

### بررسی نقش جمعیت هلال احمر در کنترل و پیشگیری از عفونت HIV و ایدز

(مورد مطالعه: استانهای کردستان، کرمانشاه، گلستان و همدان)

سید محمود عقیلی<sup>۱</sup>، تان اویسی<sup>۲</sup>، غلامرضا خوشنفر<sup>۳</sup>

۱- دکتری جامعه‌شناسی حقوقی، استادیار دانشکده کشاورزی و منابع طبیعی کرمان، گلستان، ایران

۲- کارشناس ارشد برنامه ریزی، دانشکده محیط زیست دانشگاه تهران، ایران

۳- نویسنده مسئول: دکتری جامعه‌شناسی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ایران

[khosrofarfi@yahoo.com](mailto:khosrofarfi@yahoo.com):

پنجرش مقاله: ۸۸/۶۶۷

وصول مقاله: ۸۸/۶۶۷

#### چکیده

**هدف:** بیماری ایدز در حال تبدیل شدن به مسأله حاد بهداشتی و اجتماعی در کشور می باشد. هدف اصلی این مقاله، مطالعه نقش جمعیت هلال احمر در کنترل و پیشگیری از عفونت HIV و ایدز است.

**روش‌ها:** روش تحقیق، توصیفی و ابزار تحقیق، پرسشنامه است. جامعه آماری شامل کلیه افرادی است که تحت پوشش فعالیت‌ها و اقدامات آموزشی، مشاوره‌ای و حمایتی جمعیت هلال احمر و مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری وابسته به آن در چهار استان: کردستان، کرمانشاه، گلستان و همدان قرار دارند تعداد نمونه‌های تحقیق را ۲۲۲ نفر از مراجعان مراکز مشاوره استانهای چهارگانه فوق تشکیل می‌دهند.

**پایته‌ها:** ارزیابی پاسخگویان در باره نقش جمعیت هلال احمر در کنترل و پیشگیری از عفونت HIV و ایدز در سطح بالاتر از متوسط (۲/۱۵۷ از ۵) قرار گرفته است.

**نتیجه‌گیری:** برای ارتقا، نقش و جایگاه جمعیت هلال احمر نیازمندی یک بعدی به توسعه کنترل و پیشگیری از عفونت HIV و ایدز نگاه کرد بلکه نگاه سیستمی و توجه به نقش حمایت‌های مختلف می‌تواند در سازگاری بیماران با وضعیت بیماری خود و خروج از انزوای اجتماعی و همچنین ایجاد گرایش مثبت نسبت به عملکرد ارگانهای ذیربط، تأثیر به‌سزایی داشته باشد.

**واژگان کلیدی:** HIV، ایدز، هلال احمر، کنترل، پیشگیری، مراکز مشاوره، آموزش و اطلاع‌رسانی، مشاوره، حمایت.

#### مقدمه

در حدود یکم پنجم قرن جوان درجه‌بانی به ویروس ایدز آورده می‌شوند. شایع‌ترین راه انتقال بیماری ایدز در ایران، استفاده معنادار تزریقی از سرنگ، مشترک، است. ایدز و اعتیاد بدین ترتیب یکدیگر را تقویت می‌کنند. در حالیکه بنا به گزارشات از ایران، بیماری ایدز در میان معناداران تزریقی بیش از دیگر گروهها شایع است. کارشناسان بهداشتی دغدغه‌ها دارند که آمار انتقال ویروس ایدز از راه مقاربت جنسی و از سادران آورده به چنین رویه افزایش است (۱).

با عنایت به اینکه شیخ تعریف صاحب‌فردان علوم اجتماعی از جمله جامعه‌شناسان، ریشه‌یافته‌ی عضویت اجتماعی را نوعی عدم تعادل دانسته‌اند و به نظر می‌رسد که ایدز نیز با ایجاد عدم تعادل ساختاری در جامعه منجر به ایجاد پدیده‌های اجتماعی جدیدی شده است. می‌توان آن را مسأله یا مشکل اجتماعی نام نهاد. لذا مهم‌ترین هدف این تحقیق شناسایی کیفیت و کیفیت محض ایدز به منظور کنترل و پیشگیری از آن می‌باشد. بدین ترتیب ایدز دارای بعدی بیرون راه‌های انتقال، روش‌ها و شیوه‌ها و چگونگی پیشگیری از طریق آموزش‌های لازم می‌باشد، که با روشن شدن اینها، فرق مسئله تحقیق بیان می‌گردد (۲).

دوره‌ی تریبون حل مسأله و معضلات مختلف یک جامعه بدون کمک و مشارکت سازمان‌ها، گروه‌ها و افراد امکان‌پذیر نیست و برای رفع معضلات، همکاری و مشارکت سازمان‌ها و نهادهای مرتبط با موضوع از ضرورت‌های اجتناب‌ناپذیر می‌باشد که در اینجا نقش سازمان‌ها و نهادهای مختلف از جمله جمعیت هلال احمر در کنترل و پیشگیری از معضل یاد شده بسیار حائز اهمیت بوده و آسیب‌پذیرترین اقشار جامعه را تحت پوشش قرار می‌دهد (۳).

