت بجنورد ۱۳۹۰ (۶۰۰ نفر)

مشخصات	(درصد)	تعداد
گروه سنی(سال)		
(۲۰-۳۵)	(۴۵/۳)	۲۷۲
(۳۶-۴۴)	(۲۳/۸)	۱۴۳
(۴۵-۶۲)	(۳/۸)	۱۸۵
سطح تحصیلات		
خواندن نوشتن	(۱۰/۳)	۶۲
ابتدایی راهنمایی	(۴۷)	۲۸۲
دیپلم وبالاتر	(۴۲/۷)	۲۵۶
وضعیت تاهل		
متاهل	(۶۰)	۵۴۰
مجرد	(۱۰)	۶۰
سابقه کار(سال)		
(۱-۵)	(۳۰/۲)	۱۸۲
(۶-۱۵)	(۴۲/۲)	۲۵۳
=>۱۶	(۲۷/۶)	۱۶۶
مسافرت خارج		
ندارد	(۸۵/۲)	۵۱۱
یک بار	(۸/۵)	۵۱
دو بار وبیشتر	(۶/۳)	۳۸
زوجه		
یک	(۸۵/۵)	۵۱۳
دو	(۴/۳)	۲۶
بیش از دو	(۰/۲)	۱
پایه رانندگی		
یک	(۶۳/۳)	۳۸۰
دو	(۳۶/۷)	۲۲۰

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-10]

جدول ۲: دانش به راههای پیشگیری از ایدز در رانندگان متقاضی کارت سلامت مراجعه کننده به مرکز بهداشت بجنورد ۱۳۹۰

سوال	درست		غلط		نمی داند		جمع	
	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)
برای ایدز درمان موثری وجود دارد	۱۷۹	(۲۹/۸)	۱۷۶	(۲۹/۳)	۲۴۵	(۴۰/۸)	۶۰۰	(۱۰۰)
برای پیشگیری از ایدز واکسن موثری وجود دارد	۱۷۱	(۲۸/۵)	۱۷۶	(۲۹/۳)	۲۵۳	(۴۲/۲)	۶۰۰	(۱۰۰)
قرص جلوگیری از بارداری از ایدز پیشگیری می کند	۲۱۰	(۳۵)	۱۵۳	(۲۵/۵)	۲۳۷	(۳۹/۵)	۶۰۰	(۱۰۰)
استفاده از کاندوم در روابط جنسی از ایدز پیشگیری می کند	۳۵۴	(۵۹)	۴۴	(۷/۳)	۲۰۲	(۳۳/۷)	۶۰۰	(۱۰۰)

جدول ۳: دانش به ماهیت بیماری ایدز در رانندگان متقاضی کارت سلامت مراجعه کننده به مرکز بهداشت بجنورد ۱۳۹۰

سوال	درست		غلط		نمی داند		جمع	
	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)
فرد آلوده تا آخر عمر بیماری را منتقل می کند	۳۱۳	(۵۲/۵)	۷۰	(۱۱/۷)	۲۱۷	(۳۶/۲)	۶۰۰	(۱۰۰)
فرد آلوده حتی بدون داشتن علایم بیماری را منتقل می کند	۳۵۰	(۵۸/۲)	۴۸	(۸)	۲۰۲	(۳۳/۷)	۶۰۰	(۱۰۰)
فرد آلوده بدون اطلاع خود می تواند بیماری را منتقل کند	۳۸۹	(۶۴/۸)	۲۹	(۴/۸)	۱۸۲	(۳۰/۳)	۶۰۰	(۱۰۰)
خطر انتقال در تماس جنسی با زنان ولگرد زیاد است	۴۰۲	(۶۷)	۳۵	(۵/۸)	۱۶۳	(۲۷/۲)	۶۰۰	(۱۰۰)
خطر انتقال در تماس جنسی با معتادان تزریقی زیاد است	۳۸۹	(۶۴/۸)	۵۰	(۸/۳)	۱۶۱	(۲۶ /۸)	۶۰۰	(۱۰۰)

