

بررسی دیدگاه پرستاران در رابطه با تبعیض در مراقبت و درمان بیماران مبتلا به ایدز

*شراره ضیغمی محمدی^۱ اسماعیل زینعلی^۲ حبیب الله اسماعیلی^۳
علیرضا نیکبخت نصرآبادی^۴

چکیده

زمینه و هدف: یکی از مهمترین چالشها در زمینه مراقبت اخلاقی و حقوق بیمار، اقدامات تبعیض آمیز در برابر بیماران مبتلا به ایدز است. تجربه تبعیض تأثیر منفی بر سلامت روان و تمامی جنبه های پیشگیری، پیگیری، مراقبت و درمان می گذارد. هدف از مطالعه حاضر تعیین دیدگاه پرستاران در رابطه با تبعیض در مراقبت و درمان بیماران مبتلا به ایدز و عوامل مرتبط با آن در سال ۱۳۸۸ در شهر تهران بود.

روش بررسی: این یک مطالعه توصیفی مقطعی است. جامعه مورد مطالعه شامل ۱۸۰ پرستار بخش داخلی و عفونی از چهار بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران و شهید بهشتی بود. در این مطالعه از روش نمونه گیری سرشماری استفاده گردید و ۱۶۵ پرستار در این مطالعه شرکت نمودند. داده‌ها توسط ابزار خود گزارشی جمع آوری گردید. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل فرم مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه تبعیض در برابر بیماران مبتلا به ایدز، پرسشنامه آگاهی در رابطه با ایدز، مقیاس نگرش به ایدز و پرسشنامه ترس از خطر ابتلای شغلی به ایدز بود. اطلاعات توسط نرم افزار آماری SPSS با استفاده از آمار توصیفی، تی تست، آنالیز واریانس یکطرفه و ضریب همبستگی پیرسون تحلیل گردید.

یافته ها: میزان پاسخگویی ۹۱/۶٪ بود. یافته ها نشان داد که ۵۴/۵٪ از پرستاران موافق با وجود اقدامات تبعیض آمیز در حد متوسطی در برابر بیماران مبتلا به ایدز بودند. نمره دیدگاه پرستاران در رابطه با تبعیض ارتباط آماری معنا داری با آگاهی از راه های انتقال ایدز ($p=0/005$)، نگرش اجتنابی به بیماران مبتلا به ایدز ($p=0/044$)، ترس از خطر ابتلای شغلی به ایدز ($p=0/003$) داشت. تفاوت آماری معنی داری در میانگین نمره دیدگاه پرستاران در رابطه با تبعیض با جنس ($p=0/033$) و بخش ($p=0/036$) و سطح تحصیلات ($p=0/048$) وجود داشت.

نتیجه گیری کلی: با توجه به نتایج مطالعه حاضر به نظر میرسد که اقدامات تبعیض آمیز در برابر بیماران مبتلا به ایدز در بیمارستانها وجود دارد. کاهش اقدامات تبعیض آمیز برای ارتقاء کیفیت مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز ضروری است. به نظر می‌رسد برنامه هایی در جهت ارتقاء آگاهی در رابطه با احتیاطهای همگانی، مسائل اخلاقی و حقوق بیمار ممکن است به کاهش اقدامات تبعیض آمیز در برابر بیماران مبتلا به ایدز کمک نماید.

کلید واژه ها: ایدز، تبعیض، پرستاران

تاریخ دریافت: ۹۰/۳/۲

تاریخ پذیرش: ۹۰/۶/۱۲

^۱ مربی، گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران (*نویسنده مسئول) شماره تماس: ۴۴۰۳۲۵۱-۲۶۱-۰
Email: zeighami@kiau.ac.ir

^۲ متخصص بیماریهای عفونی و گرمسیری، بیمارستان تامین اجتماعی البرز کرج، کرج، ایران

^۳ دانشیار گروه آمار زیستی دانشکده پزشکی و عضو مرکز تحقیقات نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۴ دانشیار گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

مقدمه

تبعیض در مراقبت و درمان بیماران مبتلا به ایدز، از مسائل چالش برانگیز در حیطه اخلاق حرفه ای است^(۱). اجتناب از پذیرش بیماران مبتلا به ایدز در مراکز درمانی با بهانه های نداشتن پزشک یا تخت خالی، نصب تابلوهای HIV+ بالای سر و روی برگه های مختلف درمانی و پرونده بیمار، شایعه پراکنی در ارتباط با وضعیت بیمار، ثبت هزینه های جداگانه کنترل عفونت رعایت بیشترین حد ایزولاسیون، ارائه خدمات درمانی پایین تر از حد استاندارد و رفتارهای تحقیر آمیز کادر بهداشتی با بیماران مبتلا به ایدز^(۲)، انجام آزمایشات ایدز بدون مشورت با بیمار^(۳)، خودداری از هرگونه تماس و ایزولاسیون کامل بیمار، استفاده از دستکش در هر ارتباط، حتی در زمانی که تماس فیزیکی وجود ندارد^(۴)، آگاه کردن خانواده بیمار مبتلا به ایدز از بیماری وی بدون مشورت و یا اجازه ی او^(۵)، تنها چند مورد از موارد تبعیض در امر مراقبت و درمان بیماران مبتلا به ایدز می باشند. مراکز ارائه کننده خدمات بهداشتی و درمانی بیشترین جاهایی هستند که بیماران مبتلا به ایدز مکرراً در معرض تجربه ی رفتارهای تبعیض آمیز و درمان غیر منصفانه و ناعادلانه، قرار می گیرند^(۶). ۴۷ درصد کارکنان مراکز بهداشتی در تانزانیا و ۸۹/۱ درصد کارکنان مراکز بهداشتی در رواندا، وجود تبعیض در برابر بیماران مبتلا به ایدز را تایید کرده اند^(۷). بیشتر رفتارهای تبعیض آمیز متوجه بیمارانی است که شیوه انتقال بیماری ایدز در آنان به روش جنسی و یا تزریقی بوده است^(۸). ترس از خطر ابتلای شغلی به ایدز به دنبال مراقبت مداوم از بیماران مبتلا به ایدز^(۹)، انگ اجتماعی ایدز و نگرش های قضاوت آمیز و منفی نسبت به بیماران مبتلا به ایدز، بر روند درمان این بیماران بطور مستقیم تأثیر منفی می گذارد^(۱۰)، بطوریکه موجب اجتناب از تماس در طول مراقبت و تبعیض در ارائه خدمات مراقبتی و درمانی به این بیماران می گردد^(۱۱). نگرش های منفی به بیماران مبتلا به ایدز یا به عبارتی دیگر انگ اجتماعی ایدز سوء

تفاهمی اجتماعی است^(۱۲) که ریشه در ارزشها و هنجارهای اجتماعی دارد^(۱۳). پیامد انگ اجتماعی ایدز و نگرش منفی کارکنان بهداشتی به بیماران مبتلا به ایدز، تبعیض، طرد، انکار، اجتناب از مراقبت، غفلت، دست کم گرفتن و فاصله گرفتن از فرد یا افراد مبتلا به بیماری ایدز خواهد بود^(۱۴).

