

نکات اخلاقی و آموزشی در مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز

نویسندگان:

سید میثم ابراهیمی^۱، حسین مدنی^{۲*}، محمد مرادی اکبری^۳، جلال جوادی^۴

چکیده

زمینه و هدف: بیماری ایدز یکی از مخرب ترین معضلات جوامع کنونی است که شیوع آن در حال افزایش است. بیماران و قربانیان این بیماری از مشکلات جسمی-روانی عديده ای رنج می برند، اما آنچه که بیش از هر چیزی آنها را می آزارد مشکلات فرهنگی-اجتماعی ناشی از ماهیت بیماری در خانواده و جامعه است. این قشر نیازمند توجه عمیقی هستند و بایستی برای کمک به کاهش مشکلات این قشر آسیب پذیر اصول اخلاقی خاصی در متن مراقبت های پرستاران قرار گیرد و نیازهای آموزشی آنان و افراد مرتبط با آنها مرتفع گردد. هدف از این مطالعه معرفی اصول آموزشی و اخلاقی است که بایستی حین مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز رعایت گردد.

روش ها: طی یک مطالعه مروری مقالات مرتبط با موضوعات آموزشی و اخلاقی در ایدز با کلید واژه های مشخص از سال ۲۰۰۰ تا کنون از منابع معتبر PubMed، Elsevier، Ebsco، Ovid، Iranmedex، SID و Magiran جستجو و پس از انجام غربالگری اولیه، مقالات مرتبط انتخاب و اطلاعات مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: براساس نتایج مطالعات انجام شده نکات آموزشی و اخلاقی در مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز به شرح زیر می باشد: تنظیم برنامه ای برای پیوستن آنها به سرویس های حمایتی موجود در جامعه، انجام مشاوره در مورد روابط جنسی ایمن، مشاوره در مورد انتخاب همسر و زندگی زناشویی و بچه دار شدن، بررسی درک و احساسات بیمار نسبت به درمان، ارائه اطلاعات، آموزش و برقراری ارتباط، آموزش در مورد مهارت های زندگی، آموزش نحوه کنترل استرس، افسردگی و غیره.

نتیجه گیری: شاید اصل احترام فردی بویژه برای بیماران مبتلا به ایدز خیلی مهم تر از اصل ارزش حیات باشد و مسلماً رعایت اصول اخلاقی و آموزشی مطرح شده در مراقبت از این بیماران، سبب کاهش عوارض و مشکلات جسمی-روانی، اجتماعی و فرهنگی ناشی از بیماری و افزایش سطح کیفی مراقبت ها و بهبود کیفیت زندگی بیماران می گردد.

واژه های کلیدی: آموزش، اخلاق، بیماری ایدز، مراقبت، پرستاری

^۱عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دانشکده پرستاری ابهر

^۲عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دانشکده پرستاری ابهر (نویسنده مسئول)

^۳دانشجوی کارشناسی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دانشکده پرستاری ابهر

^۴دانشجوی کارشناسی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دانشکده پرستاری ابهر

مقدمه

سندرم نقص ایمنی اکتسابی^۱ یا بیماری ایدز بزرگترین بیماری عفونی کشنده و چهارمین علت مرگ و میر در جهان است. این بیماری از موانع اصلی توسعه جوامع بوده و بیشترین جمعیت فعال مولد را در بر گرفته است (۱). شیوع این بیماری بطور چشمگیری در دنیا در حال افزایش است که باعث تضعیف و مرگ بسیاری از بزرگسالان در اوایل زندگی و آلودگی افراد مختلف می شود (۲،۳). ایران و سایر کشورهای خاورمیانه نیز از این قاعده مستثنی نیستند. تعداد مبتلایان به ایدز در سال ۲۰۰۷ بالغ بر ۳۳/۲ میلیون نفر برآورد شده است. به گزارش سازمان بهداشت جهانی تعداد موارد تخمین زده شده ایدز در ایران ۶۶۰۰۰ نفر می باشد. میزان آلودگی عموم جامعه در ایران بالای یک درصد و آلودگی افراد دارای رفتارهای پرخطر بالای ۵ درصد است (۱). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی اگرچه از نظر شیوع عمومی ایران در زمره کشورهای پایین طبقه بندی می شود (کمتر از ۱ درصد)، اما احتمال خطر در گروه های در معرض خطر در این کشور از شیوع بالایی (بیشتر از ۵ درصد) برخوردار است (۴). اگر چه تا سالهای اخیر نگرانی چندانی در مورد آگاهی مردم در خصوص انتقال و پیشگیری از این بیماری و برخورد با افراد مبتلا وجود نداشت اما افزایش احتمال همه گیر شدن این بیماری، این موضوع را جزء اولویت های بهداشتی قرار داده است (۵). ویروس نقص ایمنی اکتسابی از طریق خون، روابط جنسی، ترشحات واژن و شیر مادر منتقل می شود. بسیاری از جوانان معتاد به داروهای تزریقی، از نظر جنسی فعال بوده و مستعد ابتلا یا منتقل نمودن ویروس ایدز نه تنها با وسایل تزریق مشترک بلکه از طریق روابط جنسی غیرایمن با شرکای سالم یا بیمار هستند (۳،۶). این ویروس به سیستم ایمنی بدن حمله نموده و به مرور زمان سیستم ایمنی را به قدری ضعیف می کند که دیگر نمی تواند بدن را در برابر بیماری های مختلف محافظت کند و این همان عفونت پیشرفته ویروس ایدز، یعنی بیماری کشنده ایدز است (۳). با کاهش قدرت سیستم دفاعی به مرور زمان بدن آماده ابتلا به عفونت ها و

سرطان هایی می شود که به طور معمول در مردم عادی دیده نمی شود. این عوارض به صورت بیماری های ریوی، اسهال های شدید و مزمن، تب های طولانی، کاهش وزن، اختلالات شخصیتی، بیماری های مغزی و پوستی خود را نشان می دهند که در نهایت منجر به مرگ فرد مبتلا خواهند شد (۷). دانش و اطلاعات پرسنل در مورد بیماریهای منتقله از راه خون و نحوه پیشگیری از این بیماریها اهمیت بسزایی دارد (۸). در مطالعه زندگی قشقای میزان آگاهی دانشجویان از بیماری ایدز در حد متوسط گزارش گردید (۹). به نظر سازمان جهانی بهداشت تنها راه مؤثر علیه بیماری ایدز، آموزش بهداشت است و گروه های آسیب پذیر باید در اولویت این برنامه های آموزشی قرار گیرند (۱۰). امروزه، برای جلوگیری از ابتلا به ایدز، آموزش و راهکارهای مختلفی انجام می شود، با این حال هر روز شاهد افزایش تعداد بیماران هستیم لذا به نظر می رسد اطلاع رسانی کافی نبوده و باید در رفتارها تغییر اساسی پدید آورد (۱۱). یافته ها نشان داده که آموزش برنامه های خود مراقبتی به بیماران مبتلا به ایدز باعث افزایش دانش آنها در مورد عفونت شده و به آنها در تغییر رفتارهایشان و کنترل بهتر بیماری کمک می نماید (۱۲). مردم نگرش مثبتی نسبت به این بیماری ندارند. ناآگاهی و رعایت نکردن رفتارهای صحیح بهداشتی در هر جامعه ای اجتناب ناپذیر است. افراد و جوامع برای شناخت و عمل به شیوه های درست زندگی، حفظ سلامت و بهبودی از بیماریها نیازمند آموزش رفتارهای صحیح بهداشتی هستند (۱۳). رفتارهای درست یا نادرست بخشی از فرهنگ محسوب می شوند. آمادگی مردم برای شناخت و عمل کردن به شیوه های درست زندگی در جهت حفظ سلامت و اجتناب از بیماری ها نیاز به شکل دادن رفتارهای آنها دارد (۱۴) و در این میان مداخله هایی بیشترین احتمال موفقیت را دارند که با آگاهی کامل از فرهنگ و همه گیر شناسی محلی انجام شده باشند (۱۵). بیماری ایدز یک معضل اجتماعی است و به همین خاطر عموم مردم در آن درگیرند. ضرورت درک نیاز به تغییر سریع رفتارهای مردم در مواجهه با تهدید عمومی برای سلامت افراد جامعه باعث توجه به ارزش علوم اجتماعی و پزشکی شده است. آموزش می تواند عامل پیشگیری از گسترش بیماری ایدز باشد (۱۶). این بیماری از آغاز (مثبت بودن نتیجه آزمایش) تا شروع