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-10]

جدول ۴: نگرش به بیمار ایدزی از نظر راه ابتلا در رانندگان متقاضی کارت سلامت مراجعه کننده به مرکز بهداشت بجنورد ۱۳۹۰

سوال	۱۰۰٪موافق		موافق		مخالف		مخالف ۱۰۰٪	
	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)
من از ابتلا و مرگ همجنس بازی که به ایدز مبتلا شده ناراحت نمی شوم	۱۵۵	(۲۵ /۸)	۲۵۳	(۴۲/۲)	۱۴۰	(۲۲/۳)	۱۴۰	(۲۳/۳)
من از ابتلا و مرگ معتاد ی که با تزریق مواد مخدر مبتلا شده ناراحت می شوم	۱۸۰	(۳۰)	۳۰۵	(۵۰/۸)	۷۹	(۱۳/۲)	۳۶	(۶)
من از ابتلا و مرگ فردی که از راه تماس جنسی مشروع به ایدز مبتلا شده ناراحت می شوم	۱۹۷	(۳۲/۸)	۳۰۵	(۵۰/۸)	۷۱	(۱۱/۸)	۲۷	(۴/۵)
من از ابتلا و مرگ فردی که از راه تماس جنسی نامشروع به ایدز مبتلا شده ناراحت می شوم	۱۷۷	(۲۹/۵)	۲۷۵	(۴۵/۸)	۱۱۲	(۱۸/۷)	۳۶	(۶)
من از ابتلا فردی که از طریق مادر یا انتقال خون آلوده شده ناراحت می شوم	۲۳۷	(۳۹/۵)	۲۸۸	(۴۸)	۵۴	(۹)	۲۱	(۳/۵)
به نظر من ایدز تقاص رفتار نادرستی است که این افراد مرتکب شده اند	۱۶۲	(۲۷)	۲۸۴	(۴۷/۳)	۱۳۰	(۲۱/۷)	۲۴	(۴)

متوسط به بیماری ایدز داشتند و ۱۵/۲٪ افراد از نگرش خوب برخوردار بودند.

۸۹٪ افراد اعتقاد داشتند که تمام افرادآلوده به ایدز و بیمار باید در مراکز جداگانه ای بستری شوند و ۸۹٪ افراد از بیماری ایدز وحشت داشتند و ۷۰٪ ترجیح دادند بمیرند. در مورد راه ابتلا به ایدز نگرش متفاوتی داشتند. ۶۷/۸٪ افراد از مردن همجنس بازی که مبتلا به ایدز بوده ناراحت نمی شوند و برعکس، ۷۵٪ افراد از مرگ فردی که از راه مشروع آلوده شده ابراز ناراحتی نمودند. در مورد ابتلا فرزند از طریق مادر ۸۷/۵٪ افراد ابراز ناراحتی کردند. ۱۴/۸٪افراد مورد بررسی با جمله ی من هیچ وظیفه ای برای کمک به فرد آلوده یا بیمار احساس نمی کنم، موافق بودند و ۸۹٪ افراد اعتقاد داشتند بیمار ایدزی حق درمان و مراقبت دارد و ۷۴٪ افراد مورد بررسی اعتقاد داشتند بیمار ایدزی باید تقاص رفتار نادرست خود را بدهد. ۸۸٪ افراد اعتقاد داشتند که بیمار ایدزی باید کارت شناسایی مخصوص داشته باشد و ۶۹٪ افراد معتقد بودند که تمام افراد آلوده به ایدز باید به مردم معرفی شوند.