بعد اصلی مسئله این تحقیق، روشن نمودن جایگاه جمعیت هلال احمر و نقش آن در کنترل و پیشگیری از ایدز می‌باشد. از آنجا که جمعیت هلال احمر یکی از ارگان‌ها و سازمان‌های مهم و تاثیرگذار در قبال مبتلایان به ایدز در جامعه می‌باشد و نقش و جایگاه ویژه‌ای در کنترل و پیشگیری از ایدز باید داشته باشد لذا در این پژوهش سعی شده است تا نقش و جایگاه این

سازمان مهم و تاثیرگذار تعیین و مشخص شود، و همچنین از آنجا که ایدز از معضلات اجتماعی است و موجب فساد و تباهی و همچنین از بین رفتن جوانان می‌شود، با توجه به نقشی که هلال احمر در آموزش و اطلاع‌رسانی، مشاوره و حمایت از افراد HIV مثبت و مبتلایان به ایدز دارد و همچنین هزینه‌ای که برای کنترل و پیشگیری از آن توسط سازمانها و نهادهای مختلف صرف می‌شود، هلال احمر یکی از مهم‌ترین سازمان‌هایی است که می‌تواند در این امر پارایتر دولت و مردم باشد و مسئله‌ای که در این پژوهش مورد توجه قرار می‌گیرد، عبارت از ارزیابی نقش و جایگاه هلال احمر در پیشگیری و کنترل بیماری ایدز با تأکید بر سه محور اصلی سیاست‌گذاری شده توسط این سازمان یعنی آموزش و اطلاع‌رسانی، مشاوره و حمایت از افراد HIV مثبت و مبتلایان به ایدز می‌باشد. بنابراین سوال اصلی این تحقیق این است که کیفیت و کیفیت فعالیت‌ها و اقدامات جمعیت هلال احمر برای کنترل و پیشگیری از عفونت HIV و ایدز با تأکید بر سه محور اطلاع‌رسانی و آموزش، مشاوره و رفاهتاری، و حمایت، چگونه است؟ به عبارت دیگر ارزیابی و رضایت‌سنجی کنندگان و بهره‌برداران اصلی خدمات جمعیت هلال احمر در زمینه ایدز، چگونه است؟

### روش ها

بر اساس ماهیت موضوع تحقیق، نوع روش تحقیق مورد استفاده در این پژوهش روش تحقیق توصیفی (Descriptive) است. از لحاظ روش اجرا این تحقیق از نوع تحقیقات پدیداشی (Survey) محسوب میشود.

متغیرها و مفاهیم اصلی تحقیق:

میزان رضایت: برای ارزیابی فعالیت ها و اقدامات بهداشتگیرانه و کنترلی جمعیت در سه زمینه آموزشی، مشاوره و حمایت، میزان رضایت مبتلایان به HIV و اینز به عنوان مهمترین متغیر وابسته (Dependent Variable) مورد مطالعه قرار می گیرد. برای سنجش رضایت، نظرات افراد مورد مطالعه در قالب طیف لیکرت (Likert Scale) بررسی می شود. ارزیابی میزان رضایت شامل رضایت از نمود عملکرد جمعیت در سه زمینه اصلی آموزشی، مشاوره و حمایت می باشد. این متغیر در این مطالعه، از طریق سنجش میزان رضایت افراد مورد بررسی در محورهای زیر مورد اندازه گیری قرار گرفته است:

۱- رضایات از اجزاء و نهاد دوره های آموزشی در هشت مقوله

۲- رضایات از محتوی و سرهمبندی مشاوره در دو مقوله

۳- رضایات از کارشناسان و کارکنان مرکز مشاوره در شش مقوله

۴- رضایات از اقدامات و فعالیت های جمعیت هلال احمر در چهار مقوله

عوامل فردی:

برای سنجش میزان تاثیر عوامل فردی بر میزان رضایات پاسخگویان، ویژگی های فردی مانند سن و جنس مورد مطالعه قرار می گیرد.

عوامل اجتماعی:

برای سنجش میزان تاثیر عوامل اجتماعی بر میزان رضایات افراد مورد مطالعه، بعد اجتماعی زندگی آنان مانند سطح تحصیلات، شغل، درآمد، نمود آشنایی با مرکز مشاوره، میزان تنوع اجتماعی به خاطر بیماری، احساس امیدواری و نقش گروه های اجتماعی در آن، نقش گروه ها و نهادهای اجتماعی در بهبود وضعیت بیمار و ... مورد بررسی قرار می گیرد.

ابزار گرد آوری داده ها و اطلاعات

مهمترین ابزار تحقیق در این مطالعه پرسشنامه (Questionnaire) است که سوالات آن بر اساس اشناف و سوالات پژوهش طراحی و تنظیم شده است.

اعتبار ابزار (Validity):

اعتبار ابزار این پژوهش از نوع اعتبار همگونی (Face Validity) است. منظور از اعتبار همگونی، شانسایی اعتبار شانسایی یا معرفت های پژوهش است. از طریق مراجعه به داوران (استادزینی، ۱۳۷۸، ص ۱۲۶)، یادآوری پس از طراحی پرسشنامه و سوالات آن، یا مراجعه به کارشناسان وارد و اشناف موضوع تحقیق، سوالات مورد دآوری قرار گرفتند و آن دسته از سوالاتی که مورد وفاق کارشناسان نبود از پرسشنامه حذف گردیدند.

روایی ابزار تحقیق (Reliability):

برای اندازه گیری روایی ابزار تحقیق و اطمینان از آن، از شاخص آماری آلفای کرونباخ (Alpha) استفاده می شود. بر اساس نتایج آزمون آلفا، موالاتی که برای سنجش یک مقیوم زمانی شده اند با همسانی از همبستگی مناسبی (بیش از ۰.۷۵) برخوردار باشند. در غیر اینصورت سوالات نامناسب بر اساس نتایج آزمون حذف می شوند. شاخص ضریب آلفای کرونباخ نشان می دند همبستگی بین موالات مربوط به اجزاء و ابعاد دوره های آموزشی ۰.۶۱۰۰، و رضایات از محتوی و سرهمبندی مشاوره و رفتار و برخورد کارشناسان و کارکنان مراکز مشاوره ۰.۵۸۹۶ و نقش نهادها و گروه های اجتماعی در ایجاد احساس امیدواری و تکیه گاه ۰.۶۶۷۲، و رضایات از فعالیتهای و اقدامات جمعیت هلال احمر ۰.۶۸۷۶، و نقش نهادها و گروه های اجتماعی در بهبودی وضعیت بیماران ۰.۶۶۹۰ حاصل شده است که در حد بسیار خوب تا قابل قبول می باشد.