¹AIDS² HIV

عفونت های فرصت طلب، فرد را تحت تأثیر قرار می دهد. وضعیت خلقی افراد مبتلا به ایدز از احساس اندوه، اضطراب و عصبانیت تا بروز اختلالات شدید افسردگی و اضطرابی متغیر است. افسردگی، شیدایی، اندوه و سوگواری، اضطراب، احساس گناه و تغییر درعواطف جنسی از جمله اختلالات خلقی اند که فرد مبتلا با آن درگیر است (۱۷). پژوهش ها نشان می دهند که تشخیص ایدز در مبتلایان از نظر روانشناختی اغلب استرس زا بوده و کیفیت سلامت روانی آنها را تحت تأثیر قرار می دهد (۱۸). تنیدگی و اشتغال فکری در مورد بیماری ایدز می تواند به سرعت فرد را به کام مرگ فرو برد. برچسب بیماری و میزان اتفاقات منفی در زندگی از عوامل مهم برای پیشگویی شدت اختلال تنیدگی در بیماران مبتلا است (۱۷). این بیماری یک تابو تلقی شده و با هاله ای از شرم و منع های اخلاقی و فرهنگی همراه است که این مسأله مانع از اعلام بیماری از سوی بیماران شده و همین معضل منجر به پنهان ماندن بیماری، طی نشدن فرآیند درمان و در نتیجه شیوع سریع آن می گردد. به علت پیش داوری و ترس از سرایت بیماری، این بیماران در موارد انتخاب مسکن، شغل، مراقبت های بهداشتی و حمایت عمومی مورد تبعیض قرار می گیرند. رفتار های نامناسب و تحقیرآمیز دیگران موجب انزوا و گوشه نشینی این بیماران گشته، فرصت دریافت آموزش را از آنها سلب می کند. وحشت از مرگ، ترس از طرد و تنهایی و ننگ اجتماعی، اخراج از محل کار و بدنامی در میان دوستان و خانواده سبب می شود افرادی که گمان می کنند ممکن است آلوده باشند، وضعیت خودشان را تا جایی که مقدور است مخفی نگه دارند که این خود موجب گسترش آلودگی است (۷). از طرفی ارتباط پزشکان با بیماران مبتلا به ایدز تقریباً یک سوم زمان استاندارد است که اندک محسوب می شود و در کشورهایی که ارتباط کافی بین پزشک و بیماران وجود ندارد رنج های غیر ضروری جسمی، عاطفی و روحی رخ می دهد (۱۲). خطر ابتلا به عفونت و مشکلات اخلاقی در بیماران مبتلا به ایدز وجود دارد و این مسأله باعث شده که پرسنل بهداشتی در مورد عمل به وظایف خود مردد باشند (۱۹). قابل انتقال بودن بیماری ایدز باعث می شود که پرسنل بهداشتی عموماً در وضعیت احتیاط باشند (۲۰). اما مقالات بیان می کنند که بر اساس قوانین اخلاقی پرسنل درمانی حق ندارند که با

قضاوت شخصی خود درمان بیماران مبتلا را، بعلت تصور نداشتن منفعت یا تأثیر درمان رد نمایند. به نظر آنها نقش درمانگرها قضاوت نبوده و درمان باید بر اساس نیاز بیمار باشد نه بر اساس ارزش انجام مداخله. بنابراین این چالشهای اخلاقی برای مراقبت ها و انجام وظیفه در مراقبت سلامتی وجود دارد (۱۹). ارتباط و ارزش های اخلاقی اجزای پایه شایستگی در حرفه های پزشکی هستند که این شایستگی ها به صورت حالات و وضعیت انتقادی از ارتباط با بیمار و خانواده هایشان تعریف شده و از طریق دانش تئوری، تمرینهای تکنیکی، قضاوتهای بالینی، ثبات عاطفی، حفظ کدهای اخلاقی و نقد خود در طی عملکردهای طبی روزانه کسب می گردند (۱۲). ارتباط ناکافی یک دلیل پنهان برای رفتارهای غیر منتظره از طرف بیماران مبتلا به بیماری های مزمن می باشد (۱۲) که اغلب باعث درمان ناکافی بیمار شده و عصبانیت و نگرانی وی را در پی دارد (۲۱). همچنین اپیدمی بیماری ایدز چالش های زیادی را برای پژوهش و عملکردهای پرستاری ایجاد کرده و زمانی که تنها درمان ایدز پیشگیری است پس بهتر است پیشگیری توسط پرستاران با آموزش به بیماران انجام شود. پرستاران می توانند مشارکت زیادی در مراقبت از این دسته از بیماران و آموزش به آنها داشته باشند (۱۶). آموزش پرستاران و پزشکان برای افزایش دانش آنها و انعکاس موضوعات اخلاقی نیز مفید است (۲۲). همه این عوامل باعث می شوند که بیماران مبتلا به ایدز در زمره اقشار آسیب پذیر جامعه قرار گیرند، پس در برخورد با این بیماران بایستی اصول اخلاقی و آموزشی ویژه و بیشتری نسبت به سایر بیماران رعایت گردد. همچنین با توجه به موارد مطرحه این بیماران موقعیت کمتری برای دریافت آموزش دارند. از آنجائیکه پرستاران در برخورد مستقیم و همه جانبه با این دسته از بیماران قرار دارند، لذا بایستی با این اصول اخلاقی و آموزشی در مراقبت آشنا باشند. هدف از این مطالعه معرفی اصول اخلاقی در مراقبت پرستاری از این بیماران و معرفی موارد آموزشی است که باید به بیماران و خانواده های آنها ارائه گردد.

روش ها

طی یک مطالعه مروری مقالات مرتبط با موضوع نکات اخلاقی و آموزشی در مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز با

کلید واژه‌هایی مثل ایدز، ویروس نقص ایمنی اکتسابی، معضلات اخلاقی و آموزشی، راهکارهای اخلاقی و آموزشی از منابع معتبر مثل ELSEVIER، EBSCO، PUBMED، OVID، IRANMEDEX، SID و MAGIRAN جستجو و پس از انجام غربالگری اولیه، مقالات مرتبط انتخاب و اطلاعات مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت (جدول شماره ۱). معیارهای ورود و انتخاب مطالعات عبارت بودند از: مقالات سال ۲۰۰۰ و بالاتر، مقالات تحقیقی، مقالات با موضوعیت اخلاق و آموزش در ایدز. معیارهای خروج نیز عبارت بودند از: مقالات مروری، مقالات قبل از سال ۲۰۰۰.

یافته‌ها

با توجه به مطالب استخراج شده از مقالات می‌توان نکات مربوط به مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز را به دو دسته کلی نکات اخلاقی و نکات آموزشی تقسیم نمود:

الف- نکات اخلاقی در مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز و مطالعات پژوهشی در مورد آنان:

بایستی مطالب علمی و اخلاقی در پژوهش بر روی این بیماران در نظر گرفته شود تا آسیبی به این بیماران وارد نگردد. رضایت نامه آگاهانه از این بیماران گرفته شود و اهداف و نتایج شرکت در پژوهش‌ها توسط آنان درک گردد. همچنین در طراحی این پژوهش‌ها باید به مسائل اخلاقی توجه ویژه گردد. نتایج پژوهش‌ها نیز بایستی بوسیله سازمانهای مردم نهاد به جامعه باز خورد داده شود (۲۳) مسائل اخلاقی برای هر مرحله از فرآیند تحقیق تعریف شده است که مسائل کلیدی عبارتند از: ننگ و عار و مفاهیم فرهنگی مرتبط، مسائل سیاسی و اقتصادی منطقه ای و جهانی، تبعیض‌های جنسی، تغییرات قدرت و نقش‌های جنسیتی، تخصیص و دسترسی به منابع برای پژوهش و سرویس‌های بهداشتی-سلامتی (۲۴). داوطلبین مکرراً در معرض مفاهیمی از قبیل وابستگی، بیهودگی، قربانی شدن، عدم امنیت و احساس خطر قرار دارند (۲۵). بنابراین طراحی چارچوبی برای تجزیه و تحلیل اخلاقی ضروری است که هم راهنمای علمی برای پژوهشگران درگیر در پژوهش‌های بین‌المللی ایدز باشد و همچنین ارزشهای سلامتی عمومی را به صورت واضحی تعریف نماید که ممکن است این موارد با ارزشهای تعریف شده برای عملکرد بالینی و پژوهش‌ها متفاوت باشد (۲۶).

