

«مطالعات جامعه‌شناسی»

سال پنجم، شماره هفدهم، زمستان ۱۳۹۱

ص ص ۱۴۱-۱۱۹

تعیین میزان آگاهی مردم شهر گرمی (مغان) از بیماری ایدز

و ارتباط آن با عوامل اجتماعی و اقتصادی

نورالدین حسین پورا^۱

دکتر صمد صباغ^۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۸/۷

تاریخ پذیرش نهایی مقاله: ۱۳۹۳/۱۲/۱۳

چکیده

مطالعه حاضر یک مطالعه پیمایشی مقطعی، با هدف تعیین میزان آگاهی مردم شهر گرمی (مغان) از بیماری ایدز می‌باشد. در این پژوهش ۳۷۸ نفر به عنوان حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران به شیوه نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه می‌باشد که داده‌های آن با استفاده از برآوردهای نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ بر اساس روش‌های آماری مطابق با فرضیات تحقیق، شامل ضریب همبستگی پیرسون، آزمون t و آزمون F و رگرسیون چند متغیره، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌های تحقیق حاکی از آن است که بین میزان سرمایه اجتماعی و سن افراد، با میزان آگاهی افراد از بیماری ایدز رابطه مستقیم معنی‌دار، بین میزان دین‌داری و میزان آگاهی از ایدز رابطه معکوس و معنی‌داری، و هم‌چنین بین جنسیت، وضعیت تاهل و پایگاه اجتماعی و اقتصادی افراد با میزان آگاهی از ایدز رابطه مستقیم و معنی‌دار وجود دارد. نتایج تحقیق نشان داد ۲۵٫۹٪ از افراد آگاهی‌شان از بیماری ایدز در سطح بالا، ۶۱٫۹ درصد در سطح متوسط و ۱۲٫۲ درصد نیز در سطح پایین قرار دارند. هم‌چنین بالاترین سطح آگاهی مربوط به روش‌های انتقال با ۵۶٫۶٪ و کمترین آن در بعد علائم و نشانه‌های بیماری ایدز با ۷٫۱٪ گزارش شد.

واژگان کلیدی: جامعه‌شناسی پزشکی، آگاهی، بیماری ایدز، سرمایه اجتماعی، دین‌داری.

۱. دانش‌آموخته کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز- ایران. E-mail: noraddin63@yahoo.com

۲. استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، گروه علوم اجتماعی؛ تبریز - ایران (نویسنده مسئول).

مقدمه

بشر از بدو پیدایش، مصایب بی‌شماری را تحمل کرده که برخی از آنان ناشی از عملکرد سوء خود او بوده است. از جمله این مصایب خودساخته، بیماری ایدز است که تبدیل به یک مصیبت بشری شده است. این بیماری که در سال ۱۹۸۱ برای اولین بار تشخیص داده شد، محدود به منطقه، قوم و نژاد خاص در جهان نیست، بلکه همان‌گونه که انسانی گناهکار در اوج گمنامی و در یک کشور توسعه نیافته مبتلا به ویروس این بیماری می‌شود، خبرم‌رگ آقای راک هودسون^۱ هنرپیشه معروف و ثروتمند آمریکایی نیز به علت ابتلا به این بیماری در جهان منتشر شد (هانگ‌فن و دیگری، ۱۳۸۱). ایدز کلمه مرکبی از حروف مرضی است که عارضه آن نارسایی اکتسابی سیستم مصونیتی بدن^۲ می‌باشد (کروزه، ۱۳۶۸: ۱۲۷). اواخر سال ۱۹۸۲ به طور قطع دانسته شد که بیماری ایدز، اکتسابی است. ویروس مولد آن نیز در ماه سپتامبر ۱۹۸۳، توسط لوک مونتانی‌یر و رابرت گالوی آمریکایی در انیستیتو پاستور پاریس کشف شد (همان: ۱۶۹). در ایران اولین مورد مبتلا به ایدز در سال ۱۳۶۶ گزارش شد که مربوط به یک کودک مبتلا به هموفیلی بود (بختیاری، ۱۳۸۷: ۱۱۶). فرهنگ نامناسب غربی که رابطه جنسی آزاد را ترویج می‌دهد بر روی سبک زندگی سایر کشورها تاثیر گذاشته و یکی از علل گسترش خطر ابتلا به این بیماری محسوب می‌گردد (سینگارلاکی^۳، ۲۰۰۸). HIV به عنوان ویروس و ایدز به عنوان بیماری به این دلیل توجه همگان را به خود جلب کرد که قادر است به سرعت جمع‌کثیری را مبتلا کند و مهم‌ترین آن که اصلی‌ترین راه‌های انتقال آن خون و ارتباط جنسی است. این خصوصیت باعث شده است که از جنین‌های خفته در رحم مادران تا سالخوردگان آرمیده در آسایشگاه‌ها تهدید شوند. بیماری ایدز در قرن گذشته (۲۰) مهم‌ترین تهدید برای سلامت مردم بود (هابلی، ۱۳۶۸: ۹-۱۱). در خصوص بیماری‌های منتقله به روش جنسی اگر چه به دلیل تغییرات در سیستم‌های گزارش‌دهی و نیز عدم وجود سیستم‌های ثبت منسجم در بسیاری از کشورهای رو به توسعه نمی‌توان آمار دقیقی ارائه داد ولی شواهد و مستندات دال بر افزایش آمار ابتلا به ایدز در سطح بین‌المللی است (نیکلا^۴، ۲۰۰۲). براساس آمار منتشر شده در نیمه اول سال ۱۳۸۹ در مجموع ۲۱،۴۳۵ نفر مبتلا به ایدز در کشور شناسایی شده‌اند که ۹۲/۶٪ آنان را مردان و ۷/۴٪ را زنان تشکیل می‌دهند (لطفی‌پور، ۱۳۹۰: ۳۲). ایدز بزرگ‌ترین قاتل جوانان جهان محسوب می‌گردد به طوری که روزانه در سراسر جهان ۶۸۰۰ نفر مبتلا به ویروس ایدز شده و بیش از ۵۷۰۰ نفر هم به دلیل عدم دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی، جان خود را از دست می‌دهند آمار جهانی نشان دهنده آن است که ۵٪ بیماران

^۱ Rock Hudson

^۲ Acquired Immune Deficiency Syndrom=AIDS

^۳ Pneumocystis carini

در سنین زیر ۱۴ سالگی، ۸۵٪ آنان در سنین ۱۵ تا ۴۹ سالگی و ۱۰٪ آنان در سنین ۵۰ سالگی و بالاتر می‌باشند که ۲۸٪ آنان را زنان و ۷۲٪ آن‌ها را مردان تشکیل می‌دهند. تاکنون هیچ‌یک از مبتلایان به ایدز بهبود نیافته است و انسان تنها مخزن شناخته شده ویروس عامل ایدز است. بیشترین موارد آلودگی در ایران بر اساس آخرین آمار وزارت بهداشت و درمان، مربوط به رده‌های سنی ۳۴-۲۵ سال (۳۹/۳٪) و ۴۴-۳۵ سال (۳۳/۴٪) است. در حال حاضر هر ۱۶ دقیقه یک نفر در جهان به این ویروس آلوده می‌شود (عزتی، ۱۳۹۰: ۶۷-۶۶). اثبات شده است که درمان دارویی هر بیمار بین ۸۰۰۰ تا ۱۱۰۰۰ دلار آمریکا هزینه در بر دارد که این مبلغ شامل هزینه آزمایشگاه و سایر هزینه‌های تکنیکی نمی‌شود (رمضانخانی و دیگری، ۱۳۸۲: ۴۲). بیماری ایدز، یک معضل پزشکی و بهداشتی نیست، بلکه این بیماری ابعاد اجتماعی و اقتصادی زیادی را در بر دارد و می‌تواند سد راهی برای پیشرفت بشر باشد (اسدی، ۱۳۹۰: ۸). با توجه به فقدان واکسن موثر یا سایر مداخلات پیشگیرانه زیست‌پزشکی^۱ در این بیماری، پیشگیری مبتنی بر رفتار، اساس تلاش‌های جهانی به منظور کنترل ایدز را تشکیل می‌دهد (گنگ^۲، و دیگری، ۲۰۰۹: ۲۸).

بنابراین مسائلی که در این تحقیق به دنبال پاسخگویی به آن‌ها هستیم شامل:

۱. میزان آگاهی افراد از بیماری ایدز چقدر است؟

۲. کدام عوامل اجتماعی و اقتصادی در میزان آگاهی افراد از بیماری ایدز دخیل هستند؟

ایدز به عنوان دومین عفونت مهم منجر به مرگ، در سطح جهان بوده و پیش‌بینی می‌شود خسارت اقتصادی ناشی از ایدز تا سال ۲۰۲۰ تا ۲۰ درصد تولید ناخالص مالی در کشورهایی باشد که بدترین وضعیت ابتلای به ایدز را دارند (آفریقا، جنوب و جنوب شرقی آسیا، خاورمیانه و ...) (دلفان‌آذری و دیگری، ۱۳۸۹: ۱۱۶). از بیماری ایدز به عنوان "طاعون سیاه"، "بیماری خون"، "اندوه قرن بیست و یکم" یاد می‌کنند. بیماری ناشناخته‌ای که فقط نام آن برای ما شاید واژه آشنایی باشد ولی دلایل بروز، نحوه پیشگیری، درمان و حتی نشانه‌های بالینی را به درستی نمی‌شناسیم. بی‌شک تمامی ما تاکنون بارها و بارها واژه ایدز را شنیده و شاید فقط برای لحظه‌ای گذرا به آن اندیشیده‌ایم، لیکن هیچ‌گاه پیش خود درباره این بیماری فکر و تامل نکرده‌ایم که واقعاً این بیماری چیست؟ از کجا به وجود می‌آید؟ مبتلایان به آن چه افرادی هستند؟ علائم و نشانه‌های بروز این بیماری چیست؟ کدام طبقه از افراد جامعه را در بر می‌گیرد؟ نحوه پیشگیری و درمان آن چیست؟ و سوالاتی از این قبیل ... ولی آیا تاکنون توانسته‌ایم برای تمامی این سوالات پاسخ جامعی بیابیم؟ پس برای این که از این بالای خانمان سوز که به تعبیر گروهی از کارشناسان

1. Biomedical

2. Gong, J

نوعی جرم محسوب می‌شود در امان باشیم می‌بایستی اطلاعاتی کامل و جامع درباره این بیماری داشته باشیم. یقیناً مطالعه، آگاهی درباره این بیماری می‌تواند کمک شایانی به تمامی افراد جامعه نماید (دژکام، ۱۳۸۷: ۱۱-۱۲).