تبعیض در ارائه خدمات درمانی و مراقبتی به بیماران مبتلا به ایدز اثر نامطلوبی بر پیشگیری، درمان و مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز می گذارد^(۱۵). بطوریکه بیشتر بیماران بدلیل ترس از برخوردهای نامناسب، بیماری خود را مخفی کرده و در مراکز بهداشتی صحبتی از ابتلا به آن به میان نمی آورند^(۱۶). رفتارهای تبعیض آمیز در محیط های بهداشتی درمانی نسبت به بیماران مبتلا به ایدز مانع از شرکت آنان در برنامه های پیشگیری از انتقال ایدز از مادر به بچه و یا انتقال ایدز به دیگران^(۱۷)، مشاوره، انجام آزمایشات، پیگیری، درمان و مراقبت^(۱۸) می گردد. تبعیض در برابر بیماران مبتلا به ایدز، منجر به کاهش اعتماد به نفس بیماران^(۱۹)، مشکلات روانی اجتماعی^(۲۰) و کاهش کیفیت زندگی شده و بر خوشنودی از زندگی، کنترل درونی، ارتباطات اجتماعی و درک فرد از سلامت خود تأثیر منفی می گذارد^(۲۱).

با توجه به پیامد های نامطلوب حاصل از رفتارهای تبعیض آمیز در محیط های درمانی در برابر مبتلایان به ایدز، به نظر می رسد پرداختن به این موضوع حائز اهمیت فراوانی باشد، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین دیدگاه پرستاران در رابطه با تبعیض در مراقبت و درمان بیماران مبتلا به ایدز و عوامل مرتبط با آن در تهران و در سال ۱۳۸۸ طراحی و اجرا گردید. یافته های حاضر می تواند به شناسایی چالش های اخلاقی در مراقبت و درمان بیماران مبتلا به ایدز و در نتیجه تلاش در جهت کاهش بروز آن کمک نماید که به تبع آن افزایش اعتماد بیماران به سیستم های مراقبتی بهداشتی، ارتقاء کیفیت مراقبتی و افزایش رضایتمندی بیماران از خدمات درمانی

و مراقبتی و کاهش مواجهه پرستاران با معضلات اخلاقی حیطه مراقبت را در پی خواهد داشت.

روش بررسی

این یک مطالعه توصیفی-مقطعی بود. جامعه آماری این مطالعه را ۱۸۰ پرستار شاغل در بخش های عفونی و داخلی چهار بیمارستان منتخب از بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (بیمارستان امام خمینی تهران، بیمارستان لقمان، لبافی نژاد و مسیح دانشوری) در تابستان سال ۱۳۸۸ تشکیل داده بود. جهت نمونه گیری از روش سرشماری استفاده شد و بدین منظور از تمامی پرسنل پرستاری دعوت شد که در طرح پژوهشی شرکت نمایند. شرط ورود به مطالعه دارا بودن حداقل یکسال سابقه کار و تمایل به شرکت در پژوهش بود.

ابزار گردآوری داده ها متشکل از پنج بخش بود. بخش اول: مشخصات دموگرافیک (سن، جنس، تحصیلات، درآمد، وضعیت تاهل، بخش، سمت، نوبت کاری، سابقه کار، سابقه کار در بخش فعلی). بخش دوم: پرسشنامه تبعیض در مراقبت و درمان بیماران مبتلا به ایدز شامل ۲۰ گویه بود که توسط مقیاس ۵ قسمتی لیکرت (همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، به ندرت، هرگز) نمره گذاری شده بود. حداقل نمره ۲۰ و حداکثر آن ۱۰۰ بود. نمره بالاتر نشانه تبعیض بیشتر در مراقبت و درمان بیماران مبتلا به ایدز محاسبه شد. میزان تبعیض در مراقبت و درمان بیماران مبتلا به ایدز بر اساس امتیاز کسب شده از ابزار بصورت تبعیض کم (کمتر از ۳۳)، تبعیض در حد متوسط (بین ۳۳ تا ۶۶) و تبعیض زیاد (بیشتر از ۶۶) طبقه بندی گردید. بخش سوم: پرسشنامه آگاهی از بیماری ایدز (HIV-KQ-43;43 item version) که در سال ۱۹۹۷ توسط Morrison-Beedy و Johnson ساخته شد. این یک ابزار شامل ۴۳ عبارت درباره روشهای انتقال و پیشگیری از ایدز است. هر عبارت توسط درست (۱)، غلط (۰) و نمیدانم (۰) نشانه گذاری شد. دامنه نمرات بین

صفر تا ۴۳ بود و نمره بالاتر نشان دهنده سطح آگاهی بالاتر در ارتباط با روشهای انتقال و پیشگیری از ایدز بود. سطح آگاهی در رابطه با بیماری و درمان ایدز در سه سطح، کمتر از ۱۴ (آگاهی کم)، ۱۵ تا ۲۹ (آگاهی متوسط) و ۳۰ تا ۴۳ (آگاهی بالا) طبقه بندی شد. بخش چهارم: مقیاس نگرش نسبت به ایدز AIDS Attitude (scale) (AAS;21 item) بود که توسط Froman و همکارانش در سال ۱۹۹۲ طراحی شد. این ابزار شامل ۲۱ گویه ای بود که دارای دو زیر مقیاس نگرش اجتنابی و نگرش توأم با همدردی بود. ۱۴ گویه این مقیاس مربوط به بررسی نگرش اجتنابی و ۷ گویه مربوط به نگرش توأم با همدردی بود. هر گویه توسط مقیاس ۶ نقطه ای لیکرت از خیلی موافقم (۶) تا خیلی مخالفم (۱) نمره گذاری شد. گویه های مربوط به نگرش توأم با همدردی به شکل خیلی موافقم (۱) تا خیلی مخالفم (۶) نمره گذاری معکوس شده بود. گویه های ۱ تا ۵ و ۸ تا ۱۱ و ۱۴ و ۱۵ و ۱۹ تا ۲۱ مربوط به نگرش اجتنابی بود. نمره کسب شده تقسیم بر تعداد سئوالات شد و میانگین آن عددی بین ۱ تا ۶ بود که عدد بیشتر نشان دهنده نگرش اجتنابی بالاتر بود. باقیمانده گویه ها (۷ گویه) مربوط به نگرش توأم با همدردی به بیماران مبتلا به ایدز بود. نمره کسب شده تقسیم بر تعداد سئوالات شد و میانگین آن عددی بین ۱ تا ۶ بود که نمره بالاتر نشانه نگرش توأم با همدردی بیشتر نسبت به بیماران مبتلا به ایدز بود. نگرش کلی به بیماران مبتلا به ایدز با فرمول (نگرش همدردانه - نگرش اجتنابی = نگرش کل) مورد محاسبه قرار گرفت. کسب نمره منفی به نفع نگرش اجتنابی، عدد صفر به نفع نگرش خنثی و کسب نمره مثبت به نفع نگرش حمایتی نسبت به بیماران مبتلا به ایدز بود. بخش پنجم: پرسشنامه ترس از خطر ابتلا به ایدز در محل کار بود که احتمال ابتلا به ایدز طی تماس تصادفی با بیمار (تماس با پوست بدن و عطسه بیمار و...) یا از طریق تماس حین انجام پروسیجرها (پانسمان زخم، قرار دادن کاتولای وریدی، فرایند زایمان، جراحی و نیدل استیک شدن) را مورد بررسی قرار داد.