۵۷٪ افراد مهمترین عامل پیشگیری از ابتلا را پرهیز از روابط جنسی خارج از خانواده می دانستند و ۶۳٪ آنها اعتقاد داشتند صدا و سیما بیشترین نقش را در آگاهی مردم دارد. جهت بررسی اثر توام متغیرهای مستقل برشانس ضعیف بودن دانش افراد از آنالیز رگرسیون لوجستیک استفاده شد که نتایج آن در جدول آمده است:

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-10]

جدول ۵: نتایج آنالیز رگرسیون لوجستیک برای متغیر دانش (خوب و ضعیف) و متغیر های مستقل

متغیر	B	SE	P Value	OR	OR Low	OR Up
سن			۰/۰۶۲			
گروه سنی ۳۵-۲۰	۰/۵۱۰	۰/۴۲۶	۰/۲۳۱	۱/۶۶۴	۰/۷۲۲	۳/۸۳۵
گروه سنی ۴۴-۳۶	۰/۷۷۴	۰/۳۳۱	<۰/۰۵	۲/۱۶۸	۱/۱۳۲	۴۱/۵۲
سطح سواد			<۰/۰۵			
بیسواد ،خواندن نوشتن	۱/۵۶۷	۰/۴۳۴	<۰/۰۰۱	۴/۷۹۴	۲/۰۴۹	۱۱/۲۱۹
ابتدایی ،راهنمایی	۰/۹۸۲	۰/۳۱۸	<۰/۰۵	۲/۶۷۰	۱/۴۳۱	۴/۹۸۳
سابقه کار			<۰/۰۵			
گروه (۵-۱)سال	-۰/۹۹۸	۰/۴۳۵	<۰/۰۵	۰/۳۶۹	۰/۱۵۷	۰/۸۶۴
گروه(۱۵-۶)سال	-۰/۸۶۸	۰/۳۲۹	<۰/۰۵	۰/۴۲۰	۰/۲۲۰	۰/۸۰۱
تعداد فرزند			<۰/۰۵			
یک فرزند	-۰/۷۵۰	۰/۳۸۳	۰/۰۵۰	۰/۴۷۲	۰/۲۲۳	۱/۰۰۱
دوفرزند	۰/۷۰۰	۰/۲۹۸	<۰/۰۵	۰/۴۹۷	۰/۲۷۷	۰/۸۹۱
تعداد مسافرت به خارج			۰/۳۲۸			
ندارد	۰/۵۰۶	۰/۵۱۶	۰/۳۲۷	۱/۶۵۸	۰/۶۰۴	۴/۵۵۶
یک بار	۰/۸۸۹	۰/۶۰۸	۰/۱۴۴	۲/۴۳۴	۰/۷۳۹	۸/۰۱۵
پایه رانندگی ۱	۰/۱۴۵	۰/۲۷۲	۰/۵۹۵	۱/۱۵۶	۰/۶۷۸	۱/۹۷۱
مجرد	۱/۷۳۷	۱/۲۱۲	۰/۱۵۲	۵/۶۷۹	۰/۵۲۸	۶۱/۱۲۷
کانستنت	-۱/۲۲۸	۰/۶۲۸	۰/۰۵۰	۰/۲۹۳		

نتایج نشان می دهد که شانس دانش ضعیف علارغم اینکه در گروه سنی اول، ۱/۶۶ برابر گروه سوم است، از نظر آماری معنی دار نیست چون فاصله اطمینان ۹۵٪ آن (۳/۳۸۵ ، ۰/۷۲۲) است و عدد یک را در بر می گیرد و p valueاز نظر عددی معنی دار نیست.

شانس دانش ضعیف در گروه سنی (۴۴-۳۶) ، ۲/۱۶ برابر گروه سنی سوم (۶۲-۴۵) بود که از نظر آماری معنی دار است: ۰/۰۵ >P و فاصله اطمینان ۹۵٪ آن (۴/۱۵۲-۱/۱۳۲) عدد یک را در بر نمی گیرد.

از نظر سطح سواد:

خطر دانش ضعیف در گروه (بیسواد، خواندن نوشتن) نسبت به گروه (دیپلم وبالاتر) ۴/۷۹ برابر است که از نظر آماری معنی دار است: p<۰/۰۰۱ و فاصله اطمینان ۹۵٪ آن (۱۱/۲۱۹-۲/۰۴۹) عدد یک را در بر نمی گیرد.