برای جمع آوری داده ها و اطلاعات لازم در این مطالعه از دو روش اسنادی و میدانی استفاده می شود. در روش اسنادی با مراجعه به اسناد و مدارک موجود و در دسترس در جمعیت هلال احمر، مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری و گزارش عملکرد مراکز تهیه

می‌شود. در روش میدانی با مراجعه به پاسنگویان، نگران آنها از طریق تکمیل پرسشنامه اخذ می‌گردد. برای تکمیل پرسشنامه از آنجا که ارتباط مستقیم با افراد مبتلا به HIV و AIDS به خاطر شرایط خاص استگونه افراد که حاضر به مطلع شدن افراد دیگر از بیماری خود نیستند، از همکاری مشاوران، مددکاران و کارشناسان مراکز مشاوره که ارتباط نزدیکی با افراد مورد مطالعه دارند استفاده شده است.

جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه افرادی است که تحت پوشش فعالیت‌ها و اقدامات آموزشی، مشاوره‌ای و حمایتی جمعیت هلال احمر قرار دارند. از بین استانهای کشور چهار استان که به لحاظ جغرافیایی و سطح عملکرد در موقعیت‌های متفاوتی قرار داشتند، انتخاب شدند که عبارتند از: کرمانستان، کرمانشاه، گلستان و همدان.

براساس آخرین آمار اخذ شده از واحد مشاوره بیماری‌های رفتاری جمعیت هلال احمر، جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه افرادی که تحت پوشش خدمات مشاوره‌ای جمعیت هلال احمر می‌باشند، به شرح جدول زیر است:

ردیف	استان	تعداد	درصد
۱	کردستان	۵۰	۹/۳
۲	کرمانشاه	۱۸۱	۳۳/۵
۳	همدان	۲۵۰	۴۶/۳
۴	گلستان	۵۹	۱۰/۹
-	مجموع	۵۴۰	۱۰۰

جدول شماره ۱: جامعه آماری تحقیق به تفکیک استان

از آنجا که جامعه آماری تحقیق دارای محدودیت است و به دلایل هزینه از جمله بدنامی، رموبانی و ... بیشتر مبتلا به HIV / AIDS از بیان واقعیت و آشکار شدن بیماری خرد سرباز می‌زنند. لذا در استانهای کرمانستان و گلستان به علت کاهش تعداد HIV مثبت کل افراد تحت پوشش به عنوان نمونه مورد بررسی قرار می‌گرفتند لکن در استانهای کرمانشاه و همدان اقدام به نمونه‌گیری شد به طوری که از ۱۸۱ نفر در استان

کرمانشاه تعداد ۹۰ نفر و از ۲۵۰ نفر در استان همدان تعداد ۱۲۵ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. در نهایت پس از حذف پرسشنامه‌های ناقص تعداد ۲۲۲ نفره پرسشنامه مورد پردازش و تحلیل قرار گرفتند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و اطلاعات در این مطالعه ابتدا داده‌های پرسشنامه‌ها بر برنامه آماری SPSS استخراج و پس از طبقه‌بندی آنها، تحلیل در دو سطح توصیفی و تبیینی صورت گرفته است. در سطح توصیفی - تحلیل داده‌ها شامل توصیف شاخصهای آماری گرایش به مرکز (میانه، میان، مد)، برای متغیرها و مفاهیم اصلی تحقیق براساس سطح سنجش آنها صورت گرفته است. و در سطح تبیینی، تحلیل داده‌ها از طریق آزمون رابطه بین متغیرها و تفاوت معنی داری آنها براساس سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ متناسب با سطح سنجش متغیرها انجام گردیده است. برای آزمون همبستگی‌ها از آزمون ضریب همبستگی و بسرای آزمون تفاوت میانگینها از آزمون T-Test و آنالیز واریانس یک طرفه ANOVA استفاده گردیده است.

یافته‌ها:

یافته‌های این مطالعه در دو قسمت توصیفی و تحلیلی ارائه می‌شوند.

الف - یافته‌های توصیفی

۱- سن: میانگین سن پاسنگویان ۳۲ سال است. با توجه به اینکه بیش از ۵۱ درصد از پاسنگویان نمونه کمتر از ۳۰ سال سن دارند، می‌توان نتیجه گرفت که جامعه هدف (افراد دارای رفتار پرخطر و یا مبتلا HIV) و لیدز (در سنین جوانی قرار داشته و ثریایان آن نیز اغلب در سنین جوانی طلعه این بلا: خانسانسوز می‌شوند.

۲- جنس: با توجه به یافته های حاصله که از تعداد کل جامعه آماری ۶۸/۹ درصد مرد و ۳۱/۱ درصد زن می باشد که با توجه به ساختار توزیع جنسی افراد مبتلا به ایدز در کل کشور، توزیع جنسی پاسخگویان این تحقیق نیز غالبه جنس مذکر را نشان می دهد.