پاسخ داده شود و سپس در انتهای شیفت پرسشنامه های تکمیل شده را جمع آوری می نمود. شیوه جمع آوری اطلاعات برای تمامی واحدهای پژوهش یکسان بود.

به منظور رعایت اصول اخلاقی پرسشنامه ها بی نام و بر اساس کدگذاری تکمیل گردید و به نمونه های پژوهش در رابطه با محرمانه ماندن اطلاعات و اختیاری بودن شرکت در مطالعه و این نکته که در صورت عدم تمایل به همکاری در هر زمانی می توانند انصراف خود را از ادامه شرکت در مطالعه اعلام نمایند و عدم مشارکت ایشان هیچگونه تأثیری بر وضعیت شغلی و استخدامی آنان نخواهد داشت، توضیحات لازم داده شد. با توجه به نظر برخی مسئولین همکار از ذکر نام بیمارستانها در نتایج مطالعه خودداری شد، همچنین به مسئولین پرستاری بیمارستان ها اطمینان داده شد که در صورت تمایل آنها، نتایج پژوهش در اختیارشان قرار داده خواهد شد. پژوهشگر از کلیه ی مفاد بیانیه ی هلسینکی در مورد اصول اخلاقی در تحقیقات پزشکی شامل نمونه های انسانی مطلع بوده و خود را متعهد به رعایت آن می داند.

پس از جمع آوری اطلاعات مربوط به داده ها، آنها کد بندی و وارد رایانه شدند و پس از حصول اطمینان از صحت ورود داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۱۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این پژوهش جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آماری توصیفی و استنباطی استفاده شده است. برای توصیف مشخصات واحدهای مورد پژوهش از جداول توزیع فراوانی و میانگین و انحراف معیار استفاده گردید. به منظور بررسی رابطه بین نمره دیدگاه پرستاران به تبعیض در درمان و مراقبت بیماران مبتلا به ایدز با متغیرهای کمی از ضریب همبستگی پیرسون و برای مقایسه میانگین نمره دیدگاه پرستاران به تبعیض در درمان و مراقبت بیماران مبتلا به ایدز در دو گروه از آزمون تی تست برای گروه های مستقل و برای بیش از دو گروه از آنالیز واریانس یکطرفه استفاده شد. سطح معنی دار در این پژوهش ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

این ابزار پرسشنامه ای با ۲۰ گویه است که هر گویه توسط مقیاس چهارنقطه ای لیکرت از ۱ (بی خطر)، ۲ (خطر کم)، ۳ (خطر متوسط)، ۴ (خطر زیاد) نمره گذاری شده بود. ۵ گویه احتمال ابتلا حین تماس تصادفی و ۱۵ گویه احتمال ابتلا حین انجام پروسیجرها را مورد بررسی قرار داد. دامنه امتیازات بین ۲۰ تا ۸۰ بود و نمره بالاتر نشان دهنده ترس از خطر بیشتر ابتلا به ایدز در محیط کار بود. در مطالعه حاضر 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 در نظر گرفته شد.

در مطالعه فعلی به منظور تعیین ضریب پایایی پرسشنامه از روش باز آزمایی مجدد استفاده شد که به این منظور پرسشنامه ها در دو مرحله به فاصله ۱۰ روز در اختیار ۱۰ تن از پرستاران قرار گرفت و آلفا کرونباخ حاصل از دو آزمون برآورد گردید. ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر برای پرسشنامه آگاهی به بیماری و روشهای انتقال ایدز ($T=0/78$)، پرسشنامه نگرش به بیماران مبتلا به ایدز ($T=0/77$)، پرسشنامه تبعیض در مراقبت و درمان بیماران مبتلا به ایدز ($T=0/81$) و پرسشنامه ترس از خطر ابتلای شغلی به ایدز ($T=0/84$) به دست آمد.

نحوه اجرای پژوهش بدین صورت بود که پس از کسب اجازه از مسئولین دانشگاه و ارائه معرفی نامه به مسئولین بیمارستان ها و اخذ موافقت آنان برای انجام پژوهش بصورت کتبی، اطلاعات توسط یک کمک پژوهشگر آموزش دیده و به روش خود گزارشی به مدت یکماه جمع آوری گردید. پژوهشگر بطور 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 یکسال 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 می داد تا در محل کار به روش خود گزارشی به آن

یافته ها

از ۱۸۰ پرسشنامه توزیع شده در نهایت ۱۶۵ پرسشنامه (میزان پاسخگویی به پرسشنامه ها ۹۱/۶۱ درصد بود) تکمیل و عودت داده شد که مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. توزیع فراوانی پرستاران بر حسب برخی مشخصات فردی در جدول شماره ۱ آورده شده است. در جدول

شماره ۲ میانگین نمره آگاهی در رابطه با بیماری و روشهای انتقال بیماری ایدز، نگرش افراد به بیماران مبتلا به ایدز، ترس از خطر ابتلا به ایدز در محل کار و تبعیض در ارائه خدمات درمانی و مراقبتی به بیماران مبتلا به ایدز منعکس شده است. از دید ۴۳/۶ درصد پرستاران تبعیض در حد کم، ۵۴/۵ درصد، متوسط و ۱/۸ درصد زیاد، در درمان و مراقبت بیماران مبتلا به ایدز صورت می گیرد.

جدول شماره ۱: توزیع شاخصهای آماری متغیرهای دموگرافیک در پرستاران مورد مطالعه			
متغیرهای دموگرافیک	درصد	تعداد	انحراف معیار \pm میانگین
سن			۳۲/۰۴ \pm ۴/۶۳
جنس			
مرد	۲۴/۸	۴۱	
زن	۷۵/۲	۱۲۴	
تحصیلات			
دیپلم	۱۲/۲	۲۰	
فوق دیپلم	۱/۲	۲	
لیسانس	۸۳/۶	۱۳۸	
فوق لیسانس	۳/۰	۵	
تاهل			
مجرد	۳۸/۲	۶۳	
متاهل	۶۰/۰	۹۹	
جدا شده	۱/۸	۳	
درآمد (تومان)			۴۶۰/۲۷ \pm ۱۳۵/۲۱۰
بخش			
عفونی	۴۱/۸	۶۹	
داخلی	۵۸/۲	۹۶	
سمت			
پرستار	۸۳/۰	۱۳۷	
بهبار	۱۷/۰	۲۸	
سابقه کاری			۸/۸۲ \pm ۶/۷۴
سابقه کار در بخش فعلی			۳/۴۳ \pm ۳/۸۱

جدول شماره ۲: میانگین آگاهی، نگرش و تبعیض در درمان و مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز از دیدگاه پرستاران مورد مطالعه