در مورد گروه (ابتدایی، راهنمایی) خطر دانش ضعیف نسبت به گروه (دیپلم و بالاتر) ۲/۶۷ برابر است و از نظر آماری معنی دار چون p<۰/۰۵ و فاصله اطمینان ۹۵٪ آن (۴/۹۸۳-۱/۴۳۱) عدد یک را در بر نمی گیرد.

سابقه کار:

دانش ضعیف در گروه اول (۵-۱) از گروه سوم (بیش از ۱۶سال) کمتر است. چون: OR= ۰/۳۶۹ که از نظر آماری

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-10]

جدول ۶: نتایج آنالیز رگرسیون لوجستیک برای متغیر نگرش (خوب وضعیف) و متغیر های مستقل

متغیر	B	SE	P Value	OR	Low	OR Up
سن			۰/۴۴۷			
گروه سنی (۳۵-۲۰)	۰/۷۱۳	۰/۶۸۸	۰/۳۰۰	۲/۰۴۰	۰/۵۲۹	۶/۸۶۵
گروه سنی(۴۴-۳۶)	۰/۶۹۶	۰/۵۷۲	۰/۲۲۴	۲/۰۰۶	۰/۶۵۴	۶/۱۵۵
سطح سواد			۰/۶۴۵			
بیسواد،خواندن نوشتن	۰/۵۴۰	۰/۸۷۱	۰/۵۳۵	۱/۷۱۷	۰/۳۱۱	۹/۴۶۶
ابتدایی،راهنمایی	۰/۶۹۶	۰/۵۷۲	۰/۳۵۰	۱/۷۳۴	۰/۵۴۷	۵/۵۰۴
تعداد فرزند			۰/۹۲۲			
یک فرزند	۰/۱۵۶	۰/۶۸۹	۰/۸۲۰	۱/۱۶۹	۰/۳۰۳	۴/۵۰۸
دو فرزند	۰/۲۲۵	۰/۵۵۸	۰/۶۸۷	۱/۲۵۲	۰/۴۲۰	۳/۷۳۶
کانستنت	-۱/۲۲۸	۰/۶۲۸	۰/۰۵۰	۰/۲۹۳		

معنی داراست، P<۰/۰۵ و فاصله اطمینان ۹۵٪ آن (۰/۱۵۷-۰/۸۶۴) عدد یک را در بر نمی گیرد. یعنی تازه کارها از میزان آگاهی بالاتری برخوردارند.

دانش ضعیف در گروه (۱۵-۶) از گروه (۱۶<=) کمتر است .چون: OR= ۰/۴۲۰ که از نظر آماری معنی داراست: P<۰/۰۵ و فاصله اطمینان ۹۵٪ آن (۰/۸۰۶-۰/۲۲۰) عدد یک را در بر نمی گیرد.

تعداد فرزند:

دانش ضعیف در گروهی که یک فرزند دارند نسبت به گروه سوم (سه و بیش از سه فرزند) کمتر است OR=۰/۴۷۲ ولی از نظر آماری معنی دار نیست: P= ۰/۰۵ و فاصله اطمینان ۹۵٪ آن (۱/۰۰۱-۰/۲۲۳) عدد یک را در بر می گیرد.

همچنین دانش ضعیف در گروهی که دو فرزند دارند نسبت به گروه سوم کمتر است زیرا OR= ۰/۴۹۷ و از نظر آماری معتبر است چون P<۰/۰۵ و فاصله اطمینان ۹۵٪ آن (۰/۸۹۱-۰/۲۷۷) عدد یک را در بر نمی گیرد کسانیکه تعداد فرزند بیشتر دارند میزان آگاهی پایین تری دارند.

تعداد مسافرت به خارج:

علارغم اینکه خطر دانش ضعیف در کسانی که مسافرت نداشته اند به گروه سوم (بیش از یکبار) ۱/۶۵ برابر است اما از نظر آماری معنی دار نمی باشد

چون P= ۰/۳۲۷ و فاصله اطمینان ۹۵٪ آن (۴/۵۵۶-۰/۶۰۴) عدد یک را در بر می گیرد.