از آن‌جا که ایدز ارتباط تنگاتنگی با مواد مخدر و ارتباط جنسی دارد که در تضاد با ارزش‌های مذهبی، اجتماعی و فرهنگی بسیاری از جوامع است، نگاه بسیاری از این جوامع به افراد مبتلا به ویروس یا مشکوک به ابتلا نگاهی طردگونه می‌شود و انگ و تبعیضی که مبتلایان با آن روبرویند مضاعف و پیچیده‌تر می‌گردد. معمولاً این افراد به عنوان افرادی گناهکار، مقصر و خاطی شناخته می‌شوند، نه کسانی که نیازمند کمک و یاری هستند و این انگ نه تنها گریبان خود فرد را می‌گیرد بلکه خانواده و فرزندان آن‌ها را نیز در معرض این اتهام و تبعیض قرار می‌دهد. بدین ترتیب نیاز مبرمی برای رفع تبعیض و رعایت حقوق مبتلایان به بیماری ایدز احساس می‌شود و این مشکل جز از طریق آگاه‌سازی مردم از این بیماری نمی‌باشد. هدف عمده این پژوهش نیز تعیین میزان آگاهی مردم شهر گرمی از بیماری ایدز و ارتباط آن با عوامل اجتماعی و اقتصادی جهت بالا بردن سطح آگاهی مردم از بیماری ایدز و بالطبع سطح سلامت عموم از بعد کاربردی می‌باشد.

- یافته‌های پژوهش درباره بررسی عوامل مرتبط با آگاهی و نگرش مردم شهر ایلام از بیماری ایدز در سال ۱۳۹۰ نشان می‌دهد که بیشترین میزان آگاهی از راه‌های انتقال بیماری ایدز، مربوط به انتقال از طریق تماس جنسی (۹۶ درصد) و سرسوزن آلوده (۹۶ درصد) و کمترین میزان آگاهی از راه‌های انتقال ایدز مربوط به زنان خانه‌دار بوده است. نتایج نشان داد که با افزایش سن میزان نگرش افراد نسبت به ایدز مثبت‌تر می‌شود. بیشترین میزان آگاهی از ایدز در گروه سنی ۲۰-۳۵ سال و میانگین آگاهی از بیماری ایدز در بین دختران دانشجوی و زنان خانه‌دار تفاوت معنی‌دار وجود داشته است (امینی، ۱۳۹۲: ۳-۱).

- نتایج مطالعه مقطعی در خصوص نیازسنجی آموزشی مردم شهر بندرعباس از بیماری ایدز در سال ۱۳۸۱، نشان داد که رابطه بین تحصیلات و سن افراد با شناخت راه‌های انتقال بیماری معنی‌دار بود ولی بین جنس و میزان آگاهی رابطه معنی‌دار وجود نداشت. ۴۸٫۷٪ افراد معتقد بودند در صورت ابتلا به ویروس ایدز بدن‌شان ضعیف خواهد شد و ۷۲٫۳۴٪ معتقد بودند در صورت ابتلا در معرض بیماری‌های مختلف قرار خواهند گرفت. ۸۷٫۱۸٪ مردم عدم وجود واکسن علیه بیماری را مانعی در راه پیشگیری از آن می‌دانستند. در این مطالعه ۶۸٫۲۸ درصد مصاحبه‌شوندگان به سوال‌های مرتبط با راه‌های سرایت بیماری پاسخ صحیح دادند ۴۵٫۳۹ درصد از افراد انتقال از طریق سرفه و عطسه و ۹۴٫۸۷ درصد خون و مایعات بدن را عامل انتقال ویروس ایدز دانستند. همچنین نتیجه‌گیری شد جهت ارتقای سلامت جامعه، حفظ سطح مطلوب

دانش مردم و تصحیح نگرش آن‌ها، به برنامه‌های بازآموزی و نوآموزی نیاز است (صالحی و دیگری، ۱۳۸۸: ۷۶-۷۴).

- نتایج مطالعه‌ای با عنوان آگاهی از ایدز در میان جوانان در سن ۱۵-۲۴ سال روستایی سوراشر از گجرات در هند که بر روی ۱۲۳۷ نفر که در بررسی شرکت کردند، نشان داد که: بیش از ۹۰٪ افراد مورد مطالعه از راه‌های انتقال ایدز اطلاع داشتند و بیش از ۸۰٪ از حالت پیشگیری از ایدز آگاه بودند. یک پنجم از افراد تصورات غلط در رابطه با HIV داشتند. بیش از نیمی (۶۱٪) از افراد جوان درگیر در مطالعه در مورد HIV شنیده بودند. در این میان، ۹۲٫۴٪ می‌دانستند که این بیماری از طریق مقاربت جنسی منتقل می‌شود، ۹۱٫۱۱٪ در مورد انتقال از طریق انتقال خون، ۸۷٫۸۴٪ در مورد انتقال از طریق به اشتراک‌گذاری سوزن و سرنگ، و ۸۳٫۸۶٪ در مورد انتقال از مادر به کودک آگاهی داشتند. ۸۶٫۰۱٪ اهمیت داشتن یک رابطه جنسی با یک همسر غیر آلوده را در جلوگیری از HIV می‌دانستند. ۶۹٫۶۷٪ از نقش کاندوم در پیشگیری از ایدز آگاهی داشتند. ۲۰٫۷۸٪ فکر می‌کردند که می‌توان با فرد آلوده به HIV زندگی کنند؛ ۱۷٫۲۵٪ نیز انتقال از طریق غذا خوردن با افراد مبتلا به HIV را مثبت اعلام کرده‌اند، ۱۸٫۵٪ فکر می‌کردند که HIV را می‌توان با نیش پشه منتقل داد؛ همچنین جوانان باسواد در تمام سطوح سواد از HIV آگاهی بیشتری نسبت به بی‌سوادان داشتند. در مورد شغل، مشاهده شد که دانش‌آموزان و کسانی که در حال کسب و کار هستند در مورد HIV در مقایسه با کارگران آگاه‌تر بودند دانش ایدز در میان گروه سنی ۱۵ تا ۱۹ سال نسبت به گروه سنی ۲۰ تا ۲۴ ساله بالاتر بود اگرچه مردان و زنان در مورد ایدز تفاوت در دانش‌شان معنی‌دار نبود (سودها و دیگری، ۲۰۱۱).

نتایج تحقیق با عنوان ایدز و وی و ایدز مربوط به دانش، آگاهی و روش‌ها در ماداگاسکار نشان می‌دهد که ۹۳٪ از شرکت‌کنندگان به درستی خطر رابطه جنسی از طریق واژن محافظت نشده با کسی که دارای ایدز و وی یا ایدز و دریافت خون کنترل نشده از کسی که با ایدز و وی یا ایدز را شناسایی کردند. با این حال، ۶۸٪ نمی‌دانستند که اگر رابطه جنسی از طریق واژن و با کاندوم درست استفاده شود کم خطر است. اکثر شرکت‌کنندگان معتقد بودند که بوسه صمیمی، پشه و عطسه می‌تواند HIV و ایدز را منتقل کنند در این تحقیق بین سن و آگاهی از روش‌های انتقال ایدز بطور قابل توجهی با نمرات آزمون‌های همبسته، با شرکت‌کنندگان جوان‌تر رابطه معنی‌دار وجود داشت. تفاوت معنی‌داری در میانگین نمرات آزمون مردان و زنان ویا بین شرکت‌کنندگان شهری و روستایی مشاهده شد. همچنین یک گرایش به سمت نمرات بهتر

¹. Sudha. B

در شرکت‌کنندگانی که قبلاً با کارکنان مراقبت‌های بهداشتی در مورد اچ‌آی وی یا ایدز سخن‌گفته بودند به ثبت رسید (نیکلا^۱ و دیگری، ۲۰۰۳).

- نتایج مطالعه مقطعی با عنوان نگرش، آگاهی و اعتقادات عموم مردم نسبت به ایدز در شهرستان حیدرآباد پایتخت آندرا پراش (جنوب‌هند) که به مدت ۲ ماه در سال ۲۰۰۴ در ۸۰۰ نفر از افراد انجام شد. نشان داد که: در حدود ۸۰٫۶۳٪ از افراد مورد مطالعه به طرز ایدز آگاه بودند، اما تا به حال برداشت نادرست در مورد نحوه انتقال و یا پیشگیری با وجود برنامه‌های توسعه شدید، که دولت و سازمان‌های دیگر در شهرستان انجام داده است، بسیاری از مردم تصورات غلط در مورد HIV و یا در مورد افراد مبتلا به ایدز داشتند. آگاهی بیشتری در میان باسوادان بود این مطالعه نشان داد که ۸۹٫۳۲٪ از مردان از ایدز آگاهی بیشتری نسبت به ۷۱٫۳۹٪ از زنان بود. و تفاوت جنسیتی در آگاهی از ایدز را می‌توان به میزان سواد نسبت داد. از آن‌جا که سواد زنان در حیدرآباد کمتر از سواد مردان هستند، آن‌ها از ویروس HIV آگاهی کمتری دارند. حدود ۸۸٫۳۵٪ از باسوادان در مقایسه با آگاهی از عفونت در ۱۲٫۷۳٪ از افراد با سواد کم از عفونت آگاه بودند بالاترین سطح آگاهی (۹۷٫۶۲٪) در دانش‌آموزان، پس از آن ۸۳٫۶۲٪ از مردم که در خدمات، کسب و کارماهر، غیرماهر و پایین‌ترین آن ۶۹٫۸۹٪ در زنان خانه‌دار، کشاورزان، کارگران کشاورزی و کارگران صنعتی دیده شد. ۹۷٪ افراد در گروه سنی ۱۴ تا ۲۹ سال از HIV آگاه‌تر نسبت به ۶۵٫۴۸٪ افراد از سن ۳۰ سال یا بیشتر بودند. به طور کلی، دانش ۸۰٫۶۳٪ از HIV نسبتاً خوب گزارش شد (سودها^۲ و دیگری، ۲۰۰۵).

مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که شناخت زن و مرد نسبت به بیماری متفاوت است براساس بررسی کلودین هر تسلیک در فرانسه وقتی از افراد در مورد محتوای بیماری سوال می‌شود حالتی مانند: تغییر خلق و خوی تظاهر خارجی بیماری، تب، و خستگی در میان زنان بیشتر مورد تأکید قرار می‌گیرد و حال آن‌که مردان به حالتی نظیر: تغییر روابط با دیگران، عدم فعالیت اقتصادی و درد و ناراحتی بیشتر توجه می‌کنند (محسنی، ۱۳۸۸: ۷۲).

به نظر فوکویاما می‌توان نبود سرمایه اجتماعی را به عبارتی انحرافات اجتماعی از قبیل جرم و جنایت، فروپاشی خانواده، مصرف مواد مخدر، طرح دعاوی و دادخواهی، خودکشی، فرار از پرداخت مالیات و موارد مشابه را به روش‌های مرسوم اندازه‌گیری کرد. فرض بر این است که چون سرمایه اجتماعی وجود هنجارهای مبتنی بر تشریک مساعی را منعکس می‌کند. انحرافات اجتماعی نیز بازتاب نبود سرمایه اجتماعی خواهد بود. فوکویاما معتقد است جامعه مدرن بدون پشتوانه مذهب، فرهنگ و سنت از پایه فرو خواهد ریخت. او

¹. Nicoll, M

². Sudha. R

در خصوص موفقیت جوامع مدرن معتقد است تنها به این علت توفیق یافته‌اند که قادر به زنده نگه داشتن سرمایه اجتماعی انباشته شده قرون متمادی بودند (علمی و دیگری، ۱۳۸۸: ۱۳۱-۱۲۹).

به اعتقاد پاتنام، چنین به نظر می‌رسد که سرمایه اجتماعی سد محافظی در برابر بیماری‌های اجتماعی باشد. برای مثال چنین گفته شده جوامعی که در آن‌ها سرمایه اجتماعی بالاست از سلامت روانی بیشتری برخوردارند و میزان جرم و جنایت در آن‌ها کمتر از دیگران است (پاتنام، ۲۰۰۰). به اعتقاد کلمن مجموعه منابعی که در ماهیت روابط خانوادگی و در سازمان اجتماع وجود دارند برای توسعه شناختی و اجتماعی کودک و جوان مفید هستند. این منابع برای افراد مختلف متفاوت هستند و می‌توانند مزیت مهمی را برای نوجوانان و جوانان در توسعه سرمایه انسانی آن‌ها باشند. بنابراین سرمایه اجتماعی برای کسب چیزهای با ارزش، در توسعه شناختی و در کسب یک هویت فردی مطمئن ارزشمند است (فیلد، ۱۳۸۵: ۳۹-۳۸).

ارتباط میان طبقه اجتماعی، بیماری و رفتار از این جهت قابل طرح است که در طبقات مختلف اجتماعی رفتارها و نحوه عکس‌العمل‌های فردی به هنگام بیماری متفاوت است. از بررسی‌های انجام شده در این زمینه در کشورهای اروپای غربی می‌توان نتیجه گرفت که به طور کلی طبقات پایین مثل کارگرانی که به کارهای بدنی اشتغال دارند، بیشتر از افراد طبقات بالا از بیمار شدن احساس تنفر می‌کنند و با وضع عمومی خود آشنایی کمتری دارند. طبقات گوناگون اجتماعی درک واحدی از مفهوم بیماری ندارند، در مطالعه‌ای که در یک منطقه کوچک روستایی در شمال ایالت نیویورک صورت گرفت سه طبقه اجتماعی اول، دوم و سوم تمیز داده شده بودند که در طبقه اول ظهور علائم مشخصه بیماری اهمیت زیادی داشت و به نظر ۷۵ درصد از این عده در موارد بی‌اشتهایی^۱ و کمردرد^۲ نیز باید به پزشک مراجعه کرد. در طبقه دوم حساسیت نسبت به علائم بیماری ضعیف‌تر بود، با این حال در مورد تمام انواع بیماری به استثنای دردهای مفصلی^۳ و ماهیچه‌ای^۴ و کمردرد، درصد مراجعه به پزشک قریب به ۵۰ درصد بود. در طبقه سوم نوعی بی‌تفاوتی نسبت به علائم اغلب بیماری‌ها مشاهده شد (محسنی، ۱۳۸۸: ۱۹۶-۱۹۵).

دورکیم می‌گوید که اگر خودمان به خودمان واگذار شویم، این آگاهی فردی ما نسبت به دیگران مسدود می‌ماند و افکار جدای ما نمی‌تواند با یکدیگر ارتباط برقرار کند، مگر این که از خودشان بیرون بیایند و به این ترتیب با شکل‌گیری وضعیت‌های فکری مشترک و آگاهی و عاطفه جمعی، احساسات مثبت فرد نسبت به کسانی که با او حشر و نشر دارند جهت می‌یابد که این خود زمینه‌ساز دوستی و صمیمیت‌ها و تقویت حسن‌ظن فرد نسبت به آن‌ها می‌شود. دورکیم معتقد است وقتی جمعیت زیاد شود، مردم برای انجام بهتر کارها و برطرف کردن نیازهای متنوع و متعددشان مجبورند با همدیگر

^۱ Anorexia

^۲ Lumbago

^۳ Arthritis

^۴ Muscle

همکاری کنند که این منجر به تقسیم کار بین آن‌ها می‌شود؛ این همکاری‌ها و ازدیاد جمعیت، باعث می‌شود تعاملات اجتماعی زیاد شود که این‌ها خود باعث می‌شود آن‌ها باهم احساس همدلی و یکی بودن کنند و در نهایت مردم به همدیگر اعتماد کنند. از جهت دیگر دورکیم می‌گوید برگزار کردن مراسم و مناسک‌های جمعی (جشن‌ها، اعیاد و مراسم‌های مذهبی) سبب تعامل میان مردم می‌شود که همین تعامل، بین آن‌ها ایجاد اعتماد می‌کند (افشانی و دیگری، ۱۳۸۸: ۱۹۸-۱۹۷). به نظر دورکیم، آن‌چه که افراد یک جامعه را گرد هم می‌آورد و باعث پیوند آن‌ها می‌شود، یک اخلاق مشترک نیرومند و یا وجدان جمعی است که شیرازه‌بند جوامع ابتدایی تا نوین است. وجدان جمعی در جوامع ابتدایی بسیار نیرومند است، ولی در جوامع نوین، قدرت این نوع وجدان جمعی کاهش یافته است که به نظر دورکیم تقسیم کار پیچیده اجتماعی تا اندازه‌ای فقدان وجدان جمعی را در این نوع جوامع ترمیم می‌کند (ریترز، ۱۳۸۴: ۵۷).

به اعتقاد هری آلپر مناسک دینی به افراد انضباط شخصی و زهدگرایی که از ضروریات زندگی اجتماعی است، می‌آموزند و به این ترتیب آنان را برای زندگی اجتماعی آماده می‌کند مراسم دینی مردم را گرد هم جمع می‌کند و از این رو پیوندهای مشترک آن‌ها را تثبیت و انسجام اجتماعی را تقویت می‌نماید. از طریق مراسم دینی اعضای جامعه از میراث اجتماعی خود عمیقاً آگاه می‌شوند و اصلی‌ترین عناصر وجدان جمعی زنده می‌ماند. سرانجام این که دین در پیروانش احساس خوش‌سعدتی و خوشبختی اجتماعی را به وجود می‌آورد و در نتیجه احساس ناکامی، بی‌ایمانی و تردید را از دل آنان می‌زداید فایده بی‌نهایت ارزشمند مراسم و مناسک دینی برای هر گروه این است که پیامدهای مخرب اضطراب و شکست و ناکامی را، که همه افراد و جوامع در معرض آن هستند را کاهش می‌دهد (آلپر، ۱۹۶۱: ۲۰۳-۱۹۸).

فرضیه‌های تحقیق

- بین میزان آگاهی از بیماری ایدز و سن افراد رابطه وجود دارد.
 - بین میزان آگاهی از بیماری ایدز و پایگاه اجتماعی و اقتصادی افراد تفاوت وجود دارد.
 - بین میزان آگاهی از بیماری ایدز و وضعیت تاهل افراد تفاوت وجود دارد.
 - بین میزان آگاهی از بیماری ایدز و جنسیت (زن و مرد) بودن افراد تفاوت وجود دارد.
 - بین میزان آگاهی از بیماری ایدز و میزان سرمایه اجتماعی افراد رابطه وجود دارد.
 - بین میزان آگاهی از بیماری ایدز و میزان دین‌داری افراد رابطه وجود دارد.
- متغیرهای پیش‌بین: سرمایه اجتماعی، دین‌داری.
- متغیرهای زمینه‌ای: سن، جنسیت، وضعیت تاهل، پایگاه اجتماعی و اقتصادی.
- متغیر ملاک: آگاهی از بیماری ایدز.

ابزار و روش تحقیق

باتوجه به ماهیت موضوع مورد مطالعه و گستردگی آن و همچنین بررسی ابعاد مختلف و موثر بر میزان آگاهی از بیماری ایدز شهروندان گرمی و سنجش میزان آگاهی از ایدز و همچنین تاثیر میزان سرمایه اجتماعی و میزان دین‌داری بر آگاهی شهروندان در رابطه با موارد مطروحه از روش تحقیق پیمایش استفاده شده است. هدف در این‌گونه تحقیقات، تبیین روابط بین پدیده‌ها و واقعیت‌ها است.

جامعه آماری تحقیق شهروندان در گروه سنی ۶۴-۱۵ سال می‌باشد که بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۰ جمعیت شهر گرمی ۳۱,۴۹۷ نفر بوده و از این تعداد، جمعیتی که در گروه سنی ۶۴-۱۵، قرار دارند به تعداد ۲۲,۳۳۱ نفر می‌باشند که بر این اساس جامعه آماری تحقیق، همان ۲۲,۳۳۱ نفر، حجم نمونه نیز طبق فرمول کوکران ۳۷۸ نفر می‌باشد.

روش نمونه‌گیری در تحقیق حاضر شیوه «نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای» می‌باشد.

شیوه گردآوری داده‌ها و ابزار مورد استفاده در این تحقیق، از دو روش اسنادی و پیمایش جهت گردآوری اطلاعات استفاده شده است که در روش اسنادی از تکنیک فیش‌برداری (از میان منابع و ماخذی از قبیل: کتب، مجلات و پایان‌نامه‌ها) استفاده شده است. ابزار گردآوری اطلاعات، تکنیک پرسشنامه محقق ساخته می‌باشد.