از سوی دیگر، بسیاری از نگرانی‌های اخلاقی راجع به علاقه به شرکت در تحقیق، پروتکل‌های گرفتن رضایت آگاهانه، پروسیجرهای انتشار نتایج تحقیق و اصل احترام به شأن انسانی باید از سوی پژوهشگران مد نظر قرار گیرد (۲۴). متأسفانه تعداد زیادی از والدین این بیماران احساس گناه، ننگ، شرم و انزوای اجتماعی در مورد مبتلا بودن کودکشان می‌کنند و فکر می‌کنند که گفتن تشخیص بیماری به کودک باعث ترساندن وی می‌شود (۲۷). هر پرستار هم‌دل و عاطفی می‌تواند این توهم وحشتناک و درد آور والدین را در این موارد تشخیص داده و برطرف نماید (۲۰). با توجه به قانون دوم اخلاق زیستی (منفعت بیمار)، شاید آگاهی کودکان از وضعیت بحرانشان برخلاف سن کم کودک و پیچیدگی تصورات آنان بسیار با ارزش باشد، زیرا آنها می‌توانند برای بقیه زندگیشان برنامه ریزی و تصمیم‌گیری کنند (۲۰). پرستاران وظیفه دارند که اطلاعات همه بیماران را محرمانه حفظ نمایند که این مسأله باعث ایجاد چالش برای پرستاران می‌شود، هم از جهت خطری که برای سلامتی و ایمنی خودشان وجود دارد و هم از بابت ضرورت شرکت آنها برای مشخص نمودن وضعیت و تشخیص بیماری. گفتن یا نگفتن بیماری به فرد بیمار یک معضل اخلاقی برای پرسنل ایجاد کرده است که توافق درستی در مورد آن وجود ندارد (۲۰). به نظر می‌رسد اگر سرویس‌های اجتماعی و مشاوره‌ای روانشناسی در دسترس بیمار و خانواده‌هایشان قرار گیرند نه تنها این بیماران و خانواده‌هایشان می‌توانند غم ناشی از این وضعیت را تحمل کنند بلکه خانواده می‌تواند حمایت بیشتری از بیماران به عمل آورده و نیازهای بیشتری از آنها را رفع نمایند (۲۰). در میان پرسنل بهداشتی نگرش منفی آشکاری در مورد افراد مبتلا به ایدز وجود دارد (۱۹) که غالباً علت نگرش منفی پرسنل نسبت به این بیماران ترس از آلوده شدن به این بیماری و عدم اطمینان به روش‌های انتقال این بیماری می‌باشد (۲۰). بر اساس سوگند نامه بقراط ۴ اصل اساسی در درمان و مراقبت باید رعایت شود: منفعت رسانی به بیمار در درمان، نداشتن تأثیر سوء برای بیمار، حفظ استقلال و اختیار بیمار، قضاوت بر اساس نیاز و نه بر اساس ارزش مراقبت. پرسنل درمانی باید بر اساس منفعت درمان برای بیمار عمل کنند نه بر اساس نگرش و احساسات شخصی خود (۱۹).

ب- نکات آموزشی در مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز:

به دلیل اینکه پرسنل تیم بهداشتی تماس زیادی با خون و ترشحات بدن بیماران دارند باید جهت پیشگیری از تماس با مایعات بدن اولاً توجه شده و سپس آموزش های مقتضی را دریافت کنند تا ضمن رعایت موارد احتیاطی جهانی و مراقبت از خود بتوانند مراقبت مناسبی را به این گروه بیماران ارایه نمایند (۲۸). عدم وجود تجهیزات و تسهیلات کافی، کمبود وقت و ضعف در مهارت های تکنیکی به عنوان موانع اجرای احتیاطات استاندارد جهانی ذکر شده اند (۸). افزایش سطح سلامت اجتماعی با افزایش نگرش و آگاهی نسبت به این بیماری در ارتباط است. جهت ارتقاء سلامت جامعه، حفظ سطح مطلوب دانش مردم و تصحیح نگرش آنها به برنامه های باز آموزی و نوآموزی نیاز است (۲۹). اکثر مردم نسبت به بیماری ایدز نگرش منفی دارند و ۵۴ درصد افراد از اعتماد به نفس پایینی در این خصوص برخوردارند. تنظیم برنامه های بازآموزی و آموزش مداوم گروه های در معرض خطر جهت نگهداری اطلاعات در سطح مطلوب ضروری است. همچنین لازم است عموم مردم در جریان ماهیت بیماری و خطر رفتارهای مخاطره آمیز بخصوص بی بند و باری های جنسی قرار گیرند (۲۹). مطالعه های بسیاری حکایت از ارتباط بین نگرش، اعتقادات و رفتار دارند. اعتقاد به انتقال این بیماری از طریق شنا در استخرهای عمومی، پوشیدن لباسهای شخص مبتلا، مشارکت در ظرف غذاخوری، نیش حشرات و انتقال از طریق سرفه و عطسه از نگرش های غلط در این زمینه هستند (۳۰، ۲۹). تنها از طریق بهبود وضعیت اقتصادی و آموزش در یک جامعه می توان خطر ابتلا به ایدز را کاهش داد (۸). میتوان موارد ذیل را به عنوان عوامل مؤثر در گسترش ایدز بیان نمود که باید به این بیماران، خانواده های آنها و عموم مردم آموزش داده شوند:

۱- **اخلاقیات:** چون تماس جنسی علت اولیه انتقال عفونت است در نتیجه فقدان استانداردهای اخلاقی واضح باعث گسترش این بیماری می شود.

۲- **بیماری های منتقله از راه جنسی:** این بیماری ها خطر ابتلا همزمان به ایدز را افزایش می دهند. از آنجایی که عفونت ایدز در زنان معمولاً طی سالهای باروری رخ

می دهد لذا ارجاع این بیماران برای استفاده از موارد تنظیم خانواده ضروری می باشد. زنانی که قصد باروریدارند بایستی اطلاعات کافی در مورد خطر انتقال عفونت به خودشان، شرکای جنسی و فرزندان آیندهشان و مزایای استفاده از داروهای ضد رتروویروس برای کاهش انتقال پری ناتال دریافت کنند. بعلاوه بجز شیوه پرهیز از تماس جنسی، استفاده از کاندوم تنها روش ثابت شده کاهش خطر انتقال ویروس از طریق تماس جنسی می باشد. بعضی از روش های جلوگیری از بارداری مثل قرص های ضد بارداری ممکن است خطر ایدز را در زنان افزایش دهند، بنابراین لازمه برخورداری از یک زندگی زناشویی سالم دریافت یک مشاوره دقیق در این موارد است.

۳- **فقر:** بسیاری از کشورهای جهان از جمله کشورهای آفریقایی فقیر بوده و این وضعیت برای گسترش این بیماری مطلوب است. میزان شیوع بیماری ایدز با افزایش سطح فقر و ناتوانی خانواده های پر جمعیت در حمایت از افراد افزایش می یابد که زنان بیوه و یتیم بیشتر در معرض خطر هستند. در مطالعه ای که در کشورهای آفریقایی بر روی مبتلایان به ایدز انجام می شود بیشتر افراد بیوه و یتیم شرکت می کنند زیرا مکانیسم های حمایتی برای آنها وجود ندارد.

۴- **عدم آگاهی:** تعداد زیادی از بیماران آلوده به ایدز از آن بی خبرند و بسیاری از آنها بخاطر ننگ و عار ناشی از آن نمی خواهند مورد آزمایش قرار گیرند.

۵- **فرهنگ:** در بسیاری از فرهنگ ها زنان اغلب در موقعیتی نیستند که از همسرانشان در مورد روابط جنسی خارج از خانواده، نپذیرفتن روابط جنسی یا پیشنهاد روش های جنسی مطمئن تر سوال نمایند (۲۳، ۱۶).