۳- سطح تحصیلات: با توجه به یافته های حاصله از کل افراد نمونه، ۴/۶ درصد بی سواد، ۲۲ درصد تحصیلات ابتدایی، ۲۴/۸ درصد تحصیلات در سطح راهنمایی، ۹/۵ درصد تحصیلات در سطح دبیرستان، ۲۸/۸ درصد دیپلم دارند. ۴/۶ درصد فوق دیپلم، ۱/۱ درصد تحصیلات لیسانس دارند. داده ها نشان می دهد که بیشترین افراد در این خصوص، تحصیلات دیپلم دارند. با این وجود شاخص میانگین نشان می دهد که به طور متوسط هر یک از پاسخگویان در حدود ۹ کلاس سواد دارند. بنابراین میانگین سواد افراد مورد بررسی در حد پایین مقطع راهنمایی و آغاز مقطع متوسطه می باشد. لذا چون بودن و کم سواد بودن از ویژگیهای اثر گذار می باشد.

۴- محل سکونت: از آنجا که افراد روستایی به تقاطع شهری مهاجرت می نمایند، توزیع محل سکونت افراد شناخت واقعی تری نسبت به منشأ اجتماعی ارثه می دهد. یافته های تحقیق نشان می دهد که ۱۲/۶ درصد از کل نمونه آماری در روستا سکونت دارند و ۸۷/۴ درصد ساکن شهر هستند. یعنی بیشترین افراد مورد بررسی در شهر سکونت دارند.

۵- شغل اصلی: یافته های تحقیق نشان می دهد که از کل نمونه آماری، ۶۴/۸ درصد بیگار، ۲۲ درصد کارگر، ۱/۸ درصد کشاورز، ۵ درصد کارمند، ۲۲/۶ درصد دارای شغل آزاد و ۱/۹ درصد تارمند عالی

رتبه، ۶/۸ درصد محصل و دانشجو، ۹ درصد خانه دار می باشند. حدود ۱۵/۲ درصد نیز به این تغییر پامیخ اشاره اند. بیشترین تعداد افراد نمونه آماری دارای شغل آزاد هستند. احتمالاً افراد دارای شغل آزاد نسبت به سایر مشاغل در معرض خطر بیشتری هستند. این امر منکح است ناشی از کنترل اجتماعی ضعیف بر افراد دارای مشاغل آزاد باشد.

۶- درآمد ماهانه: یافته های تحقیق نشان می دهد که میزان درآمد ۸۶/۱ درصد بر حدود هفتاد هزار تومان می باشد. کمترین میزان درآمد ۱۰/۸ درصد بین هفتاد هزار تومان تا صد و چهل هزار تومان می باشد. درآمد ۸/۶ درصد افراد بین صد و چهل هزار تومان تا دو صد و پنجاه هزار تومان می باشد. بیشترین درآمدشان در حدود هفتاد هزار و کمتر می باشد. شاخص میانگین نشان می دهد که افراد نمونه به طور متوسط ماهانه حدود ۸۰ هزار تومان درآمد داشته اند. با توجه به اینکه بر اساس ارزیابی های سازمان مدیریت و برنامه ریزی کمتر از ۱۶۰ هزار تومان درآمد ماهانه زیر خط فقر محسوب می شود. می توان نتیجه گرفت که بر

اساس فقیر پاسخگویان بیش از ۹۰ درصد آنان زیر خط فقر زندگی می کنند.

۷ ارزیابی کیفیت رضایت از آموزش:

اگر محوایم ابعاد مختلف آموزشی ارائه شده به افراد مبتلا به عفونت HIV و ایدز را با یکدیگر مقایسه کنیم، با توجه به شاخص میانگین رتبه ای می توان ابعاد هشتگانه آموزش را به شرح جدول زیر رتبه بندی نمود.

جدول شماره ۷: مقایسه و رتبه بندی ابعاد مختلف رضایت از آموزش

رتبه	ابعاد مختلف آموزش	میانگین رتبه ای (از پنج)
۱	مردی آموزشی	۲/۴۲۲
۲	موضوع و محتوای آموزشی	۲/۶۶۲
۳	زمان برگزاری دوره آموزشی	۲/۹۷۹
۴	مکان برگزاری دوره آموزشی	۲/۷۷۲
۵	امکانات و تجهیزات آموزشی	۲/۰۸۲
۶	میزان ارتباط محتوای دوره با نیاز آموزشی	۲/۵۹۷
۷	کیفیت جزوات و متون آموزشی	۲/۶۰۲
۸	ساختار، محتوا و فرایند آموزشی	۲/۶۴۶
میانگین میانگین ها = ۲/۸۴۵		

ارزیابی کنی از آموزش در حد فاصل بین «کم» و «خیلی کم» قرار دارد.

ب- یافته های تطبیلی

برای مقایسه نقش جمعیت هلال احمر بر حسب شهر مطالعه، جنسیت، وضع تأهل، میزان تمسک به اصول بهداشتی، نوع کسب و کار، نوع درآمد، وضع اشتغال همسر و... از تکنیک آماری شریب همبستگی پیرسون و مقایسه میانگین ها در دو شکل T-

T-Test و آنالیز واریانس یک طرفه (ANOVA) مقایسه با سطح معنی: متغیر مستقل استفاده می شود.