در این تحقیق متغیرهای پیش‌بین، ملاک، در سطح سنجش فاصله‌ای و متغیرهای زمینه‌ای نیز در سطح سنجش ترتیبی و اسمی بررسی شدند؛ به همین دلیل با توجه به سطح سنجش آن‌ها از ضریب همبستگی پیرسون، و مقایسه میانگین‌ها (آزمون تی‌تست و تحلیل واریانس یا Anova) برای بررسی روابط دو متغیری استفاده شده است.

یافته‌های تحقیق

در این تحقیق ۳۱ درصد از پاسخگویان در گروه سنی ۲۴-۱۵ سال، ۲۹,۹ درصد در گروه سنی ۳۴-۲۵ سال، ۲۰,۱ درصد در گروه سنی ۴۴-۳۵ سال، ۱۲,۴ درصد در گروه سنی ۵۴-۴۴ سال و ۶,۶ درصد نیز در گروه سنی ۶۴-۵۵ سال قرار داشتند. همچنین ۵۰,۸ درصد زن و ۴۹,۲ درصد نیز مرد بودند. وضعیت تاهل ۳۳,۶ درصد مجرد و ۶۶,۴ درصد نیز متاهل بودند.

از نظر سطح طبقه اجتماعی ۳۵,۲ درصد از پاسخگویان در سطح پایین، ۵۵,۶ درصد در سطح متوسط و ۹,۳ درصد نیز در سطح بالا قرار داشتند.

جدول شماره (۱): شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیر ملاک تحقیق

| متغیر | کمترین نمره | بیشترین نمره | میانگین | نما | واریانس | انحراف معیار | چولگی | کشیدگی |
|-----------------|-------------|--------------|---------|-----|---------|--------------|--------|--------|
| ماهیت ایدز | ۱ | ۱۲ | ۷,۰۵ | ۸ | ۶,۲۸ | ۲,۴۹ | -۰,۵۸۹ | -۰,۵۷۷ |
| نشانه‌های ایدز | ۰ | ۸ | ۲,۸۷ | ۲ | ۳,۲۶۴ | ۱,۸۰ | ۰,۲۸۸ | -۰,۶۵۳ |
| روش‌های انتقال | ۲ | ۱۴ | ۱۰,۶۹ | ۱۳ | ۶,۷۷ | ۲,۶۰ | -۰,۵۴۰ | -۰,۶۲۷ |
| راه‌های پیشگیری | ۱ | ۶ | ۳,۷۲ | ۴ | ۱,۵۹ | ۱,۲۶ | -۰,۱۰۴ | -۰,۶۸۴ |
| خطرات ایدز | ۰ | ۷ | ۲,۹۹ | ۴ | ۲,۲۵ | ۱,۵۰ | ۰,۰۸۰ | -۰,۵۳۰ |
| آگاهی از ایدز | ۹ | ۴۳ | ۲۷,۳۲ | ۳۲ | ۵۵,۹۴ | ۷,۴۷ | -۰,۴۸۰ | -۰,۷۸۱ |

جدول بالا نشان می‌دهد که بیشترین میانگین مربوط به نمرات روش‌های انتقال و کمترین میانگین مربوط به نمرات خطرات و نشانه‌های بیماری ایدز می‌باشد.

جدول شماره (۲): شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیر پیش‌بین سرمایه اجتماعی

| متغیر | کمترین نمره | بیشترین نمره | میانگین | نما | واریانس | انحراف معیار | چولگی | کشیدگی |
|---------------------------------------|-------------|--------------|---------|-----|---------|--------------|--------|--------|
| امنیت اجتماعی | ۲ | ۱۰ | ۶,۴۹۴۷ | ۶ | ۲,۴۵۲ | ۱,۵۶۵۹۷ | -۰,۰۲۶ | ۰,۳۹۰ |
| اعتماد اجتماعی | ۲ | ۸ | ۴,۱۹۵۸ | ۵ | ۲,۰۲۵ | ۱,۴۲۳۱۱ | -۰,۰۲۲ | -۰,۹۲۱ |
| مشارکت | ۲ | ۱۰ | ۵,۶۹۸۴ | ۴ | ۴,۰۰۴ | ۲,۰۰۱۰۷ | ۰,۳۵۸ | -۰,۴۰۰ |
| تعامل با دوستان همسایگان و خانواده | ۳ | ۱۵ | ۹,۷۴۶۰ | ۹ | ۸,۱۲۱ | ۲,۸۴۹۷۴ | ۰,۰۶۹ | -۰,۶۷۰ |
| تحمل تنوع فرهنگی | ۱ | ۵ | ۲,۸۶۷۷ | ۱ | ۲,۴۱۷ | ۱,۵۵۴۸۲ | ۰,۱۵۸ | -۱,۴۵۶ |
| سرمایه اجتماعی | ۱۴ | ۴۱ | ۲۹ | ۲۷ | ۳۵,۰۳ | ۵,۹۱ | ۰,۱۸۱ | -۰,۸۰۲ |

جدول شماره (۲) نشان دهنده این است که بیشترین میانگین مربوط به نمرات امنیت اجتماعی و کمترین آن، مربوط به نمرات اعتماد اجتماعی می‌باشد.

جدول شماره (۳): شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیر پیش‌بین دین‌داری

| متغیر | کمترین نمره | بیشترین نمره | میانگین | نما | واریانس | انحراف معیار | چولگی | کشیدگی |
|----------|-------------|--------------|---------|-----|---------|--------------|--------|--------|
| مناسکی | ۵ | ۱۵ | ۱۱,۸۲۵۴ | ۱۱ | ۵,۸۶۹ | ۲,۴۲ | -۰,۵۸۱ | -۰,۲۰۷ |
| اعتقادی | ۱۰ | ۱۵ | ۱۴,۶۵ | ۵ | ۱,۱۹۹ | ۱,۰۹ | -۳,۴۰۶ | ۱۰,۷۸۱ |
| اخلاقی | ۵ | ۱۵ | ۱۳,۷۴۰۷ | ۱۵ | ۳,۰۹۴ | ۱,۷۵ | -۱,۶۶۱ | ۲,۷۱۱ |
| معرفتی | ۲ | ۱۰ | ۷,۴۶۰۳ | ۸ | ۳,۳۳۷ | ۱,۸۲ | -۰,۴۳۸ | -۰,۵۲۵ |
| تجربیی | ۲ | ۱۰ | ۷,۰۷۹۴ | ۶ | ۳,۰۷۶ | ۱,۷۵ | ۰,۲۸۸ | -۰,۶۸۰ |
| دین‌داری | ۳۳ | ۶۵ | ۵۴,۷ | ۵۵ | ۳۲,۷ | ۵,۷۲ | -۱,۲۸۴ | ۲,۳۴ |

جدول بالا نشان می‌دهد که بیشترین نمرات میانگین مربوط به شاخص اعتقادی و کمترین نمره میانگین مربوط به شاخص تجربی می‌باشد.

- بین میزان آگاهی از ایدز و سن افراد رابطه مستقیم وجود دارد. چون هر دو متغیر سن و آگاهی از ایدز در سطح فاصله‌ای هستند، برای بررسی این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

جدول شماره (۴) برای بررسی رابطه بین متغیر سن و متغیر ملاک آگاهی از بیماری ایدز نشان دهنده میزان همبستگی منفی (-۰.۴۶۴) و با درجه معنی‌داری (۰.۰۰۰) می‌باشد با توجه به کمتر بودن از سطح آلفا (۰.۰۵) فرض H_0 رد شده است. پس می‌توان گفت که بین سن و آگاهی از ایدز رابطه معکوس و معنی‌دار وجود دارد. بدین معنی که با افزایش سن آگاهی افراد نسبت به بیماری ایدز کمتر شده است. همچنین بالاترین میزان همبستگی با متغیر مستقل در بین ابعاد متغیر وابسته مربوط به ماهیت و پیدایش ایدز می‌باشد.

جدول شماره (۴): ضریب همبستگی پیرسون بین آگاهی از ایدز و سن افراد مورد مطالعه

| متغیر ملاک | ماهیت و پیدایش ایدز | علائم و نشانه‌ها | روش‌های انتقال | راه‌های پیشگیری | خطرات و پیامدها | میزان آگاهی کلی از ایدز |
|---------------|---------------------|------------------|----------------|-----------------|-----------------|-------------------------|
| متغیر پیش‌بین | | | | | | |
| گروه‌های سنی | | | | | | |
| میزان همبستگی | -۰.۴۷۳ | -۰.۲۸۱ | -۰.۳۷۸ | -۰.۲۶۲ | -۰.۳۱۰ | -۰.۴۶۴ |
| Sig | .۰۰۰ | .۰۰۰ | .۰۰۰ | .۰۰۰ | .۰۰۰ | .۰۰۰ |

بین میزان آگاهی از ایدز افراد و جنسیت (مرد-زن) تفاوت وجود دارد: فرضیه مذکور با استفاده از آزمون تفاوت میانگین مورد بررسی قرار گرفته و نتایج حاصل در جدول شماره (۵) ثبت شده است. با توجه به T محاسبه (۲,۸۱۸) شده و سطح معنی‌داری (۰/۰۰۵)، با اطمینان ۹۵٪ می‌توان گفت که فرضیه اصلی و پذیرفته صفر رد، و تفاوت معنی‌داری بین دو گروه زنان و مردان از نظر میزان آگاهی از ایدز وجود دارد. میانگین آگاهی از ایدز مردان که برابر ۲۸,۴ است بیشتر از میانگین آگاهی از ایدز زنان با ۲۶,۲ می‌باشد. همچنین در بررسی تفاوت میانگین مردان و زنان مورد مطالعه با ابعاد پنج‌گانه بیماری ایدز، ماهیت و روش‌های انتقال ایدز با سطح معنی‌داری به ترتیب (۰/۰۲۷) و (۰.۰۰۰) مورد تایید می‌باشند.