همچنین علارغم اینکه خطر دانش ضعیف در گروهی که یکبار سفر داشته اند نسبت به گروه سوم ۲/۴۳ برابر بیشتر است اما از نظر آماری معنی دار نیست چون P=۰/۱۴۴ و فاصله اطمینان ۹۵٪ آن (۸/۰۱۵-۰/۷۳۹) عدد یک را در بر می گیرد.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-10]

پایه رانندگی:

علارغم اینکه دانش ضعیف درگروه پایه یک، ۱/۱۵ برابر پایه دو می باشد اما از نظر آماری معنی دار نیست زیرا فاصله اطمینان ۹۵٪ آن (۱/۹۷۱-۰/۶۷۸) عدد یک را در بر دارد.

وضعیت تاهل:

خطر دانش ضعیف در افراد مجرد ۵/۶۷۹ برابر متاهلین است اما از نظر آماری معنی دار نیست زیرا فاصله اطمینان ۹۵٪ آن (۶۱/۱۷۲ -۰/۵۲۸) عدد یک رادر بر دارد و p value معنی دار نیست.

تعیین تاثیر متغیر های موثر بر نگرش:

جهت بررسی اثر توام متغیر های مستقل برشانس ضعیف بودن نگرش افراد از آنالیز رگرسیون لوجستیک استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ آمده است.

نتایج نشان می دهد علارغم اینکه شانس نگرش ضعیف در گروه سنی اول، ۲/۰۴ برابر گروه سوم است اما از نطر آماری معنی دار نیست چون فاصله اطمینان ۹۵٪ آن (۶/۸۶۵-۰/۵۲۹) عدد یک را در بر دارد و میزان p value معتبر نیست.

همچنین در گروه سنی دوم خطر نگرش ضعیف ۲/۰۰۶ برابر گروه سنی سوم است اما از نظر آماری معتبر نیست زیرا فاصله اطمینان ۹۵٪ آن (۶/۱۵۵-۰/۶۵۴) عدد یک را در برمی گیرد و میزان عددی p value معتبر نیست.

سطح سواد:

علارغم اینکه شانس میزان نگرش ضعیف در گروه (بیسواد ،خواندن نوشتن) به نظر می رسد از گروه سوم بیشتر باشد (۱/۷۱ برابر) اما از نظر آماری (مقدار عددی p) معتبر نیست ضمن اینکه فاصله OR عدد یک را در بر دارد. (۰/۳۱۱-۹/۴۶۶)

در مورد گروه دوم سطح سواد هم این مساله صادق است.

تعداد فرزند:

علارغم اینکه به نظر می رسد شانس نگرش ضعیف در گروهی که فرزند ندارند، بیشتر است اما از نظر آماری معتبر نیست هم مقدار عددی p و محدوده اطمینان OR عدد یک را در بر دارد.

لذا متغیر های فوق (سن ،سطح سواد،تعداد فرزند) به نحو معنی دار بر روی نگرش افراد موثر نبوده اند.