متغیر	انحراف معیار \pm میانگین
آگاهی در رابطه با بیماری و روشهای انتقال ایدز	۲۷/۳۰ \pm ۳/۸۸
نگرش اجتنابی به بیماران مبتلا به ایدز	۳/۳۸ \pm ۰/۶۶
نگرش توأم با همدردی به بیماران مبتلا به ایدز	۴/۱۸ \pm ۰/۷۹
نگرش کل	۰/۷۹ \pm ۰/۸۶
ترس از خطر ابتلا به ایدز حین تماس تصادفی با بیمار	۹/۳۳ \pm ۲/۶۴
ترس از خطر ابتلا به ایدز حین انجام پروسیجرها	۴۶/۴۸ \pm ۸/۲۰
نمره کلی ترس از خطر ابتلا به ایدز در محل کار	۵۷/۴۳ \pm ۸/۹۴
نمره تبعیض در درمان و مراقبت به بیماران مبتلا به ایدز	۳۷/۹۴ \pm ۱۰/۵۵

تصادفی با بیمار ($p=0/002$)، ترس از خطر شغلی مبتلا به ایدز حین انجام پروسیجرها ($p=0/023$)، نمره کلی ترس از خطر شغلی پرستاران به مبتلا به ایدز در محل کار ($p=0/003$) مشاهده گردید. اما ارتباطی بین نمره تبعیض در درمان و مراقبت بیماران مبتلا به ایدز با سن، درآمد، سابقه کاری، سابقه کار در بخش فعلی، نگرش توأم با همدردی به بیماران مبتلا به ایدز، و نمره نگرش کل مشاهده نشد. ($p>0/05$).

موارد تبعیض در درمان و مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز از دیدگاه پرستاران در جدول شماره ۳ ذکر گردیده است. بر اساس نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون ارتباط آماری معنا داری بین نمره تبعیض در درمان و مراقبت بیماران مبتلا به ایدز با نمره آگاهی پرستاران در رابطه با بیماری و روشهای انتقال ایدز ($p=0/005$) و نگرش اجتنابی پرستاران به بیماران مبتلا به ایدز ($p=0/044$)، ترس از خطر شغلی پرستاران به مبتلا به ایدز حین تماس

جدول شماره ۳: میانگین نمرات گویه های مربوط به پرسشنامه تبعیض در مراقبت و درمان بیماران مبتلا به ایدز، از دیدگاه پرسنل شاغل در بخش داخلی و عفونی

انحراف معیار ± میانگین	موارد تبعیض در ارائه خدمات مراقبتی و درمانی به بیماران مبتلا به ایدز
۱/۴۴±۰/۸۸	۱ خودداری از انجام اقدامات درمانی
۱/۳۵±۰/۷۳	۲ خودداری مستقیم از پذیرش بیمار
۱/۵۲±۰/۷۴	۳ خودداری از انجام جراحی و معاینه
۱/۹۶±۱/۱۴	۴ خودداری از ارائه خدمات
۱/۹۷±۱/۱۷	۵ انجام اقدامات مراقبتی مشروط به پرداخت هزینه های درمان
۱/۶۳±۰/۸۶	۶ خودداری از پذیرش بیماران بدحال مبتلا به ایدز
۲/۲۸±۱/۳۰*	۷ نگهداری بیمار در اتاقهای ایزوله
۱/۳۱±۰/۶۶	۸ قطع درمان در صورت تشخیص ابتلا به ایدز
۱/۳۸±۰/۶۴	۹ ترخیص بیماران در زمان تشخیص بیماری ایدز
۲/۹۳±۱/۴۵*	۱۰ انجام آزمایشات مربوط به ایدز بدون اجازه بیمار
۱/۷۶±۱	۱۱ انجام تنها اقدامات دارویی خوراکی و غیر تزریقی
۳±۱/۳۰*	۱۲ استفاده از وسایل محافظتی (دستکش-ماسک-عینک و...) در تماس با بیمار مبتلا به ایدز حتی در صورت عدم احتمال تماس با خون و ترشحات
۱/۵۰±۰/۸۴	۱۳ انجام اقدامات درمانی بیشتر برای بیمارانی که روش انتقال بیماری ایدز در آنان به روش غیر جنسی بوده است
۱/۷۳±۰/۹۲	۱۴ تاخیر در ارائه خدمات درمانی
۱/۹۷±۱/۲۳	۱۵ اجتناب از تماس با جسد بیمار مبتلا به ایدز
۲/۴۹±۱/۲۹*	۱۶ استفاده از دو دستکش در زمان تماس با بدن بیمار
۲/۱۵±۱/۱۳*	۱۷ بی توجهی به حفظ اسرار بیمار
۱/۸۷±۱/۰۶	۱۸ خودداری از پذیرش بیمار بطور غیر مستقیم توسط بهانه آوردن (بهانه نداشتن تخت -پزشک و...)
۱/۸۳±۱/۰۲	۱۹ تحت نظر قرار دادن بیمار بمدت چند روز بدون شروع درمان
۱/۸۷±۱/۰۶	۲۰ تا حد امکان به تاخیر انداختن اقدامات درمانی و جراحی

* بیشترین میانگین دامنه نمرات میانگین ۱-۵ می باشد

از یک سوم مبتلایان به ایدز، درجات بالایی از رفتارهای تبعیض آمیز را در محیطهای درمانی تجربه کرده بودند^(۱۳). مطالعه ای در تانزانیا در سال ۲۰۰۷ نشان داد که ۴۷ درصد از کارمند بهداشتی در امر مراقبت از بیماران مبتلا تبعیض قائل می شدند^(۸). احتمالاً کمبود آگاهی از موضوعات اخلاقی در حیطه درمان و مراقبت و حقوق بیمار از علل بروز رفتارهای تبعیض آمیز در ارائه خدمات درمانی و مراقبتی به بیماران مبتلا به ایدز می باشد. در این رابطه مطالعه Reis در سال ۲۰۰۵ نشان داد کارکنان بهداشتی که آگاهی کمی در مورد اخلاق حرفه ای داشتند، بیشتر از انجام اقدامات درمانی برای بیماران مبتلا به ایدز امتناع ورزیده و نگرش منفی بیشتری به این بیماران داشتند^(۳۳). به نظر می رسد برگزاری کلاسهای اخلاق حرفه ای 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 موثر خواهد بود.

در مطالعه حاضر از بیشترین موارد تبعیض در ارائه خدمات درمانی و مراقبتی مربوط به استفاده از وسایل محافظتی (دستکش-ماسک-عینک و...) در تماس با بیمار مبتلا به ایدز حتی در زمان عدم احتمال تماس با خون و ترشحات بود. این یافته با نتایج پژوهش سایر محققان همخوانی دارد^(۵۸). مطالعه ای در تانزانیا نشان داد که ۸۱ درصد کارکنان بهداشتی احتیاط های همه جانبه را بیشتر برای بیماران مبتلا به ایدز انجام می دادند و ۱۹ درصد حتی جهت انجام اقدامات غیر تهاجمی برای بیماران مبتلا به ایدز هم از دستکش استفاده می کردند^(۸). بررسی Aghamolaei در سال ۲۰۰۹ نشان داد ۹۳/۶ درصد کارکنان بهداشتی معتقد بودند که در تمام طول مدت مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز بایستی روشهای احتیاطی بطور کامل انجام شود^(۲۴). نتایج مطالعه Davidson در سال ۱۹۹۳ نشان داد که ۲۲ درصد پرستاران معتقد بودند که در تمام مدت تماس با فرد آلوده به ایدز بایستی