جدول شماره (۵): آزمون تفاوت میانگین، مقایسه میانگین آگاهی از ایدز در بین زنان و مردان مورد مطالعه

| جنسیت | یا فرض | برابری | وارفانس | با فرض | | | متغیر ملاک |
|----------------|---------|--------|---------|--------|---------|-------|------------|
| | | | | تفاوت | df | Sig | |
| مرد | زن | T | Df | Sig | T | df | Sig |
| | | | | | | | |
| ماهیت | ۰.۵۶۷۸۸ | ۲.۲۲۵ | ۳۷۶ | ۰.۰۲۷ | ۰.۵۶۷۸۸ | ۲.۲۲۵ | ۳۷۶ |
| نشانه‌ها | ۰.۱۷۶۰۸ | ۰.۹۴۷ | ۳۷۶ | ۰.۳۴۴ | ۰.۱۷۶۰۸ | ۰.۹۴۷ | ۳۷۶ |
| روش‌های انتقال | ۱.۱۹۱۵ | ۶.۵۶۵ | ۳۷۶ | ۰.۰۰۰ | ۱.۱۹۱۵ | ۶.۵۶۵ | ۳۷۶ |
| راه‌های درمان | ۰.۱۲۳۶۶ | ۰.۹۵۲ | ۳۷۶ | ۰.۳۴۲ | ۰.۱۲۳۶۶ | ۰.۹۵۲ | ۳۷۶ |
| خطرات | ۰.۱۵۴۶۲ | ۰.۵۴۷ | ۳۷۶ | ۰.۵۸۵ | ۰.۱۵۴۶۲ | ۰.۵۴۷ | ۳۷۶ |
| آگاهی از ایدز | ۲.۱۴۸۵ | ۲.۸۱۸ | ۳۷۶ | ۰.۰۰۵ | ۲.۱۴۸۵ | ۲.۸۱۸ | ۳۷۶ |

بین میزان آگاهی از ایدز افراد و وضعیت تاهل (مجرد - متاهل) تفاوت وجود دارد: فرضیه مذکور با استفاده از آزمون تفاوت میانگین مورد بررسی قرار گرفته و نتایج حاصل در جدول شماره (۶) ثبت شده است. با توجه به T محاسبه (۶,۰۸۶) شده و سطح معنی‌داری (۰/۰۰۰)، با اطمینان ۹۵٪ می‌توان گفت که فرضیه اصلی و پذیرفته صفر رد، و تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مجردین و متاهلین از نظر میزان آگاهی از ایدز وجود دارد میانگین آگاهی از ایدز مجردان که برابر ۳۰,۴۷ است بیشتر از میانگین آگاهی از ایدز متاهلین با ۲۵,۷ می‌باشد. همچنین در بررسی تفاوت میانگین با ابعاد پنج گانه بیماری ایدز، تمامی ابعاد بیماری ایدز با سطح معنی‌داری کمتر از (۰/۰۵) مورد تایید می‌باشند.

جدول شماره (۶): آزمون تفاوت میانگین، مقایسه میانگین آگاهی از ایدز در بین مجردان و متاهلین مورد مطالعه

| وضعیت تاهل | فرض | برابری | وارفانس | مجرد | | | متغیر ملاک |
|---------------|---------|--------|---------|-------|---------|-------|------------|
| | | | | تفاوت | df | Sig | |
| متاهل | مجرد | T | Df | Sig | T | df | Sig |
| | | | | | | | |
| ماهیت ایدز | ۱.۵۴۸۸ | ۵.۹۶۰ | ۳۷۶ | ۰.۰۰۰ | ۱.۵۴۸۸ | ۵.۹۶۰ | ۳۷۶ |
| نشانه‌ها | ۰.۵۷۴۵۸ | ۲.۹۵۰ | ۳۷۶ | ۰.۰۰۳ | ۰.۵۷۴۵۸ | ۲.۹۵۰ | ۳۷۶ |
| انتقال | ۱.۴۹۷۷ | ۵.۴۸۴ | ۳۷۶ | ۰.۰۰۰ | ۱.۴۹۷۷ | ۵.۴۸۴ | ۳۷۶ |
| راه‌های درمان | ۰.۵۸۸۲۳ | ۴.۳۸۱ | ۳۷۶ | ۰.۰۰۰ | ۰.۵۸۸۲۳ | ۴.۳۸۱ | ۳۷۶ |
| خطرات | ۰.۵۰۶۰۱ | ۳.۱۳۱ | ۳۷۶ | ۰.۰۰۲ | ۰.۵۰۶۰۱ | ۳.۱۳۱ | ۳۷۶ |
| آگاهی از ایدز | ۴.۷۳ | ۶.۰۸۶ | ۳۷۶ | ۰.۰۰۰ | ۴.۷۳ | ۶.۰۸۶ | ۳۷۶ |

- بین میزان آگاهی از ایدز و پایگاه اجتماعی و اقتصادی افراد تفاوت وجود دارد. برای بررسی تفاوت این فرضیه از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد و نتایج آن مطابق جدول شماره (۷) نشان دهنده این است که متوسط میزان آگاهی در بین افراد طبقه اجتماعی پایین برابر با ۲۱/۷۲، با انحراف استاندارد ۶/۶۶، طبقه متوسط برابر با ۲۹/۵۳، با انحراف استاندارد ۲/۶۴ بدست آمد که مطابق آزمون تحلیل واریانس بالا میزان آگاهی از ایدز برابر ۳۵/۴ و انحراف استاندارد ۲/۶۴ است. مقدار $F=۱۰۳/۰۹$ با سطح معنی داری $P=۰/۰۰۰$ محاسبه گردیده که نشان می‌دهد میزان آگاهی از ایدز در بین افراد بر اساس طبقه اجتماعی معنی دار می‌باشد و میزان آگاهی از ایدز در بین افراد طبقه اجتماعی بالا بیشتر از سایر گروه‌ها می‌باشد.

جدول شماره (۷): مقایسه میزان آگاهی از ایدز افراد بر اساس طبقه اجتماعی

| طبقه | تعداد | میانگین | انحراف استاندارد | حداقل | حداکثر |
|------------|-------|---------|------------------|-------|--------|
| طبقه پایین | ۱۳۳ | ۲۱.۷۲ | ۶.۶۶ | ۹ | ۴۰ |
| طبقه متوسط | ۲۱۰ | ۲۹.۵۳ | ۵.۹۹ | ۱۲ | ۴۳ |
| طبقه بالا | ۳۵ | ۳۵.۴ | ۲.۶۴ | ۲۹ | ۴۲ |
| کل | ۳۷۸ | ۲۷.۳۲ | ۷.۴۷ | ۹ | ۴۳ |

| پایگاه اجتماعی | بین گروه‌ها | | | درون گروه‌ها | | |
|-------------------|-------------|---------|---------|--------------|---------|---------|
| | مقدار F | محدورات | مجموع | درجه آزادی | محدورات | مجموع |
| ماهیت ایدز | ۶۹.۷۸ | ۶۳۵.۸۱۶ | ۳۱۷.۹۰۸ | ۰.۰۰۰ | ۳۷۵ | ۱۷۰۸.۲۲ |
| علائم ایدز | ۳۴.۵۳۵ | ۱۹۱.۳۷۶ | ۹۵.۶۸۸ | ۰.۰۰۰ | ۳۷۵ | ۱۰۳۹.۰۲ |
| روش‌های انتقال | ۶۷.۵۸۳ | ۶۷۶.۸۷۹ | ۳۳۸.۴۳۹ | ۰.۰۰۰ | ۳۷۵ | ۱۸۷۷.۹۰ |
| راه‌های پیشگیری | ۴۹.۱۹۹ | ۱۲۴.۹۰۷ | ۶۲.۴۵۴ | ۰.۰۰۰ | ۳۷۵ | ۴۷۶.۰۲۷ |
| خطرات ایدز | ۲۹.۵۶۷ | ۱۱۵.۷۷۹ | ۵۷.۸۹۰ | ۰.۰۰۰ | ۳۷۵ | ۱۳۴.۲۱۰ |
| آگاهی کلی از ایدز | ۱۰۳.۰۰۹ | ۱۰۹۹۳.۷ | ۳۷۴۰.۹۷ | ۰.۰۰۰ | ۳۷۵ | ۱۰۰۹۵.۵ |

جدول شماره (۸): مقایسه چندگانه LSD متغیر ملاک: میزان آگاهی از ایدز

| فاصله اطمینان ۰/۹۵ | درجه معنی‌داری | انحراف معیار | تفاوت میانگین (I-J) | نتایج گروه (J) نتایج گروه (I) | |
|--------------------|----------------|--------------|------------------------|-------------------------------|------------|
| | | | | حد بالا | حد پایین |
| ۳,۷۰۴۱ | .۰۰۰ | ۱,۰۹۹۷۹ | متوسط | ۵,۸۶۶۶* | طبقه بالا |
| | | | پایین | ۱۳,۶۷۸۲* | ۱۵,۹۲۸۴ |
| -۸,۰۲۹۲ | .۰۰۰ | ۱,۰۹۹۷۹ | بالا | -۵,۸۶۶۶* | طبقه متوسط |
| | | | پایین | ۷,۸۱۱۵۳* | ۹,۱۲۴۱ |
| -۱۵,۹۲۸۴ | .۰۰۰ | ۱,۰۹۹۷۹ | بالا | -۱۳,۶۷۸۲* | طبقه پایین |
| | | | متوسط | -۷,۸۱۱۵۳* | -۶,۴۹۸۹ |

* اختلاف میانگین در سطح ۰,۰۵ معنادار است.

جدول شماره (۸) بیانگر این است که کمترین تفاوت معنی‌داری میانگین بین دو طبقه بالا و متوسط به مقدار (T=۵,۸۶) و بیشترین آن بین دو طبقه پایین و بالا به مقدار (T=-۱۳,۶۷) می‌باشد و همه طبقات بالا، متوسط و پایین در بررسی دو به دو با یکدیگر تفاوت معنی‌داری (۰,۰۰۰) باهم دارند.

- بین میزان آگاهی از ایدز و میزان دین‌داری افراد رابطه وجود دارد.

چون هر دو متغیر میزان دین‌داری و میزان آگاهی از ایدز در سطح فاصله‌ای هستند، برای بررسی این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

جدول شماره (۹) برای بررسی رابطه بین متغیر دین‌داری و متغیر ملاک آگاهی از بیماری ایدز نشان دهنده میزان همبستگی منفی (۰/۱۰۵-) و با درجه معنی‌داری (۰/۰۴۲) می‌باشد. با توجه به کمتر بودن از آلفا (۰,۰۵) فرض H_0 رد شده است، پس می‌توان گفت که بین میزان دین‌داری افراد و آگاهی از ایدز رابطه معکوس و معنی‌دار وجود دارد. بدین معنی که با افزایش دین‌داری میزان آگاهی افراد نسبت به بیماری ایدز کمتر شده است. در بین شاخص‌های دین‌داری بیشترین میزان همبستگی مربوط به بعد معرفتی (۳۵۴) و کمترین آن مربوط به بعد تجربی می‌باشد که سطح معنی‌داری آن نیز برابر با ۰/۲۶۶ است، بنابراین رابطه این مولفه با متغیر وابسته آگاهی از ایدز مورد تایید نمی‌باشد.