۱-ب- مقایسه میانگین ها T-Test

با استفاده از تکنیک های آماری مقایسه میانگین ها، تفاوت متغیر وابسته تحقیق بر حسب متغیرهای اسمی در کلاس های آموزشی و شرح تأهل و وضعیت کسب و کار و... بررسی قرار گرفت که خلاصه شاخص های آماری آن به شرح جدول زیر است:

جدول شماره ۴: خلاصه شاخص های آماری آزمون t-test

ردیف	متغیر مستقل	گزینه ها	تعداد مشاهدات	انحراف معیار	میانگین	مقدار آزمون t-Value	سطح معنی داری آزمون Sig
۱	جنس	مرد	۱۵۲	۰/۳۶۱	۲/۶۰۲	۲/۷۵۲	۰/۰۰۷
		زن	۶۹	۰/۴۷۵	۲/۲۷۹		
۲	محل سکونت	روستا	۲۸	۰/۳۹۲	۲/۲۲۷	۲/۵۲۹	۰/۰۱۲
		شهر	۱۹۴	۰/۴۰۲	۲/۱۲۱		
۳	وضع تأهل	مجرد	۱۱۲	۰/۳۶۳	۲/۱۴۹	۰/۳۹۴	۰/۷۶۹
		متاهل	۱۱۰	۰/۴۴۸	۲/۱۶۵		

همچنانکه ملاحظه می شود بر اساس سطح معنی داری آزمون ۱، میانگین ارزیابی نقش جمعیت هلال احمر در کنترل عفونت HIV و ایدز بر حسب جنس تفاوت معنی داری می پذیرد، به طوری که زنان ارزیابی مثبت تری درباره نقش هلال احمر داشته اند. بر اساس محل سکونت مقایسه میانگین ها نشان می دهد که تفاوت معنی داری بین دو گروه از پاسخگویان ساکن روستاها و شهرها وجود دارد. به طوری که ساکنان مناطق روستایی ارزیابی مثبت تری نسبت به نقش جمعیت هلال احمر در مبارزه با ایدز داشته اند. وضع تأهل بر

چگونگی ارزیابی نقش جمعیت هلال احمر در مبارزه با ایدز تفاوتی ایجاد ننموده است. به طوری که افراد مجرد و متاهل ارزیابی های یکسانی از نقش جمعیت در این زمینه داشته اند.

۲-ب- شریب همبستگی:

برای سنجش رابطه بین متغیر وابسته با متغیرهای فاصله ای از تکنیک شریب همبستگی پیرسون استفاده شده است که نتایج حاصله به شرح جدول زیر خلاصه شده اند.

جدول شماره ۱: خلاصه شاخص های آماری ضریب همبستگی پیرسون (متغیر وابسته: نقش جمعیت هلال احمر در کنترل بیماری ایدز)

ردیف	متغیر مستقل	سطح سنجش	نام آزمون	مقدار آزمون	سطح معنی داری (Sig)
۱	سن	فاصله ای	ضریب همبستگی پیرسون	-.۱۹۹۶	۰/۰۰۳
۲	تخصیلات	فاصله ای	ضریب همبستگی پیرسون	-.۳۳۷	۰/۰۰۰
۳	درآمد	فاصله ای	ضریب همبستگی پیرسون	۰/۰۵۴	۰/۶۲۷
۴	ساعات آموزش	فاصله ای	ضریب همبستگی پیرسون	۰/۳۷۴	۰/۰۰۲
۵	مدت مراجعه به مرکز مشاوره	فاصله ای	ضریب همبستگی پیرسون	۰/۳۳۵	۰/۰۰۱
۶	سوالات بیماری	فاصله ای	ضریب همبستگی پیرسون	-.۰۹۱	۰/۴۱۰
۷	احساس امیدواری	فاصله ای	ضریب همبستگی پیرسون	۰/۵۱۲	۰/۰۰۰
۸	تأثیر گروههای اجتماعی در بهبودی	فاصله ای	ضریب همبستگی پیرسون	۰/۵۲۲	۰/۰۰۰
۹	میزان دریافت حمایت مالی	فاصله ای	ضریب همبستگی پیرسون	۰/۴۶۸	۰/۰۰۰
۱۰	میزان دریافت حمایت نارویی	فاصله ای	ضریب همبستگی پیرسون	۰/۵۷۰	۰/۰۲۹
۱۱	میزان دریافت حمایت خواروبار	فاصله ای	ضریب همبستگی پیرسون	۰/۵۰۰	۰/۰۶۸
۱۲	تمایل به استفاده از ابزار محافظت کننده	فاصله ای	ضریب همبستگی اسپیرمن	۰/۳۱۲	۰/۰۰۰
۱۳	میزان دریافت سایر حمایت های مادی و غیرمادی	فاصله ای	ضریب همبستگی اسپیرمن	۰/۵۲۲	۰/۰۶۶

آنکه بقیه ۱۰ متغیر همبستگی مثبت با ارزیابی پاسخگویان نشان داده اند. شدت رابطه نشان می دهد که ابعاد اعداد، امدد اری، توسط گروه ها و نهادها، اجتماعی، تأثیر گروههای اجتماعی در بهبودی بیماری پاسخگویان، میزان دریافت حمایت های مادی (مالی)، نارویی، خواروبار و سایر حمایت ها، تمایل به استفاده از وسایل پیشگیری و تحصیلات دارای همبستگی قوی با ارزیابی پاسخگویان نسبت به نقش جمعیت در کنترل بیماری ایدز هستند.

جمعیت در کنترل ایدز بر حسب شغل اصلی، اشتغال همسر، استان محل سکونت، طبقه آشنایی با مرکز مشاوره، هدف از مراجعه، چگونگی ایستلا (راه انتقال ایدز) و مرحله بیماری مورد سنجش قرار گرفته است که نتیجه حاصله به شرح جدول زیر می باشد.