آزمون تی تست برای گروه های مستقل تفاوت آماری معنی داری در میانگین نمره تبعیض در درمان و مراقبت بیماران مبتلا به ایدز با جنس ($p=0/033$) و بخش ($p=0/036$)، نشان داد، اما تفاوتی برحسب سمت نشان نداد ($p>0/05$). بر اساس نتایج آزمون آنالیز واریانس یکطرفه اختلاف آماری معنی داری در میانگین نمره تبعیض در درمان و مراقبت بیماران مبتلا به ایدز با سطح تحصیلات ($p=0/048$)، مشاهده شد اما با وضعیت تاهل ارتباطی مشاهده نشد ($p>0/05$). (جدول شماره ۴). در مطالعه حاضر متغیرهای سطح آگاهی پرسنل پرستاری در ارتباط با بیماری و روشهای انتقال بیماری ایدز، نگرش پرستاران به بیماران مبتلا به ایدز، ترس از خطر ابتلای شغلی به ایدز نیز مورد بررسی قرار گرفت. ارتباط آماری معناداری بین سطح آگاهی از بیماری و روشهای انتقال بیماری ایدز با تحصیلات ($p=0/009$)، سمت ($p=0/048$)، نوبت کاری ($p=0/005$) و دریافت آموزش تخصصی در ارتباط با ایدز ($p=0/042$)، همچنین بین ترس از خطر ابتلا به ایدز از طریق تماس شغلی با بخش ($p=0/038$) و نگرش اجتنابی به بیماران مبتلا به ایدز ($p=0/041$) مشاهده شد. سطح آگاهی در ارتباط با بیماری و روشهای انتقال بیماری ایدز، نگرش پرستاران به بیماران مبتلا به ایدز، ترس از خطر ابتلای شغلی به ایدز با سایر متغیرهای مورد بررسی ارتباط آماری معناداری نشان نداد ($p>0/05$).

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر از دیدگاه بیش از نیمی (۵۴/۶ درصد) از پرستاران تبعیض متوسطی در درمان و مراقبت به بیماران مبتلا به ایدز اعمال می گردد. این یافته با نتایج مطالعه Jean Baptis در سال ۲۰۰۸ مشابهت دارد که نشان داد ۸۹/۱ درصد کارکنان بهداشتی معتقد بودند که مراکز بهداشتی در ارائه خدمات به بیماران مبتلا به ایدز تبعیض قائل می شوند^(۹). در مطالعه Sayles در سال ۲۰۰۹، بیش

۹۰ درصد کارکنان بهداشتی معتقد بودند که قبل از انجام هر جراحی، و ۷۹ درصد کارکنان بهداشتی معتقد بودند که برای هر زن باردار انجام آزمایشات ایدز بایستی بطور اجباری انجام گیرد، ۶۱ درصد از کارکنان بهداشتی بر این باور بودند که آزمایشات ایدز، بایستی بدون اخذ رضایت بیمار انجام گیرد^(۶۱). در مطالعه Kermode در سال ۲۰۰۵ بیش از ۹۵ درصد کارکنان بهداشتی اعتقاد داشتند که بیماران تحت جراحی یا زایمان بایستی بطور روتین تحت بررسی آزمایشات ایدز قرار گیرند^(۶۲). نتایج مطالعه Davidson در سال ۱۹۹۳ نشان داد که ۶۲ درصد کارکنان بهداشتی معتقد بودند که انجام آزمایشات ایدز باید بطور روتین برای همه بیماران انجام گیرد^(۶۳). احتمالاً این مورد یکی از موارد مهم نقض حقوق بیمار احتیاط همه جانبه و کاربرد آن برای کارکنان بهداشتی در کاهش موارد تبعیض در ارائه خدمات مراقبتی به بیماران مبتلا به ایدز کمک کننده خواهد بود.

در مطالعه حاضر بی توجهی به حفظ اسرار بیمار از موارد تبعیض در برابر بیماران مبتلا به ایدز گزارش گردید. بی توجهی به حفظ اسرار بیمار و آگاه کردن خانواده بیمار از بیماری ایدز بدون مشورت با بیمار از موارد مهم تبعیض در مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز می باشد^(۶۴).

نتایج مطالعه ای در تانزانیا نشان داد که ۱۳ درصد از کارکنان بهداشتی گهگاه شاهد نقض حفظ اسرار بیمار بوده اند، این در حالی است که بیشتر کارکنان بهداشتی از سیاستهای بیمارستان در زمینه حفظ اسرار بیماران مبتلا به ایدز بی خبر بودند^(۶۵). مطالعه و سکویی اشکوری در سال ۱۳۸۸ نشان داد تنها از دید ۵۶ درصد پرسنل درمانی، محرمانه ماندن اطلاعات و رازداری در مراکز درمانی رعایت می شود^(۶۶). مطالعه Reis در سال ۲۰۰۵ نشان داد که ۳۸ درصد کارکنان بهداشتی معتقد بودند که اطلاعات مربوط به بیمار بدون اجازه از وی در اختیار خانواده بیمار قرار می گیرد و ۵۳ درصد شخصا شاهد این رفتار بودند^(۶۷). اصل رازداری پزشکی و حفظ حریم خصوصی بیماران یکی از مهمترین وظایف اخلاقی در

دستکش پوشیده شود^(۶۸). در مطالعه Banteyerga در سال ۲۰۰۴ استفاده از دستکش در هر ارتباطی، در زمانی که تماس فیزیکی وجود ندارد از موارد رفتارهای تبعیض آمیز در برابر بیماران مبتلا به ایدز معرفی شده بود^(۶۹). احتمالاً ترس و انگ اجتماعی ایدز از یک سو و سطح آگاهی پایین از راه های انتقال ویروس ایدز و اصول کاربرد احتیاط های همه جانبه از سوی دیگر در ایزولاسیون کامل بیمار و استفاده از وسایل محافظتی حتی در انجام اقدامات غیر تهاجمی موثر می باشد.

نتایج حاصل از مطالعه حاضر گویای آن بود که انجام آزمایشات مربوط به ایدز بدون کسب اجازه از بیمار یکی از موارد تبعیض در برابر بیماران مبتلا به ایدز بوده است. نتایج مطالعه Mahendra در سال ۲۰۰۷ نشان داد که می باشد. افزایش آگاهی پرسنل مراکز درمانی در رابطه با حقوق بیماران و مسائل اخلاقی ضروری به نظر می رسد.

در مطالعه حاضر استفاده از دو دستکش در زمان تماس با بدن بیمار و نگهداری بیمار در اتاقهای ایزوله از بیشترین موارد تبعیض در مراقبت و درمان بیماران مبتلا به ایدز بود. نتایج پژوهشی در تانزانیا نشان داد که ۵۵ درصد کارکنان بهداشتی در زمان مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز از دو دستکش استفاده می کنند^(۷۰). مطالعه Aghamolaei در سال ۲۰۰۹ نشان داد که ۸۸/۸ درصد پرسنل معتقد بودند که بایستی بیماران مبتلا به ایدز ایزوله شوند^(۷۱). مطالعه Reis در سال ۲۰۰۵ نشان داد که ۵۹ درصد کارکنان بهداشتی ایزوله نگهداشتن بیماران مبتلا به ایدز از بقیه بیماران را لازم می دانستند^(۷۲). به نظر می رسد که احتمالاً در رابطه با یافته فوق ترس زیاد از خطر ابتلای شغلی به ایدز و کمبود آگاهی پیرامون اصول احتیاط همه جانبه و کاربرد آن می تواند تأثیر داشته باشد.