بحث

۳۸/۷٪ افراد مورد بررسی از دانش خوب برخوردار بودند، ۳۵/۷٪ آنها دانش پایین داشتند. این میزان در بررسی شاترودی در هندوستان ۷۴٪ بود و در بررسی سینگ[3] ۲۸٪ بود [۱۹،۶]. باید گفت علی رغم اینکه ۵۹٪ افراد به سوال (استفاده از کاندوم درروابط جنسی از انتقال بیماری ایدز پیشگیری می کند) درست جواب دادند به نظر می رسد آموزش استفاده از کاندوم در جوانان کافی نیست. در مطالعه شاترودی در هندوستان بیش از ۸۰٪ استفاده از کاندوم را درپیشگیری موثر می دانستند [۶]. اما در تحقیق مشابه در پاکستان، این رقم کمتر از ۳۰٪می باشد [۱۵]. همانطور که در تجزیه و تحلیل آماری مشاهده می شود بیش از ۸۵٪ افراد از راههای انتقال بیماری مثل انتقال خون و سرنگ آلوده، تماس جنسی با همجنس و غیر همجنس اطلاع درستی داشتند اما دانش آنها در مباحث دیگر و مواردی که موجب سرایت نمی شوند کافی نبود (۱۶/۳٪ افراد می دانستند بیماری از طریق دست دادن منتقل نمی شود)، این مساله باعث برخوردهای ناصحیح با مبتلایان می شود، لذا ضرورت آموزش دقیق تر احساس می شود. در مورد درمان و پیشگیری با واکسن دانش افراد ضعیف بود لذا آموزش دقیقتر در این موارد موجب احساس خطر بیشتر و مراقبت بهتر برای عدم ابتلا به ایدز خواهد شد. در مورد تاثیر قرص های جلوگیری از بارداری در پیشگیری از ابتلا به ایدز ۲۵/۵٪ افراد پاسخ درست دادند لذا آموزش این مسایل خصوصا در مراکز بهداشت وتنظیم خانواده ضروری است. دراین پژوهش رابطه معنی داری بین سن رانندگان و میزان دانش به ایدز وجود داشت به طوری که میزان دانش به ایدز با افزایش سن، روند رو به افزایش داشته است که این نتیجه مشابه نتایج مطالعه هاسکارو[4]، سپهی، محمدی و شاکریان می باشد [۱۱،۱۰،۹،۷]. هم چنین در این مطالعه ارتباط معنی داری بین سطح سواد و دانش به ایدز وجود داشت. به طوری که با افزایش سطح سواد، میزان دانش نیز افزایش داشت. p< ۰/۰۵ که مشابه نتایج تحقیقات محمدی،

3- Singh
4 -Bhaskararoo

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-10]

شاکریان، تسبندی [۸،۱۰،۱۲] و تحقیقات وایو[5] درآفریقای شمالی [۱۳] است. در مطالعه اوسابو و نیز در مطالعه مشابه در کوالالامپور ارتباط معنی داری بین میزان دانش و تاهل وجود داشت [۸،۱۴،۱۵] در مطالعه ما اکثر افراد متاهل بودند و ارتباط مثبت پیدا شد اما پس از بررسی رگرسیون لوجستیک مشخص شد ارتباط پیدا شده معنی دار نبوده است. در آنالیز رگرسیون لجستیک نشان داده شد که افرادی که بیش از سه فرزند داشتند به طور معنی داری دانش پایین تری از افراد دارای دو فرزند داشتند. البته در مطالعات دیگر بر روی تعداد فرزند کار نشده بود.

در بحث اعتیاد به نظر می رسد افراد پاسخ صادقانه نداشتند. (بدلیل ترس از عدم صدور کارت سلامت) اما کلیه افراد از نظر وجود مورفین در ادرار بررسی شدند و مورد مثبت یافت نشد. در تجزیه و تحلیل انجام شده اکثر افراد از نگرش متوسط (نمره۱۱-۸) برخوردار بودند. در بررسی سوالات نگرش به نظر می رسد ننگ بیماری موجب نگرش منفی افراد بوده است و طریقی که فرد به ایدز مبتلا شده تاثیر زیادی در این نگرش داشته است، ۷۰٪ افراد اعتقاد داشته اند ابتلا به ایدز تقاص رفتارهای نادرست فرد مبتلاست. این مساله موجب برخوردهای نامناسب با افراد آلوده می شود که می تواند آثار شومی از قبیل مخفی کردن آلودگی وانتقام را در پی داشته باشد. لذا ضرورت آموزش و از بین بردن نگرش منفی و عامل ننگ مشخص می شود. سن و سواد ارتباط مثبت با نگرش به ایدز داشتند مانند آنچه سپهی و محمدی بدست آورده بودند [۹،۱۰]. در این تحقیق، با افزایش سن و سواد میزان نگرش افزایش نشان داد. اما در آنالیز رگرسیون ارتباط معنی دار رد شد.در مورد تاهل ونگرش به ایدز رابطه معنی داری پیدا نشد. برخلاف نتایج دیگران از قبیل مطالعه سپهی و محمدی [۹،۱۰]. شاید دلیل اختلاف، این باشد که ۹۰٪ افراد مورد بررسی در تحقیق ما متاهل بودند. در بررسی اثرات نسبی عوامل موثر برنگرش با رگرسیون لوجستیک، سن، سطح سواد، تعداد فرزند، ارتباط معنی دا ری با نگرش نداشت.