همچنانکه از سطح معنی داری آزمون ضریب همبستگی برمی آید، صرفاً دو متغیر درآمد و سنوات بیماری تأثیری در شدت و ضعف ارزیابی پاسخگویان نداشته است در حالیکه بقیه ۱۱ متغیر دارای همبستگی معنی دار با ارزیابی پاسخگویان نسبت به نقش جمعیت هلال احمر در کنترل بیماری ایدز داشته اند. از این بازده متغیر فقط سن پاسخگویان همبستگی منفی نشان می دهد یعنی هر چه سن پاسخگویان بیشتر می شود ارزیابی منفی تری نسبت به نقش جمعیت دارند. حال

۲. آنالیز واریانس یک طرفه (Anova)

آزمون F یا آنالیز واریانس یک طرفه برای مقایسه میانگین یک متغیر فاصله ای بر حسب یک متغیر اسمی چندگانه کاربرد دارد. بر اساس ویژگی این آزمون تفاوت میانگین ارزیابی های پاسخگویان درباره نقش

جدول شماره ۵: خلاصه شاخص های آماری آنالیز واریانس یک طرفه (متغیر وابسته: ارزیابی نقش جمعیت هلال احمر در پیشگیری و کنترل عفونت HIV و ایدز)

ردیف	متغیر مستقل	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	درجه آزادی DF	مقدار آزمون F	سطح معنی داری (Sig)
۱	شغل اصلی (هشت گروه شغلی)	بین گروهی	۱۳۷۹/۵۵۲	۱۹۷/۰۰۷۹	۷	۲/۹۱۸	۰/۰۰۰
		درون گروهی	۱۲۱۵۵/۸۱۴	۶۷/۵۳۲	۱۸۰		
		کل	۱۳۵۳۵/۳۶۶	۱۸۷			
۲	وضع شغلی همسر (مشاغل، بیکارخانه دار)	بین گروهی	۷۰۲/۱۷۸	۳۵۱/۰۸۹	۲	۴/۴۱۲	۰/۰۱۵
		درون گروهی	۷۴۸۰/۳۸۱	۷۹/۵۷۹	۹۴		
		کل	۸۱۸۲/۵۵۹	۹۶			
۳	استان محل سکونت (۴ استان نمونه)	بین گروهی	۸۳۱۸/۴۲۱	۲۷۷۲/۸۱۰	۳	۹۵/۳۷۴	۰/۰۰۰
		درون گروهی	۶۳۲۷/۹۲۳	۲۹/۰۰۷۳	۲۹۸		
		کل	۱۴۶۴۵/۳۴۴	۲۲۱			
۴	طریقه آشنایی با مرکز مشاوره (۸ طریق آشنایی)	بین گروهی	۸۵۸/۲۲۳	۱۲۲/۶۰۳	۷	۱/۸۶۹	۰/۰۷۶
		درون گروهی	۱۳۲۴۸/۵۲۹	۶۵/۵۸۷	۲۰۲		
		کل	۱۴۱۰۶/۷۵۴	۲۰۹			
۵	هدف از مراجعه به مرکز مشاوره (۵ هدف)	بین گروهی	۱۵۸۱/۳۵۶	۳۹۵/۳۲۹	۴	۶/۴۸۸	۰/۰۰۰
		درون گروهی	۱۲۸۵۶/۰۰۷۶	۶۰/۹۲۹	۲۹۱		
		کل	۱۴۴۳۷/۴۳۲	۲۶۵			
۶	چگونگی ابتلا به HIV و AIDS (۴ راه عمده انتقال)	بین گروهی	۱۰۶۴/۹۸۲	۳۵۴/۹۹۴	۳	۶/۱۳۸	۰/۰۰۰
		درون گروهی	۹۷۵۹/۷۲۱	۵۵/۱۴۰	۱۷۷		
		کل	۱۰۸۲۴/۷۰۳	۱۸۰			
۷	مرحله بیماری (۴ مرحله)	بین گروهی	۵۳۷/۰۰۵۶	۱۷۹/۰۰۱۹	۳	۲/۹۶۱	۰/۰۳۳
		درون گروهی	۱۱۵۴۶/۴۸۵	۶۰/۴۵۳	۱۹۱		
		کل	۱۲۰۸۳/۵۴۱	۱۹۴			

مقایسه ای از داده های نمونه

نتایج، صرفاً شاخص میانگین متغیرها و مفاهیم ارائه و در انتهای جدول مقدار آزمون F همراهِ سطح معنی داری قید می گردد.

از آنجا که چهار استان نمونه این تحقیق شرایط کاملاً متفاوتی دارند، در این قسمت متغیرها و مفاهیم اصلی تحقیق را در چهار استان با استفاده از تکنیک های آماری آنالیز واریانس یک طرفه مقایسه می نمایم. برای برهیز از تطویل جداول و به منظور تلخیص شدن

جدول شماره ۶: خلاصه شاخص های آماری آنالیز واریانس یک طرفه (متغیر وابسته: ارزیابی نقش جمعیت هلال احمر در پیشگیری و کنترل عفونت HIV و ایدز)