در مطالعه جمشیدی در سال ۲۰۰۹ اکثریت نسبی کارکنان پرستاری ۵۷/۶ درصد از سطح آگاهی متوسط در زمینه احتیاط های استاندارد و ایزولاسیون برخوردار بودند، اما با این وجود ۳۸/۲ درصد سطح آگاهی ضعیف و بسیار ضعیف داشتند^(۷۳). احتمالاً برگزاری کلاسهای اصول

در مطالعه حاضر پرستارانی که آگاهی بیشتری در رابطه با بیماری و روشهای انتقال بیماری ایدز داشتند، تبعیض بیشتری را در درمان و مراقبت بیماران مبتلا به ایدز درک کرده بودند. بین سطح آگاهی از روشهای انتقال بیماری ایدز و نگرش کارکنان بهداشتی نسبت به تبعیض در برابر بیماران مبتلا به ایدز اطلاعات ضد و نقیضی به چشم می‌خورد بطوریکه در برخی مطالعات بین این دو متغیر ارتباط وجود داشته^(۳۰) و گاه بین این دو ارتباطی دیده نشده است^(۳۱،۳۲). در مطالعه Lau در سال ۲۰۰۵ سطح آگاهی پرسنل در مانی در زمینه بیماری ایدز با نگرش آنان به تبعیض در درمان و مراقبت بیماران مبتلا به ایدز ارتباط داشت^(۳۲). در مطالعه ای در تانزانیا در سال ۲۰۰۷ بین کمبود آگاهی و رفتارهای تبعیض آمیز در برابر بیماران مبتلا به ایدز رابطه مستقیم دیده شد^(۸). اما نتایج مطالعه حاضر با نتایج برخی محققان همخوانی ندارد. در مطالعه Benjakul در سال ۲۰۰۶ آموزش در رابطه با روشهای انتقال ایدز سبب افزایش نگرشهای منفی دانشجویان پرستاری به بیماران مبتلا به ایدز و افزایش رفتارهای تبعیض آمیز نسبت به بیماران مبتلا به ایدز شده بود^(۳۳). Li در سال ۲۰۰۷ می‌نویسد بیشتر حرفه‌های پزشکی علی‌رغم دریافت آموزش و دارا بودن سطح بالایی از اطلاعات در جهت جلوگیری از ابتلا به ایدز، نگرشهای قضاوت آمیز و منفی به این بیماران داشته و کمتر به برقراری ارتباط اجتماعی با این بیماران رغبت دارند^(۴). به نظر می‌رسد احتمالاً ترس از خطر ابتلا به ایدز بیش از سطح آگاهی افراد در بروز رفتارهای تبعیض آمیز تأثیر دارد.

در مطالعه حاضر پرستارانی که نگرش اجتنابی بیشتری به بیماران مبتلا به ایدز داشتند، تبعیض بیشتری در ارائه خدمات درمانی و مراقبتی به بیماران مبتلا به ایدز درک نموده بودند. این یافته با نتایج مطالعه Lau در سال ۲۰۰۵ و Mahendra در سال ۲۰۰۷ همخوانی دارد که نشان داند نگرش منفی پرستاران به بیماران مبتلا به ایدز با رفتارهای تبعیض آمیز در برابر آنان ارتباط دارد^(۳۲،۶).

حیطه ی اخلاق پزشکی است. قانون در جهت آشکارسازی به جهت منفعت عمومی در رابطه با بیماری ایدز بیان می‌کند که در این مورد پزشک باید با بیمار صحبت کند که شریک جنسی او را آگاه کند تا تماس جنسی ایمن برقرار کند. اگر بیمار امتناع کرد، پزشک باید رازداری را نقض کند و به شریک جنسی او اطلاع دهد. لازم به ذکر است قبل از آشکارسازی باید همه شرایط مهیا باشد، از جمله این که شریک جنسی در معرض آلودگی باشد و راه معقول دیگری برای آگاه کردن وجود نداشته باشد و دیگر این که بیمار از آگاه کردن شریک جنسی خود امتناع می‌کند و در نهایت این که بیمار از کمک پزشک به نیابت از او در این آگاه سازی امتناع کند^(۲۹). به نظر می‌رسد افشاء اسرار مربوط به بیمار مبتلا به ایدز شرایط و ضوابط خاصی دارد که آشنا سازی پرسنل درمانی در این زمینه حائز اهمیت فراوان می‌باشد.

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 Jean Baptis در سال ۲۰۰۸ همسو بود که نشان داد پرستاران مرد رفتارهای تبعیض آمیز بیشتری در رابطه با درمان و مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز گزارش نموده‌اند^(۹). ممکن است ترس از خطر ابتلا و انتشار بیماری ایدز در خانواده، در میان پرستاران زن بیشتر بوده و این امر موجب منطقی دانستن وجود تبعیض و موارد کمتر تبعیض نسبت به بیماران مبتلا به ایدز شده است.

در مطالعه حاضر پرستاران با تحصیلات بالاتر میزان بیشتری از تبعیض در درمان و مراقبت بیماران مبتلا به ایدز گزارش نمودند. این یافته با نتایج مطالعه Jean Baptis در سال ۲۰۰۸ همخوانی ندارد. در مطالعه او رابطه ای بین این دو متغیر مشاهده نشد^(۹). شاید پرستاران با سطح تحصیلات بالاتر بیشتر با موضوعات اخلاقی در زمینه مراقبت آشنا بوده و بیشتر وجود تبعیض در مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز را درک کرده اند.

می تواند سبب بروز نگرشهای منفی و خودداری از مراقبت و تبعیض در برابر بیمار مبتلا به ایدز گردد^(۳۴). مطالعه Chen در سال ۲۰۰۴ نشان داد ۵۰ درصد پرستاران درباره احتمال عفونت به ایدز در محیط کار مضطرب و نگران هستند و ۴۹ درصد از تماس با این بیماران اجتناب می کنند^(۳۵). All در سال ۱۹۹۷ می نویسد یکی از دلایل کاهش تعداد پرستاران نگرانی از احتمال ابتلا به ایدز و انتشار آن در خانواده از طریق تماس شغلی است^(۳۶). در معرض خطر بودن کارکنان بهداشتی، درمانی برای ابتلا به عفونت های منتقله از راه خون و برخی مایعات بدن بیماران به دنبال مواجهات شغلی، امری بدیهی و شناخته شده است. اما احتیاط های همگانی

حرفه ای بطور معنی داری باعث کاهش بروز رفتارهای تبعیض آمیز در برابر بیماران مبتلا به ایدز شده بود^(۳۷).