نتیجه گیری

یافته های این مطالعه، اطلاعات مهم و ضروری درباره میزان آگاهی، نگرش رانندگان که اکثرا در سن جوانی بودند را فراهم نمود و ضرورت ارتقاء آموزش راههای پیشگیری ودرمان و خصوصا شناخت راههایی که باعث انتقال ایدز نمی شوند، را نشان داد. باید به یاد داشته باشیم که یکی از موانع بر سر واکنش جهانی علیه ایدز عامل ننگ است. ارتباط تنگاتنگ بیماری ایدز با مباحث جنسی و رفتارهای پرخطر جنسی موجب شده سخنی دراین زمینه و راههای پیشگیری از آن در رسانه ها و آموزش های عمومی مطرح نشود، درحالی که مساله استفاده از وسایل تزریقی مشترک بسیار مطرح و راههای پیشگیری عملی از آن اعلام می شود، واکنش رسانه ها و مسوولان به گسترش ایدز از طریق روابط جنسی سکوت است که این مساله با همکاری تمام ارگانها باید تغییر کند.

پیشنهادات

۱- افزایش آموزش ها برای کلیه مخاطبین ازصدا و سیما و مخابرات از طریق دادن پیام های مناسب خصوصا در زمانی که رانندگان در طول جاده طی مسیرمی کنند.

۲- نصب تابلو و پوستر های آموزشی در توقفگاه های بین راه جهت آگاهی بیشتر رانندگان از ایدز و راههای پیشگیری از ابتلا

۳- افزایش مطالعات و تحقیقات هم به لحاظ آموزش و هم شناسایی عوامل مرتبط با ایجاد آلودگی به ایدز

۴- تشویق افراد به انجام آزمایش ایدز خصوصا الزام آن در کارت سلامت جهت شناسایی موارد آلوده

۵- تشویق روحانیون به آموزش پیشگیری از ایدز با کمک گرفتن از آموزه های دینی

۶- ترویج فرهنگ درست رفتار با افراد مبتلا و تلاش برای تغییر رفتار و نگرش مردم به ایدز

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از معاونت آموزشی و پژوهشی دانشگاه، مدیریت دانشکده پرستاری و مامایی و مرکز بهداشت بجنورد که در اجرای طرح همکاری داشته اند، تشکر و قدردانی می نمایند. این طرح در تاریخ ۱۳۸۹/۱۲/۲۱ با کد RD/8904 در جلسه شورای پژوهشی دانشکده پرستاری، مامایی به تصویب رسید.

5 -Bwayo

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-10]

References

1. CDC , Center for disease control and prevention late HIV Testing 34 state ,1996-2005, MMWR 2009;58(24):661-5
2. UNAIDS/WHO ,AIDS epidemic; update November 2009
3. Bennet Rand A, Erin C, HIV and AIDS testing,Screening and confidentiality 2001, BOOK
4. Angela H,"et al", Impact of prison Status on HIV/Related Risk Behaviors Original Paper AIDS Behavior 1996
5. Mc Coy H,"et al" , The effect of migration Patterns on Exposure to HIV Prevention in migrant community 1999 (population Research and policy re view 18:155-168 1999)
6. Schaturvedi ,"et al", Sexual Behavior Among Long Distance Truck 2006 , Indian journal of community medicine vol 31,no3,july,septamber2006
7. Bhaskararoo D, Sexual Behavior in high risk group in Klong Toy 2000,ASCF Investigation
8. Awsabo A," et al", Sexuallbehaviour(NECTOL) 2000, Ntozietall (2000) HIV/AIDS Intervention (NECTOL)
9. Sepahi M," et al" ,evaluation of knowledge ,attitude to AIDS in Ghom university student t:comparing intervention program, BMC public Health 2002
10.Mohammadi M ,"et al" , HIV/AIDS awareness and attitude among people have been referred to consult center before marriage Kerman Iran 2007[Persian]
11.Shakerian A, "et al ", Knowledge ,attitude toward AIDS/HIV among student of medicine and no medicine in Sanandag university 2007[Persian]
12.Tasbandi R," et al" , Knowledge ,attitude toward AIDS/HIV among students of high schools of Sabzevar 2007
13.Bwayo, "etal" , Long distance drivers knowledge and attitude concerning sexually transmitted disease and sexual behavior 2000, East African Med J 2000;72-81
14.Jostenu L, "et al", preventing HIV infection through peer education and condom promotion among truck drivers and their sexual partner in Tanzania, 1990-1993 AIDS Care Feb
15.FaridEsack and Sarah Chiddy , Islam and AIDS Between scorn ,Pity and Justice.Oxford one world, 256pp.2009
16.Bikaako-kajura,W: AIDS and Transport The experience of ugandan road and rail transport workers and their unions 2004 International transport workers Federation.
17.Ramjee G, "et al", prevalence of HIV among Truck drive visiting sex worker in Kwazolu-Natal,South Africa.SexTransm.Dis.2002
18.LankoandeS,Meda N HIV infection in truck drivers in Burkinafaso: a seroprevalance survey1998,Medicine Tropical
19.G.Singh,S."et al",: HIV/AIDS/Awareness of Auto Ring show driver in Ludhiana city. punjab-India 2008 , The Internet Journal of Health2008
20.Mahamed&pacca: CAP Study on Truck drivers inMaputo/Mozambiqe ; prevention roadblocks in a group passing throgh high-prevalence zones, 2002 International Conferences on AIDS

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-10]

Original Article

Knowledge, Attitudes toward AIDS/HIV and its risk factor in applicant for drivers' health card referred to health center of Bojnurd, Iran 2011

Shahinfar J[1] , Masrurnia M[2] , Majlesi F[3]*

[1]Anesthesiologist,Faculty member of North Khorasan University of Medical Sciences ,Bojnurd ,Iran
[2]MD,MPH, North Khorasan University of Medical Sciences ,Bojnurd ,Iran
[3]MD,MPH,MSC,Faculty member of Tehran University of Medical Sciences ,Tehran ,Iran

***Corresponding Author**:
School of Nursing and Midwifery ,Bojnurd ,Iran
Email:jshahinfar@yahoo.com

Abstracts

Background & Objectives*: Acquired immune deficiency syndrome, AIDS, is a global hygienic and medical problem. It is a progressive incurable but preventable disease. The aim of this study was assess the knowledge, attitudes to AIDS in the applicant for drivers' health card referred to the health center of Bojnurd in 2011.*

Material & Methods*: In a cross - sectional study 600 drivers were asked to answer the questionnaire containing two sections: demographic information and questions about knowledge and attitude to AIDS respectively. Data were analyzed by chi-square test using SPSS version 16.*

Results:*45.3% of participants were at age between 20-25years old, education level of 47% of them were in elementry school, 37.8% of drivers had good knowledge, 26.5% had average and almost 35.7% had low knowledge to AIDS respectively. Knowledge related with age, education, the number of children and work experience .15.2% of them had good attitude. There was a positive correlation between age and attitude*

Conclusion*:Less than 30% of them were aware of the ways of HIV transmission. Knowledge of treatment and prevention of HIV was little .Therefore it needs as necessity to promote public knowledge and act about AIDS and through media, schools and health centers.*

key words*: AIDS, Attitude,Drivers,Health card,Knowledge*

Submitted:24 Feb 2013
Revised:17 Apr 2013
Accepted:11June 2013

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-10]