علیرغم اینکه مدارک نشان گر این مطلب است که ارتباط باز باعث تشخیص بیماری و بهبود روابط پزشک و بیمار می شود ولی در کشورهای در حال توسعه تیم بهداشتی اطلاعات کمی در اختیار بیماران قرار می دهند. ارزش گذاری برای ارتباط مطلوب و آموزشهای اخلاقی توسط پرسنل تیم بهداشتی جزء اصول اصلی در برقراری ارتباط روشن و واضح با بیماران است. رابطه مشخصی بین ارتباط صحیح کادر درمان با بیمار ایدزی و پذیرش مرگ احتمالی وجود دارد (۱۲). بحث در مورد این موضوع برای طراحی سیاست ها و پل های ارتباطی بین پزشک و بیمار ضروری است. ارائه اطلاعات در مورد تشخیص، درمان و

پیش آگهی بیماری یک نقش اساسی در ارتباط بین پرسنل بهداشتی، بیماران و خانواده آنها دارد. بیماران جدا از وضعیت اقتصادی، اجتماعی و اخلاقیشان عموماً دوست دارند که اطلاعاتی راجع به تشخیص و امکان بهبودیشان در آینده به دست آورند. ارتباط کادر درمان با بیمار باید دقیق، جامع و مستقل باشد. ارتباط صادقانه بین پزشکان و بیمارانشان اهمیت حیاتی دارد. شواهد نشان می دهد که ارتباط باز با بیمار و بحث در مورد خطاهای احتمالی، رابطه بین کادر درمان و بیمار را بهبود بخشیده و از خطر اشتباهات درمانی پیشگیری می کند (۳۱، ۱۲). این موضوع نشان دهنده اهمیت شرکت بیمار در تصمیم گیری درمانیست (۱۲). بیماران از لحاظ قانونی حق پذیرش یا رد درمان های پیشنهادی را دارند که در قوانین بعضی کشورها به وضوح بیان شده است (۱۲). ابعاد مختلف انسان به ویژه مسائل اخلاقی، اجتماعی، احساسات، مذهب و مسائل روحی و روانی بر روی تصمیمات درمانی تأثیر می گذارد (۱۲). اخیراً در بیماری های مزمن بر روی نقش مرکزی بیماران در کنترل بیماریشان تأکید شده است (۳۲). این اجزا می تواند به وسیله حرفه های بهداشتی برای سود رسانی به بیمار و ارتباط با وی استفاده گردد (۳۳). در بعضی فرهنگ ها فقدان احترام به مسائل دینی و روحی بیمار باعث فقدان اعتماد و نپذیرفتن درمان توسط وی می شود. حتی در بعضی از فرهنگ ها خانواده ها عصبانی شده و مانع ادامه درمان بیمارشان می شوند (۱۲). اگر خانواده بیمار در مورد تصمیم گیری شخصی برای بیمارشان اصرار ورزند اختلاف بین پرسنل درمانی و خانواده به وجود خواهد آمد (۳۴). در این راستا مطالعه ای در مورد بیماران و پزشکان نشان داد که زمانی که اعضای خانواده با متخصصین روبرو می شوند ضرورت ارتباط چهره به چهره برای بحث در مورد پیش آگهی و تأیید درمانهای پیشنهاد شده وجود دارد (۱۲). اطلاع دادن به بیمار در مورد مثبت بودن تشخیص وی مستلزم برخورداری از مهارت های ارتباطی خوب، تجربه و دانش کافی راجع به ایدز توسط پرسنل درمانی می باشد. در مطالعه ای در ۱۱ کشور اروپایی مشخص گردید که یک چهارم بیماران مبتلا در جلساتی با مدت زمان کمتر از ۱۰ دقیقه از تشخیص بیماریشان آگاه شده اند و ۱۵ درصد نیز از طریق پست الکترونیکی از این موضوع مطلع گردیده اند (۳۵). همچنین برای پیشگیری

از ایدز می توان از روشهای زیر استفاده کرد: ۱- انتخاب و آموزش از طریق همتایان، ۲- نظارت، پایش و گزارش عملکرد، ۳- آموزش مهارت ها. چالش های بسیاری در رابطه با طراحی و اجرای آموزش از قبیل انتخاب و آموزش ناظر آموزشی و انگیزه دادن به آموزش دهنده همتا وجود دارد که در این موارد نکات زیر باید مورد آموزش قرار گیرد:

ایجاد احساس مالکیت: که یکی از اجزای ضروری است. با دخالت دادن سازمان های مردم نهاد و برقراری رابطه با جامعه می توان از حمایت خارجی جامعه نیز سود برد، آموزش همتایان به لحاظ جوان بودن جامعه باید انجام شود، مدیریت و کنترل عفونتهای منتقله از راه جنسی، پایش و ارزشیابی برنامه ها، تعریف مقیاسهای ارزشیابی، تداوم برنامه ها، پیگیری برنامه و نتایج (۳۶).

آگاهی، آموزش و ارتباط نقشهای اساسی در برنامه های آموزش به همسانان دارند که باعث کاهش خطرات و آسیب های مرتبط با HIV می شوند که این کار را می توان از طریق پمفلت، بوکلت، آموزش شفاهی و رسانه های سمعی و بصری انجام داد. حمایت سیاستمداران و تصمیم گیرندگان سیاسی، رهبران مذهبی و گروه های اجتماعی نیز برای انجام این کار بسیار مهم است (۳۷).

برای کنترل و پیشگیری از ایدز آموزش موارد زیر نیز توصیه می گردد:

- ۱- آموزش روش های کاهش رفتارهای جنسی پر خطر برای دانش آموزان و دانشجویان.
- ۲- بیان اینکه مردان جوان نقش بیشتری نسبت به زنان جوان در رفتارهای جنسی دارند.
- ۳- آموزش پذیرش و تعهد نسبت به پروتکل ABC^۱ شامل پاکدامنی، وفاداری به همسر و استفاده از کاندوم.
- ۴- اصلاح افکار اشتباه (خرافات): بسیاری از مردم افکار اشتباهی در مورد ایدز دارند، برای مثال بعضی معتقدند که می توان بیماری ایدز را از طریق ارتباط جنسی با زنان باکره یا درمان های محلی درمان نمود.
- ۵- کسب تجربه توسط دانشجویان در مورد تأثیر این مداخلات: با برگزاری این دوره های

¹Abstinence, Be faithful, Condomize

مناسب رفتاری می توان سبب تغییر رفتارهای مخاطره آمیز شد.

۱۰- آموزش در مورد مهارت های زندگی: تعداد زیادی از افراد مبتلا به ایدز بالغین جوانی هستند که در مرحله تکاملی برقراری روابط نزدیک و پیگیری اهداف شخصی و شغلی قرار دارند. این بیماران به دلیل داشتن سبک زندگی خاص ممکن است دچار احساسات غیر قابل تحمل مثل اضطراب، گناه و غیره شوند. مراقبان می توانند در ایجاد جو پذیرش و درک وضعیت در این بیماران نقش کلیدی ایفا نموده و بسیاری از شیوه های دفاعی و مهارت های زندگی سالم را آموزش دهند.

۱۱- آموزش نحوه کنترل استرس، افسردگی، و غیره: بیماران مبتلا به ایدز به علت ابتلا به بیماری که در سطح جامعه به عنوان یک معضل ترسناک شناخته شده است در معرض خطر لکه دار شدن آبروی خود قرار دارند، بنابراین دچار استرس و بسیاری از مسائل روانی می شوند. آگاهی یافتن در مورد چگونگی محافظت از خود و دیگران سبب کاهش خطر انزوای اجتماعی می گردد. بیان احساس تنهایی و انزوا و تأکید به بیمار که این احساسات منحصر به فرد یا غیر طبیعی نیست، سبب کاهش میزان استرس و افسردگی آنها خواهد شد (۳۹-۴۱).

یک برنامه مؤثر در کاهش رفتارهای جنسی پر خطر ده مشخصه دارد:

آموزش داشتن رفتارهای جنسی محدود و صحیح : ارائه مشاوره در مورد اصول روابط جنسی ایمن و فراهم ساختن امکانات ایمنی برای آنها کهاین بیماران باید تعداد شرکای جنسی را به یک نفر کاهش داده و شرکای جنسی آینده خود را از وضعیت بیماریشان آگاه سازند. از سوزن، تیغ، وسایل جنسی یا سایر مواد آلوده به طور مشترک استفاده نکنند و از اهدا کردن خون، پلاسما و اعضای بدن خودداری نمایند.

استفاده از شیوه های تئوری شناخته شده برای تعدیل رفتارهای اجتماعی.

۱- تقویت پیام هایی در مورد پاکدامنی.

آموزشی، اطلاعات دانشجویان در مورد ایدز افزایش یافته و نگرش آنها نسبت به افراد مبتلا به ایدز بهبود می یابد (۳۸).

۶- توصیه به همخانه ها در مورد رعایت احتیاطات لازم: افرادی که با بیمار در یک خانه زندگی می کنند به آموزش هایی در مورد رفتارهای جنسی بی خطر جهت کاهش خطر انتقال عفونت نیاز دارند. اگر همخانه ها مبتلا به اعتیاد باشند برنامه تعویض سرنگ سبب می شود معتادین تزریقی از سرنگ های استریل مجانی استفاده کنند. در صورت عدم بهره مندی از برنامه تعویض سرنگ مجانی می توان نحوه تمیز کردن سوزن و اجتناب از استفاده از پنبه ها و سایر وسایل تزریق مشترک را آموزش داد.