مبارزه با رفتارهای تبعیض آمیز و انگ اجتماعی ایدز باید در سطح فرد، محیط و سیاستها اعمال شود. در سطوح فردی افزایش سطح آگاهی کارکنان بهداشتی در زمینه آشنایی با انگ اجتماعی ایدز و تبعیض در برابر بیماران مبتلا به ایدز، عوارض آن برای فرد، جامعه و بی اعتمادی بیماران به تیم درمان، فواید مبارزه و کاهش آن در افزایش کیفیت مراقبت، و افزایش تمایل بیماران به پیگیری درمان، مشاوره، در سطح محیطی اجرای برنامه های پیشگیری شغلی از ایدز مانند استفاده از روشهای محافظتی، نحوه اجرای درمان های پروفیلاکسی پس از تماس با بیمار آلوده و در سطح سیاسی استفاده از سیاستهای روشن در زمینه ارائه مراقبت اخلاقی از بیماران مبتلا به ایدز و حقوق آنان اهمیت بسیاری پیدا می کند. کاهش تبعیض در محیط های درمانی نسبت به بیماران مبتلا به ایدز بیماران را تشویق به ابراز حقایق و همچنین تشویق به شرکت در تصمیم گیری های درمانی می نماید. این امر شرایط ورود آنان به اجتماع را سهل کرده، چالشهای ناشی از انگ اجتماعی ایدز و تبعیض در برابر آنان را در محل کار، خانواده و جامعه کاهش می دهد.

در مطالعه حاضر پرستارانی که ترس بیشتری از خطر ابتلا به ایدز حین تماس تصادفی با بیمار یا حین انجام پروسیجرها داشتند، رفتارهای تبعیض آمیز بیشتری در درمان و مراقبت بیماران مبتلا به ایدز درک نموده بودند. این یافته باننایج Jean Baptis در سال ۲۰۰۸ همخوانی دارد که نشان داد ترس از خطر ابتلا به ایدز در حین مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز با رفتارهای تبعیض آمیز علیه مبتلایان به ایدز مرتبط است^(۳۸). ترس از خطر ابتلا به ایدز با نگرشهای پیشداورانه و منفی به بیماران مبتلا به ایدز ارتباط دارد^(۳۹). نتایج مطالعه Kermode در سال ۲۰۰۵ نتایج نشان داد که ۹۱ درصد کارکنان بهداشتی خود را در معرض خطر زیادی برای ابتلای شغلی به ایدز می دانستند^(۴۰). ترس از خطر ابتلا به ایدز به طریق شغلی همچنان به عنوان ستون پیشگیری اولیه از این مواجهات مطرح می باشد. بنابراین افزایش سطح آگاهی پرستاران در رابطه با بیماری ایدز، راه های انتقال آن و روشهای احتیاط همگانی و در اختیار قرار دادن وسایل محافظتی به مقدار کافی برای کاهش ترس از خطر ابتلای شغلی به ایدز و کاهش بروز رفتارهای تبعیض آمیز ضروری به نظر می رسد.

برهانی در سال ۲۰۱۰ می نویسد اخیراً به موضوع اخلاق در مراقبت های پرستاری توجه زیادی شده انجام اعمال غیراخلاقی علاوه بر آثار فردی، تأثیر نامطلوب برون فردی و حرفه ای نیز دارد^(۴۱). آموزش اخلاق حرفه ای در جهت تربیت پرستارانی که مسؤولیت تعهد حرفه ای خویش را پذیرا باشند، می تواند سبب ارتقاء کیفیت مراقبت و ایجاد مسؤولیت حرفه ای گردد. پرستاران باید حقوق اخلاقی بیماران را محترم بشمارند^(۴۲). نتایج مطالعه Wu در سال ۲۰۰۸ نشان داد که برقراری برنامه های آموزشی ویژه با هدف کاهش انگ اجتماعی و تبعیض در برابر بیماران مبتلا به ایدز منجر به تغییرات مثبت در آگاهی و رفتار و بهبود مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز می گردد^(۴۳). نتایج مطالعه Andrewin در سال ۲۰۰۸ نشان داد آشنا سازی پرستاران با مسائل اخلاق

طرح پژوهشی، همچنین از کلیه پرسنل پرستاری محترمی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی می گردد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از همکاری معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج جهت تصویب و تأمین هزینه این

فهرست منابع

- 1- Shaver J. Interdisciplinary education and practice: Moving from reformation to transformation. *Nurs Outlook*. 2005; 53(2), 57-8.
- 2- Nyblade L, Anne Stangl A, Ellen Weiss E, Ashburn K. Combating HIV stigma in health care settings: what works? *J Int AIDS Soc* .2009; 12: 15.
- 3- Jha C, Madison J. Disparity in health care: HIV, stigma, and marginalization in Nepal. *J Int AIDS Soc* .2009, 12-16.
- 4-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; 36:178-84.
- 5-Banteyerga H, Kidanu A, Nyblade L, MacQuarrie K. Exploring HIV and AIDS stigma and related discrimination in Ethiopia: causes, manifestations, consequences, and coping mechanisms. Addis Ababa: Miz-Hasab Research Center; 2004.
- 6-Mahendra V, Gilborn L, Bharat S, Mudoi R, Gupta I, Pulerwitz J . Understanding and measuring AIDS-related stigma in health care settings: a developing country perspective. *J Soc Aspect HIV/AIDS*.2007; 4(2):616-25.
- 7- Deacon H, Boule A. Commentary: Factors affecting HIV/AIDS-related stigma and discrimination by medical professionals. *Int J Epidemiol* .2007 36(1):185-6.
- 8-QAP Tanzania HIV stigma study team. evaluation of knowledge, attitudes, and practices of health care providers toward HIV-positive patients in Tanzania. operations research results. Published for the U.S. Agency for International Development (USAID) by University Research Co., LLC, Bethesda, MD. 2007.
- 9-Jean Baptis R. HIV/AIDS-related stigma, fear and discriminatory practices among healthcare providers in Rwanda 2008, USAID. The Quality Assurance Project. Bethesda, MD:University Research Co. LLC. GPH-C-00-02-00004-00
- 10-Liu JH, Jiang HY, Chen H, Liao QH, Fu J, Lu FB, Liu WX, Li Y .A survey on AIDS discrimination among medical college students. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi*. 2009; 43(11):1026-8.
- 11-Dabirian A, Zoualfaghari H, Abed Saeidi ZH, Alavimajd H. [Views of AIDS patients regarding nursing care quality in healthcare centers affiliated to Shaheed Beheshti and Tehran University of medical sciences]. *J Facult Nurs Midwif Shahid Beheshti Uni Med Sci*. 2008; 18(61):40-5. Persian
- 12- Ndikom CM, Onibokun A. Knowledge and behavior of nurse/midwives in the prevention of vertical transmission of HIV in Owerri, Imo State, Nigeria: a cross-sectional study. *BMC Nurs*. 2007, 6:9:10-12.
- 13- Sayles J, Wong M, Kinsler J, Martins D, Cunningham W. 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.
- 14-HDN (Health and Development Networks) and global network of people living with HIV/AIDS. 2004. Breaking the cycle: Can the stigma of HIV/AIDS ever be eradicated? Several discussions suggest there are reasons for optimism. Correspondent .11th International Conference for People Living with HIV/AIDS. Kampala, Uganda.2003; 6:10-1.
- 15-Sivaram S, Zelaya C, Srikrishnan AK, Latkin C, Go VF, Solomon S, Celentano D. Associations between social capital and HIV stigma in Chennai, India: considerations for prevention intervention design. *AIDS Educ Prev*. 2009; 21(3):233-50.
- 16- Ford K, Wirawan DN, Sumantera GM, Sawitri AAS, Stahre M. Voluntary HIV testing, disclosure, and stigma among injection drug users in Bali, Indonesia. *AIDS Education & Prevention* . 2004, 16,487-98.