رتبه	متغیرها و مفاهیم	میانگین برای استانهای نمونه				مقدار آزمون F	سطح معنی داری (Sig)
		همدان	گلستان	کرمانشاه	کرستان		
۱	ارزیابی کلی از جایگاه جمعیت در سطح ترتیبی	۲/۹۶۱	۲/۷۳۶	۲/۰۴۷	۲/۰۲۰	۹۵/۲۷۴	۰/۰۰۰
۲	رضایت از عوامل و کارکنان مراکز مشاوره	۲۱/۰۱۳	۲۲/۴۴۴	۱۹/۵۲۱	۱۷/۷۵۰	۱۴/۰۲۷	۰/۰۰۰
۳	نقش گروههای اجتماعی در ایجاد احساس امیدواری	۱۲/۱۷۲	۱۷/۸۰۸	۱۲/۷۸۹	۱۲/۰۰۰	۱۹/۹۶۸	۰/۰۰۰
۴	تأثیر گروههای اجتماعی در بهبود وضعیت بیماری	۱۲/۰۰۰	۱۵/۷۸۰	۱۰/۵۳۶	۱۱/۵۷۱	۲۴/۷۰۷	۰/۰۰۰
۵	میزان رضایت از دوره های آموزشی	۲۰/۸۸۴	۲۹/۰۲۰	۲۱/۳۰۰	۲۰/۶۶۶	۳۲/۵۶۵	۰/۰۰۰
۶	میزان رضایت از خدمات و کارآمدی جمعیت	۱۲/۰۶۰	۱۶/۱۱۵	۱۱/۱۷۱	۱۲/۴۶۶	۲۱/۴۹۰	۰/۰۰۰
۷	میزان رضایت از محتوا و سودمندی مشاوره	۶/۱۲۹	۷/۵۷۸	۷/۰۲۰	۶/۳۱۰	۸/۹۵۱	۰/۰۰۰
۸	میانگین سن پاسخگویان	۲۲/۹۲	۲۷/۷۰	۳۵/۳۶	۳۰/۶۲	۶/۱۲۰	۰/۰۰۱
۹	میانگین تحصیلات پاسخگویان	۶/۹۸	۱۱/۵۸	۹/۶۲	۱۰/۱۲	۱۸/۰۴۴	۰/۰۰۰
۱۰	میانگین درآمد پاسخگویان	۱۴۰۸۳۳	۵۵۳۷۵	۹۰۱۷۳	۱۸۸۶۶۶	۴/۵۷۹	۰/۰۰۵
۱۱	میانگین ساعات آموزشهای تکثیر شده	۲/۵۲	۸۰/۲۸	۴/۰۰	۴/۱۹	۹/۳۵۶	۰/۰۰۰
۱۲	میانگین مدت مراجعه به جمعیت	۱۴/۲۸	۱۹/۸۳	۱۷/۹۵	۱۲/۴۶	۲/۸۵۰	۰/۰۲۸
۱۳	میانگین حمایت های مادی	۳۶۱۲۹	۱۲۹۱۶۶	۵۹۶۰۵	۸۶۲۵۰	۱۵۲/۷۸۹	۰/۰۰۰
۱۴	میانگین سابقه بیماری	۲۰/۵	۹/۸	۳۷/۸	۲۹/۸	۷/۳۵۹	۰/۰۰۰
۱۵	کیفیت برخورد افراد مطلع از بیماری	۲/۸۴۲	۲/۸۵۷	۲/۳۷۱	۲/۲۸۵	۲/۸۶۵	۰/۰۶۱
۱۶	میزان لزوی اجتماعی به خاطر بیماری	۲/۶۹۰	۳/۲۲۳	۲/۹۷۱	۲/۹۲۷	۴/۱۶۶	۰/۰۰۷
۱۷	تبدیل به استفاده از وسایل محافظت از خطر	۲/۰۸۷	۴/۲۱۲	۳/۵۵۰	۲/۲۲۲	۱۳/۷۹۰	۰/۰۰۰

## بحث

مقاله ها و نتایج پژوهش نشان می دهند که، در مجموع ارزیابی پاستگوییان در باره نقش جمعیت هلال احمر در کنترل و پیشگیری از عفونت HIV و ایدز در سطح بالاتر از متوسط (۲۶/۵۷٪ از ۵) قرار گرفته اند. زنان و ساکنان مناطق روستایی ارزیابی مثبت تری درباره نقش جمعیت هلال احمر داشته اند. در مقابل وضع تأمل تفاوت چنانچه در ارزیابی آنها ایجاد نموده است. شده. رابطه نشان می دهد که ایجاد احساس امیدواری توسط گروهها و نهادهای اجتماعی - تأثیر گروههای اجتماعی در بهبود بیماری پاستگوییان، میزان دریافت حمایت های مالی، مالی - تدریسی، حمایتی و سایر حمایت ها)، تمایل به استفاده از وسایل پیشگیری و میزان تحصیلاته دارای همبستگی قوی با ارزیابی پاستگوییان نسبت به نقش جمعیت در کنترل بیماری این هستند. نحوه رفتار یا این گروه افراد نشان می دهد که برفتاری با این گونه افراد محدود ۳ برابر خوش رفتاری نسبت به آنهاست. مقایسه گروههای مختلف نشان می دهد که جمعیت هلال احمر و خانواده افراد بیشترین نقش و همسایه ها کمترین نقش را در ایجاد احساس امیدواری نسبت به زندگی در میان افراد مبتلا به عفونت HIV و ایدز دارند.

رتبه بندی ابعاد مختلف آموزشی نشان می دهد که بیشترین میزان رضایت از موبی آموزشی و کمترین رضایت از امکانات و تجهیزات آموزشی وجود دارد. لذا می توان پیشنهاد نمود که برای بهبود وضعیت آموزشی بایستی نسبت به ارتقاء عناصر فوق با اولویت قرار دادن عنصری که در رتبه های آخر قرار دارند، اقدام نمود. یعنی ابتدا کارگاههای آموزشی را به امکانات و تجهیزات آموزشی مجهز نمود و سپس بر اساس نظر خرابی از آموزش گیرندگان نسبت به تغییر محتوای دوره های آموزشی متناسب با نیاز فراگیران اقدام کرد. در قدم بعدی نسبت به اصلاح جزوات و متون آموزشی و بعد از آن به ساختار، محتوا و فرایند آموزشی پرداخت. مربی، موضوع، زمان و مکان آموزش چندان نیاز به تغییر و اصلاح ندارد و لذا با تکیه بر چهار عنصر پیش گفته می توان میزان

رضایت مراجعاتی که از آموزشهای مراکز مشاوره بهره مند شده اند را بیش از گذشته جلب نمود.