۷- بررسی ادراک و احساسات بیمار نسبت به درمان: تیم مراقبت بهداشتی به اطلاعات دقیقی برای هدایت، برنامه ریزی تکمیلی و ارزیابی مراقبت از بیمار نیاز دارند. اعضای تیم بهداشتی باید با بیمار صحبت نموده و از آنها بخواهند که احساساتشان را بروز دهند و بر حسب آن اطلاعات لازم را در رابطه با درمان های طبی و دارویی ارائه نمایند.

۸- ارائه اطلاعات، آموزش و برقراری ارتباط با خانواده و دوستان بیمار: اعضای خانواده باید آموزش ببینند تا با صحبت کردن درباره فعالیت های روزانه بیمار وی را در جریان امور روزمره قرار دهند. خانواده باید با زبانی ساده و واضح با بیمار سخن گفته و فرصت کافی برای پاسخ دادن در اختیار بقرار دهند. بیماران نیز باید به حفظ رابطه با خانواده، دوستان، استفاده از گروه های حمایتی بیماران مبتلا به ایدز و استفاده از خطوط ارتباطی مخصوص تشویق گردند.

۹- برقراری ارتباط با بیمار به منظور تغییر رفتار: مشورت با مشاورین بهداشت روانی برای بسیاری از بیماران مفید است، زیرا بسیاری از رفتارهای مخاطره آمیز این بیماران نتایج مهلکی در بر خواهد داشت. لذا تغییر رفتارهای نالایمن این بیماران امری ضروری است. با برقراری ارتباط مناسب و معرفی الگوهای

در آموزش مطالب باید به حساسیت های فرهنگی افراد نیز توجه کرده و این مطالب با فرهنگ افراد متناسب باشند (۴۴،۴۵). مطالعه مارتین و همکاران نشان داد که برگزاری جلسات آموزش گروهی برای آموزش در مورد بیماری ایدز مؤثر بوده و باعث افزایش دانش در مورد ایدز می گردد و نگرش مثبت برای استفاده از کاندوم بوجود می آورد (۴۴).

سایر مطالعات نشان داده که مادران علاقمند به کسب اطلاعات در مورد مراقبت از کودک و آموزش در این مورد هستند (۴۴). بنابراین بهتر است که اطلاعات در مورد پیشگیری از ایدز، همزمان با جلسات آموزشی چگونگی مراقبت از کودکان بیان گردند (۴۴).

بحث

به دلیل اینکه پرسنل بهداشتی تماس زیادی با خون و ترشحات بدن بیماران دارند باید جهت پیشگیری اولاً توجه شده و سپس آموزش های مقتضی را دریافت کنند تا ضمن رعایت موارد احتیاطی و مراقبت از خود بتوانند مراقبت مناسبی را به بیماران ارائه نمایند (۲۸). در مطالعه ای توسط پاسیار و همکاران مشخص گردید که میزان پذیرش افراد مورد مطالعه در زمینه رعایت احتیاطات استاندارد پس از برگزاری کارگاههای آموزشی افزایش آماری معناداری پیدا نمود، به طوری که استفاده از دستکش، شستن دستها پس از مراقبت از بیمار، پوشیدن ماسک، عدم استفاده از نیدل کاتر ارتقاء یافت که این امر نشانگر مؤثر بودن برنامه های آموزشی در رعایت احتیاطات استاندارد می باشد. لذا تدوین و ساماندهی سمینارها و کارگاههای آموزشی پایه در مورد احتیاطات استاندارد به صورت مداوم پیشنهاد می گردد. همچنین مؤسسات ارائه دهنده خدمات بهداشتی بایستی لوازم مورد نیاز جهت محافظت کارکنان در برابر خطر مواجهه با عفونت های منتقله از راه خون را فراهم نمایند (۸). نتایج مطالعه فاریس و شومان نیز لزوم ارائه برنامه های آموزشی جهت کارکنان مراقبت بهداشتی در زمینه خطرات شغلی تماس با عفونت و ویروس نقص ایمنی انسانی و اقدامات پیشگیرانه را بیان می کند (۴۶). در همین مقوله ایسین و شوبواله ارائه سمینارها، کارگاههای آموزشی سازمان یافته را در زمینه احتیاطات استاندارد جهانی جهت کارکنان مراقبت بهداشتی ضروری می دانند (۴۷). بسیاری از مردم

۲- فراهم آوردن اطلاعاتی درباره چگونگی اجتناب از مقاربت یا استفاده از وسایل محافظ مانند کاندوم.

۳- اعمال فشارهای اجتماعی در مورد رفتارهای جنسی غیرمعارف.

۴- تمرین ارتباط، توجه کردن و نپذیرفتن درخواست های جنسی خطرناک.

۵- ارائه اطلاعات بر اساس خصوصیات فردی بیماران.

۶- هماهنگی بین اهداف رفتاری، روش ها و مواد آموزشی متناسب با سن، تجربیات جنسی و فرهنگ دانشجویان و افراد جامعه.

۷- اختصاص دادن فرصت کافی برای مؤثر واقع شدن برنامه های آموزشی.

۸- انتخاب و آموزش مدرسینی که خود به این برنامه ها معتقد باشند (۴۱-۳۸).

برای طراحی یک برنامه پیشگیرانه مؤثر نه تنها نیاز به آگاهی در مورد افراد در معرض خطر می باشد بلکه درک سطوح مختلف رفتارهای پر خطر نیز لازم است. مطالعات نشان می دهند که افراد جوان که درک اندکی از روشهای انتقال ویروس و چگونگی محافظت از خودشان در برابر این بیماری دارند بیشتر در معرض خطرندبری دلایل عمده اهمیت آموزش ایدز را اینگونه بیان نمود: ۱- پیشگیری از مبتلا شدن افراد، ۲- کاهش ننگ و جرم زدایی از بیماران مبتلا (۴۳،۴۲).

گروه دیگری از متخصصین برنامه های آموزشی زیر را به منظور پیشگیری از ایدز پیشنهاد نموده اند: ۱- تهیه معیارهایی برای آموزش و هدایت رفتارهای پژوهشی برای گروه های داوطلب، ۲- ایجاد مراکزی برای آزمایش و ارائه مشاوره به افراد داوطلب، زیرا بعثت مشکلات شغلی ناشی از نوع بیماری و اختلالات رفتاری و روانی منتج از آن لازم است که سرویس هایی جهت کمک رسانی و راهنمایی این قشر از جامعه ایجاد گردیده و بیماران به این مراکز معرفی گردند، ۳- آموزش از طریق رسانه های جمعی، ۴- ارائه آموزش در مورد حقوق انسانهای مبتلا به ایدز، ۵- پخش وسایل محافظ جنسی نظیر کاندوم بین بیماران و غیره (۴۲).