جدول شماره (۹): ضریب همبستگی پیرسون

بین شاخص دین‌داری و میزان آگاهی از ایدز

| متغیرها | آگاهی از ایدز |
|---------------|--|
| دین‌داری | $r = -.105$ $p = .042$ $N = 378$ |
| مناسکی و عملی | $r = -.164$ $p = .001$ $N = 378$ |

| | |
|-------------|---------|
| $r = -.21$ | اعتقادی |
| $p = .000$ | |
| $N = 378$ | |
| $r = -.300$ | اخلاقی |
| $p = .000$ | |
| $N = 378$ | |
| $r = .354$ | معرفتی |
| $p = .000$ | |
| $N = 378$ | |
| $r = -.057$ | تجربی |
| $p = .266$ | |
| $N = 378$ | |

- بین میزان آگاهی از ایدز و میزان سرمایه اجتماعی افراد رابطه وجود دارد. چون هر دو متغیر میزان سرمایه اجتماعی و میزان آگاهی از ایدز در سطح فاصله‌ای هستند، برای بررسی این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

جدول شماره (۱۰) برای بررسی رابطه بین متغیر سرمایه اجتماعی و متغیر ملاک آگاهی از بیماری ایدز نشان دهنده میزان همبستگی مثبت ($0/547$) و با درجه معنی‌داری ($0/000$) می‌باشد با توجه به کمتر بودن از آلفا (0.05) فرض H_0 رد شده است، پس می‌توان گفت که بین میزان سرمایه اجتماعی افراد و آگاهی از ایدز رابطه مستقیم و معنی‌دار وجود دارد. بدین معنی که با افزایش سرمایه اجتماعی، میزان آگاهی افراد نسبت به بیماری ایدز بیشتر شده است. در بین ابعاد سرمایه اجتماعی، رابطه اعتماد اجتماعی با توجه به سطح معنی‌داری ($0/150$) و بالاتر بودن از آلفا ($0/05$) رابطه آن با متغیر وابسته میزان آگاهی از ایدز تایید نمی‌گردد.

جدول شماره (۱۰): ضریب همبستگی پیرسون

بین شاخص سرمایه اجتماعی و میزان آگاهی از ایدز

| متغیرها | آگاهی از ایدز |
|----------------|---------------|
| سرمایه اجتماعی | $r = .547$ |
| | $p = .000$ |
| | $N = 378$ |
| امنیت اجتماعی | $r = -.198$ |
| | $p = .000$ |
| | $N = 378$ |
| اعتماد اجتماعی | $r = .074$ |
| | $p = .150$ |
| | $N = 378$ |
| مشارکت اجتماعی | $r = -.251$ |
| | $p = .000$ |

| | |
|---------|------------------|
| N=۳۷۸ | |
| r=.۵۱۳ | تعامل با دوستان. |
| p=.۰۰۰ | همسایگان و |
| N=۳۷۸ | خانواده |
| r=-.۵۵۳ | تحمل تنوع |
| p=.۰۰۰ | فرهنگی |
| N=۳۷۸ | |

تیبیین میزان آگاهی از ایدز بر اساس متغیرهای مستقل: دین‌داری، پایگاه اجتماعی، سن، سرمایه اجتماعی.

به منظور تبیین میزان آگاهی از ایدز بر اساس مجموع متغیرهای مستقل از رگرسیون چندگانه به روش حذف تدریجی استفاده شد که در نهایت طبق اطلاعات جدول شماره (۱۱) ملاحظه می‌شود که در مجموع ۳ متغیر مستقل مهم در شکل رگرسیونی باقی ماندند که ضریب همبستگی چندگانه آن‌ها با میزان آگاهی از ایدز برابر با $r=۰/۷۵$ با ضریب تبیینی برابر با $R^2=۰/۵۷$ می‌باشند مقدار به دست آمده از این ضرایب نشان دهنده آن است که حدود ۵۷ درصد واریانس آگاهی از ایدز توسط متغیرهای مستقل موجود در شکل رگرسیونی تبیین می‌گردد.

هم‌چنین شکل رگرسیونی تبیین شده بر اساس آزمون تحلیل واریانس، در جدول شماره (۱۲)، خطی است، زیرا مقدار آزمون F برای تعیین معنی‌داری اثر متغیرهای مستقل بر میزان آگاهی از ایدز برابر با $F=۱۶۷,۳۹۴$ با سطح معنی‌داری $P=۰/۰۰۰$ می‌باشد.

جدول شماره (۱۱): ضریب همبستگی چندگانه برای تبیین میزان آگاهی از ایدز در بین افراد مورد مطالعه

| شکل | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معنی‌داری |
|-----|---------------|------------|-----------------|---------|---------------|
| ۱ | رگرسیون | ۴ | ۳۰۲۲,۰۰۴ | ۱۲۵,۲۲۷ | .۰۰۰ |
| | باقی‌مانده | ۳۷۳ | ۲۴,۱۳۲ | | |
| | جمع | ۳۷۷ | | | |
| ۲ | رگرسیون | ۳ | ۴۰۲۹,۱۰۴ | ۱۶۷,۳۹۴ | .۰۰۰ |
| | باقی‌مانده | ۳۷۴ | ۲۴,۰۷۰ | | |
| | جمع | ۳۷۷ | | | |

جدول شماره (۱۲): تحلیل واریانس برای معنی‌داری شکل رگرسیونی

| شکل | ضریب همبستگی چندگانه | ضریب تبیین | ضریب تعیین خالص | اشتباه معیار پرآورد |
|-----|----------------------|------------|-----------------|---------------------|
| ۱ | .۷۵۷ ^a | .۵۷۳ | .۵۶۹ | ۴,۹۱۲۴۵ |
| ۲ | .۷۵۷ ^b | .۵۷۳ | .۵۷۰ | ۴,۹۰۶۰۷ |

□

متغیر ملاک: میزان آگاهی از ایدز در بین افراد مورد مطالعه.

متغیرهای پیش بین موجود در شکل: سرمایه اجتماعی، دینداری، پایگاه اجتماعی، سن. در مجموع طبق اطلاعات جدول شماره (۱۴) و باتوجه به ضرایب بتاهای استاندارد نشده ملاحظه می شود که با مقدار ثابت (a) برابر ۱۶/۱۰۷، سرمایه اجتماعی با بتای $\beta=0/۲۳۳$ ، سن $\beta=-۱,۸۵۶$ ، پایگاه اجتماعی با بتای $\beta=0/۹۴۱$ در تبیین میزان آگاهی از ایدز سهم معنی داری دارند. در نهایت با حذف مقدار ثابت آلفا (a) از طریق استاندارد کردن مقادیر متغیرهای مستقل ملاحظه می شود که به ترتیب طبقه اجتماعی با بتای $\beta=0/۴۹$ ، سن با بتای $\beta=0/۳۰$ ، سرمایه اجتماعی با بتای $\beta=0/۱۸$ به ترتیب بیشترین تاثیر را در پیش بینی آگاهی از ایدز در بین افراد مورد مطالعه دارند. جدول شماره (۱۳) با عنوان متغیر از مطالعه حذف شده نیز نشان دهنده حذف متغیر دینداری به دلیل معنی دار نبودن از مدل رگرسیونی می باشد.

جدول شماره (۱۳): متغیرهای از مطالعه حذف شده

| درجه معنی داری | T | بتا | متغیر حذف شده | مدل |
|----------------|------|------|---------------|-----|
| ۸۶۴ | -۱۷۱ | -۰۰۶ | دینداری | ۲ |

جدول شماره (۱۴): ضرایب متغیرهای مستقل باقی مانده در شکل رگرسیونی به روش حذف تدریجی

| شکل | sig | T | ضرایب استاندارد | | B |
|-----|-----|--------|-----------------|------------|----------------|
| | | | Beta | خطای معیار | |
| ۱ | ۰۰۰ | ۵,۶۹۲ | | ۲,۹۰۴ | (مقدار ثابت) |
| | ۰۰۰ | ۴,۳۶۹ | ۰۱۸۴ | ۰۰۵۳ | سرمایه اجتماعی |
| | ۰۰۰ | -۸,۵۱۵ | -۰۳۰۲ | ۰۲۱۷ | سن |
| ۲ | ۸۶۴ | -۱۷۱ | -۰۰۶ | ۰۰۴۵ | دینداری |
| | ۰۰۰ | ۱۱,۸۱۰ | -۰۳۷۸ | ۰۰۳۴ | طبقه اجتماعی |
| | ۰۰۰ | ۱۰,۶۸۲ | | ۱,۵۰۸ | (مقدار ثابت) |
| | ۰۰۰ | ۴,۳۹۶ | ۰۱۸۴ | ۰۰۵۳ | سرمایه اجتماعی |
| | ۰۰۰ | -۸,۶۳۴ | -۰۳۰۳ | ۰۲۱۵ | سن |
| | ۰۰۰ | ۱۱,۸۲۴ | ۰۴۹۴ | ۰۰۸۰ | طبقه اجتماعی |

نتیجه‌گیری

در فرضیه اول با توجه به نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون مبنی بر میزان همبستگی منفی (-۰۴۶۴) و درجه معنی‌داری (۰/۰۰۰) و با توجه به کمتر بودن از مقدار آلفا (۰/۰۵) فرض H_0 رد و این رابطه تایید شده است. پس نتیجه می‌گیریم که بین سن و میزان آگاهی از بیماری ایدز رابطه معکوس و معنی‌دار برقرار است، بدین صورت که با افزایش سن میزان آگاهی افراد کمتر شده است. نتایج این فرضیه با اکثر تحقیقات داخلی و خارجی اعم از تحقیقات انجام شده توسط محسن امینی در ایلام، شهره سیام در رشت، آزیتا گشتاسبی در استان کهگیلویه و بویر احمد، فاطمه بلالی مبینی در کرمان، آتس سا پاک-فطرت در مشهد، فرهاد جعفری در تهران، و با تحقیقات خارج از کشور همانند تحقیقات انجام شده در سواشترآباد هند در میان جوانان روستایی، در ماداگاسکار و شهرستان حیدرآباد هند همسویی دارد.

درفرضیه دوم با در نظر گرفتن آزمون تحلیل واریانس انجام گرفته بر روی این فرضیه و سطح معنی‌داری آن (۰/۰۰۰) و کمتر بودن از سطح (۰/۰۵) بین پایگاه اجتماعی و اقتصادی افراد و میزان آگاهی آن‌ها تفاوت معنی‌دار وجود دارد. همان‌گونه که در مطالب فوق آورده شده است میزان آگاهی افراد سه طبقه اجتماعی در سه سطح بالا، متوسط و پایین، به طور فاحشی نسبت به یکدیگر متفاوت می‌باشد. و کسانی که طبقه اجتماعی آن‌ها بالاتر است نسبت به ایدز آگاهی بالایی دارند. نتایج این فرضیه با تحقیقات انجام شده در رشت توسط شهره سیام، فاطمه بلالی مبینی در کرمان، آتس سا پاک‌فطرت در مشهد، غلامعلی قربانی بر روی پرستاران در تهران، و همچنین با نتایج تحقیق در سواشترآباد و حیدرآباد هند همسویی دارد. همچنین به نقل از منوچهر محسنی طبق بررسی‌های انجام شده در کشورهای اروپای غربی افرادی که در طبقات اجتماعی پایین قرار دارند. آشنایی کمتری با وضع عمومی خود در هنگام بیماری نسبت به طبقات بالاتر دارند. و براساس آمارهای موجود بیماری‌های عفونی همانند ایدز در افراد طبقه پایین به نسبت افراد طبقه بالا بیشتر است. همچنین بر طبق مطالعاتی که در یک منطقه روستایی در شمال ایالت نیویورک صورت گرفت در افراد طبقه سوم (پایین) نسبت به علائم اغلب بیمارها نوعی بی‌تفاوتی مشاهده شد.

درفرضیه سوم مبنی بر این که بین میزان آگاهی از بیماری ایدز و وضعیت تاهل افراد تفاوت وجود دارد. آزمون T مستقل برای بررسی تفاوت میزان آگاهی از بیماری ایدز میان مجردین و متاهلین نشان داد که در هر دو صورت (با فرض برابری و برابر نبودن واریانس‌ها)، سطح معنی‌داری (۰/۰۰۰) و با توجه به کوچک‌تر بودن از مقدار (۰/۰۵) بین وضعیت تاهل و میزان آگاهی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. با استناد به نتایج تحقیق، میزان آگاهی مجردین نسبت به متاهلین بیشتر بوده است. نتایج این فرضیه با نتایج تحقیقات انجام شده توسط آتس سا پاک‌فطرت بر روی مراجعین به دندانپزشکی در مشهد، و فرهاد جعفری بر روی مراجعین به مراکز بهداشتی در شرق تهران و ازهمه بهتر با تحقیق زهرا پناهنده بر روی دانشجویان دانشگاه گیلان همسویی دارد.

در فرضیه چهارم بین میزان آگاهی از بیماری ایدز و جنسیت (مرد و زن) تفاوت وجود دارد که برای معنی دار بودن این فرضیه از آزمون T مستقل استفاده شد و با فرض برابری مقدار $T_{2,818}$ و برابر نبودن واریانس‌ها $2,824$ و سطح معنی داری آن در هر دو فرض ($0/005$) به دست آمد و باتوجه به کوچک تر بودن از سطح معنی داری ($0/05$) فرض H_0 رد، و فرضیه مورد نظر تایید شد. بدین ترتیب بین جنسیت و میزان آگاهی از بیماری ایدز تفاوت معنی دار وجود دارد و با استناد به نتایج، میزان آگاهی مردان نسبت به زنان بیشتر است. نتایج این فرضیه تحقیق با مطالعات انجام شده توسط فرهاد جعفری بر روی رابطان و مراجعین مراکز بهداشتی در شرق تهران، مریم توفیقی نیکی بر روی دانشجویان دانشگاه مازندران، و هم‌چنین تحقیقات انجام شده در ماداگاسکار، حیدرآباد هند بر روی روستائیان و هم‌چنین دانشجویان هند همسویی دارد.

درفرضیه پنجم مبنی بر این که بین میزان آگاهی از بیماری ایدز و میزان سرمایه اجتماعی افراد رابطه وجود دارد. برای آزمون معنی دار بودن این فرضیه از آزمون پیرسون استفاده شد که میزان ضریب همبستگی ($0/547$) و سطح معنی داری ($0/000$) به دست آمد و به دلیل کوچک تر بودن از سطح آلفا ($0/05$) رابطه مستقیم و مثبت و معنی دار بین میزان سرمایه اجتماعی و میزان آگاهی از بیماری ایدز وجود دارد به این معنی که هرچه میزان سرمایه اجتماعی افراد بالاتر می‌رود میزان آگاهی‌شان نیز نسبت به بیماری ایدز نیز افزایش می‌یابد. نتایج این تحقیق نیز با نظریات فوکویاما که ادعان داشت نبود سرمایه اجتماعی در جامعه باعث انحرافات اجتماعی از قبیل مصرف موادمخدر و فروپاشی خانواده می‌شود سنخیت دارد، به این معنی که افراد با سرمایه اجتماعی بالا آگاهی و شناخت بیشتری نسبت به بیماری ایدز پیدا کرده و احتمال کمی وجود دارد که به سوی مواد مخدر و تزریق آن که یکی از راه‌های رایج انتقال ایدز در کشور است بروند. هم‌چنان که پاتنام نیز سرمایه اجتماعی را سد محکمی در محافظت از بیماری‌ها می‌داند. و کلمن نیز آن را در توسعه شناختی جوانان مفید می‌داند.

در فرضیه ششم مبنی بر این که بین میزان آگاهی از بیماری ایدز و میزان دین‌داری افراد رابطه وجود دارد. برای آزمون معنی دار بودن این فرضیه از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد و با توجه به منفی بودن مقدار ضریب همبستگی ($-0/105$) و سطح معنی داری ($0/042$) رابطه معکوس و معنی دار بین میزان دین‌داری و میزان آگاهی از بیماری ایدز وجود دارد. بدین معنی هر چه میزان دین‌داری افراد بیشتر می‌شود میزان آگاهی‌شان نسبت به بیماری ایدز کاهش می‌یابد. براساس نظریات دورکیم که اگر خودمان را به حال خودمان واگذار کنیم آگاهی فردی ما نسبت به دیگران مسدود خواهد ماند و افکار جدای ما نمی‌تواند با یکدیگر ارتباط برقرار کند، مگر این که از خودشان بیرون بیایند و به این ترتیب با شکل-گیری وضعیت‌های فکری مشترک و آگاهی و عاطفه جمعی، احساسات مثبت فرد نسبت به کسانی که با او حشر و نشر دارند جهت می‌یابد که این خود زمینه‌ساز دوستی و صمیمیت‌ها و تقویت حسن‌ظن فرد

نسبت به آن‌ها می‌شود. و یا این که هری آلپر دین را مایه حیات و خوشبختی می‌داند. طبق نتایج تحقیق این فرضیه، درست است که آگاهی از بیماری، در بین افراد با دین‌داری کمتر، بیشتر است ولی طبق آمار ارائه شده نزدیک به ۹۰ درصد از افراد مورد مطالعه میزان دین‌داری‌شان در سطح بالا و تنها ۱۰ درصد از افراد، آن هم دین‌داری‌شان در حد متوسط و نه در حد پایین، می‌باشد. بنابراین با توجه به مقدار ضریب همبستگی (۰.۱۰۵-) و همچنین با در نظر گرفتن تاثیرگذاری سطح سواد و شغل افراد و درحالت کلی تاثیر متغیر پایگاه اجتماعی افراد در بالا بردن سطح آگاهی از بیماری ایدز به احتمال زیاد نمی‌توان نتیجه گرفت که افراد با دین‌داری بالا آگاهی کمتری نسبت به بیماری ایدز دارند.

با در نظر گرفتن ابعاد بیماری ایدز و عوامل تاثیرگذار بر میزان آگاهی افراد در این تحقیق میزان آگاهی مردم شهر گرمی در بعد ماهیت: ۳۴,۴٪ آگاهی بالا، ۴۸,۱٪ آگاهی متوسط و ۱۷,۵٪ آگاهی پایین، در بعد علائم و نشانه‌ها: ۷,۱٪ آگاهی بالا، ۴۶,۳٪ آگاهی متوسط و ۴۶,۶٪ آگاهی پایین، در بعد روش‌های انتقال: ۵۶,۶٪ آگاهی بالا، ۴۱,۳٪ آگاهی متوسط و ۲,۱٪ آگاهی پایین، در بعد روش‌های پیشگیری و درمان: ۲۹,۹٪ آگاهی بالا، ۵۲,۱٪ آگاهی متوسط و ۱,۸٪ آگاهی پایین، در بعد خطرات و پیامدهای ایدز هم ۱۴,۳٪ آگاهی بالا، ۴۶,۸٪ آگاهی متوسط و ۳۸,۹٪ آگاهی پایین و در حالت کلی ۲۵,۹ درصد آگاهی بالا، ۶۱,۹٪ آگاهی متوسط و ۱۲,۲ درصد نیز آگاهی پایین دارند. بنابراین بیشترین آگاهی در خصوص روش‌های انتقال و کمترین آگاهی به ترتیب درباره علائم و نشانه‌های بیماری ایدز، خطرات و پیامدها، راه‌های پیشگیری و ماهیت بیماری ایدز می‌باشد.

پیشنادهای اجرایی تحقیق

۱. با توجه به معنی‌داری بودن رابطه بین میزان آگاهی از بیماری ایدز و سن افراد و همچنین گروه سنی ۱۵ الی ۳۴ سال که قشر جوان جمعیت بوده و بیش از ۶۰ درصد جمعیت شهر را تشکیل می‌دهند و با در نظر گرفتن این که کمتر از یک سوم آن‌ها آگاهی بالایی نسبت به بیماری ایدز دارند. جای خالی کتاب درسی یا واحد دانشگاهی در مدارس و دانشگاه‌ها در حوزه بهداشت و آشنایی با بیماری‌ها به شدت احساس می‌شود.

۲. با در نظر گرفتن این که بیش از ۹۰ درصد مبتلایان در کشور را مردان تشکیل می‌دهند و طبق نتایج این تحقیق که زنان به خصوص زنان خانه‌دار آگاهی کمتری نسبت به بیماری ایدز دارند و بالطبع روستانشینان این شهرستان نیز آگاهی به مراتب کمتری خواهند داشت و با هشدار اخیرانجمن ایدز در ایران مبنی بر افزایش آمار مبتلایان زنان به ایدز از سهم ۱۰ درصد به ۴۰ درصد که این هشدار است جدی برای افزایش ناخواسته آمار مبتلایان زن در کشور، به خاطر عدم استفاده مردان از کاندوم در ارتباط جنسی، توصیه می‌شود در مراکز بهداشت بیمارستان و حتی در خانه‌های بهداشت روستائیان برای مراجعه کنندگان

مشاوره‌هایی به خصوص در زمینه راه‌های پیشگیری و خطرات و علائم و نشانه‌های ایدز برای زنان مراجعه کنندگان داده شود و فقط به نصب پلاکارت‌های هشداردهنده ایدز بسنده نکنند تا زنان با تحصیلات کمتر و مخصوصاً بی‌سوادان شناخت بیشتری نسبت به این بیماری داشته باشند و برای راه‌های پیشگیری از این بیماری اقدامات لازم را یاد گرفته و جانب احتیاط در مسائل جنسی را رعایت کنند.

۳. با توجه به مرزی بودن استان اردبیل و شهر گرمی و شهرستان‌های اطراف، همانند پارس‌آباد و بیله‌سوار و داشتن گمرگ مرزی مشترک با کشور آذربایجان و هم‌چنین با در نظر گرفتن سهولت رفت و آمد از نظر گذرنامه‌ای طی مصوبات اخیر دولت، و هم‌چنین با توجه به پزشکی بودن علت مراجعه اکثر اتباع آذری و اقامت آن‌ها در استان‌های آذربایجان شرقی و اردبیل، به استانداری‌های این دو استان پیشنهاد می‌شود با هماهنگی مسئولین مراکز بهداشتی از ایمن بودن نسبت به بیماری ایدز از جانب مهاجران آذری اطمینان حاصل فرمایند.

۴. با توجه به نتایج تحقیق حاضر و رابطه معکوس و معنی‌دار بین میزان آگاهی از ایدز و میزان دین‌داری و آگاهی نسبتاً کمتر به بیماری ایدز از سوی افراد با سطح دین‌داری بالا و با در نظر گرفتن این نکته که نزدیک ۹۰٪ از حجم نمونه بررسی شده شهر گرمی میزان دین‌داری‌شان در سطح بالا می‌باشد به مسئولین برگزاری این مراسمات پیشنهاد می‌شود در مکان‌هایی که مردم در اعیاد، جشن‌ها و مراسمات مذهبی شرکت می‌کنند با توزیع کتابچه‌های راهنمای بیماری ایدز و با حضور یکی از کارشناسان این امر و تشریح این بیماری برای مردم در زمان کوتاه به خصوص درباره راه‌های انتقال و پیشگیری از بیماری ایدز در بالا بردن سطح آگاهی مردم قدمی برداشته شود.

پیشنهاد‌های پژوهشی

۱. به پژوهشگران و دانشجویان رشته‌های علوم اجتماعی و پزشکی پیشنهاد می‌شود در صورت اجرای پیشنهاد‌های فوق‌الذکر از سوی مسئولین ذی‌ربط تحقیقی با عنوان چگونگی نگرش مردم به بیماری ایدز و مبتلایان به آن انجام داده تا بدین گونه اثرگذار بودن این تحقیق و تلاش‌های مسئولین امر در خصوص بالا بردن آگاهی و شناخت مردم از بیماری ایدز مشخص شود.

۲. مطالعه و بررسی در مورد بیمار و چگونگی مدیریت بدن از سوی آن‌ها قبل از بیماری و یا بحث جالب در مورد ارتباط بین طبقه اجتماعی و چگونگی واکنش به بیماری جای تامل و بحث دارد.

۳. پژوهش در باب ساختار سازمان ارائه خدمات پزشکی - سلامت، نیز از جمله تحقیقاتی است که می‌توان بر روی آن مطالعه و بررسی نمود.

۴. تحقیقاتی با عنوان حقوق بیمار و پزشک در حوزه جامعه‌شناسی از جمله تحقیقاتی است که جای تحقیق و پژوهش دارد و به ندرت در کشورمان انجام شده است.

منابع

- اسدی، س. (۱۳۹۰). **ایدز**. تهران: انتشارات اشجع. چاپ اول.
- افشانی، ح؛ و دیگری. (۱۳۸۸). پژوهشی در باب رابطه دین‌داری و اعتماد اجتماعی. **فصلنامه علوم اجتماعی**. شماره ۴۹، صص ۲۱۷-۱۸۶.
- امینی، م؛ و دیگری. (۱۳۹۲). بررسی عوامل مرتبط با آگاهی و نگرش مردم شهر ایلام در مورد بیماری ایدز. **مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام**. دوره بیست و یکم. شماره ۱، صص ۷-۱.
- علمی، م؛ و دیگری. (۱۳۹۱). سرمایه اجتماعی، اعتماد اجتماعی؛ نشانه‌های آسیب‌شناختی روابط اجتماعی در ایران. **مجله مطالعات جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد تبریز**. سال دوم، شماره ۵، زمستان ۱۳۸۸، صص ۱۳۸-۱۲۵.
- بختیاری، ص؛ و دیگری. (۱۳۸۵). میزان آگاهی و نگرش دانش‌آموزان دبیرستان‌های منطقه ۱ شهر تهران در مورد ایدز در سال ۱۳۸۵. **مجله دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی**. دوره بیست و ششم، شماره ۲، صص ۱۲۴-۱۱۵.
- حاج عبدالباقی؛ م و دیگری. (۱۳۸۸). **راهنمای کاربردی مواجهه با ایدز (اچ. آی. وی. / ایدز)**. تهران: انتشارات اوسانه. چاپ اول.
- دژکام، م. (۱۳۸۷). **دانستنی‌های نوین ایدز (ایدز، بیماری یا جرم)**. تهران: انتشارات دژ با همکاری نشر منشا دانش. چاپ سوم.
- دلفان‌آذری؛ آ و دیگری. (۱۳۸۹). بررسی میزان آگاهی زنان پیرایشگر شهرستان‌های نوشهر و چالوس درباره بیماری ایدز و هیپاتیت (ب). **فصلنامه زن و بهداشت**. سال اول. شماره ۱، صص ۱۲۶-۱۱۵.
- رمضانخانی، ع؛ و دیگری. (۱۳۸۲). بررسی میزان آگاهی و نگرش دانش‌آموزان دبیرستان‌های دولتی شهر تهران درباره ایدز. **مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد**. سال یازدهم، ضمیمه شماره ۱، صص ۴۷-۴۲.
- ریتزر، ج. (۱۳۸۴). **نظریه‌های جامعه‌شناسی در دوران معاصر**. ترجمه: م، ثلاثی. تهران: انتشارات علمی. چاپ نهم.
- صالحی، ل؛ و دیگری. (۱۳۸۸). نیاز سنجی آموزشی مردم شهر بندر عباس در خصوص بیماری ایدز. **مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین**. سال سیزدهم، شماره ۱ پی در پی ۵۰، بهار، صص ۷۸-۷۳.
- عزتی، ن. (۱۳۹۰). تعیین و مقایسه میزان تاثیر روش‌های مختلف آموزش در مورد بیماری ایدز بر آگاهی و نگرش دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز. **زن و مطالعات خانواده**. سال سوم. شماره ۱۲، صص ۶۹۶۵-۶۹۶۵.
- فان، ه؛ و دیگری. (۱۳۸۱). **مبانی علمی و اجتماعی ایدز**. مترجمان: س، س، سیدمرتاض؛ و دیگری. تهران: انتشارات دانشگاه شاهد. چاپ اول.
- فیلد، ج. (۱۳۸۵). **سرمایه اجتماعی**. ترجمه: ا، ر، اصغریپور. مشهد: دانشگاه فردوسی مشهد.
- کروزه، ک. (۱۳۶۸). **بیماری‌های مهلک ایدز**. ترجمه: ک، خواجه‌ها. تهران: انتشارات امیر کبیر. چاپ اول.
- لطفی‌پور، ر؛ و دیگری. (۱۳۹۰). بررسی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد دانشجویان غیر پزشکی نسبت به راه‌های انتقال و پیشگیری از ایدز در شهرستان رفسنجان. **مجله پژوهش پرستاری**. دوره ششم، شماره ۲۲، صص ۳۹-۳۱.
- محسنی، م. (۱۳۸۸). **جامعه‌شناسی پزشکی**. تهران: انتشارات طهوری. چاپ نهم.
- هابلی، ج. (۱۳۸۶). **ایدز (پیدایش، نشانه‌ها، انتقال، پیشگیری و امید درمان)**. ترجمه: ع، غفاری. تهران: انتشارات جوانه رشد.

- Alpert, Harry. (1961). **Emile Durkhiem and his Sociology**. New York: Russell& Russell.
- Gong J, Stantan B, Lunn S, Deveaux L, Li X, Marshall S. (2009). Effects through months of an HIV/AIDS prevention intererention program based on protection motivation theory among preadolescents in the Bahamas. **Pediatrics**. 123 (5), P.p. 28-917.
- Nicole M. Lanouette, BA, Rivo Noelson, DU, Andriamahenina Ramamonjisoa, DEM, Sheldon Jacobson, MD, and Jeffrey M. Jacobson. (2003). **MD Am J Public Health**. June; 93 (6), P.p. 917-919
- Sigarlaki, HG. (2006). Characteristics and knowledge about HIV/AIDS an drug abuse associated with inmates education level within prison populations in singkawang. **west Brneo in**. Acta Medica indonesiana 2008. 40 (3), P.p. 34-129.
- Sudha B. Yadav, Naresh R. Makwana, Bhavin N. Vadera, Kishor M. Dhaduk, Kapil M. Gandha. (2011). **M. P. Shah Medical College, Jamnagar (Gujarat), India**. J Infect Dev Ctries; 5 (10), P.p. 711-716.
- Sudha R., T, Vijay D., T, Lakshmi, V. (2005). **Awareness, attitudes, and beliefs of the general public towards HIV/Aids in Hyderabad, a capital city from South India**. Indian J Med Sci 2005; 59, P.p. 16-307.

Archive of SID