تفاوتهای مشاهده شده در گروههای مختلف متغیرهای فوق به خور بسیار خلاصه عبارتند از:

۱- دارندگان مشاغل عالی رتبه بالاترین ارزیابی و دارندگان مشاغل کشاورزی پایین ترین ارزیابی را نسبت به نقش جمعیت هلال احمر در کنترل بیماری ایدز داشته اند.

۲- افرادی دارای همسر خانه دار پایین ترین ارزیابی و افراد دارای همسر بیگار بالاترین ارزیابی را نسبت به نقش جمعیت هلال احمر در کنترل بیماری ایدز داشته اند.

۳- پاستگوییان ساکن استان گلستان بالاترین ارزیابی را نسبت به نقش جمعیت هلال احمر در کنترل بیماری ایدز داشته اند.

۴- پاستگوییان که از طریق رادیو با مراکز مشاوره آشنا شده اند بین ترین ارزیابی و پاستگوییانی که از طریق مدرسه به مراکز مشاوره آشنا شده اند بالاترین ارزیابی را نسبت به نقش جمعیت هلال احمر در کنترل بیماری ایدز داشته اند.

۵- پاستگوییانی که با هدف آموزش به مراکز مشاوره مراجعه نموده اند، بالاترین ارزیابی و پاستگوییان که با نامیدی از همه جا به عنوان آخرین پناهگاه به مراکز مشاوره مراجعه نموده اند پایین ترین ارزیابی را نسبت به نقش جمعیت هلال احمر در کنترل بیماری ایدز داشته اند.

۶- افرادی که از راه اعتیاد تزریقی و آمیزش جنسی به ایدز مبتلا شده اند، پایین ترین ارزیابی و افرادی که از راه خون و فرآورده های خونی به ایدز مبتلا شده اند بالاترین ارزیابی را نسبت به نقش جمعیت هلال احمر در کنترل بیماری ایدز داشته اند.

۷- بیماریانی که صرفاً در معرض خطر بیماری قرار گرفته اند بالاترین ارزیابی و بیماریانی که مرحله HIV را گذرانده و به مرحله اوردگی ایدز وارد شده اند پایین ترین ارزیابی را نسبت به نقش جمعیت هلال احمر در کنترل بیماری ایدز داشته اند.

با توجه به یافته های تحقیق می توان پیشنهاد نمود که برای ارتقاء نقش و جایگاه جمعیت هلال احمر نیابستی

یک بعدی به موضوع کنترل و پیشگیری از عفونت HIV و این نگاه کرده بلکه نگاه سیستمی و توجه به نقش جهات های مختلف بر همچنین توجه به نقش گروه های پرستارهای اجتماعی پیرامون بیماران مبتلا، مشاوره، دوستان، خویشاوندان، نهادهای مذهبی و سازمان های دولتی ذیربط، سازمان های غیر دولتی و استفاده از حمایت های روانی و مادی آنها می تواند در مسازگاری بیماران با رخدایت بیماری خرید و خروج از انزوای اجتماعی و همچنین ایجاد گرایش مثبت نسبت به عملکرد ارگانهای ذیربط نظیر جمعیت خلال امسر و مراکز مشاوره بیماری های رفتاری تأثیر به سزایی داشته باشد.

فهرست منابع

- 9- Norouzi J, Salek Moghadam A, AIDS, disease of HIV, Boshir publication, 1989, p:240. [In persian]
- 10- Ministry of health and Medical Education, the plan of HIV infection control and prevention, healthy deputy, diseases management center, 2002, p: 333-339.
- 11- Ministry of health and Medical Education, the last statistics of HIV/AIDS in Iran, healthy deputy, diseases management center, 2006, p: 285-293.
- 12- Laurence, J. Woman and AIDS. {Editorial}. AIDS Patient Care and STDs. 1999, 13(2): 77-79.
- 13- Mann S., Campbell, J., Sweat, M., and Gielen, A. The intersections of HIV and Realization of social Aid program for HIV/AIDS patients addicted to injected drug-in the lpatient department for drug addicts with HIV/AIDS of the regional hospital of infectious diseases in Warsaw, HIV/AIDS Rev, 2002, p: 87
- 14- Violence: Directions for future research and interventions. Social science and Medicine, 2000, 50(4): 459-478.
- 1- David F. Bloomy, River path Associates and Gaypee Sevilla; Health, wealth, AIDS and poverty, January, 2002 p:87-95.
- 2- Estafdyari moghadam A, Beheshti A, Beheshti H. Motabasis to effective social factors on AIDS prevalence in undeveloped developing countries, Gorgan Azad University, 2007.[In persian]
- 3- Ministry of Health and Medical Education: National prevention & control plan of HIV infection, deputy of health, Diseases management center, 2002 p:101-110.
- 4- Ministry of health and Medical Education: Recent Statistics of HIV/AIDS infections, Diseases management center, 2006, p: 78-95.
- 5- Vakili M. Study and compare the direct and indirect ways of AIDS health education to male students' attitude of Payam-e-noor University in Saghez, 1993, p: 101. [In persian]
- 6- Asefi V, study the socio-medical analysis about AIDS ,Tehran, 1<sup>st</sup> edition, 1987, p:101.
- 7- Rahmani A, Study the medicine interns' awareness about AIDS, pbd thesis, Zabolian medical sciences university, 2000, p:48-49. [In persian]
- 8- Salemi S, nursing care in leukemia, Tehran, 1<sup>st</sup> edition, 1989. [In persian]