افکار اشتباهی در مورد ایدز دارند که باید این افکار اشتباه (خرافات) توسط آموزش اصلاح شوند، برای مثال در مطالعه ای توسط پاسپار و همکاران مشخص گردید که قبل از آموزش نیمی از شرکت کنندگان آمیزش جنسی از طریق دهان، ۷۰ درصد پیوندهای پوستی و ارگان ها و ۳/۳ درصد خالکوبی، تاتو و اصلاح مو و صورت را جزو راههای انتقال می دانستند در حالی که پس از آموزش اکثریت افراد در مورد راههای انتقال ایدز آگاهی کافی را کسب نمودند (۸). در مطالعه سادوب و همکاران (۲۰۰۶) که در زمینه نگرش پرسنل و امنیت بهداشتی در مورد ایدز انجام شده ۷۷/۱ درصد شیر دادن مادر آلوده به کودک، ۵/۲ درصد نیش حشرات و ۲/۶ درصد دست دادن را از جمله راههای انتقال ذکر نمودند (۴۸). همچنین در مطالعه پاسپار و همکاران (۱۳۸۸) نیز درصدی از افراد قبل از آموزش معتقد به انتقال بیماری از طریق نیش حشرات (۵۰ درصد)، شنا در استخرهای عمومی (۲۵ درصد)، تماس با صندلی توالت (۲۵/۹ درصد) و استفاده از لوازم آشپزی مشترک (۲۵ درصد) بودند ولیکن خوشبختانه این عقاید نادرست پس از آموزش اصلاح گردید (۸). ارائه اطلاعات، آموزش و برقراری ارتباط با بیمار، خانواده و دوستان وی بسیار مفید است، چنانچه در مطالعه کریمی بر روی دانش آموزان یزد (۴۹) و نیک نامی در معتادان خود معرف (۶) رابطه معناداری بین سطح تحصیلات با میزان آگاهی و نگرش مثبت در رابطه با ایدز ملاحظه گردید. بررسی ایدز در بین مهاجران در تایوان نیز نشان داد که بین شدت تهدید درک شده از بیماری ایدز و کاهش رفتارهای پر خطر رابطه معناداری وجود دارد (۵۰). موفقترین برنامه های آموزشی، برنامه هایی هستند که بر اساس تشخیص گروه های در معرض خطر و ترمیم شرایط اجتماع و تنظیم برنامه بر اساس آموزش بهداشت و تغییر رفتارهای پرخطر و ثابت نگهداشتن این تأثیرات استوار باشند (۵۱). در پژوهش صالحی و همکاران حدود ۹۸ درصد مصاحبه شوندگان بی اطلاعی را بزرگ ترین عامل در معرض خطر بودن اعلام نمودند که این خود حکایت از وجود بستر مناسب و مطلوب از نظر آرایه اطلاعات دارد (۲۹). ایدز همچنین به عنوان یک معضل اجتماعی مطرح می باشد به طوریکه در مطالعه کیرش و همکاران ۷۷ درصد از پاسخ دهندگان بیان کردند که ایدز یک معضل اجتماعی است. با توجه به

این که این بیماری است که انسانها را در جامعه تحت تأثیر خود قرار می دهد و باعث ایجاد محدودیت در روابط متقابل آنها می شود در نتیجه نیاز است جامعه شناسان با این معضل بصورت اجتماعی سر و کار داشته و آموزش بالغین در پیشگیری از ایدز را مورد توجه ویژه ای قرار دهند (۵۲). علیرغم اینکه مدارک نشانگر این مطلب هستند که ارتباط باز باعث تشخیص بیماری و بهبود روابط پزشک و بیمار می شود ولی در کشورهای در حال توسعه، تیم بهداشتی اطلاعات کمی در اختیار بیماران قرار می دهند چنانکه در مکزیک، پرسنل بهداشتی با بیماران با قدرت واستبداد برخورد می کنند، زیرا به نظر آنها این روش مفید بوده و یا برای پیشگیری از آسیب به خود لازم است. در بسیاری از موارد پرسنل بهداشتی به استقلال و هویت بیمار احترام نمی گذارند در نتیجه ارتباط ها عموماً نسیبی و مبهم است (۱۲). مطالعه لازکانو-بونچ و همکاران (۲۰۰۳) ضرورت آموزش ارتباط و رعایت اخلاق زیستی را برای پزشکان نشان داد (۵۳). زمانی که بیمار درمان را بپذیرد میزان ارتباط واضح بیشتر می شود، زیرا در این صورت پزشکان فرصت بیشتری (۱۰/۲ برابر) برای بیمار صرف می کنند (۱۲). آموزش همتایان به لحاظ جوان بودن جامعه باید انجام شود. بر اساس پژوهش گوزن سیتاک و همکاران (۲۰۰۵) آموزش دانش آموزان و همتایان باعث افزایش قابل توجه اطلاعات در مورد پیشگیری از ایدز و حمایت از آنها می شود (۴۲). در مورد حفظ قانون دوم اخلاق زیستی (منفعت بیمار) شاید آگاهی کودکان از وضعیت بحرانشان بر خلاف سن کم کودک و پیچیدگی تصورات آنان بسیار بار ارزش باشد، زیرا آنها می توانند برای بقیه زندگیشان برنامه ریزی و تصمیم گیری کنند (۲۰). آکادمی کودکان آمریکا (۱۹۹۹) نیز بیان می کند که این توطئه خاموش می تواند کودکان را از منابع حمایتی در دسترس محروم سازد. برخلاف ترس والدین ثابت شده که مواجهه سازی واقعی می تواند باعث بهبود عزت نفس کودک شود. بعلاوه دیگر فایده آن این است که بر طبق پژوهش های انجام شده مشخص شده که والدین هم افسردگی کمتری را به علت ترس از فاش شدن رازشان تجربه خواهند کرد (آکادمی کودکان آمریکا، ۱۹۹۹). پرستاران و پزشکان باید مراقب تعهداتشان در مورد بهبود و ارتقاء استقلال، منفعت بیمار، عدم تبهکاری و بی طرف بودن باشند که اغلب این

تعهدات در برخورد با بیماران مبتلا در معرض خطر قرار می گیرند (۲۰). بعضی از محققین بیان می کنند که به مادر فرد مبتلا به این بیماری نباید این موضوع گفته شود، ولی این مسأله می تواند باعث انتقال این ویروس خطرناک به مراقبین غیر مطلع گردد (۲۰).

به دلیل اینکه پرسنل بهداشتی تماس زیادی با خون و ترشحات بدن بیماران دارند باید جهت پیشگیری اولاً توجیه شده و سپس آموزش های مقتضی را دریافت کنند تا ضمن رعایت موارد احتیاطی و مراقبت از خود بتوانند مراقبت مناسبی را به بیماران ارائه نمایند (۲۸). در مطالعه ای توسط پاسیار و همکاران مشخص گردید که میزان پذیرش افراد مورد مطالعه در زمینه رعایت احتیاطات استاندارد پس از برگزاری کارگاههای آموزشی افزایش آماری معناداری پیدا نمود، به طوری که استفاده از دستکش، شستن دستها پس از مراقبت از بیمار، پوشیدن ماسک، عدم استفاده از نیدل کاتر ارتقاء یافت که این امر نشانگر مؤثر بودن برنامه های آموزشی در رعایت احتیاطات استاندارد می باشد. لذا تدوین و ساماندهی سمینارها و کارگاههای آموزشی پایه در مورد احتیاطات استاندارد به صورت مداوم پیشنهاد می گردد. همچنین مؤسسات ارائه دهنده خدمات بهداشتی بایستی لوازم مورد نیاز جهت محافظت کارکنان در برابر خطر مواجهه با عفونت های منتقله از راه خون را فراهم نمایند (۸). نتایج مطالعه فاریس و شومان نیز لزوم ارائه برنامه های آموزشی جهت کارکنان مراقبت بهداشتی در زمینه خطرات شغلی تماس با عفونت ویروس نقص ایمنی انسانی و اقدامات پیشگیرانه را بیان می کند (۴۶). در همین مقوله ایسین و شوبواله ارائه سمینارها، کارگاههای آموزشی سازمان یافته را در زمینه احتیاطات استاندارد جهانی جهت کارکنان مراقبت بهداشتی ضروری می دانند (۴۷). بسیاری از مردم افکار اشتباهی در مورد ایدز دارند که باید این افکار اشتباه (خرافات) توسط آموزش اصلاح شوند، برای مثال در مطالعه ای توسط پاسیار و همکاران مشخص گردید که قبل از آموزش نیمی از شرکت کنندگان آمیزش جنسی از طریق دهان، ۷۰ درصد پیوندهای پوستی و ارگان ها و ۳/۳ درصد خالکوبی، تاتو و اصلاح مو و صورت را جزو راههای انتقال می دانستند در حالی که پس از آموزش اکثریت افراد در مورد راههای انتقال ایدز آگاهی کافی را کسب نمودند (۸). در مطالعه سادوب و همکاران (۲۰۰۶)

که در زمینه نگرش پرسنل و امنیت بهداشتی در مورد ایدز انجام شده ۷۷/۱ درصد شیر دادن مادر آلوده به کودک، ۵/۲ درصد نیش حشرات و ۲/۶ درصد دست دادن را از جمله راههای انتقال ذکر نمودند (۴۸). همچنین در مطالعه پاسیار و همکاران (۱۳۸۸) نیز درصدی از افراد قبل از آموزش معتقد به انتقال بیماری از طریق نیش حشرات (۵۰ درصد)، شنا در استخرهای عمومی (۲۵ درصد)، تماس با صندلی توالت (۲۵/۹ درصد) و استفاده از لوازم آشپزی مشترک (۲۵ درصد) بودند ولیکن خوشبختانه این عقاید نادرست پس از آموزش اصلاح گردید (۸). ارائه اطلاعات، آموزش و برقراری ارتباط با بیمار، خانواده و دوستان وی بسیار مفید است، چنانچه در مطالعه کریمی بر روی دانش آموزان یزد (۴۹) و نیک نامی در معتادان خود معرف (۶) رابطه معناداری بین سطح تحصیلات با میزان آگاهی و نگرش مثبت در رابطه با ایدز ملاحظه گردید. بررسی ایدز در بین مهاجران در تایوان نیز نشان داد که بین شدت تهدید درک شده از بیماری ایدز و کاهش رفتارهای پر خطر رابطه معناداری وجود دارد (۵۰). موفقترین برنامه های آموزشی، برنامه هایی هستند که بر اساس تشخیص گروه های در معرض خطر و ترمیم شرایط اجتماع و تنظیم برنامه بر اساس آموزش بهداشت و تغییر رفتارهای پرخطر و ثابت نگهداشتن این تأثیرات استوار باشند (۵۱). در پژوهش صالحی و همکاران حدود ۹۸ درصد مصاحبه شوندگان بی اطلاعی را بزرگ ترین عامل در معرض خطر بودن اعلام نمودند که این خود حکایت از وجود بستر مناسب و مطلوب از نظر ارائه اطلاعات دارد (۲۹). ایدز همچنین به عنوان یک معضل اجتماعی مطرح می باشد به طوریکه در مطالعه کیرش و همکاران ۷۷ درصد از پاسخ دهندگان بیان کردند که ایدز یک معضل اجتماعی است. با توجه به این که این بیماری است که انسانها را در جامعه تحت تأثیر خود قرار می دهد و باعث ایجاد محدودیت در روابط متقابل آنها می شود در نتیجه نیاز است جامعه شناسان با این معضل بصورت اجتماعی سر و کار داشته و آموزش بالغین در پیشگیری از ایدز را مورد توجه ویژه ای قرار دهند (۵۲). علیرغم اینکه مدارک نشانگر این مطلب هستند که ارتباط باز باعث تشخیص بیماری و بهبود روابط پزشک و بیمار می شود ولی در کشورهای در حال توسعه، تیم بهداشتی اطلاعات کمی در اختیار بیماران

مراقب تعهداتشان در مورد بهبود و ارتقاء استقلال، منفعت بیمار، عدم تبهکاری و بی طرف بودن باشند که اغلب این تعهدات در برخورد با بیماران مبتلا در معرض خطر قرار می گیرند (۲۰). بعضی از محققین بیان می کنند که به مادر فرد مبتلا به این بیماری نباید این موضوع گفته شود، ولی این مسأله می تواند باعث انتقال این ویروس خطرناک به مراقبین غیر مطلع گردد (۲۰).

نتیجه گیری

از این مطالعه میتوان نتیجه گرفت که اصل احترام فردی بویژه برای بیماران مبتلا به ایدز بسیار مهم تر از اصل ارزش حیات است و رعایت اصول آموزشی-اخلاقی در مراقبت از آنها سبب کاهش مشکلاتی جسمی، روانی، اجتماعی و فرهنگی می شود. با کاهش این مشکلات بازده و عملکرد بیماران در جامعه بهبود و کیفیت زندگی بیماران ارتقاء یافته که منجر به پیشرفت و توسعه جامعه خواهد شد. آموزش جایگاه عمده ای در اصول اخلاقی مراقبت دارد و در صورت پذیرفتن اهمیت آن و کاربرد همه جانبه آموزش در بحث مراقبت تعداد افرادی که از روی ناآگاهی به این بیماری مبتلا می شوند بصورت چشمگیری کاهش خواهد یافت. برگزاری کنفرانس های مراقبت از بیمار که به بررسی موارد روانشناختی در مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز می پردازد، می تواند حساسیت، آگاهی و بازده عملکرد تیم درمان را نسبت به نیازهای این بیماران افزایش دهد. وجود سیستم های آموزشی و حمایتی در جامعه نیز سبب افزایش آگاهی عامه مردم و جلوگیری از شیوع این بیماری و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز خواهد شد.

قرار می دهند چنانکه در مکزیک، پرسنل بهداشتی با بیماران با قدرت واستبداد برخورد می کنند، زیرا به نظر آنها این روش مفید بوده و یا برای پیشگیری از آسیب به خود لازم است. در بسیاری از موارد پرسنل بهداشتی به استقلال و هویت بیمار احترام نمی گذارند در نتیجه ارتباط ها عموماً نسبی و مبهم است (۱۲). مطالعه لازکانو-بونچ و همکاران (۲۰۰۳) ضرورت آموزش ارتباط و رعایت اخلاق زیستی را برای پزشکان نشان داد (۵۳). زمانی که بیمار درمان را بپذیرد میزان ارتباط واضح بیشتر می شود، زیرا در این صورت پزشکان فرصت بیشتری (۱۰/۲ برابر) برای بیمار صرف می کنند (۱۲). آموزش همتایان به لحاظ جوان بودن جامعه باید انجام شود. بر اساس پژوهش گوزن سیتاک و همکاران (۲۰۰۵) آموزش دانش آموزان و همتایان باعث افزایش قابل توجه اطلاعات در مورد پیشگیری از ایدز و حمایت از آنها می شود (۴۲). در مورد حفظ قانون دوم اخلاق زیستی (منفعت بیمار) شاید آگاهی کودکان از وضعیت بحرانشان بر خلاف سن کم کودک و پیچیدگی تصورات آنان بسیار با ارزش باشد، زیرا آنها می توانند برای بقیه زندگیشان برنامه ریزی و تصمیم گیری کنند (۲۰). آکادمی کودکان آمریکا (۱۹۹۹) نیز بیان می کند که این توطئه خاموش می تواند کودکان را از منابع حمایتی در دسترس محروم سازد. برخلاف ترس والدین ثابت شده که مواجهه سازی واقعی می تواند باعث بهبود عزت نفس کودک شود. بعلاوه دیگر فایده آن این است که بر طبق پژوهش های انجام شده مشخص شده که والدین هم افسردگی کمتری را به علت ترس از فاش شدن رازشان تجربه خواهند کرد (آکادمی کودکان آمریکا، ۱۹۹۹). پرستاران و پزشکان باید

References:

1. Zareban I, Heidarnia AR, Rakhshani F, Jabari Abdollahi M. Efficacy of AIDS prevention training program on knowledge, attitude and practice of Chabahar sailors, Iran. *Tabib-E-Shargh, Journal of Zahedan University of Medical Sciences and Health Services*. 2006;1(8): 29-36. [persian]
2. Raisler J, Cohn J. Mothers, Midwives and HIV/AIDS in Sub-Sahra Africa. *J. Midwifery Women Health*. 2005; 50(4): 275-82.
3. Dezhkam MR. New knowledge about AIDS: AIDS (disease or crime). Tehran: Dezh Publication; 2001. [persian]
4. UNAIDS, WHO, UNICEF. Epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Diseases of Islamic Republic of Iran. Geneva: UNAIDS/UNICEF/WHO; Updated in: 2004.
5. Montazari A. knowledge and attitudes about AIDS in Iran: result from a population based survey in Tehran. *Patient education and consulting*. 2005; 57: 199-203.
6. Niknammi Sh, Hatami A, Heidarnia AR. The Effect of Health Educational Progame on Preventing AIDS in Self-reported Addicts' Wives. *Behbood*. 2007;2 (11): 120-9.[persian]
7. Persian online AIDS information [Online]. 2008 Apr [cited 2011 May 1]; Available from URL: <http://www.iranhiv.com/women/pregnancy.htm>
8. Pasyar N, Gholamzadeh S. Effect of education on nurses' knowledge and performance regarding AIDS in emergency departments of hospitals affiliated to Shiraz University of Medical sciences (SUMS). *Iranian Journal of Nursing Research*. 2009; 4: 64-73. [persian]
9. Zandy-Ghashghaee K. Assessment the knowledge and attitude of students about AIDS, Yassoj University of Medical Sciences. *Iranian journal of continuing education of medical sciences, 15th international geographic congress*. 2002; 7:65.
10. Ghafari M, Niknami SH, Kasemnejad A, et al. Design And Validity HIV/AIDS Questionnaire In Teens. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences Health Services*. 2005; 11(1): 40-8. [persian]
11. Sima SH. Survey of knowledge towards HIV among Rasht City Women Persian. *Journal of Gillan University of Medical Sciences and Health Services*. 2007; 17(65): 59-66. [persian]
12. Lazcano-Ponce E, Angeles-Llerenas A, Alvarez-del Río A. Ethics and Communication between Physicians and Their Patients with Cancer, HIV/AIDS, and Rheumatoid Arthritis in Mexico. *Archives of Medical Research*. 2004; 35: 66-75.
13. Zareban I, Heidarnia AR, Rakhshani F, Jabbari H, Abdollahi M.A. The Effect of Health Education Program on the Knowledge and Practice Sailors towards HIV/AIDS in Chabahar. *Zahedan Journal of University of Medical Science and Health Services*. 2006; 8(1): 29-33. [persian]
14. Karimy M, Niknami SH, Hedarinia A. The Effect of Health Educational Program on Preventing AIDS in Addicts Prisoners Geserhesar Tehran. *Journal of Ghazvin University of Medical Sciences and Health Services*. 2004; 8(1): 40-8. [persian]
15. Karimi M, Ghofranipor F, Heidarina AR. The Effect of Health Education Based on Health Belief Model on Perentive Action of AIDS on Addict in Zarandieh. *Journal of Guilan University of Medical Science*. 2009; 70: 64-73. [persian]
16. Adesoji A. Education: An Antidote for the Spread of HIV/AIDS. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2005; 16(2): 40-8.
17. Aftabe Iran Organization. [Online]. cited 2011 Oct 20]; Available from URL: <http://www.aftabir.com/health/guide/venereal/aids.php>
18. Howland C, Storm S. Negative life events: Risk to health-related quality of life in children and youth with HIV infection. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2007; 18 (1):3-11.
19. Voors M. The Duty to Treat Ethics and HIV/AIDS. *Physiotherapy*. 2000; 86(12): 640-44.
20. Boatner L. To tell or not to tell: the ethics of disclosure in pediatric AIDS via vertical transmission. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2002; 13(2): 80-2.
21. Donovan JL, Blake DR. Qualitative study of interpretation of reassurance among patients attending rheumatology clinics: "just a touch of arthritis, doctor?" *BMJ*. 2000; 320:541-44.

22. Malek JI, Geller G, Sugarman J. Talking about cases in bioethics: the effect of an intensive course on health care professionals. *Journal of Medical Ethics*. 2000; 26: 131–36.
23. Nyambedha EO. Ethical Dilemmas of Social Science Research on AIDS and Orphanhood in Western Kenya. *Social Science & Medicine*. 2008; 67: 771-79.
24. Gahagan J, Sweeney E, Worthington C, Perry D, Satzinger F, Rogers E. Ethics Issues for HIV/AIDS Researchers in International Settings - Perspectives from the Canadian Experience. *International Journal of Infectious Diseases*. 2008; 12:569-72.
25. Delor F, Hubert M. Revisiting the Concept of 'Vulnerability'. *Social Science & Medicine*. 2000; 50: 1557-70.
26. Kass N. An Ethics Framework for Public Health. *Am J Public Health*. 2001; 91: 1776-82.
27. Menting A. Children and AIDS. *Harvard AIDS Review*, 2001, Available from URL: http://www.aids.Harvard.edu/puplications/har/spring_2000/spring00-2.html.
28. Twitchell KT. Blood Borne Bathogens. What You Need to Know. *American Association of Occupational Health Nurses Journal*. 2003; 51(1): 38-45.
29. Salehi L, Salehi F, Shakibazadeh E. Education-based Needs Assessment: A Step toward Effective Prevention of AIDS. *Journal of Qazvin University of Medical Sciences*, 2009; 13 (1): 74-8. [persian]
30. Pantis H, prado G, Seth J, Sullivan S. Methodological Challenges in Designing Officious DrugAbuse and HIV Preventive Interventions for Hispanic Adolescent Subgroups. *Journalof Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2005; 82(2): 3.
31. May T, Aulisio MP. Medical Malpractice, Mistake Prevention and Compensation. *Kennedy Institute of Ethics Journal*. 2001; 11(2):135–46.
32. Lorig KR, Sobel DS, Ritter PL, Laurent D, Hobbs M. Effect of a Self-management Program on Patients with Chronic Disease. *Effective Clinical Practice*. 2001; 4(6):256–62.
33. Epstein R, Hundert E. Defining and Assessing Professional Competence. *JAMA*. 2002; 287: 226–35.
34. Kagawa-Singer M, Blackhall L. Negotiation Cross-Cultural Issues atthe End of Life. *JAMA*. 2001; 286: 2993–3001.
35. Schrooten W, Dreezen C, Fleerackers Y, Andraghetti R, Finazzi R, Caldeira L, et al. Receiving a Positive HIV test result: the Experience of patients in Europe. *HIV Med*. 2001; 2: 250–54.
36. UNICEF Ghana, Evaluation of HIV/AIDS Prevention Through Peer Education, Counselling, Health Care, Training and Urban Refuges in Ghana. *Evaluation and Program Planning*. 2002; 25: 409–20.
37. Aggleton P, Jenkins P, Malcolm A. HIV/AIDS and Injecting Drug Use: Information, Education and Communication. *International Journal of Drug Policy*. 2005; 16: 21–30.
38. Mogobe KD, Seboni N, Brown M, et al. HIV/AIDS Education, Prevention and ControlCourse (BNS101): The Way Forward. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2007; 18(6): 22-31.
39. Shapiro K, Benatar SR. HIV Prevention Research and Global Inequality; Steps toward Improved Standards of Care. *BMJ Publishing Group Ltd&Institute of Medical Ethics*. 2005; 31:39-47.
40. Machtinger EL, Bangsberg DR. Adherence to HIV Antiretroviral Therapy. In: Peiperl L, Coffey S, Volberding PA, eds. *HIV In Site Knowledge Base* [text book online]; San Francisco : UCSF Center for HIV Information; May 2005.
41. U.S. Department of Health and Human Services. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1- Infected Adults and Adolescents. 2006 [Online]. Available <http://atidsinfo.nih.gov/Guidelines/GuidelineDetail.aspx?GuidelineID=7>.
42. Göksu GC, Deniz KZ. The Effectiveness of HIV-AIDS Informative Education Conducted at High Schools. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 2009; 1: 2086–91.
43. Berry, S. (2005). HIV/AIDS education at school. Retrieved 2006 April 2, from AIDS Education & Research TrustWeb site. Available from URL: www.avert.org/aidsyoun.htm
44. MartijnC, de VriesN K, VoorhamT, BrandsmaJ, Meis M, Hospers H J. The Effects of AIDS Prevention Programs by Lay Health Advisors for Migrants in the Netherlands. *Patient Education and Counseling*. 2004; 53: 157–65.

45. Kocken PL, Voorham AJJ. Effects of peer-led AIDS Education Aimed at Turkish and Moroccan Male Migrants in The Netherlands: a Randomized Control Evaluation Study. *Eur J Public Health*. 2001; 11: 153-59.
46. Faris R, Shouman A. Study of the Knowledge, Attitude of Egypt Health Care Workers towards Occupational HIV Infection. *Journal of the Egyptian Public Health Association*. 1994; 69(1):115-28.
47. Aisien AO, Shobowale MO. Health Care Worker's Knowledge on HIV and AIDS: Universal Precautions and Attitude towards PLWHA in Benin – City, Nigeria. *Nigerian Journal of Clinical Practice*. 2005; 8(2):74-82.
48. Sadob AE, Fawole AO, Sadoh WE, Oladimeji AO, Sotiloye OS. Attitude of Health-care workers to HIV / AIDS. *The African Journal of Reproductive Health*. 2006; 10(1): 39-46.
49. Karimi M, Sadatgoo L. Survey of Knowledge and Attitude towards HIV among Student Yazd City. *Journal of Yazd University of Medical Sciences Health Services*. 2003; 11(4): 5-10. [persian]
50. Lin P, Simoni JM, Zemon V. The Health Belief Model, Sexual Behaviors and HIV risk among Taiwanese Immigrants. *AIDS Education and Prevention*. 2005; 17 (5): 469-83.
51. Mc-Coy CB, Mc-Bride DC. HIV Research with the Global Context: Introduction to Special Issue. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2005; 82(3): 2-4.
52. Chireshe E, Chireshe R. Advanced level Students' Perceptions of Causes and Effects of HIV/AIDS: A Case Study of Masvingo Urban High Schools, Zimbabwe. *Zimbabwe Journal of Educational Research*. 2003; 15 (1), 12-27.
53. Lazcano-Ponce EC, Castro R, Allen B, Na'jera P, Alonso de Rui'z P, Herna'ndez Avila M. Barriers to Early Detection of Cervical Uterine Cancer in Mexico. *J Womens Health*. 1999; 8 (3):399-408.