- 17-Niang CI, Tapsoba P, Weiss E, Diagne M, Niang Y, Moreau AM, Gomis D, Wade AS, Seck K, Castle C. "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.
- 18-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 programs. *Patient Edu Counseling*. 2006, 60:146-51.
- 19-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: 239-140.
- 20-Surlis S, Hyde A. HIV-positive patients' experiences of stigma during hospitalization. *J Assoc Nurs AIDS Care*.2001; 12:68-77.
- 21-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; 13; 23(17):2353-7.
- 22-Greeff M, Uys LR, Wantland D, Makoae L, Chirwa M, Dlamini P, Kohi TW, Mullan J, Naidoo JR, Cuca Y, Holzemer WL. 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.
- 23-Reis C, Heisler M, Amowitz LL, Moreland RS, Mafeni JO, Anyamele C, Iacopino V. Discriminatory attitudes and practices by health workers toward patients with HIV/AIDS in Nigeria. *PLoS Med*.2005; 2(8):743-52.
- 24-Aghamolaei T, Tavafian SS, Hasani L, Zare S. Attitudes of healthcare providers towards patients with HIV/AIDS in Bandar Abbas. *Arch Iranian Med*.2009; 12(3): 298 - 301.
- 25- Kermod M, Holmes W, Langkham B, Santhosh Thomas M, Gifford S. HIV-related knowledge, attitudes & risk perception amongst nurses, doctors & other healthcare workers in rural India. *Indian J Med Res*.2005 ;(122): 258-64.
- 26- Kermod M, Holmes W, Langkham B, Santhosh Thomas M, Gifford S. HIV-related knowledge, attitudes & risk perception amongst nurses, doctors & other healthcare workers in rural India. *Indian J Med Res*.2005 ;(122): 258-64.
- 27-Jamshidi M, Jamshidi A, Zanganeh M, Davoudian P, Riahi A. [Awareness of nursing staff about standard precautions and isolation] .*Med Sci J Islamic Azad Univ*. 2009; 18(4):265-68. Persian
- 28-Basiri Moghadam K, Basiri Moghadam M, Moslem A, Ajam Zibad H, Jamal F. [Health providers and patients' awareness on patient bill of rights and its observing rate in an educational hospital in Gonabad]. *Ofogh-e-Danesh*. 2011; 17(2):45-54.Persian
- 29- Parsa M. [Privacy and confidentiality in the medical aspects and its]. *J Med Ethics Hist Med*. 2009; 2(4): 1-13. Persian
- 30- Benjakul W. The assessment of HIV knowledge and attitudes towards caring for HIV/AIDS among senior nursing students in baccalaureate programs in United States America and Thailand. Unpublished PhD Thesis, University of Missouri-Columbia.December .2006
- 31- Adebajo SB, Bamgbala AO, Oyediran MA. Attitude of health care providers to persons living with HIV/AIDS in Lagos State, Nigeria. *African J Reproduct Health* .2003, 7(1):103-112.
- 32-Lau J, Tsui H. Discriminatory attitudes towards people living with HIV/AIDS and associated factors: a population based study in the Chinese general population. *Sex Trans Infect*. 2005; 81(2): 113-19.
- 33- Benjakul W. The assessment of HIV knowledge and attitudes towards caring for HIV/AIDS among senior nursing students in baccalaureate programs in United States America and Thailand .Dessertation for doctor of philosophy ,university of Missouri-Columbia.December .2006.
- 34-Adebajo SB, Bamgbala AO, Oyediran MA. Attitude of health care providers to persons living with HIV/AIDS in Lagos State, Nigeria. *African J Reproduct Health* .2003, 7(1):103-112.
- 35- Chen WT, Han M, Holzemer WL. Nurses' knowledge, attitudes, and practice related to HIV transmission in northeastern China. *AIDS Patients Care STDs*. 2004; 18(7):417-22.
- 36- All A, 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.
- 37- Borhani F, Alhani F, Mohammadi , Abbaszadeh A. Professional ethical competence in nursing: the role of nursing instructors. *J Med Ethic Hist Med*2010; 2(3):27-38.

- 38-Vahedian Azimi A, Alhani F. Chaleshaye amuzeshi dar tasmim ghirie akhlaghi dar parastari. *J Med Ethic Hist Med*.2008;1(4):21-30.
- 39-Wu S, Li L, Wu Z, Liang L, Cao H, Yan Z, Li J. A brief HIV stigma reduction intervention for service providers in China. *AIDS Patient Care STDs*. 2008; 22(6):513-20.
- 40- Andrewin A, Chien LY. Stigmatization of patients with HIV/AIDS among doctors and nurses in Belize. *AIDS Patient Care STDs*. 2008; 22(11):897-906.

Nurse's Perspective about Discrimination in Nursing Care of Patients with AIDS

*Zeighami Mohamadi Sh. MSc¹ Zeinali E. MD² Esmaily H. PhD³
Nikbakht Nasrabadi AR. PhD⁴

Abstract

Background and Aim: Discriminatory practices toward patients with AIDS is an important challenge in the context of ethical care and patient's rights. Experience of discrimination has negative impacts on the psychological well being of patient's and all aspects of AIDS prevention, follow-up care and treatment. The aim of this study was to identify nurse's perspective on discrimination in nursing care of patients with AIDS and its related factors.

Materials and Method: It was a descriptive cross-sectional study. The study population consisted of nurses working in internal and infectious wards. The setting was hospitals affiliated with Tehran and Shahid Beheshti University of Medical Sciences .the sample was recruited by census and 165 nurses were selected. Data was collected using self administered questionnaires. The instruments used included: discrimination against AIDS questionnaire, HIV knowledge questionnaire, AIDS Attitude Scale and Risk Perception scale. Data was analyzed by SPSS-PC using descriptive statistics, t-test, ANOVA and Pearson coefficient correlation.

Results: Response rate was 91.6 % of all study sample, 54.5% agreed with present moderately discriminatory practices toward these patients. Nurse's perspective on discriminatory practices was significantly associated with their knowledge of AIDS transmission ($p=0.005$), avoidance attitudes toward people with AIDS ($p=0.044$), and fear of occupational exposure to AIDS ($p=0.003$). There was a significant difference between mean score of nurses perspective on discrimination with their sex ($p=0.033$), ward (0.036), and their educational level ($p=0.048$).

Conclusion: It seems that patients with AIDS in Tehran hospitals are treated with discrimination. Reducing discriminatory practices toward these patients would be possible by increasing nurse's knowledge about universal precautions, ethical issues and patient's rights.

Key words: AIDS, Discrimination, Nurses

Received: 23 May 2011

Accepted: 3 Sep 2011

¹ Senior Lecturer, Department of Medical - Surgical Nursing , Faculty of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj, Iran (*Corresponding Author) Tell: 02614403251 Email: zeighami@kiaiu.ac.ir

² infectious disease Specialist, Alborz hospital of social security, Karaj, Iran

³ Associate Professor , Department of Public Health Epidemiology, School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁴ Associate Professor of Nursing, Department of Medical- Surgical Nursing , Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran