

The Relationship between General Health Literacy and AIDS Health Literacy with the Attitude of People over 18 Years old in Najafabad City about HIV Patients

Abbaspour Najafabadi R¹ 

*Nasirian. M² 

Hajari. A³ 

1- MSc of Social Epidemiology, Director of Behvarzi School, Health Network of Najaf Abad City, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- (*Corresponding Author) P.h.D. of Epidemiology, Associate Professor, Epidemiology and Biostatistics Department, Iran Infectious Diseases and Tropical Medicine Research Center, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran Email: HYPERLINKmailto:maryamnasirian17@gmail.com "mailto:maryamnasirian17@gmail.com" \t "_blank" maryamnasirian17@gmail.com

3- MSc of Health Education, Communicable Disease Control Department, Isfahan Health Center, Isfahan University of Medical Sciences

Abstract

Introduction: AIDS is one of the problems of the health system, the control and prevention of which requires improving health literacy and changing the attitude of people in society towards infected patients.

Objective: The purpose of this study was to determine the relationship between general health literacy and AIDS health literacy with the attitude of the population over 18 years old in Najaf Abad city regarding HIV patients.

Material and Methods: This cross-sectional descriptive analytical study surveyed 274 individuals from urban and rural areas of the city in 2019, utilizing a multi-stage random sampling method. Participants completed three standardized electronic questionnaires on HIV attitudes, public health literacy, and AIDS literacy. The data were analyzed using SPSS 26, focusing on correlation coefficients and linear regression.

Results: The average age of the participants is 41.72 ± 15.79 , and 70.4% were married and 72.26% of the participants were from the middle economic class of the society. The discriminatory attitude towards HIV patients was significantly higher in men than in women ($P=0.007$). The results showed that gender ($P=0.0001$), university education ($P=0.013$), general health literacy score ($P=0.011$) have an effect on the score of discriminatory attitude towards people with HIV ($P > 0.005$).

Conclusion: Given the importance of health literacy and its strong link to community attitudes towards HIV sufferers, it is recommended to assess the attitudes and health literacy of the target community at various intervals to plan targeted education and effective interventions.

Keywords: Attitude, Health Literacy, HIV

Abbaspour Najafabadi R, Nasirian M, Hajari A. The Relationship between General Health Literacy and AIDS Health Literacy with the Attitude of People over 18 Years old in Najafabad City about HIV Patients. Military Caring Sciences. 2024; 11 (1).68-77.

Submission: 11/11/2021

Revised: 29/03/2023

Accepted: 10/04/2023

Published: 29/03/2024



©The Author(s)

Publisher: Aja University of Medical Sciences

بررسی ارتباط سواد سلامت عمومی و سواد سلامت ایدز با نگرش افراد بالای ۱۸ سال شهرستان نجف آباد در خصوص بیماران اچ آی وی

رضوان عباسپور نجف آبادی^{۱*}، مریم نصیریان^۲، ابوالفضل حجازی^۳

چکیده

مقدمه: بیماری ایدز یکی از مشکلات نظام سلامت است که کنترل و پیشگیری از آن نیازمند ارتقای سواد سلامت و تغییر نگرش افراد جامعه نسبت به بیماران مبتلا می باشد.

هدف: مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط سواد سلامت عمومی و سواد سلامت ایدز با نگرش جمعیت بالای ۱۸ سال شهرستان نجف آباد در مورد بیماران اچ آی وی صورت گرفت.

مواد و روش ها: این مطالعه به صورت توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی بوده که بر روی تعداد ۲۷۴ نفر افراد ساکن مناطق شهری و روستایی شهرستان در سال ۱۳۹۹ صورت گرفته است که واحدهای پژوهش به روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای انتخاب شده و با تکمیل سه پرسشنامه الکترونیکی استاندارد، نگرش اچ آی وی، سواد سلامت عمومی و سواد ایدز در این پژوهش شرکت کردند. داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ و بررسی ضریب همبستگی و رگرسیون خطی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: میانگین سنی شرکت کنندگان $41/72 \pm 15/79$ است و $70/4$ درصد متأهل و $72/26$ درصد افراد شرکت کننده از طبقه اقتصادی متوسط جامعه بودند. نگرش تبعیض آمیز نسبت به مبتلایان به اچ آی وی در مردان نسبت به زنان به شکل معنی داری بالاتر بوده ($P=0/007$) و مشخص شد، جنسیت ($P=0/0001$)، تحصیلات دانشگاهی ($P=0/013$)، نمره سواد سلامت عمومی ($P=0/011$) بر روی نمره نگرش تبعیض آمیز نسبت به مبتلایان به اچ آی وی تأثیر دارند ($P<0/005$).

نتیجه گیری: با توجه به اهمیت سواد سلامت و ارتباط معنی دار آن با نگرش افراد جامعه نسبت به مبتلایان اچ آی وی، پیشنهاد می شود، به منظور، برنامه ریزی هدفمند آموزشی و طراحی مداخلات مؤثر، وضعیت نگرش و سواد سلامت جامعه هدف، در فواصل زمانی مختلف مورد ارزیابی قرار گیرد.

کلمات کلیدی: اچ آی وی، سواد سلامت، نگرش

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۸/۲۰

تاریخ ویرایش: ۱۴۰۲/۰۱/۰۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۱/۲۱

تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۱/۱۰

مجله علوم مراقبتی نظامی سال یازدهم ■ شماره ۱ ■ بهار ۱۴۰۳ ■ شماره مسلسل ۳۹ ■ صفحات ۶۸-۷۷

مقدمه

انتقال از طریق خون می باشد (۱).

با توجه به اینکه ایدز چهارمین علت اصلی مرگ و میر در سطح جهان را به خود اختصاص داده است. بر اساس اعلام سازمان جهانی بهداشت تعداد افراد آلوده به ویروس اچ آی وی از ابتدا تاکنون ۸۴۲۰۰۰۰۰ نفر بوده و مبتلایان به اچ آی وی در قید حیات تا پایان سال ۲۰۲۱ بالغ بر ۳۸۴۰۰۰۰۰ می باشند و تعداد ۴۰۱۰۰۰۰۰ نفر از ابتدای کشف اولین بیمار تاکنون جان خود را

سندرم نقص ایمنی اکتسابی (ایدز)، از جمله بیماری های عفونی واگیردار بوده که توسط ویروس اچ آی وی ایجاد می شود؛ این ویروس سیستم ایمنی بدن انسان را سرکوب کرده و زمینه ساز ابتلای فرد به انواع بیماری های مختلف از جمله عفونت های فرصت طلب می شود. مهم ترین راه های انتقال این بیماری اعتیاد تزریقی، تماس جنسی محافظت نشده، انتقال مادر به کودک و

۱- کارشناس ارشد اپیدمیولوژی جامعه نگر، مدیر آموزشگاه به روزی، شبکه بهداشت و درمان شهرستان نجف آباد، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دکترای اپیدمیولوژی، دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، مرکز تحقیقات بیماری های عفونی و طب گرمسیری ایران، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)، آدرس الکترونیک: maryamniasirian17@gmail.com

۳- کارشناس ارشد آموزش بهداشت، گروه مبارزه با بیماری های واگیر، مرکز بهداشت استان اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

دستیابی به این هدف مستلزم، ارتقای سطح دانش، سواد سلامت و تغییر نگرش افراد نسبت به بیماران اچ آی وی، لازم است قبل از هرگونه مداخله و برنامه ریزی، وضعیت موجود این شاخص‌ها در جمعیت هدف به منظور فراهم سازی سنجش و بررسی میزان دست یابی به اهداف مورد نظر تعیین شود (۱۰، ۱۱).

به نظر می‌رسد یکی از عوامل مؤثر در درک آموزش‌ها و به کارگیری اطلاعات سلامت در افراد جامعه، بهره مندی از سواد سلامت کافی است. سواد سلامت عبارت است از میزان ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر و درک اطلاعات و خدمات اولیه سلامت و قابلیت استفاده از این اطلاعات و خدمات در قالب روش‌هایی که منجر به ارتقای سلامت می‌شود (۱۲). در جوامع امروزی لزوم پیشگیری و کنترل بیماری‌های واگیردار، یکی از اهداف مهم سیستم‌های بهداشتی بوده و سازمان بهداشت جهانی بر آن تأکید دارد (۱۳). در مطالعات مختلف مشخص شده که سواد سلامت پایین موجب کاهش میزان استفاده از خدمات پیشگیرانه و در نتیجه افزایش هزینه‌های جانبی برنامه‌های درمانی می‌شود (۱۴). سواد سلامت را می‌توان به دو صورت سواد سلامت عمومی و یا سواد سلامت اختصاصی مورد بررسی قرار داد. برای بررسی سواد سلامت اچ آی وی به نظر می‌رسد استفاده از پرسشنامه اختصاصی ایدز می‌تواند وضعیت دقیق‌تری نسبت به سایر پرسشنامه‌های سواد سلامت عمومی را نشان دهد (۱۵). سواد سلامت ایدز توانایی خواندن و درک اطلاعات در خصوص پیشگیری اچ آی وی با هدف قضاوت و انتخاب درست در راستای ارتقای سلامت افراد است (۱۶). در یک مطالعه مرور سیستماتیک و متا آنالیز ارتباط معنی‌داری بین سواد سلامت با آگاهی و نگرش و پیامدهای سلامتی مرتبط با اچ آی وی در ۴۸ مطالعه گزارش شد (۱۷). اگرچه در خصوص سواد سلامت عمومی در ایران مطالعات مختلفی انجام شده است، در زمان انجام این مطالعه مجموع مطالعات صورت گرفته در خصوص تعیین ارتباط سواد سلامت ایدز و ارتباط آن با نگرش نسبت به مبتلایان به اچ آی وی، تعداد معدودی بود. در مطالعه‌ای که در شهر یاسوج در بررسی سواد سلامت ایدز صورت گرفته به سایر پژوهشگران پیشنهاد شده است تا پرسشنامه سواد سلامت ایدز را با سایر پرسشنامه‌های سواد سلامت مورد مقایسه و ارزیابی قرار دهند که در این مطالعه این پیشنهاد نیز مورد بررسی قرار گرفت، همچنین در اکثر مطالعات صورت گرفته در منابع خارجی

از دست داده‌اند. همچنین در این سال تعداد موارد جدید اچ آی وی و تعداد مرگ ناشی از ایدز به ترتیب در حدود ۱۵۰۰۰۰ و ۶۵۰۰۰ مورد در جهان برآورد شده است و در این سال تعداد ۲۸۷۰۰۰۰ نفر از بیماران تحت درمان بودند (۲، ۳). طبق آمار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران تا مهر ماه ۱۴۰۰ مجموعاً ۴۲۹۳۳ نفر افراد مبتلا به اچ آی وی شناسایی شده و تخمین زده می‌شود بالای ۵۴۸۵۰ نفر بیمار در سطح کشور وجود داشته باشد که ۸۱ درصد آنان را مردان و ۱۹ درصد را زنان تشکیل می‌دهند که مرگ ۲۰۲۴۸ نفر از آن‌ها ثبت شده است (۴). بر اساس گزارش‌های مرکز کنترل بیماری‌های واگیر کشور آمار بیماران مبتلا به ایدز استان اصفهان به جز شهرستان کاشان تا مهر ماه ۱۴۰۰ در حدود ۸۰۰ نفر است که ۱۵۰ زن و ۶۵۰ مرد هستند که تا کنون حدود ۳۳۰ نفر آن‌ها فوت شدند (۵).

شایع‌ترین راه انتقال بیماری در جهان از طریق جنسی و در ایران اعتیاد تزریقی می‌باشد، با توجه به نبود واکسن از یک سو و درمان قطعی مبتلایان از سوی دیگر، در حال حاضر مهم‌ترین راه کنترل اچ آی وی، پیشگیری از مواجهه با ویروس از طریق افزایش آگاهی جامعه و گروه‌های پرخطر در خصوص راه‌های انتقال، پیشگیری و کاهش رفتارهای مخاطره آمیز و همچنین درمان نگهدارنده مبتلایان است که تا حد زیادی به آموزش افراد جامعه وابسته است (۶). بر اساس گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت، ترس از انگ و تبعیض یکی از مهم‌ترین موانع برای انجام آزمایش اچ آی وی، افشا کردن وضعیت اچ آی وی و اقدام جهت دریافت درمان نگهدارنده است. این در حالی است که در ۳۵ درصد کشورها، بیش از نیمی از مردم دارای نگرش‌های منفی و تبعیض آمیز نسبت به مبتلایان به اچ آی وی هستند و تقریباً یک هشتم مبتلایان به اچ آی وی به دلیل ترس از انگ و تبعیض به دنبال استفاده از خدمات بهداشتی نیستند که می‌تواند منجر به گسترش سریع‌تر بیماری در جامعه و همچنین کاهش طول عمر و کیفیت زندگی بیماران شود (۷).

با وجود پیشرفت‌های زیادی که در زمینه کنترل اچ آی وی صورت گرفته اما تلاش در زمینه رفع و کاهش انگ و تبعیض نسبت به مبتلایان کافی نبوده است (۸)؛ بنابراین جهت پیشگیری و کنترل بیماری ایدز و کاهش انگ و تبعیض نسبت به بیماران، بهبود نگرش نسبت به مبتلایان به اچ آی وی ضروری است (۹).

بیشتر سواد سلامت بیماران مورد ارزیابی قرار گرفته و مطالعات در خصوص نگرش اطرافیان در مورد بیماران و نقش سواد سلامت در آن محدود است؛ و این در حالی می باشد که ارتقای سواد سلامت اچ ای وی- ایدز می تواند نقش مؤثری در موفقیت برنامه های پیشگیری و کنترل بیماری داشته باشد (۱۶، ۱۸-۲۰). شهرستان نجف آباد به دلیل تراکم جمعیتی بالا به عنوان چهارمین شهرستان پر جمعیت استان اصفهان که دارای بافت جمعیتی متنوع از قومیت های مختلف شامل جمعیت بومی، مهاجرین داخلی ساکن در شهرک های حاشیه ای و همچنین وجود تعداد زیادی از مهاجرین اتباع خارجی شاغل در شهرک های صنعتی بوده و با دارا بودن دانشگاه های مختلف که پذیرای تعداد زیادی از جوانان دانشجو می باشد، ظرفیت مناسبی را جهت طراحی و اجرای برنامه های آموزشی با مشارکت دانشگاه ها با هدف ارتقای سواد سلامت و تغییر نگرش جامعه نسبت به بیماران اچ ای وی در خود دارد. با توجه به مواردی که گفته شد این مطالعه با هدف تعیین وضعیت نگرش جمعیت بالای ۱۸ سال شهرستان نجف آباد در مورد اچ ای وی و ارتباط آن با سواد سلامت ایدز و سواد سلامت عمومی در سال ۱۳۹۹ صورت گرفت تا بتواند زمینه برنامه ریزی هدفمند و طراحی اصولی مداخلات آموزشی و ارتقای سلامت را توسط برنامه ریزان و کارشناسان حوزه سلامت تسهیل نماید.

مواد و روش ها

این مطالعه به صورت توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی بوده که بر روی تعداد ۲۷۴ نفر افراد ساکن مناطق شهری و روستایی شهرستان در سال ۱۳۹۹ صورت گرفته است نمونه گیری به صورت چند مرحله ای تصادفی بود به این ترتیب که در ابتدا دو شهر نجف آباد و جوزدان و همچنین دو روستای خونداب و نهضت آباد از توابع شهرستان نجف آباد به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. سپس بر اساس لیست جمعیتی در مرکز بهداشت شهرستان نجف آباد، نمونه گیری متناسب با جمعیت هر شهر یا روستا و به صورت خوشه ای از بین خانوارها انجام شد به این صورت که در هر روستا و شهر یک شماره خانوار به عنوان سر خوشه به صورت تصادفی انتخاب و سایر خانوارها به صورت نمونه گیری سیستماتیک انتخاب شدند. لازم به ذکر است که از

هر خانوار منتخب فقط یک نفر واجد شرایط وارد مطالعه شد. نمونه گیری تا جایی که سهم هر گروه سنی و جنسی تکمیل شود، ادامه یافت. از معیارهای ورود به مطالعه داشتن حداقل سن بالای ۱۸ سال، توانایی خواندن و نوشتن، رضایت شخصی جهت شرکت در مطالعه، داشتن توانمندی لازم جهت پاسخگویی به سؤالات، امکان استفاده از گوشی هوشمند یا کامپیوتر برای تکمیل پرسشنامه الکترونیک بوده و از معیارهای خروج از مطالعه، فوت، مهاجرت و عدم تمایل به ادامه همکاری در مطالعه، بود از افرادی که در مرحله اول شرکت در مطالعه را قبول کرده بودند پرسشنامه مربوطه را تکمیل نموده و در مطالعه شرکت نمودند و موردی از خروج مطالعه مشاهده نشد.

به منظور جمع آوری اطلاعات از سه پرسشنامه مجزا استفاده شد. پرسشنامه نگرش در خصوص اچ ای وی که توسط توکلی و همکاران در سال ۱۳۹۸ طراحی شده بود شامل ۱۸ سؤال بوده که با مقیاس لیکرت (کاملاً مخالف، مخالف، نظری ندارم، موافق، کاملاً موافق) برای ۱۴ سؤال از یک تا پنج نمره دهی و برای ۴ سؤال به صورت برعکس نمره دهی داشت و نمره کل بین ۱۸ تا ۹۰ محاسبه شده بود و در دو سطح نگرش انگ آمیز (۴۴ و بالاتر)، نگرش خوب (زیر ۴۴) دسته بندی شده است. این پرسشنامه که در ابراهیمی و همکاران در شهر اصفهان نیز استفاده شده و روایی و پایایی آن مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. همچنین میزان آلفای کرونباخ آن برای ارزیابی پایایی برابر با ۰/۷۴ است (۲۲). پرسشنامه سواد سلامت ایدز که توسط شریعتی نیا و همکاران متشکل از سه بخش اطلاعات دموگرافیک، گویه های مربوط به بخش درک خواندن و سؤالات مربوط به محاسبات بود. بخش درک خواندن که توانایی فرد جهت خواندن و درک متون واقعی مرتبط با اچ ای وی در سه محور، پیشگیری از بیماری، درمان و مراقبت و ارتقای سلامت را سنجید مشتمل بر ۱۸ گویه بود. نمره سواد سلامت کل بین ۰ تا ۱۸ در دو سطح سواد کافی (نمره ۱۴ و بالاتر) سواد محدود (نمره کمتر از ۱۴) دسته بندی شد. این پرسشنامه استاندارد شد و روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته و دارای آلفای کرونباخ ۰/۷۵ می باشد (۱۶). پرسشنامه سواد سلامت عمومی که توسط منتظری و همکاران طراحی شد که مشتمل بر ۳۳ سؤال در ۵ گویه دسترسی، خواندن، فهم و درک، تصمیم گیری و رفتار بود و نمره دهی آن به صورت لیکرت

پنج تایی بوده و نمره کل بین صفر تا ۱۶۵ بوده و به صورت سه سطح ناکافی (کمتر از ۱۳۴)، کافی (۱۳۴-۱۳۹) و عالی (بیشتر از ۱۳۹) طبقه بندی شد و قبل از استفاده در مطالعه حق دوست و همکاران روایی و پایایی آن مورد بررسی و محاسبه قرار گرفته و دارای آلفای کرونباخ ۰/۷۲ تا ۰/۸۹ می باشد (۲۳).

با توجه به شیوع بیماری کرونا و امکان انتقال بیماری بین افراد شرکت کننده و پرسشگران، تکمیل پرسشنامه به صورت آنلاین و از طریق پرسشنامه‌های الکترونیک انجام شد. به این ترتیب که مراقب سلامت فرد با افراد منتخب تماس تلفنی برقرار نموده و پس از بررسی معیارهای واجد شرایط و رضایت شخص جهت شرکت در مطالعه، لینک پرسشنامه و فیلم آموزشی نحوه تکمیل پرسشنامه از طریق ایمیل یا پیام رسانی‌های اجتماعی (واتساپ، سروش، تلگرام، ایتا، ایمو، بله روبیکا)، مورد استفاده توسط افراد

ارسال شد که در زمان جمع آوری اطلاعات با توجه به استفاده اکثر افراد از پیام رسانی واتساپ بیشتر هماهنگی‌ها در ۸۳ درصد جمعیت از طریق این پیام رسانی صورت گرفت. همچنین از افراد شرکت کننده خواسته شد، ظرف ۲۴ ساعت آینده به پرسشنامه پاسخ دهند. در صورت عدم پاسخگویی افراد، دوباره به صورت تلفنی مورد پیگیری قرار گرفتند و در صورت عدم تمایل به شرکت در مطالعه و عدم پاسخگویی پس از سه بار پیگیری، از مطالعه خارج و فرد دیگری جایگزین وی گردید. شرکت کننده پس از مطالعه توضیحاتی در خصوص اهداف مطالعه، استقلال وی جهت شرکت در مطالعه، بدون نام بودن پرسشنامه‌ها و محرمانه ماندن اطلاعات که در ابتدای پرسشنامه و فعال کردن گزینه رضایت برای شرکت در مطالعه، امکان دسترسی به سؤالات و تکمیل پرسشنامه را داشتند.

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه

مشخصات جمعیت شناختی	کل تعداد=۲۷۴	شهر تعداد=۲۵۰	روستا تعداد=۲۴	سطح معنی‌داری تی تست کای دو درجه آزادی ۰/۰۵
سن (سال) میانگین (انحراف معیار)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۱۸ سال و کمتر	۵(۱/۸)	۵(۲)	۰(۰)	۰/۲۰۹
۱۹ تا ۲۹ سال	۶۰(۲۱/۹)	۵۴(۲۱/۶)	۶(۲۵)	
۳۰ تا ۵۹ سال	۱۶۲(۵۹/۱)	۱۴۴(۵۷/۶)	۱۸(۷۵)	
۶۰ سال و بالاتر	۴۷(۱۷/۲)	۴۷(۱۸/۸)	۰(۰)	
زن	۱۴۲(۵۱/۸)	۱۳۰(۵۲)	۱۲(۵۰)	۰/۸۵۱
مرد	۱۳۲(۴۸/۲)	۱۲۰(۴۸)	۱۲(۵۰)	
مجرد	۸۱(۲۹/۶)	۷۳(۲۹/۲)	۸(۳۳/۳)	۰/۶۷۲
متاهل	۱۹۳(۷۰/۴)	۱۷۷(۷۰/۸)	۱۶(۶۶/۷)	
کم سواد- ابتدایی	۴۴(۱۶/۱)	۴۴(۱۷/۶)	۰(۰)	۰/۰۰۷
زیر دیپلم و دیپلم	۱۴۰(۵۱/۱)	۱۲۳(۴۹/۲)	۱۷(۷۰/۸)	
دانشگاهی	۹۰(۳۲/۸)	۸۳(۳۳/۲)	۷(۲۹/۲)	
شاغل	۱۴۲(۵۱/۸)	۱۲۷(۵۰/۸)	۱۵(۶۲/۵)	۰/۲۴۹
غیرشاغل بیکار/خانه دار/بازنشسته/دانشجو	۱۳۲(۴۸/۲)	۱۲۳(۴۹/۲)	۹(۳۷/۵)	
خوب	۵۸(۲۱/۲)	۵۲(۲۰/۸)	۶(۲۵)	۰/۲۴۹
متوسط	۱۹۸(۷۲/۳)	۱۸۱(۷۲/۴)	۱۷(۷۰/۸)	
ضعیف	۱۸(۶/۶)	۱۷(۶/۸)	۱(۴/۲)	

به منظور توصیف داده‌های کیفی از فراوانی و درصد فراوانی و توصیف داده‌های کمی از میانگین و انحراف معیار استفاده شد؛ و در مقایسه نمرات بین دو جنس زن و مرد از آزمون تی تست و در مقایسه نمرات بر اساس گروه‌های سنی، تحصیلات و تأهل از آزمون آنالیز واریانس استفاده شد. همچنین در بررسی ارتباط بین نمره نگرش با نمره سواد سلامت و نمره سواد ایدز از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری ($P > 0/05$) انجام شد.

این پژوهش پس از تصویب در شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با کد اخلاق IR.MUI.RESEARCH.REC.۱۳۹۹،۷۱۶ انجام شد. به مفاد بیانیه هلسینکی در این مطالعه توجه شد. همچنین رضایت نامه آگاهانه از تمام نمونه‌ها کسب شد و به محرمانه ماندن تمام داده‌ها و رعایت امانت در منابع اطلاعاتی مورد استفاده نیز تأکید و اصول کمیته اخلاق نشر COPE در این مطالعه رعایت شد.

نتایج

در این مطالعه با توجه به هماهنگی قبلی با فرد شرکت کننده

و توانمندی هماهنگی کننده در برقراری ارتباط مؤثر با افراد، میزان ریزش و عدم شرکت در مداخله به تعداد ۲۷ نفر از مجموع افراد نمونه‌گیری شده رسید. از مجموع ۲۷۴ شرکت کننده مورد بررسی با میانگین سنی $41/72 \pm 15/79$ با دامنه سنی ۲۶ تا ۵۷ سال که این میانگین در مناطق شهری بالاتر از مناطق روستایی بوده و ارتباط معنی‌داری را نشان می‌دهد و در بررسی سایر اطلاعات دموگرافیک در مناطق شهری و روستایی از قبیل گروه سنی، جنسیت، وضعیت تأهل، شغل و وضعیت اقتصادی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ($P > 0/05$)، (جدول ۱)

در بررسی میانگین نمرات، مشخص شد که نمره نگرش نسبت به بیماران اچ آی وی $41/97 (11/46)$ نزدیک به میانه بوده و بین شرکت کنندگان در شهر و روستا از نظر میانگین نمره نگرش نسبت به بیماران اچ آی وی، نمره سواد سلامت ایدز و نمره سواد سلامت عمومی با یکدیگر تفاوت معنی‌دار نداشتند ($P > 0/05$). ولی بین درصد شرکت کنندگان در گروه‌بندی‌های سواد سلامت و سواد سلامت ایدز در شهر و روستا با یکدیگر تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/05$)، (جدول ۲).

جدول ۲- توزیع نمره نگرش نسبت به اچ آی وی، نمره سواد سلامت عمومی و نمره سواد سلامت ایدز به تفکیک شهر و روستا

نگرش نسبت به اچ آی وی	نمره کل	میانگین (انحراف معیار)	کل	شهر	روستا	سطح معنی‌داری
آی وی	نمره کل	میانگین (انحراف معیار)	$41/97 (11/46)$	$41/60 (11/17)$	$13/66 (45/87)$	$0/123$
	گروه بندی نمره	زیر میانه (میانه ۴۴)	$133 (48/5)$	$125 (50)$	$8 (33/3)$	$0/629$
	تعداد (درصد)	میانه و بالاتر	$141 (51/5)$	$125 (50)$	$16 (66/7)$	
سواد سلامت مرتبط با اچ آی وی / ایدز	نمره کل	میانگین (انحراف معیار)	$9/73 (3/21)$	$9/8 (3/25)$	$9/00 (2/6)$	$0/131$
	گروه بندی نمره	سواد ناکافی (کمتر از ۱۴)	$234 (85/4)$	$210 (84)$	$24 (100)$	$< 0/0001$
	تعداد (درصد)	سواد کافی (۱۴ و بالاتر)	$40 (14/6)$	$40 (16)$	$0 (0)$	
نمره سواد سلامت عمومی	نمره کل	میانگین (انحراف معیار)	$130/75 (23/73)$	$130/93 (24/24)$	$128/91 (17/89)$	$0/071$
	گروه بندی نمره	سواد ناکافی (کمتر از ۱۳۴)	$138 (50/4)$	$123 (49/2)$	$15 (62/5)$	$< 0/0001$
	تعداد (درصد)	سواد کافی (۱۳۴-۱۴۹)	$68 (24/8)$	$63 (25/2)$	$5 (20/8)$	
		سواد عالی (بیشتر از ۱۴۹)	$68 (24/8)$	$64 (25/6)$	$4 (16/7)$	

($P < 0/05$)؛ اما بین نمره سواد سلامت ایدز و سواد سلامت عمومی همبستگی معنی‌داری دیده نشد ($P > 0/05$) (جدول ۳).
جدول ۳- ارتباط بین نمره نگرش در خصوص اچ آی وی با تعیین نمره سواد سلامت مرتبط با اچ آی وی و نمره سواد سلامت عمومی

نتایج نشان داد که بین نمره نگرش نسبت به اچ آی وی با نمره سواد سلامت ایدز و نمره سواد سلامت عمومی همبستگی معنی‌دار وجود دارد به طوری که با افزایش یک نمره سواد سلامت ایدز و سواد سلامت عمومی، نمره نگرش $0/15$ افزایش می‌یابد

نمره نگرش	نمره سواد سلامت مرتبط با اچ آی وی	نمره سواد سلامت عمومی آزمون رگرسیون
نمره نگرش	$R = -0.150$ ($P = 0.012$)*	$R = -0.154$ ($P = 0.010$)*
نمره سواد سلامت مرتبط با ایدز	$R = -0.150$ ($P = 0.012$)*	$R = 0.37$ ($P = 0.540$)
نمره سواد سلامت عمومی	$R = -0.154$ ($P = 0.010$)*	$R = 1.000$ ($P = 0.540$)

جدول ۴- بررسی عوامل مؤثر بر نمره نگرش نسبت به اچ آی وی

ضریب رگرسیون خطی بتا (۹۵ درصد فاصله اطمینان)		
تطبیق داده شده	خام	
۱	۱	شهری
۳/۴۵ (-۰/۱۶; ۷/۴۶)	۳/۴۸ (-۰/۰۴; ۷/۳۶)	روستایی
۱	۱	۱۸ سال و کمتر
۴/۵۳ (-۳/۵۶; ۱۲/۷۳)	۵/۴۳ (-۳/۰۶; ۱۳/۹۳)	۱۹ تا ۲۹ سال
۶/۳۳ (-۲/۰۰; ۱۴/۶۷)	۶/۳۴ (۱/۹۴; ۱۴/۶۳)	۳۰ تا ۵۹ سال
۸/۴۰ (-۰/۵۲; ۱۷/۳۲)	۶/۰۵ (-۲/۵۳; ۱۴/۶۴)	۶۰ سال و بالاتر
۱	۱	زن
۴/۱۶ (۱/۱۶; ۷/۱۵)	۵/۷۳ (۱/۳۹; ۵/۷۳)	مرد
۱	۱	مجرد
۰/۸۶ (-۲/۰۲; ۳/۷۵)	۰/۲۱ (-۲/۲۰; ۲/۶۳)	متاهل
۱	۱	ابتدایی
۲/۴۱ (-۱/۲۵; ۶/۰۷)	۵/۴۵ (-۰/۷۹; ۵/۴۵)	دیپلم و زیر دیپلم
۵/۱۰ (۱/۰۹; ۹/۱۲)	۴/۲۱ (۰/۸۸; ۷/۵۴)	دانشگاهی
۱	۱	شاغل
۰/۶۵ (-۲/۴۱; ۳/۷۰)	-۲/۷۶ (-۴/۹۴; -۰/۵۷)	غیر شاغل / بیکار / خانه دار / بازنشسته / دانشجوی
۱	۱	خوب
۱/۹۹ (-۲/۲۹; ۶/۲۸)	۲/۵۳ (-۱/۹۴; ۷/۰۲)	متوسط
۰/۷۱ (-۳/۹۹; ۵/۴۱)	(-۴/۳۶; ۵/۴۶)	ضعیف
-۰/۰۶ (-۰/۱۱; -۰/۰۲)	۰/۰۶ (-۰/۱; -۰/۰۱)	نمره سواد سلامت عمومی
۰/۳۲ (-۰/۰۴; ۰/۶۹)	۰/۴۳ (۰/۰۹; ۰/۷۷)	نمره سواد سلامت مرتبط با اچ آی وی

نتایج نشان داد که هر کدام از متغیرهای جنسیت ($P = 0.0001$)، شاغل بودن ($P = 0.013$)، تحصیلات دانشگاهی ($P = 0.013$)، نمره سواد سلامت ($P = 0.011$) و نمره سواد سلامت ایدز ($P = 0.013$) به تنهایی بر روی نمره نگرش تبعیض آمیز نسبت

به مبتلایان به اچ آی وی تأثیر دارند؛ اما پس از کنترل اثر سایر متغیرها فقط جنسیت، تحصیلات دانشگاهی و نمره سواد سلامت عمومی بر روی نمره نگرش نسبت به مبتلایان به اچ آی وی تأثیر داشتند به طوری که نمره نگرش تبعیض آمیز در مردان نسبت به

را نشان داده و سواد سلامت و نگرش بیماران نسبت به ارائه دهندگان خدمت ارتباط معنی داری وجود دارد (۲۷). بر اساس پیشنهاد ارائه شده در مطالعه ابزار سازی سنجش سواد سلامت ایدز در یاسوج به عنوان اولین مطالعه در این زمینه پیشنهاد شده بود تا پرسشنامه سواد سلامت ایدز با سایر پرسشنامه‌های سواد سلامت مورد مقایسه قرار گیرد که در این مطالعه این پیشنهاد مورد بررسی قرار گرفت و در کنار بررسی تأثیر سواد سلامت عمومی بر روی نگرش در مورد بیماران مبتلا به اچ آی وی از پرسشنامه سواد سلامت ایدز نیز استفاده شد که نشان داد که سواد سلامت ایدز با نگرش نسبت به اچ آی وی همبستگی معنی دار مثبت دارد که البته بعد از کنترل متغیرهای مخدوش کننده این ارتباط معنی دار نشد. همچنین نتایج مطالعه نشان داد که بین سواد سلامت ایدز و سواد سلامت عمومی ارتباط معنی داری دیده نشد (۱۵).

نتایج این مطالعه نشان داد که نگرش مردان در خصوص مبتلایان به اچ آی وی منفی تر از زنان بود این در حالی است که در مطالعه نصیریان و همکاران در شهر اصفهان، نگرش انگ آمیز نسبت به مبتلایان به اچ آی وی در زنان به طور معنی داری بیشتر از مردان است (۲۸). ولی در مطالعه لطفی پور در بررسی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد دانشجویان غیر پزشکی نسبت به راه‌های انتقال و پیشگیری از ایدز در شهرستان رفسنجان ارتباط معنی داری بین نگرش و جنسیت مشاهده نشد (۲۹).

در این مطالعه مشخص شد، افراد دارای تحصیلات دانشگاهی نگرش منفی تری نسبت به افراد دارای تحصیلات ابتدایی داشتند اما در مطالعه نصیریان و همکاران در شهر اصفهان، ارتباط معنی داری بین سطح نگرش و سطح تحصیلات دیده نشد (۲۸) و در مطالعه امینی و همکاران با موضوع بررسی عوامل مرتبط با آگاهی و نگرش مردم شهر ایلام در مورد بیماری ایدز و همچنین مطالعه لینگ ژانگ (Zhang) در بررسی دانش و نگرش در یک کالج چین نشان داد که افراد دارای تحصیلات سیکل و پایین تر نگرش مثبت تری نسبت به سطح تحصیلات بالاتر داشتند (۳۰)، (۳۱). به نظر می‌رسد افزایش سطح تحصیلات جامعه و اطلاع بیشتر آن‌ها از روش‌های متداول بیماری ایدز در ایران که عمدتاً از طریق اعتیاد تزریقی و تماس جنسی می‌باشد (۳۲) و همچنین وجود انگ و تبعیض نسبت به این بیماری در کشور، حتی افراد

زنان ($P=0/007$) و همچنین در افراد دارای تحصیلات دانشگاهی نسبت به افراد دارای تحصیلات ابتدایی به طور معنی داری بالاتر بود ($P=0/013$). این در حالی است که نمره نگرش تبعیض آمیز نسبت به مبتلایان به اچ آی وی با افزایش نمره سواد سلامت عمومی به طور معنی داری کاهش پیدا کرد ($P=0/007$)، (جدول ۴).

بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر که با هدف تعیین وضعیت سواد سلامت عمومی، سواد سلامت ایدز و ارتباط آن‌ها با نگرش جمعیت بالای ۱۸ سال شهرستان نجف آباد نسبت به بیماران اچ آی وی انجام شد، مشخص شد که نگرش جمعیت عمومی شهرستان نجف آباد نسبت به مبتلایان به اچ آی وی مطلوب نبوده و در مقایسه به میانه ۴۴ تا حدودی انگ آمیز ($41/97 \pm 11/46$) است. در مطالعه جرمو (Gurmu) و همکاران در بررسی دانش و نگرش انگ آمیز زنان در سن باروری، نسبت به بیماران مبتلا در اتیوپی نیز مشخص شد ۷۲ درصد زنان مناطق روستایی نگرش انگ آمیزی نسبت به بیماران مبتلا به اچ آی وی داشتند و این میزان در مناطق شهری نیز حدود ۳۴ درصد را به خود اختصاص داده است (۲۴). در مطالعه شریعتی نیا و همکاران در بررسی تأثیر سواد سلامت اچ آی وی در زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله شهر یاسوج نیز فقط ۱۶/۴ درصد افراد شرکت کننده دارای نگرش مناسبی بودند (۱۶). در مطالعه عباچی و همکاران در بررسی تأثیر منفی انگ بر کیفیت زندگی بیماران بر اثرات منفی این نگرش در جامعه تأکید شده است (۲۵).

در بررسی سطح سواد سلامت عمومی در ۵۰/۵ درصد از شرکت کنندگان ناکافی بود؛ که در مطالعه افشاری و همکاران در بررسی سواد سلامت بزرگسالان شهرستان تویسرکان نیز ۶۱/۵ درصد از افراد دارای سواد سلامت نا کافی و مرزی بوده و در مطالعه عظیم زاده و همکاران در بررسی سواد سلامت سربازان وضعیت سواد سلامت در آن‌ها ناکافی ارزیابی شده بود (۱۱، ۲۶). همچنین این مطالعه نشان داد که سواد سلامت عمومی با نگرش افراد نسبت به اچ آی وی همبستگی معنی دار مثبت دارد؛ که در همین راستا مطالعه کالیچمن (Kalichman) و همکاران در بررسی وضعیت نقش سواد سلامت در پایبندی بیماران به درمان تأثیر مستقیم

مشاهده نشد و همچنین مشخص شد سطح نگرش افراد مورد بررسی نسبت به مبتلایان به اچ آی وی در حد مطلوبی نیست؛ که پیشنهاد می‌گردد، آنجایی که شهرستان نجف آباد چهارمین شهرستان پر جمعیت استان اصفهان می‌باشد و تعداد قابل توجهی از جمعیت آن در گروه سنی بالای ۱۸ سال قرار دارند، توجه بیشتر مسئولین و برنامه ریزان حوزه سلامت جهت بهبود نگرش نسبت به مبتلایان به اچ آی وی و ارتقای سواد سلامت ایدز ضروری به نظر می‌رسد. همچنین بهبود سواد سلامت عمومی به عنوان زیربنای مهم برای کنترل اچ آی وی و لزوم تغییر نگرش جامعه نسبت به بیماران مبتلا لازم است در برنامه‌های آموزشی و مداخلاتی در زمینه اچ آی وی مورد توجه بیشتر سیستم سلامت قرار گیرد؛ و به منظور طراحی هدفمند مداخلات و تهیه رسانه‌های آموزشی می‌توان از یافته‌های این پژوهش جهت جمعیت مورد بررسی و جمعیت‌های مشابه استفاده نمود.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر مستخرج از طرح تحقیقاتی است که در تاریخ ۱۳۹۹/۶/۲۸ با شماره ۳۹۹۷۶۰ در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به تصویب رسیده است. بدین‌وسیله از همکاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده بهداشت، اساتید محترم، مرکز بهداشت شهرستان نجف آباد و همه شرکت کنندگان در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌نمایم.

تضاد منافع

بدین وسیله نویسندگان این مقاله تصریح می‌نمایند که هیچ گونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1. Saydkhani V, Albooghobeish M, Khosravi S, Banisakini H, Mousahosaini N. Evaluation of AIDS disease information between anesthesia practitioners in educational hospitals of Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences in 2010. Jentashapir Journal of Health Research. 2012; 3(2): 311-20. (Persian) URL: <https://brieflands.com/articles/jjcm-76894>
2. Woodyatt CR, Rn B. Annals of Epidemiology World AIDS Day 2018. 2018.
3. Unaid. [Internet]. 2020. URL: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_aids-data-book_en.pdf.
4. Center IDM. Internet. 2023. URL: <http://www.health.gov.ir/mfdc/hiv/SitePages/Home.aspx>.
5. Vice President of Health UUoMS. Internet. 2023. <http://phc.umsu.ac.ir/index.aspx?pageid=4756>.

دارای تحصیلات بالاتر، نگرش منفی‌تری نسبت به افراد کم سواد جامعه دارند؛ که این تغییر نگرش نیازمند فعالیت‌های طولانی مدت و مستمر در حوزه فرهنگی و اجتماعی دارد (۳۳). یکی از محدودیت‌های این پژوهش هم زمانی آن با پاندمی کرونا بوده و به دلیل قوانین سخت گیرانه فاصله گذاری اجتماعی که امکان تکمیل پرسشنامه به صورت حضوری و چهره به چهره با شرکت کنندگان بر اساس دستورالعمل‌های فاصله گذاری اجتماعی و به منظور حفظ سلامت شرکت کنندگان مقدور نشد و پرسشنامه به صورت الکترونیک در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت که این موضوع ممکن است موجب شود بعضی از افراد برداشت‌های متفاوتی از سؤالات داشته باشند و تا حدودی پاسخ‌ها متفاوت باشد و موجب سوگیری اطلاعاتی شود. همچنین با این روش تکمیل پرسشنامه امکان ورود افراد بی سواد به مطالعه مقدور نشده و این در حالی است که با توجه به وجود ارتباط معنی‌دار بین تحصیلات و نگرش ممکن است نگرش این افراد نسبت به مبتلایان به اچ آی وی متفاوت باشد. البته با توجه به اینکه اکثر افراد بی سواد در سنین بالا قرار دارند و در این مطالعه سن با نگرش ارتباط معنی‌داری نداشت، می‌توان تا حدودی از قابلیت تعمیم پذیری داده‌ها اطمینان حاصل کرد. از محدودیت‌های دیگر این پژوهش عدم بررسی ارتباط بین آگاهی افراد مورد مطالعه و ارتباط آن با سواد سلامت عمومی و سواد سلامت ایدز می‌باشد که توصیه می‌گردد سایر پژوهشگران بررسی وضعیت آگاهی را نیز به مطالعه خود بیفزایند.

در این مطالعه مشخص شد که تغییر در سواد سلامت عمومی و سواد سلامت ایدز باعث تأثیر در نمره نگرش افراد شده ولی بین نمره سواد سلامت ایدز و سواد سلامت عمومی ارتباط معنی‌داری

6. Vollman AR, Anderson ET, McFarlane JM. Canadian community as partner: Theory and practice in nursing: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
7. Hatami H. Comprehensive book of public health. Book. 2020; 1: 1707-34.
8. Oskouie F, Kashefi F, Rafii F, Gouya MM. Qualitative study of HIV related stigma and discrimination: What women say in Iran. Electronic physician. 2017; 9(7): 4718-24. DOI:10.19082/4718
9. Gharacheh M, Ranjbar F. Editorial Letter" HIV-related Stigma: A Dilemma in the Prevention of HIV Spread. Iran Journal of Nursing. 2018; 31(114): 1-5. DOI:10.29252/ijn.31.114.1

10. Eman H, Hadian M, Jalilvand M. Attitude and awareness about aids in high school students of Tehran. *Journal of the Medical Council of Iran*. 2007; 24(4): 350-7. (Persian) URL: <https://www.sid.ir/paper/41517/en>
11. Azimzadeh J, Nezamzadeh M, Kalroozi F, Pishgooie SAH. The relationship between health literacy and preventive behaviors of soldiers. *Military Caring Sciences*. 2021; 8(2): 109-16. (Persian) DOI: 10.52547/mcs.8.2.109
12. Tol A, Pourreza A, Tavasoli E, Foroshani R. Determination of knowledge and health literacy among women with type 2 diabetes in teaching hospitals of TUMS. *Journal of Hospital*. 2012; 11(3): 45-52. (Persian) URL: https://jhosp.tums.ac.ir/browse.php?a_id=21&sid=1&slc_lang=en
13. Aslam MZ, Trail M, Cassell III AK, Khan AB, Payne S. Establishing a sustainable healthcare environment in low-and middle-income countries. *BJU Int*. 2022; 129(2): 134-42. DOI:10.1111/bju.15659 PMID: 34837300
14. Hoseini R, Hoseini Z. Investigating nutritional literacy of male student athletes contributed in 2018 Iran University Games. *Journal of Health Literacy*. 2019; 4(1): 53-9. (Persian) DOI: 10.22038/JHL.2019.40251.1053
15. Shams M, Fararouei M. Developing a Tool for Measuring HIV/AIDS Literacy for Iranian Society. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2016; 24(5): 138-50. (Persian) DOI:10.18869/acadpub.sjimu.24.5.138
16. Shariatinia S, Fararoei M, Karimzadeh Shirazi K, Shams M. Assessment of HIV/AIDS literacy in 15-49 years old people in Yasuj and its related factors. *Armaghane Danesh*. 2015; 19(12): 1082-95. (Persian) URL: http://armaghanj.yums.ac.ir/browse.php?a_id=96&sid=1&slc_lang=en
17. Reynolds R, Smoller S, Allen A, Nicholas PK. Health literacy and health outcomes in persons living with HIV disease: A systematic review. *AIDS Behav*. 2019; 23(11): 3024-43. DOI: 10.1007/s10461-019-02432-9 PMID: 30783871
18. Tehrani Banihashemi S-A, Haghdooost AA, Amirkhani MA, Alavian S-M, Asgharifard H, Baradaran H, et al. Health literacy and the influencing factors: A study in five provinces of Iran. *Strides in development of medical education*. 2007; 4(1): 1-9. (Persian) URL: <https://www.sid.ir/paper/116895/en>
19. Wawrzyniak AJ, Ownby RL, McCoy K, Waldrop-Valverde D. Health literacy: Impact on the health of HIV-infected individuals. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2013;10 (4): 295-304. DOI: 10.1007/s11904-013-0178-4 PMID: 24222474 PMCID: PMC4022478
20. Muscat DM, Smith J, Mac O, Cadet T, Giguere A, Houston AJ, et al. Addressing health literacy in patient decision aids: An update from the International Patient Decision Aid Standards. *Med Decis Making*. 2021; 41(7): 848-69. DOI: 10.1177/0272989X211011101 PMID: 34053361 PMCID: PMC8815094
21. Ebrahimi F, Sindarreh S, Nasirian M. Human immunodeficiency virus (HIV) stigma among general population in Isfahan metropolis in Central Iran. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*. 2020; 19(3): 220-30. (Persian) DOI:10.1080/15381501.2020.1785365
22. Ebrahimi F, Sindarreh S, Nasirian M. Attitudes and Practice of Health Care Workers about Human Immunodeficiency Virus in Isfahan, Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2020; 25(2): 111-6. (Persian) DOI: 10.4103/ijnmr.IJNMR_67_19 PMID: 32195155 PMCID: PMC7055188
23. Haghdooost AA, Rakhshani F, Aarabi M, Montazeri A, Tavousi M, Solimanian A, et al. Iranian health literacy questionnaire (IHLQ): An instrument for measuring health literacy in Iran. *Iran Red Crescent Med J*. 2015; 17(6): e25831. DOI: 10.5812/iremj.17(5)2015.25831 PMID: 26290752 PMCID: PMC4537788
24. Gurm E, Etana D. HIV/AIDS knowledge and stigma among women of reproductive age in Ethiopia. *African Journal of AIDS Research*. 2015; 14(3): 191-9. DOI:10.2989/16085906.2015.1051066
25. Abachi A, Behravan H. The analysis of stigma impact on quality of life in patients with HIV/AIDS: A phenomenological study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2013; 2(2): 158-72. (Persian)
26. Afshari M, Khazaei S, Bahrami M, Merati H. Investigating adult health literacy in Tuyserkan city. *J Educ Community Health*. 2014; 1(2): 48-55. (Persian) DOI:10.20286/jech-010248
27. Kalichman SC, Pope H, White D, Cherry C, Amaral CM, Swetzes C, et al. Association between health literacy and HIV treatment adherence: further evidence from objectively measured medication adherence. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care*. 2008; 7(6): 317-23. DOI:10.1177/154510970832
28. Ebrahimi F, Nasirian M, Sindarreh S. Human Immunodeficiency Virus (HIV) stigma among general population in Isfahan metropolis in central Iran. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*. 2020; 19(3): 220-30. DOI: 10.1080/15381501.2020.1785365
29. Lotfipour Rafsanjani S, Ravari A, Akbarinasab J. Knowledge, attitude and practice of non-medical student to the ways of transmission and prevention of AIDS in Rafsanjan. *Nurs Res*. 2011; 6(22): 31-9. (Persian) URL: <http://ijnr.ir/article-1-880-en.html>
30. Amini M, Sayehmiri K. Evaluation of effective factors on knowledge and attitude of people of the city of Ilam regarding Acquired Immune Deficiency Syndrome. *Journal of Ilam University of Medical*. 2013; 21(1): 1-7. (Persian) URL: <http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-989-en.html>
31. Zhang L, Yu H, Luo H, Rong W, Meng X, Du X, et al. HIV/AIDS-Related Knowledge and Attitudes Among Chinese College Students and Associated Factors: A Cross-Sectional Study. *Front Public Health*. 2022; 9: 804626. DOI:10.3389/fpubh.2021.804626
32. Mehraeen M, Heydari M, Lankarani KB, Joulaei H, Faghih M. Investigating the contributing factors to HIV/AIDS infection from the perspective of HIV-infected patients. *BMC Psychol*. 2021; 9(1): 13. DOI: 10.1186/s40359-021-00513-w PMID: 33494819 PMCID: PMC7836197
33. Meshkati M, Hajari A, Mostajeran M, Nematollahi S, Mohammadian-Hafshejani-Hafshejani A, Hosseiny L. Knowledge and attitudes of married women referred to health centers affiliated to Isfahan University of Medical Sciences, Iran, about AIDS and related factors. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2013; 23(108): 100-7. (Persian) URL: <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-1943-en.html>