خون
فصلنامه پژوهشی
دوره ۸ شماره ۳ پاییز ۹۰ (۲۲۸-۲۱۷)

مقاله پژوهشی

ترس از خطر ابتلا، تمایل و تبعیض در مراقبت و درمان بیماران مبتلا به ایدز در پرستاران

شراره ضیغمی محمدی[۱]، اسماعیل زینعلی[۲]، حبیب‌اله اسماعیلی[۳]، علیرضا نیکبخت نصرآبادی[۴]

چکیده

سابقه و هدف

تماس شغلی با خون و ترشحات آلوده بدن بیماران مبتلا به ایدز، خطر ابتلا به ایدز را در پرستاران افزایش می‌دهد. این موضوع ممکن است بر تمایل پرستاران به مراقبت از بیمار مبتلا به ایدز اثر گذارد. هدف از مطالعه حاضر، تعیین ترس از خطر ابتلا به ایدز از طریق تماس شغلی، تمایل به مراقبت و تبعیض در مراقبت و درمان بیماران مبتلا به ایدز درمیان پرستاران بود.

مواد و روش‌ها

در یک مطالعه توصیفی مقطعی، ۱۶۵ پرستار بخش داخلی و عفونی از چهار بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران و شهید بهشتی مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل فرم مشخصات دموگرافیک، مقیاس درک خطر، پرسشنامه تمایل به مراقبت از بیمار مبتلا به ایدز و پرسشنامه تبعیض در برابر بیماران مبتلا به ایدز بود. یافته‌ها توسط آزمون‌های t ، ضریب همبستگی پیرسون و نرم‌افزار ۱۴ SPSS تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

۳۶/۴٪ پرستاران، ترس شدید از خطر ابتلا به ایدز و ۸۱/۸٪ تمایل خنثی به مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز داشتند. ۵۴/۵٪ پرستاران موافق با انجام اقدامات تبعیض‌آمیز تا حد متوسطی در برابر بیماران مبتلا به ایدز بودند. ترس از خطر ابتلا به ایدز با تبعیض در مراقبت و درمان بیماران مبتلا به ایدز و تمایل به مراقبت، ارتباط آماری معناداری داشت(به ترتیب p= ۰/۰۰۷ و p= ۰/۰۰۳).

نتیجه گیری

افزایش آگاهی پرستاران از اصول احتیاط همه جانبه، حقوق بیماران و اخلاق حرفه‌ای به منظور کاهش ترس از خطر ابتلا و تبعیض در مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز ضرورت دارد.

کلمات کلیدی: ایدز، پرستاران، ترس، تبعیض

تاریخ دریافت : ۸۹/۸/۱۸
تاریخ پذیرش : ۹۰/۳/۲۹

۱ـ مؤلف مسؤول: کارشناس ارشد پرستاری ـ مربی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج ـ ایران ـ صندوق پستی: ۳۱۴۸۵-۳۱۳
۲ـ متخصص بیماری‌های عفونی و گرمسیری ـ بیمارستان تامین اجتماعی کرج ـ ایران
۳- دکترای تخصصی آمار زیستی ـ دانشیار دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد ـ ایران
۴ـ دکترای پرستاری ـ دانشیار گروه پرستاری داخلی جراحی ـ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران ـ ایران

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-10-30]

مقدمه

از جمله راه‌های انتقال ویروس HIV ، تماس جلدی(فرو رفتن سرسوزن یا بریدگی با اجسام تیز و برنده)، تماس مخاط‌ها و پوست غیر سالم(درماتیت، خراشیدگی پوستی) با خون، ترشحات آلوده به خون و یا مایعاتی مانند مایع مغزی نخاعی، پلور، پریتوئن، پریکارد و سینوویال است(۱). پرستاران به دلیل رگ‌گیری و تزریقات، بیشتر در تماس با بیماران، سوزن و آنژیوکت آلوده هستند و بیشترین مواجهه در آنان دیده می‌شود(۲، ۱). مطالعه محمدنژاد در سال ۱۳۸۹ نشان داد که مواجهه شغلی با اشیای نوک تیز، ۴۷/۰۵٪ بوده و۶۵/۶٪ از پرستاران در طول مدت فعالیت خود دچار نیدل استیک(تماس با سوزن) می‌شوند(۳). خبر اولین مورد انتقال ایدز به یک کارمند بهداشتی، در سال ۱۹۸۴ منتشر گردید(۴). بر اساس گزارش مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها، تقریباً سالیانه ۶۰۰۰۰۰ کارمند بهداشتی در ایالات متحده در تماس با خون بیمار قرار می‌گیرند(۵).

ترس از خطر ابتلا به ایدز، پرستاران را دچار هراس و وحشت می‌کند و این امر باعث می‌شود که پرستاران از تماس و ارایه مراقبت‌های مستقیم از بیمار مبتلا اجتناب نمایند. نتایج مطالعه دبیریان در سال ۲۰۰۸ نشان داد که از دیدگاه بیماران مبتلا به ایدز، خدمات پرستاری ارایه شده به آنان نتوانسته است تامین کننده خواسته‌ها و انتظارات بیماران مبتلا باشد. به طوری که ۲۷/۹٪ بیماران مبتلا به ایدز، کیفیت مراقبت‌های پرستاری را متوسط و ۱۴/۳٪، کیفیت مراقبت‌ها را ضعیف ارزیابی کرده بودند(۶). یکی از دلایل کاهش تعداد پرستاران در کنار نارضایتی از محیط کار و پرسنل ناکافی، ترس و نگرانی از احتمال ابتلا به ایدز و انتشار آن در خانواده از طریق تماس شغلی با بیمار است(۷). نتایج تحقیقی در تانزانیا نشان داد که ۷۲٪ کارکنان بهداشتی، خود را در معرض خطر آلودگی به ایدز در محیط کار می‌بینند و ۸۵٪ آنان تمایلی به مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز ندارند(۸). در مطالعه چن در سال۲۰۰۴، ۵۰٪ پرستاران درباره احتمال خطر ابتلا به ایدز در محیط کار مضطرب و نگران بودند و ۴۹٪ از تماس با این بیماران اجتناب می‌کردند(۹). نتایج مطالعه کرمود در سال ۲۰۰۵ نشان داد که ۹۱ ٪ کارکنان بهداشتی خود را در معرض خطر ابتلای شغلی به ایدز می‌بینند(۱۰). در مطالعه امیدوار، ۷۶٪ دانشجویان پرستاری و مامایی از این که مراقبت از یک بیمار آلوده به ایدز را به عهده بگیرند و یا این که عامل زایمان یک فرد HIV مثبت باشند، خودداری می‌کردند(۱۱).

از جمله حقوق انسان، حفظ حرمت و عزت او در مواقع بیماری است که می‌بایست به دور از تبعیض سنی و جنسی و دارا بودن قدرت مالی، از جسم، جان و سلامت او در محیطی سرشار از احترام، مراقبت کافی و با کیفیت مطلوب به عمل آید(۱۲). اما عدم رعایت رازداری، عدالت در مراقبت از بیماران، حفظ ارزش‌های اخلاقی در مراقبت، توانایی در تشخیص معضلات اخلاقی مراقبت و نحوه مواجهه صحیح با آن از نگرانی‌های اصلی اخلاقی در حوزه مراقبت می‌باشد(۱۳). تبعیض در مراقبت و درمان بیماران مبتلا به ایدز، از مسایل چالش‌برانگیز در حیطه اخلاق حرفه‌ای است(۱۴). اجتناب از پذیرش بیماران مبتلا به ایدز در مراکز درمانی با بهانه‌های نداشتن پزشک یا تخت خالی، نسب تابلوهای +HIV بالای سر و روی برگه‌های مختلف درمانی و پرونده بیمار، شایعه‌پراکنی در ارتباط با وضعیت بیمار، ثبت هزینه‌های جداگانه کنترل عفونت، رعایت بیشترین حد ایزولاسیون، ارایه خدمات درمانی پایین‌تر از حد استاندارد و رفتارهای تحقیرآمیز کادر بهداشتی با بیماران مبتلا به ایدز، انجام آزمایش‌های ایدز بدون مشورت با بیمار، خودداری از هر گونه تماس و ایزولاسیون کامل بیمار، استفاده از دستکش در هر ارتباطی، حتی در زمانی که تماس فیزیکی وجود ندارد، آگاه کردن خانواده بیمار مبتلا به ایدز از بیماری وی بدون مشورت و یا اجازه او، تنها چند مورد از موارد تبعیض در امر مراقبت و درمان بیماران مبتلا به ایدز می‌باشند(۱۹-۱۵). مراکز ارایه‌کننده خدمات بهداشتی و درمانی، بیشترین مراکزی هستند که بیماران مبتلا به ایدز، به طور مکرر در معرض تجربه رفتارهای تبعیض‌آمیز و درمان غیر منصفانه و ناعادلانه، قرار می‌گیرند(۲۰، ۱۵). بیش از یک سوم مبتلایان به ایدز، در محیط‌های بهداشتی ـ درمانی با رفتارهای تبعیض‌آمیز شدیدی روبه‌رو شده‌اند(۲۱). ۴۷٪ کارکنان

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-10-30]

مراکز بهداشتی در تانزانیا و ۸۹/۱٪ کارکنان مراکز بهداشتی در رواندا، وجود تبعیض در برابر بیماران مبتلا به ایدز را تایید کرده‌اند(۲۲، ۸).

تبعیض در ارایه خدمات درمانی و مراقبتی به بیماران مبتلا به ایدز، اثر نامطلوبی بر پیشگیری، درمان و مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز می‌گذارد(۲۳). به طوری که بیشتر بیماران به دلیل ترس از برخوردهای نامناسب، بیماری خود را مخفی کرده و در مراکز بهداشتی صحبتی از ابتلا به آن به میان نمی‌آورند(۲۵، ۲۴). رفتارهای تبعیض‌آمیز در محیط‌های بهداشتی ـ درمانی نسبت به بیماران مبتلا به ایدز، مانع از شرکت آنان در برنامه‌های پیشگیری از انتقال ایدز از مادر به بچه و یا انتقال ایدز به دیگران، مشاوره، انجام آزمایش‌ها، پیگیری، درمان و مراقبت می‌گردد(۲۷، ۲۶). تبعیض در برابر بیماران مبتلا به ایدز، منجر به کاهش اعتماد به نفس بیماران، مشکلات روانی – اجتماعی و کاهش کیفیت زندگی شده و بر خشنودی از زندگی، کنترل درونی، ارتباطات اجتماعی و درک فرد از سلامت خود تاثیر منفی می‌گذارد(۳۰–۲۸).

ارتقای کیفیت مراقبت‌های پرستاری، از اهم اهداف مراقبت‌ها از بیماران مبتلا به ایدز است، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ترس از خطر ابتلا به ایدز، تمایل به مراقبت و تبعیض در مراقبت و درمان بیماران مبتلا به ایدز در پرستاران طراحی و اجرا گردید.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی- مقطعی بود. جامعه آماری این مطالعه را ۱۶۵ پرستار شاغل در بخش‌های عفونی و داخلی چهار بیمارستان منتخب از بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (بیمارستان امام خمینی تهران، بیمارستان لقمان، لبافی‌نژاد و مسیح دانشوری) در سال ۱۳۸۸ تشکیل می‌دادند. شرط ورود به مطالعه دارا بودن حداقل یک سال سابقه کار و تمایل به شرکت در پژوهش بود. پس از اخذ موافقت کتبی از مسؤولین دانشگاه و بیمارستان‌ها برای انجام پژوهش، اطلاعات توسط یک کمک پژوهشگر آموزش دیده و به روش خود گزارشی به مدت یک ماه جمع‌آوری گردید. نحوه اجرای پژوهش بدین صورت بود که پژوهشگر به طور روزانه با مراجعه به بیمارستان‌های مذکور در سه شیفت مختلف، ابتدا در بخش‌های مورد نظر حضور یافته و سپس با توجه به معیار شمول(حداقل یک سال کار در بخش مورد نظر و تمایل به شرکت در مطالعه)، ضمن توضیح هدف کلی پژوهش، ابزار پژوهش را به ترتیب در ابتدای شیفت کاری در اختیار آن‌ها قرار می‌داد تا در محل کار به روش خود گزارشی به آن پاسخ داده شود و سپس در انتهای شیفت پرسشنامه‌های تکمیل شده را جمع‌آوری می‌نمود. شیوه جمع‌آوری اطلاعات برای تمامی واحدهای پژوهش یکسان بود. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای بی‌نام متشکل از پنج بخش بود.

بخش اول: شامل مشخصات دموگرافیک(سن، جنس ، تحصیلات، درآمد، وضعیت تاهل، بخش، سمت، نوبت کاری، سابقه کار، سابقه کار در بخش فعلی) بود.

بخش دوم: مقیاس درک خطر بود که به ارزیابی احتمال ابتلا به ایدز طی تماس تصادفی با بیمار، مانند تماس با پوست بدن و عطسه بیمار و... یا از طریق انجام اقداماتی مانند پانسمان زخم، قرار دادن کانولای وریدی، فرآیند زایمان، جراحی و نیدل استیک شدن می‌پرداخت. این ابزار شامل۲۰ گویه بود که هر گویه توسط مقیاس چهار نقطه‌ای لیکرت از ۱(بی‌خطر)، ۲(خطر کم)، ۳ (خطر متوسط) تا ۴ (خطر زیاد) نمره‌گذاری گردیده است. ۵ گویه به بررسی احتمال ابتلا در حین تماس تصادفی و ۱۵ گویه به بررسی احتمال ابتلا حین انجام اقدامات می‌پردازد. دامنه امتیازات بین ۲۰ تا ۸۰ بود و نمره بالاتر، به ترس بیشتر از خطر ابتلا به ایدز از طریق تماس شغلی تعلق می‌گرفت. در این مطالعه امتیاز بین ۲۰ تا ۴۰ ترس خفیف از خطر ابتلای شغلی به ایدز، امتیاز بین ۴۰ تا ۶۰ ترس متوسط از خطر ابتلای شغلی به ایدز و امتیاز بین ۶۰ تا ۸۰ ترس شدید از خطر ابتلای شغلی به ایدز بود.

بخش سوم: پرسشنامه تمایل به مراقبت از بیمار مبتلا به ایدز ابزاری بود که توسط جردن در سال۱۹۹۱ با هدف اندازه‌گیری تمایل به مراقبت از بیمار مبتلا به ایدز طراحی گردید. این ابزار شامل ۱۴ عبارت می‌باشد که ۱۰ عبارت بار منفی و ۴ عبارت بار مثبت دارد و هر گویه توسط

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-10-30]

مقیاس ۵ نقطه‌ای لیکرت از خیلی مخالفم تا خیلی موافقم از نمره صفر تا ۴ نشانه‌گذاری گردیده است. نمره کل این ابزار بین صفر تا ۵۶ و نمره بالاتر نشان‌دهنده تمایل کمتر به مراقبت از بیمار مبتلا به ایدز بود. در این پرسشنامه نمره کمتر از ۱۸ تمایل به مراقبت، ۱۹ تا ۳۷ نگرش خنثی به مراقبت و نمره ۳۸ تا ۵۶ ، عدم تمایل به مراقبت تعریف گردید.

بخش چهارم: پرسشنامه تبعیض در مراقبت و درمان بیماران مبتلا به ایدز بود که توسط ۲۰ گویه و با استفاده از مقیاس ۵ قسمتی لیکرت(همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، به ندرت، هرگز) بررسی گردید. حداقل نمره ۲۰ و حداکثر نمره ۱۰۰ بود. نمره بالاتر در این ابزار نشانه تبعیض بیشتر در مراقبت و درمان بیماران مبتلا به ایدز است. میزان تبعیض در مراقبت و درمان بیماران مبتلا به ایدز براساس امتیاز کسب شده از ابزار، به صورت تبعیض کم(کمتر از ۳۳) تبعیض در حد متوسط(بین ۳۳ تا ۶۶) و تبعیض زیاد(بیشتر از ۶۶) طبقه‌بندی گردید.

در مطالعه فعلی به منظور تعیین ضریب پایایی پرسشنامه از روش بازآزمایی مجدد استفاده گردید که به این منظور پرسشنامه‌ها در دو مرحله به فاصله ۱۰ روز در اختیار ۱۰ نفر از پرستاران قرارداده شد و آلفای کرونباخ حاصل از دو آزمون برآورد گردید. ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر برای پرسشنامه درک خطر(r=۰/۸۴)، تمایل به مراقبت از بیمار مبتلا به ایدز(r=۰/۸۱) و تبعیض در مراقبت و درمان بیماران مبتلا به ایدز(r=۰/۸۱) به دست آمد.

به منظور رعایت اصول اخلاقی، به کلیه نمونه‌های پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده محرمانه بوده و نیاز به ذکر نام نیست، هم چنین به مسؤولین پرستاری بیمارستان‌ها اطمینان داده شد که در صورت تمایل آن‌ها، نتایج پژوهش در اختیارشان قرار داده خواهد شد. پس از جمع‌آوری اطلاعات مربوط به داده‌ها، آن‌ها کدبندی و وارد رایانه شدند و پس از حصول اطمینان از صحت ورود، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در این پژوهش جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. برای توصیف مشخصات واحد پژوهش، از جداول توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار استفاده گردید. جهت بررسی ارتباط میان متغیرهای دموگرافیک با متغیرهای اصلی مطالعه، از آزمون t برای گروه‌های مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه و ضریب همبستگی پیرسون، برای بررسی رابطه بین نمره ترس از خطر ابتلا به ایدز از طریق تماس، نمره تمایل به مراقبت از بیمار مبتلا به ایدز و تبعیض در مراقبت و درمان بیماران مبتلا به ایدز استفاده شد. سطح معنادار در این پژوهش ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از ۱۸۰ پرسشنامه توزیع شده، در نهایت ۱۶۵(میزان پاسخگویی به پرسشنامه‌ها ۹۱/۶٪) پرسشنامه تکمیل و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میانگین سنی افراد شرکت‌کننده ۴/۶۳ ± ۳۲/۰۴ سال با دامنه سنی ۲۱ تا ۴۶ سال بود. اکثر آنان مؤنث(۷۵/۲٪) و ۸۳/۶٪ دارای تحصیلات لیسانس بودند. از نظر وضعیت تاهل، ۶۰٪ متاهل بودند. میانگین درآمد ماهیانه ۱۳۵ ± ۴۶۰ هزار تومان بود. ۵۸/۲٪ در بخش داخلی و ۴۱/۸٪ در بخش عفونی مشغول به کار بودند. ۸۳٪ پرستار و مابقی بهیار (۱۷٪) بودند. میانگین سابقه کاری پرسنل ۶/۷۴ ± ۸/۸۲ سال و میانگین سابقه کار در بخش فعلی ۳/۸۱ ± ۳/۴۳ سال بود. میانگین نمره ترس از خطر ابتلا به ایدز حین تماس تصادفی با بیمار، ۲/۶۴ ± ۹/۳۳ با دامنه ۴ تا ۱۶ امتیاز، میانگین نمره ترس از خطر ابتلا به ایدز حین انجام اقدامات درمانی ۸/۲۰ ± ۴۶/۴۸ با دامنه ۲۴ تا ۶۴ امتیاز و میانگین نمره کلی ترس از خطر ابتلا به ایدز از طریق تماس شغلی ۸/۹۴ ± ۵۷/۴۳ با دامنه ۳۵ تا ۸۰ امتیاز بود(جدول ۱). در مطالعه حاضر ۳/۶٪ ترس خفیف، ۶۰٪ ترس متوسط و ۳۶/۴٪ ترس شدیدی از خطر ابتلا به ایدز از طریق تماس شغلی داشتند.

میانگین نمره تمایل به مراقبت از بیمار مبتلا به ایدز ۶/۲۰ ± ۳۰/۳۰ با دامنه ۱۶ تا ۴۵ بود. طبقه‌بندی امتیازات حاکی از آن بود که ۰/۶٪ از پرستاران تمایل به مراقبت از بیمار مبتلا به ایدز داشتند، ۸۱/۸٪ تمایل خنثی به مراقبت از

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-10-30]

بیماران مبتلا به ایدز داشتند و ۱۷/۶٪ تمایلی به مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز نداشتند.

میانگین نمره تبعیض در ارایه خدمات درمانی و مراقبتی به بیماران مبتلا به ایدز ۱۰/۵۵ ± ۳۷/۹۴ با دامنه ۲۰ تا ۸۲ بود و از دید ۵۴/۵٪ از پرستاران، تبعیض در حدود متوسطی در درمان و مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز صورت می‌گیرد.

بیشترین موارد تبعیض در درمان و مراقبت مربوط به استفاده از وسایل محافظتی (دستکش ـ ماسک ـ عینک و..) در تماس با بیمار مبتلا به ایدز حتی در صورت عدم احتمال تماس با خون و ترشحات(۱/۳۰ ± ۳)، انجام آزمایش‌های مربوط به ایدز بدون اجازه بیمار(۱/۴۵ ± ۲/۹۳)، استفاده از دو دستکش در زمان تماس با بدن بیمار مبتلا(۱/۲۹± ۲/۴۹)، نگهداری بیمار در اتاق‌های ایزوله (۱/۳۰ ± ۲/۲۸) و بی‌توجهی به حفظ اسرار بیمار(۱/۱۳ ± ۲/۱۵) بود. آزمون ضریب همبستگی پیرسون ارتباط معناداری بین نمره کلی ترس از خطر ابتلا به ایدز از طریق تماس شغلی با نمره تمایل به مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز(r=۰/۲۱۰ p=۰/۰۰۷) و نمره تبعیض در درمان و مراقبت بیماران مبتلا به ایدز نشان داد(p=۰/۰۰۳ r=۰/۲۳۲). اما ارتباطی بین نمره تبعیض در مراقبت و درمان بیماران مبتلا به ایدز با تمایل به مراقبت مشاهده نشد.

در بررسی رابطه میان متغیرهای دموگرافیک با متغیرهای اصلی مطالعه، نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون ارتباط معناداری بین نمره ترس از خطر ابتلا به

جدول ۱: بررسی متغیرهای دموگرافیک، میانگین نمره ترس از خطر ابتلا به ایدز از طریق تماس شغلی و تمایل به مراقبت و تبعیض در مراقبت و درمان بیماران مبتلا به ایدز از دیدگاه پرستاران(تهران، ۱۳۸۸)

		درصد	تعداد	میانگین ± انحراف معیار
سن(سال)				۳۲/۰۴ ± ۴/۶۳
جنس	مرد	۲۴/۸	۴۱	
	زن	۷۵/۲	۱۲۴	
تحصیلات	دیپلم	۱۲/۱	۲۰	
	فوق دیپلم	۱/۲	۲	
	لیسانس	۸۳/۶	۱۳۸	
	فوق لیسانس	۳	۵	
تاهل	مجرد	۳۸/۲	۶۳	
	متاهل	۶۰	۹۹	
	جدا شده	۱/۸	۳	
درآمد(هزار تومان)				۴۶۰/۲۷ ± ۱۳۵/۲۱۰
بخش	عفونی	۴۱/۸	۶۹	
	داخلی	۵۸/۲	۹۶	
سمت	پرستار	۸۳	۱۳۷	
	بهیار	۱۷	۲۸	
سابقه کاری(سال)				۸/۸۲ ± ۶/۷۴
سابقه کار در بخش فعلی(سال)				۳/۴۳ ± ۳/۸۱
نمره کلی ترس از خطر ابتلا به ایدز از طریق تماس شغلی				۵۷/۴۳ ± ۸/۹۴
نمره تمایل به مراقبت از بیمار مبتلا به ایدز				۳۰/۳۰ ± ۶/۲۰
نمره تبعیض در درمان و مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز				۳۷/۹۴ ± ۱۰/۵۵

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-10-30]

جدول ۲: ارتباط ترس از خطر ابتلا به ایدز از طریق تماس شغل با برخی متغیرهای مورد بررسی

		میانگین ± انحراف معیار	آزمون آماری	
سن			p= ۰/۱۶۶	r= − ۰/۱۰۸
جنس	مرد	۵۷/۳۳ ± ۸/۸۳	p= ۰/۹۳۵	T= – ۰/۰۸۱
	زن	۵۷/۴۶ ± ۹/۰۲		
تحصیلات	دیپلم	۵۴/۴۵ ± ۸/۰۶	p= ۰/۲۹۶	F= ۱/۲۴۴
	فوق دیپلم	۵۱ ± ۵/۶۵		
	لیسانس	۵۷/۹۴ ± ۹/۰۱		
	فوق لیسانس	۵۷/۶۰ ± ۱۰/۴۷		
تاهل	مجرد	۵۸/۲۶ ± ۸/۸۴	p= ۰/۱۰۱	F= ۲/۳۲۱
	متاهل	۵۶/۶۱ ± ۸/۹۶		
	جدا شده	۶۶/۶۶ ± ۴/۷۲		
درآمد			p= ۰/۹۶۳	r= ۰/۰۰۴
بخش	عفونی	۵۵/۷۲ ± ۸/۴۹	p= ۰/۰۳۸	T= ۲/۰۹۷
	داخلی	۵۸/۶۵ ± ۹/۱۰		
سمت	پرستار	۵۷/۶۷ ± ۸/۷۹	p= ۰/۴۳۲	T= – ۰/۷۸۸
	بهیار	۵۶/۲۱ ± ۹/۷۵		
سابقه کاری(سال)			p= ۰/۷۰۹	r= – ۰/۰۲۹
سابقه کار در بخش فعلی(سال)			p= ۰/۸۴۷	r= ۰/۰۱۵

جدول ۳: ارتباط تمایل به مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز با برخی متغیرهای مورد بررسی

		میانگین ± انحراف معیار	آزمون آماری	
سن			p= ۰/۸۴۲	r= – ۰/۰۱۶
جنس	مرد	۳۱/۳۸ ± ۶/۰۹	p= ۰/۱۹۳	T= ۱/۳۰۶
	زن	۲۹/۹۳ ± ۶/۲۲		
تحصیلات	دیپلم	۳۱/۳۰ ± ۵/۴۸	p= ۰/۸۵۹	F= ۰/۲۵۴
	فوق دیپلم	۳۰ ± ۱/۴۱		
	لیسانس	۳۰/۲۱ ± ۶/۳۳		
	فوق لیسانس	۲۹ ± ۷/۵۱		
تاهل	مجرد	۳۱/۱۹ ± ۶/۵۲	p= ۰/۲۱۲	F= ۱/۵۶۵
	متاهل	۲۹/۶۴ ± ۵/۹۶		
	جدا شده	۳۳/۳۳ ± ۵/۷۷		
درآمد			p= ۰/۳۰۴	r= ۰/۰۸۰
بخش	عفونی	۳۰/۵۷ ± ۶/۱۹	p= ۰/۶۲۹	T= ۰/۴۸۴
	داخلی	۳۰/۱۰ ± ۶/۲۴		
سمت	پرستار	۳۰/۲۹ ± ۶/۳۱	p= ۰/۹۶۰	T= – ۰/۰۵۰
	بهیار	۳۰/۳۵ ± ۵/۷۸		
سابقه کاری(سال)			p= ۰/۱۰۳	r= – ۰/۱۲۷
سابقه کار در بخش فعلی(سال)			p= ۰/۲۸	r= – ۰/۰۸۵

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-10-30]

جدول ۴: ارتباط نمره تبعیض در مراقبت و درمان بیماران مبتلا به ایدز با برخی متغیرهای مورد بررسی

		میانگین ± انحراف معیار	آزمون آماری	
سن			p= ۰/۶۱۱	r= ۰/۰۴۰
جنس	مرد	۴۰/۹۲ ± ۱۰/۷۳	p= ۰/۰۳۳	T= ۲/۱۴۵
	زن	۳۶/۹۲ ± ۱۰/۳۳		
تحصیلات	دیپلم	۳۸/۵۵ ± ۱۰/۹۰	p= ۰/۰۴۸	F= ۲/۶۹۵
	فوق دیپلم	۲۷ ± ۱/۴۱		
	لیسانس	۳۷/۶۱ ± ۱۰/۴۳		
	فوق لیسانس	۴۹ ± ۷		
تاهل	مجرد	۳۹/۹۲ ± ۱۲/۳۳	p= ۰/۱۶۶	F= ۱/۸۱۶
	متاهل	۳۶/۶۹ ± ۹/۲۲		
	جدا شده	۳۷/۶۶ ± ۶/۶۵		
درآمد(هزار تومان)			p= ۰/۳۶۴	r= −۰/۰۷۱
بخش	عفونی	۳۵/۹۱ ± ۱۰/۱۶	p= ۰/۰۳۶	T= − ۲/۱۲۰
	داخلی	۳۹/۴۰ ± ۱۰/۶۳		
سمت	پرستار	۳۷/۴۰ ± ۹/۳۷	p= ۰/۱۴۹	T= − ۱/۴۵۰
	بهیار	۴۰/۵۷ ± ۱۴/۹۹		
سابقه کاری(سال)			p= ۰/۶۲۸	r= − ۰/۰۳۸
سابقه کار در بخش فعلی(سال)			p= ۰/۶۱۲	r= − ۰/۰۴۰

ایدز از طریق تماس شغلی با سن، درآمد، سابقه کاری و سابقه کار در بخش فعلی، نشان نداد. تفاوت آماری معناداری در میانگین نمره ترس از خطر ابتلای شغلی به ایدز بر حسب بخش وجود داشت(p=۰/۰۳۸) اما میانگین نمره ترس از خطر ابتلای شغلی به ایدز بر حسب جنس، وضعیت تاهل، تحصیلات و سمت، تفاوت آماری معناداری نداشت(جدول ۲).

آزمون ضریب همبستگی پیرسون ارتباط معناداری بین میانگین نمره تمایل به مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز با سن، درآمد، سابقه کاری، سابقه کار در بخش فعلی نشان نداد. تفاوت آماری معناداری در میانگین نمره تمایل به مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز بر حسب جنس، وضعیت تاهل، تحصیلات، بخش و سمت وجود نداشت(جدول ۳).

آزمون ضریب همبستگی پیرسون ارتباطی بین نمره تبعیض در درمان و مراقبت بیماران مبتلا به ایدز با سن، درآمد، سابقه کاری و سابقه کار در بخش فعلی نشان نداد.

آزمون t برای گروه‌های مستقل، تفاوت آماری معناداری در میانگین نمره تبعیض در درمان و مراقبت بیماران مبتلا به ایدز با جنس و بخش نشان داد(p=۰/۰۳۶ و p= ۰/۰۳۳)، اما تفاوتی بر حسب سمت نشان نداد. بر اساس نتایج آزمون آنالیز واریانس یک طرفه، اختلاف آماری معناداری در میانگین نمره تبعیض در درمان و مراقبت بیماران مبتلا به ایدز با سطح تحصیلات مشاهده گردید(p=۰/۰۴۸)، اما با وضعیت تاهل ارتباطی مشاهده نشد(جدول ۴).

بحث

در مطالعه حاضر بیش از نیمی از پرستاران در حد متوسطی ترس از خطر ابتلا به ایدز از طریق تماس شغلی داشتند. این یافته با نتایج مطالعه چن در سال ۲۰۰۴ همسو است که نشان داد ۵۰٪ پرستاران درباره احتمال عفونت به ایدز در محیط کار دچار اضطراب و نگرانی هستند(۹). نتایج مطالعه کرمود در سال ۲۰۰۵ نشان داد که ۹۱٪

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-10-30]

کارکنان بهداشتی، خود را در معرض خطر ابتلای شغلی به ایدز می‌بینند(۱۰). در یک تحقیق، یک بیمار مبتلا به ایدز در مورد رفتار برخی از پرسنل درمانی اعتراض نموده است(۳۱).

در مطالعه حاضر پرستاران شاغل در بخش داخلی بیش از پرستاران شاغل در بخش عفونی ترس از خطر ابتلای شغلی به ایدز داشتند. نتایج بررسی حدادی در سال ۲۰۰۸ نشان داد که بیشترین تماس شغلی با ترشحات در بخش جراحی رخ داده بود(۲۳٪)(۳۲). شاید تماس بیشتر با خون، ترشحات و سر سوزن آلوده در این بخش، از عوامل مرتبط با ترس بیشتر ازخطر ابتلای شغلی به ایدز در پرستاران بخش داخلی نسبت به عفونی باشد.

در مطالعه حاضر بیش از ۸۰٪ از پرستاران تمایل خنثی نسبت به مراقبت از بیمار مبتلا به ایدز داشتند. در مطالعه امیدوار ۷۶٪ دانشجویان پرستاری و مامایی از این که مراقبت از یک بیمار آلوده را به عهده بگیرند و یا این که عامل زایمان یک فرد HIV مثبت باشند، خودداری می‌کردند(۱۱). در مطالعه کرمود در سال ۲۰۰۵، ۱۵٪ از پرسنل بهداشتی از مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز خودداری نموده بودند(۱۰). مطالعه چن نیز نشان داد که ۴۹٪ از کارکنان بهداشتی از تماس و مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز اجتناب می‌کردند(۹). مراقبت، اساس کار پرستاران است و حق همه بیماران می‌باشد که از مراقبتی یکسان، با کیفیت و به دور از تبعیض برخوردار شوند. مطالعه ریز در سال ۲۰۰۵ نشان داد کارکنان بهداشتی که آگاهی کمی در مورد روش‌های مراقبت و رعایت اخلاق حرفه‌ای در برابر بیماران ایدزی داشتند، بیشتر از انجام اقدامات درمانی برای بیماران مبتلا امتناع ورزیده بودند(۳۳). به نظر می‌رسد آگاه‌سازی پرسنل پرستاری از حقوق بیماران و اصول اخلاق حرفه‌ای در افزایش تمایل پرستاران به مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز و کاهش تبعیض در مراقبت از این بیماران نقش داشته باشد.

در مطالعه حاضر از دیدگاه بیش از نیمی از پرستاران، تبعیض متوسطی در درمان و مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز اعمال می‌گردد . این یافته با نتایج مطالعه جان بابتیس در سال ۲۰۰۸ مشابهت داشت. در این مطالعه ۸۹/۱٪ کارکنان بهداشتی معتقد بودند که مراکز بهداشتی در ارایه خدمات به بیماران مبتلا به ایدز تبعیض قایل می‌شوند(۲۲). در مطالعه سایل در سال ۲۰۰۹، بیش از یک سوم مبتلایان به ایدز، درجات بالایی از رفتارهای تبعیض‌آمیز را تجربه کرده بودند(۲۲). مطالعه‌ای در تانزانیا در سال ۲۰۰۷ نشان داد که ۴۷٪ از کارمندان بهداشتی در امر مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز، تبعیض قایل می‌شوند(۸).

احتمالاً کمبود آگاهی از موضوعات اخلاقی در حیطه درمان و مراقبت و حقوق بیمار، از علل بروز رفتارهای تبعیض‌آمیز در ارایه خدمات درمانی و مراقبتی به بیماران مبتلا به ایدز می‌باشد. در این رابطه مطالعه ریز در سال ۲۰۰۵ نشان داد کارکنان بهداشتی که آگاهی کمی در مورد اخلاق حرفه‌ای داشتند، بیشتر از انجام اقدامات درمانی برای بیماران مبتلا به ایدز امتناع ورزیده و نگرش منفی بیشتری به این بیماران داشتند(۳۳). به نظر می‌رسد برگزاری کلاس‌های اخلاق حرفه‌ای و آشنایی با حقوق بیماران، در بالا بردن سطح آگاهی پرستاران از موضوعات اخلاقی و کاهش موارد تبعیض در برابر بیماران مبتلا به ایدز و رفع عواقب منفی ناشی از آن مؤثر خواهد بود.

در مطالعه حاضر پرستاران مرد بیش از پرستاران زن تبعیض در درمان و مراقبت بیماران مبتلا به ایدز را گزارش کردند. این یافته با نتایج مطالعه جان بابتیس در سال ۲۰۰۸ همسو بود که نشان داد پرستاران مرد، رفتارهای تبعیض‌آمیز بیشتری در رابطه با درمان و مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز گزارش نمودند(۲۲). شاید ترس از خطر ابتلا و انتشار بیماری ایدز در خانواده، در میان پرستاران زن بیشتر بوده که این موجب منطقی دانستن وجود تبعیض و گزارش موارد کمتر تبعیض نسبت به بیماران مبتلا به ایدز گردیده است.

در مطالعه حاضر پرستاران با تحصیلات بالاتر، میزان بیشتری از تبعیض در درمان و مراقبت بیماران مبتلا به ایدز را گزارش نمودند. این یافته با نتایج مطالعه جان بابتیس در سال ۲۰۰۸ هم‌خوانی ندارد. در مطالعه او رابطه‌ای بین این دو متغیر مشاهده نشد(۲۲). شاید پرستاران با سطح تحصیلات بالاتر، بیشتر با موضوعات اخلاقی در زمینه مراقبت آشنا بوده و بیشتر وجود تبعیض در مراقبت از

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-10-30]

بیماران مبتلا به ایدز را درک کرده‌اند.

در مطالعه حاضر پرستارانی که ترس بیشتری از خطر ابتلا به ایدز از طریق تماس شغلی داشتند، کمتر به مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز تمایل داشتند. این یافته با نتایج مطالعه کرمود هم‌خوانی ندارد که نشان داد ترس از خطر ابتلا به ایدز با تمایل به مراقبت رابطه ندارد(۱۰). اما این یافته با نتایج مطالعه چن هم‌خوانی دارد که نشان داد در کارکنان بهداشتی، ترس بیشتر از خطر ابتلای شغلی به ایدز موجب کاهش تمایل به مراقبت از بیمار مبتلا به ایدز می‌گردد(۹). نتایج مطالعه بابتیس در سال ۲۰۰۸ نشان داد که بین ترس از خطر ابتلای شغلی به ایدز وتبعیض در ارایه خدمات مراقبتی و درمانی به بیماران مبتلا به ایدز، رابطه وجود دارد. به طوری که ۷۲ درصد کارکنان بهداشتی خود را در معرض خطر آلودگی به ایدز در محیط کار می‌دیدند و ۸۵٪ ازآنان تمایلی به مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز نداشتند(۲۲). بنابراین به نظر می‌رسد برنامه‌ریزی در زمینه افزایش دانش پرستاران در مورد به کارگیری اصول احتیاط همه جانبه حقوق بیماران و اخلاق حرفه‌ای، بتواند در ایجاد تغییرات مثبت در رفتار، بهبود مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز و کاهش ترس از خطر ابتلای شغلی به ایدز مؤثر باشد.

در مطالعه حاضر پرستارانی که ترس بیشتری از خطر ابتلا به ایدز داشتند، رفتارهای تبعیض‌آمیز بیشتری نیز در درمان و مراقبت بیماران مبتلا به ایدز اجرا نموده بودند. این یافته با نتایج جان بابتیس در سال ۲۰۰۸ هم‌خوانی دارد که نشان داد ترس از خطر ابتلا به ایدز در حین مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز، با رفتارهای تبعیض‌آمیز علیه مبتلایان به ایدز مرتبط است(۲۲). ترس از خطر ابتلا به ایدز با نگرش‌های پیش‌داورانه و منفی به بیماران مبتلا به ایدز ارتباط دارد(۱۵). نتایج مطالعه کرمود در سال ۲۰۰۵ نشان داد که ۹۱٪ کارکنان بهداشتی خود را معرض خطر زیادی برای ابتلای شغلی به ایدز می‌دانند(۱۰). ترس از خطر ابتلا به ایدز از طریق شغلی می‌تواند سبب بروز نگرش‌های منفی و خودداری از مراقبت و تبعیض در برابر بیمار مبتلا به ایدز گردد(۳۴). در معرض خطر بودن کارکنان بهداشتی، درمانی برای کسب عفونت‌های منتقله از راه خون و برخی مایعات بدن بیماران به دنبال مواجهه‌های شغلی، امری بدیهی و شناخته شده است. اما احتیاط‌های همگانی هم چنان به عنوان ستون پیشگیری اولیه از این مواجهه‌ها مطرح می‌باشند. بنابراین افزایش سطح آگاهی پرستاران در رابطه با بیماری ایدز، راه‌های انتقال آن و روش‌های احتیاط همگانی و در اختیار قرار دادن وسایل محافظتی به مقدار کافی، ممکن است به کاهش ترس از خطر ابتلای شغلی به ایدز و کاهش بروز رفتارهای تبعیض‌آمیز کمک نماید.

نتیجه‌گیری

اساس نتایج این مطالعه نشان می‌دهد برنامه‌ریزی جهت افزایش آگاهی پرستاران از اصول احتیاط همه جانبه، حقوق بیماران و اخلاق حرفه‌ای و نیز در اختیار قراردادن وسایل محافظتی به مقدار کافی ممکن است به کاهش ترس از خطر ابتلای شغلی به ایدز، ایجاد تغییرات مثبت در رفتار، افزایش تمایل به مراقبت و کاهش رفتارهای تبعیض‌آمیز و در نهایت ارتقای کیفیت مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز کمک نماید.

گرچه یافته‌های این پژوهش قابل تعمیم برای تمام پرستاران نیست اما امید است نتایج حاصل از این پژوهش به عنوان مقدمه‌ای برای حرکت به سمت شناسایی و حل مشکلات بالینی و نیازهای آموزشی پرستاران در زمینه مسایل اخلاقی و مراقبتی در بیماران مبتلا به ایدز باشد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از همکاری معاون پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج جهت تصویب و تامین هزینه این طرح پژوهشی تشکر و قدردانی می‌گردد.

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-10-30]

References :

1- Hadadi A, Haji Abdolbaghi M, Karbakhsh M, Rasoulinejad M, Mohraz M. The effectiveness of prophylaxia following ocuupational exposures to Hepatitis B and HIV in medical professions. Journal of Tropical Infectious Diseases 2007; 12 (38): 33-38.

2- Mehta A, Rodrigues C, Singhal T, Lopes N, D'Souza N, Sathe K, *et al.* Interventions to reduce needle stick injuries at a tertiary care centre. Indian J Med Microbiol 2010; 28(1): 17-20.

3- Mohammad Nejad E, Esfandbod M, Ehsani S, Delju R. Epidemiologic aspects of nurses staff exposure to sharp device. Iranian Journal of Infectious Disease and Tropical Medicine 2009; 14(45): 47-50.

4- Needle sticks transmission of HTLV-III from a patient infected in Africa. Lancet 1984; 2(8416): 1376-7.

5- Foley M. Update on needlesticks and sharps injuries: the needle Stick Safety and Prevention Act of 2000. Am J Nurs 2004; 104(8): 96.

6- Dabirian A, Zoualfaghari H, Abed Saeidi ZH, Alavimajd H. Views of AIDS patients regarding nursing care quality in healthcare centers affliated to Shaheed Beheshti and Tehran university of medical sciences . Journal of Nursing and Midwifery 2008; 18(61): 40-5.

7- All AC, Sullivan L. The effects of an HIV/AIDS educational program on the anxiety level of nursing students. J Adv Nurs 1997; 26(4): 798-803.

8- USAID from the american people. Evaluation of Knowledge, Attitudes, and Practices of Health Care Providers toward HIV-positive Patients in Tanzania. Available at: http: //www. hciproject. org/sites/default/ files/Tanzaniastigma. pdf .

9- Chen WT, Han M, Holzemer WL. Nurses' knowledge, attitudes, and practice related to HIV transmission in northeastern China. AIDS Patient Care STDS 2004; 18(7): 417-22.

10- Kermode M, Holmes W, Langkham B, Thomas MS, Gifford S. HIV-related knowledge, attitudes and risk perception amongst nurses, doctors and other healthcare workers in rural India. Indian J Med Res 2005 ; 122(3): 258-64.

11- Omidvar SH . Knowledge level and attitude of midwifery and nursing students regarding AIDS, Babol, 2000. JBUMS 2003; 5(2): 37-41.[Article in Farsi]

12- Sadeghi T, Dehghan Nayyeri N. Patients' dignity: patients' and nurses perspectives. Journal of Medical Ethics and History of medicine 2009; 3(1): 9-19.

13- Borhani F, Alhani F, Mohammadi , Abbaszadeh A. Professional ethical competence in nursing: the role of nursing instructors. Journal of Medical Ethics and History of Medicine 2010; 2(3): 27-38.

14- Shaver JL. Interdisciplinary education and practice: moving from reformation to transformation. Nurs Outlook 2005; 53(2): 57-8.

15- Nyblade L, Stangl A, Weiss E, Ashburn K. Combating HIV stigma in health care settings: what works? J Int AIDS Soc 2009; 12(1): 15.

16- Jha CK, Madison J. Disparity in health care: HIV, stigma, and marginalization in Nepal. J Int AIDS Soc 2009; 12(1): 16.

17- Li L, Wu Z, Zhao Y, Lin C, Detels R, Wu S. Using case vignettes to measure HIV-related stigma among health professionals in China. Int J Epidemiol 2007; 36(1): 178-84.

18- Banteyerga H, Kidanu A, Nyblade L, MacQuarrie K, Pande R. Exploring HIV and AIDS stigma and related discrimination in Ethiopia: causes, manifestations, consequences, and coping mechanisms. Miz-Hasab Research Center, Addis Ababa, Ethiopia 2004.

19- Mahendra V, Gilborn L, Bharat S, Mudoi R, Gupta I, George B, *et al*. Understanding and measuring AIDS-related stigma in health care settings: a developing country perspective. SAHARA J 2007; 4(2): 616-25.

20- Deacon H, Boulle A.Commentary: Factors affecting HIV/AIDS-related stigma and discrimination by medical professionals. International Journal of Epidemiology 2007 36(1):185-6.

21- Sayles JN, Wong MD, Kinsler JJ, Martins D, Cunningham WE. The association of stigma with self-reported access to medical care and antiretroviral therapy adherence in persons living with HIV/AIDS. J Gen Intern Med 2009; 24(10): 1101-8.

22- Jean-Baptis R. HIV/AIDS-related stigma, fear and discriminatory practices among healthcare providers in Rwanda 2008. Available from : http:// pdf. usaid. gov/ pdf_docs/ PNADM901. pdf.

23- Sivaram S, Zelaya C, Srikrishnan AK, Latkin C, Go VF, Solomon S, *et al.* Associations between social capital and HIV stigma in Chennai, India: considerations for prevention intervention design. AIDS Educ Prev 2009; 21(3): 233-50.

24- Ford K, Wirawan DN, Sumantera GM, Sawitri AA, Stahre M. Voluntary HIV testing, disclosure, and stigma among injection drug users in Bali, Indonesia. AIDS Educ Prev 2004; 16(6): 487-98.

25- Niang CI, Tapsoba P, Weiss E, Diagne M, Niang Y, Moreau AM, *et al.* "It's raining stones": stigma, violence and HIV vulnerability among men who have sex with men in Dakar, Senegal. Culture, Health & Sexuality 2003; 5(6): 499-512.

26- Eide M, Mhyre M, Lindbaek M, Sundby J, Arimi P, Thior I. Social consequences of HIV-positive women's participation in prevention of mother-to-child transmission programmes. Patient Educ Couns 2006; 60(2): 146-51.

27- Yang Y, Zhang KL, Chan KY, Reidpath DD. Institutional and structural forms of HIV-related discrimination in health care: a study set in Beijing.AIDS Care 2005; 17 Suppl 2: S129-40.

28- Surlis S, Hyde A. HIV-positive patients' experiences of stigma during hospitalization. J Assoc Nurses AIDS Care 2001; 12(6): 68-77.

29- Stutterheim SE, Pryor JB, Bos AE, Hoogendijk R, Muris P, Schaalma HP. HIV-related stigma and psychological distress: the harmful effects of specific stigma manifestations in various social settings. AIDS 2009; 23(17): 2353-7.

30- Greeff M, Uys LR, Wantland D, Makoae L, Chirwa M, Dlamini P, *et al.* Perceived HIV stigma and life satisfaction among persons living with HIV infection in five African countries: a longitudinal study. Int J Nurs Stud 2010; 47(4):475-86.

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-10-30]

31- Mohammadpour A, Parsa Yekta Z, Nikbakht Nasrabadi, A, Mohraz M. PLWH Experience of Interaction with Others: A phenomenological study. Ofogh-e-Danesh Journal 2010; 16(1): 24-36.
32- Hadadi A, Afhami S, Karbakhsh M, Esmailpour N. Occupational exposure to body fluids among healthcare workers: a report from Iran. Singapore Med J 2008; 49(6): 492-6.
33- Reis C, Heisler M, Amowitz LL, Moreland RS, Mafeni JO, Anyamele C, *et al.* Discriminatory attitudes and practices by health workers toward patients with HIV/AIDS in Nigeria. PLoS Med 2005; 2(8):e 246.
34- Adebajo SB, Bamgbala AO, Oyediran MA. Attitude of health care providers to persons living with HIV/AIDS in Lagos State, Nigeria. Afr J Reprod Health 2003; 7(1): 103-12.

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-10-30]

Orginal Article

Fear of being at risk of acquiring HIV, willingness to care, and discrimination in care and treatment of AIDS patients among nurses

Zeighami Mohamadi Sh.[1], Zeinali E.[2], Esmaily H.[3], Nikbakht Nasrabadi A.[4]

[1]*Islamic Azad University of Karaj, Alborz, Iran*
[2]*Social Security Alborz Hospital, Alborz, Iran*
[3]*Mashad University of Medical Sciences, Mashad, Iran*
[4]*Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

Abstract

Background and Objectives

Exposure to infectious blood and body fluids increase risk of occupationally acquired HIV among nurses. Discrimination in care and treatment of AIDS patient is one of the challenging ethical issues in nursing. The aim of this study was to determine fear of being at risk of acquiring HIV, willingness to care, and discrimination in care and treatment of AIDS patients among nurses.

Materials and Methods

In this descriptive −cross sectional study, 165 nurses of internal and infectious wards from four selected hospitals of Tehran and Shahid Beheshti University of Medical Sciences participated. Data were collected by self-administered questionnaires. The instruments used included "demographic data form", "risk perception scale", "willingness to care for people living with HIV/AIDS"questionnaire, and "discrimination against AIDS" questionnaire. Data were analyzed by using SPSS 14, t-test, and pearson correlation.

Results

Out of 165 nurses, 36.4% had sever fear of being at risk of acquiring HIV, 81.8% were evaluated to be neutral in willingness to care of AIDS patients, and 54.5% agreed with moderately discrimination practice against AIDS patients. There was a significant correlation between fear of being at risk of acquiring HIV with discrimination in care and treatment of AIDS patients (p=0. 003) and willingness to care (p= 0.007).

Conclusions

It seems that education efforts about universal precautions, ethical issues, and patient rights should be made in order to reduce fear of being at risk of acquiring HIV, decrease discrimination in care and treatment of AIDS patients and increase willingness to care.

Key words: AIDS, Nurses, Fear, Discrimination
Sci J Iran Blood Transfus Organ 2011; 8(3): 217-228

Received: 9 Nov 2010
Accepted: 19 Jun 2011

Correspondence: Zeighami Mohammadi Sh., MSc of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University, Karaj Branch.
P.O.Box: 31485-313, Alborz, Iran. Tel: (+98261) 4418143; Fax : (+98261) 4403254
E-mail: *zeighami@kiau.ac.ir*

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-10-30]