حمایت اجتماعی و نقش آن در پیشگیری از اچ آی وی در زنان در معرض خطر: یک مطالعه کیفی

راضیه لطفی[1]، فهیمه رمضانی تهرانی[2*]، فریده یغمایی[3]

۱. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
۲. مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. گروه بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

فصلنامه پایش
سال دوازدهم شماره پنجم مهر ـ آبان ۱۳۹۲ صص ۴۷۸-۴۶۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۳/۲۹
[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۱۳۹۲/۵/۲۶]

چکیده

افزایش انتقال جنسی اچ آی وی، یکی از نگرانی‌های جدی بخش سلامت است و به رغم تلاش‌های انجام شده در زمینه ی پیشگیری از این بیماری، راه اصلی ابتلای زنان کشور به این بیماری محسوب می‌شود. برخی از مطالعات، بیانگر نقش حمایت اجتماعی در رفتارهای جنسی مرتبط با اچ آی وی/ ایدز هستند. لذا در این مطالعه ی اکتشافی سعی شده است، نقش حمایت اجتماعی در رفتار محافظت کننده ی جنسی از دیدگاه زنان در معرض خطر اچ آی وی مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به این رویکرد، با ۲۵ زن در معرض خطر ۲۱ تا ۴۹ ساله بر اساس راهنمای مصاحبه نیمه ساختار یافته، مصاحبه ی عمیق فردی انجام شد. مشارکت کنندگان به صورت هدفمند و در مراکز مشاوره ی بیماری‌های رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و نیز مراکز گذری وابسته به یک انجمن غیردولتی انتخاب شدند. جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها به صورت دستی به طور همزمان و با استفاده از روش نظریه ی پایه برای تحلیل و کدگذاری انجام شد. یافته‌ها نشان داد، حمایت اجتماعی یکی از مفاهیم مهم از نظر زنان در معرض خطر، برای کسب توانایی محافظت در برابر اچ آی وی محسوب شده است. «عشق در روابط زناشویی» و «درک نیازها و شرایط خاص توسط خانواده»، در طبقه ی حمایت عاطفی، «لزوم اطلاع رسانی و آموزش پیشگیری از اچ ای وی از سنین نوجوانی» و «کسب اطلاعات از مراکز مشاوره»، در طبقه ی حمایت اطلاعاتی، «دسترسی آسان و رایگان به آزمایش تشخیص اچ آی وی»، «کمک مالی برای رفع نیاز»، «ایجاد اشتغال»، «توزیع رایگان کاندوم»، «نیاز به وسیله ی پیشگیری زنانه» و «حمایت‌های قانونی و نظارت» در طبقه ی حمایت ابزاری قرار گرفتند.
در طراحی برنامه‌ها و مداخلات پیشگیری از اچ آی وی در زنان، باید حمایت اجتماعی بیش از پیش مورد توجه قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: اچ آی وی / ایدز، زنان، حمایت اجتماعی، مطالعه ی کیفی، رفتار محافظت کننده ی جنسی

* نویسنده پاسخگو: تهران، بزرگراه چمران، خیابان یمن، مرکز تحقیقات اندوکرینولوژی تولیدمثل، پژوهشکده غدد درون ریز و متابولیسم
E-mail: ramezani@endocrine.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.5.3.0]

مقدمه

در حال حاضر، نگرانی‌های جدی در خصوص افزایش انتقال اچ ای وی از راه جنسی وجود دارد و در صورت عدم اقدام به موقع برای پیشگیری از انتقال جنسی اچ ای وی/ ایدز، ممکن است فرصت‌های بسیاری از دست برود [۱]. سهم راه انتقال جنسی در سال ۱۳۸۵ در حدود ۵ الی ۸ درصد بوده، ولی تا سال ۱۳۸۷ این نسبت افزایش یافته و به ۱۳ درصد از کل مبتلایان شناسایی شده رسیده است. عمده ی این تغییر، ناشی از افزایش شناسایی زنان مبتلا بوده است. این میزان، همچنان در حال افزایش است، به طوری که در سال ۱۳۹۰ به ۲۱/۱ درصد رسیده است [۱]. با وجود به کارگیری برنامه‌های متعدد پیشگیری با هدف کاهش گسترش اچ آی وی/ ایدز، میزان بروز این عفونت در بسیاری از کشورها همچنان در سطح بالایی قرار دارد. علاوه بر مستعد بودن زیست شناختی زنان و دختران نسبت به اچ آی وی / ایدز، چالش‌های اجتماعی ـ فرهنگی، اقتصادی و نیز قانونی متعددی، آنان را آسیب پذیرتر می‌سازد [۴-۲].

به طور کلی، زنان و دختران دو تا چهار برابر مردان مستعد ابتلا به اچ آی وی/ ایدز بوده و بیش از نیمی از تمامی موارد جدید عفونت در دنیا در این گروه‌ها رخ می‌دهد [۵]. در کنار عامل زیست شناختی به عنوان یکی از عوامل خطرساز اچ ای وی/ ایدز در زنان، به واسطه گستردگی بافت مخاطی دستگاه تناسلی زن در تماس‌های جنسی و نیز قرار گرفتن در معرض مایع منی که بار ویروس بالایی در افراد آلوده به ویروس نقص ایمنی انسان دارد، عوامل دیگری مانند هنجارها و نقش‌های جنسیتی و ارتباطات بین زن و مرد، مسائل اقتصادی و فقر و نابرابری‌های جنسیتی در گسترش نامتناسب اچ ای وی / ایدز در زنان نقش مهمی به عهده دارند [۶، ۴]. اغلب برنامه‌های پیشگیری از اچ آی وی، تصمیم گیری جنسی و استفاده از کاندوم را به طور مساوی در اختیار زن و مرد می‌دانند و این واقعیت که قدرت مبتنی بر جنسیت در روابط بین زن و شریک جنسی/ همسر وی، بر رفتارهای جنسی تأثیر می‌گذارند را نادیده می‌گیرند [۴].

توجه صرف به عوامل فردی و نادیده گرفتن عوامل اجتماعی، فرهنگی، قانونی و سیاسی مؤثر بر رفتارهای مرتبط با اچ آی وی، شکست برنامه‌های مداخله‌ای را به دنبال داشته است [۷]؛ چنان که برنامه‌های آموزشی و پیشگیری از اچ آی وی که فقر و نیاز مالی، خشونت و قدرت مبتنی بر جنسیت در روابط، توانمندی زنان و سوء مصرف مواد را مورد توجه قرار می‌دهند، از موفقیت بیشتری برخوردار هستند [۸]. حمایت‌های اجتماعی، می‌تواند موفقیت بیشتری را در برنامه‌های پیشگیری از اچ ای وی موجب گردد؛ به طوری که زنانی که مورد علاقه بودن و نیز مورد احترام بودن در آنان بیشتر احساس می‌شد، جسارت و توانایی بیشتری برای پیشنهاد استفاده از کاندوم به همسر/ شریک جنسی داشتند [۹]. نقش حمایت اجتماعی در بسیاری از رفتارهای بهداشتی از جمله اچ آی وی/ ایدز مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. شواهد نشان می‌دهد، افرادی که حمایت اجتماعی بیشتری درک می‌کنند، از میزان مرگ و میر ناشی از استرس های زندگی برای آنان کاسته می‌شود [۱۰]. بالاتر بودن حمایت اجتماعی درک شده با طول عمر بیشتر بیماران دچار حملات قلبی [۱۱]، بیماران مبتلا به سرطان پستان [۱۲] و بیماران مبتلا به اچ آی وی/ ایدز [۱۳] همراه بوده است.

حمایت اجتماعی در ابعاد مختلفی از قبیل حمایت‌های اطلاعاتی، ابزاری و عاطفی و نیز از منابع مختلف حمایتی همچون دوستان و اقوام، همسر یا شریک جنسی و جامعه و دولت، می‌تواند پیشگویی کننده ی مهمی در بیماری زایی و مرگ و میر برخی از بیماری‌ها محسوب گردد [۱۴]؛ هر چند به طور عمده، صحت این ادعا در پیامدهای روان شناختی نظیر افسردگی و اضطراب مورد بررسی قرار گرفته است [۱۵].

مطالعات اندکی به نقش حمایت اجتماعی در رفتارهای پیشگیری از اچ ای وی یا تداوم مراقبت‌های درمانی پرداخته که نتایج متفاوتی به دنبال داشته است [۱۹-۱۶]. اما در این میان، حمایت‌های اجتماعی خاص اچ آی وی که به حمایت‌های دریافت شده از سوی شریک جنسی و یا جامعه در زمینه ی رفتارهای مرتبط با پیشگیری از اچ آی وی اشاره دارد، کمتر مورد توجه قرار گرفته و اغلب ارتباط حمایت‌های اجتماعی عمومی همچون درک حمایت‌های مادی و عاطفی از طرف دوستان و بستگان در شرایط مختلف زندگی و در هنگام سختی‌ها، با رفتار محافظت کننده ی جنسی سنجش شده است.

تا کنون نقش حمایت اجتماعی در رفتارهای مرتبط با اچ ای وی در زنان در معرض خطر در ایران بررسی نشده است. از این رو مطالعه ی حاضر، با هدف بررسی مفهوم حمایت اجتماعی و ابعاد مختلف آن در زمینه ی رفتار محافظت کننده ی جنسی، از دیدگاه زنان در معرض خطر اچ آی وی و بر اساس تجربیات آنان انجام شد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.5.3.0]

مواد و روش کار

این مطالعه به روش کیفی انجام شد. روش جمع آوری داده‌ها مصاحبه ی عمیق فردی بود، که در مدت ۱۱ ماه از فروردین تا بهمن ۱۳۸۹ صورت گرفت. در مجموع، ۲۸مصاحبه ی عمیق فردی با ۲۵ مشارکت کننده انجام شد (در۳ مورد مصاحبه ها تکرار شد). علت تکرار مصاحبه‌ها اغلب نامناسب بودن وضعیت مشارکت کنندگان به دلیل مصرف متادون و یا مواد مخدر بوده است. در یک مورد نیز به دلیل ابهام در کدگذاری بخشی از متن، مصاحبه ی مجدد انجام شد. مشارکت کنندگان به صورت هدفمند و با حداکثر تنوع انتخاب شدند.

نمونه‌های پژوهش، زنان در معرض بیشترین خطر برای ابتلا به اچ ای وی بودند و زنانی را شامل می‌شدند که همسران مردان مصرف کننده ی تزریقی مواد و/ یا مردان اچ آی وی مثبت و/یا دارای روابط جنسی متعدد و یا خود مصرف کننده ی مواد بودند. معیار ورود نمونه ها سن بالای ۱۸ سال، تکلم به زبان فارسی و سکونت در شهر تهران، داشتن روابط جنسی و مبتلا نبودن به اچ آی وی و همچنین علاقه مندی برای شرکت در مطالعه بوده است. مشارکت کنندگان از مراکز مشاوره ی بیماری رفتاری وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی و نیز مراکز گذری وابسته به یک سازمان غیردولتی انتخاب شدند. مصاحبه‌ها در اتاقی جداگانه و آرام انجام شد. زمان تقریبی هر جلسه از پیش برای مشارکت کنندگان اعلام شده بود و به طور متوسط هر مصاحبه ۷۷ دقیقه به طول انجامید و تا زمان اشباع مفاهیم ادامه یافت. مصاحبه‌های ضبط شده، پس از یک بار گوش کردن در اولین فرصت کلمه به کلمه به روی کاغذ آورده شدند. جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها به صورت دستی به طور همزمان و با استفاده از روش نظریه ی پایه انجام شد. در فرآیند تحلیل، کدگذاری باز و محوری انجام شد. فرآیند «تحلیل مقایسه‌ای مستمر» برای طبقه بندی کدها صورت گرفت. ابتدا هر مصاحبه مورد تحلیل قرار می‌گرفت و سپس مصاحبه بعدی انجام می شد. در فرآیند کدگذاری باز، متون پیاده شده مصاحبه‌ها چند بار توسط پژوهشگر مطالعه و مفاهیم اصلی در قالب کدهای اولیه در حاشیه برگ‌ها یادداشت شدند. سپس کدهای با مفهوم مشابه کنار هم در یک گروه قرار داده شدند و زیر طبقه‌ها شکل گرفتند. در طول فرآیند کدگذاری محوری ارتباط بین طبقات و زیرطبقات بررسی و مورد توجه قرار گرفت. برای یافتن ویژگی‌های هر مفهوم، طرح سؤال و مقایسه صورت می‌گرفت. طی این مراحل، کدها به طور مکرر مورد بازبینی و مرور قرار گرفتند.

به منظور دقت و استحکام داده‌ها، با استفاده از معیارهای چهارگانه ی لینکلن و گوبا، قابلیت پذیرش، قابلیت اعتماد، قابلیت تأیید و قابلیت انتقال داده‌ها [۲۰] مورد ارزیابی قرار گرفت. مشارکت طولانی (۱۱ ماه) پژوهشگران با نمونه‌های پژوهش و اختصاص زمان کافی برای جمع آوری داده‌ها و نیز مشارکت فعال سایر اعضای تیم پژوهش در تمامی مراحل جمع آوری، تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌ها، علاوه بر پژوهشگر اصلی، کمک به قابلیت پذیرش داده‌ها نمود. همچنین متن کامل تعدادی ازمصاحبه‌های کدگذاری شده در اختیار مشارکت کنندگان قرار گرفت تا ارزیابی انطباق مفاهیم با منظور مشارکت کنندگان صورت گیرد [۲۱]. بدین منظور از برخی مشارکت کنندگان خواسته شد تا کدهای اختصاص یافته به محتوای مصاحبه را با متن اصلی مقایسه و موافقت یا مخالفت خود را در زمینه ی برداشت مناسب پژوهشگر اعلام نماید. برای ارزیابی قابلیت اعتماد داده‌ها، پژوهشگر متن چند مصاحبه را به فاصله چند روز خوانده و دوباره کدگذاری نمود و نتایج با اولین کدگذاری مقایسه شد. به این ترتیب با دست یابی به کدهای مشترک، قابلیت اعتماد داده‌ها تأیید شد. همچنین علاوه بر اعضای تیم پژوهش، از دو نفر صاحب نظر در پژوهش کیفی خواسته شد تا اقدام به کدگذاری متن مصاحبه نمایند. سپس توافق بین کدهای داده شده مورد بررسی قرار گرفت. در ضمن چند مصاحبه اولیه بعد از کدگذاری در اختیار چند نفر از پژوهشگران کیفی قرار گرفت تا در مورد نحوه ی پرسیدن سؤالات و روند کدگذاری اظهار نظر نمایند. بدین ترتیب، پیشنهادات ارائه شده در مصاحبه‌های بعدی لحاظ گردید. برای اطمینان از قابلیت تأیید یافته‌ها، کلیه مراحل پژوهش، شامل جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها، بازنگری ناظران و روند پژوهش به صورت منظم مستند گردید و در اختیار استاد و پژوهشگر کیفی در زمینه رفتارهای پرخطر جنسی در زنان قرار گرفت. بسیاری از کدها و یافته‌ها با ایشان مطرح شد تا توافق درباره معانی و کدهای در نظر گرفته شده مورد ارزیابی قرار گیرد.

به منظور افزایش قابلیت انتقال کلیه فرایند پژوهش و کارهای انجام شده در مسیر مطالعه، به صورت واضح و دقیق و مکتوب تهیه شد تاامکان پی گیری مسیر پژوهش و خصوصیت جمعیت مورد مطالعه را برای دیگران فراهم کند. از مشارکت کنندگان برای شرکت در

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.5.3.0]

پژوهش دعوت شد و چگونگی کار و اهداف پژوهش برای اطمینان آنان از داوطلبانه بودن شرکت در پژوهش برای آنان توضیح داده شد. برای شرکت در پژوهش و ضبط مصاحبه‌ها رضایت آگاهانه ی کتبی و شفاهی اخذ شد. اطلاعات در تمامی مراحل محرمانه نگاه داشته شده، حفظ گمنامی افراد رعایت گردید و حق کناره گیری به شرکت کنندگان در طول انجام پژوهش توضیح داده شد.کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و کمیته پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی نیز مطالعه حاضر را تصویب نمودند.

یافته‌ها

مشخصات جمعیت شناختی مشارکت کنندگان در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول شماره ۱- مشخصات جمعیت شناختی مشارکت کنندگان

	تعداد
گروه سنی (سال)	
۲۱-۲۹	۷
۳۰-۳۹	۱۱
۴۰-۴۹	۷
تحصیلات	
بی سواد	۲
ابتدایی و راهنمایی	۱۲
دبیرستان و دیپلم	۸
دانشگاهی	۳
وضعیت تأهل	
مجرد	۳
متأهل	۱
مطلقه	۳
بیوه	۹
تعداد فرزند	
صفر	۵
۱ یا ۲	۱۷
۳ و بیشتر	۳
سوء مصرف مواد	
دارد	۱۴
ندارد	۱۱
بی خانمان	
بلی	۱۰
خیر	۱۵
مکان دسترسی به مشارکت کننده	
مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری	۱۰
مرکز گذری	۱۵

بر اساس تحلیل داده‌های کیفی، دیدگاه‌ها و تجربیات مشارکت کنندگان در زمینه ی حمایت اجتماعی و رفتار محافظت کننده ی جنسی، در قالب مفاهیم زیر تبیین شدند که در جدول شماره ۲ آمده است.

حمایت اجتماعی

در نظر اغلب مشارکت کنندگان مطالعه ی حاضر، برخورداری از حمایت‌های عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری از منابع مختلف در کاهش آسیب‌های اجتماعی به ویژه برای زنان، نقش بسیار مهمی داشته و با افزایش اعتماد به نفس و توانایی آنان در محافظت در برابر اچ آی وی همراه بوده است. زنان در معرض خطر، حمایت‌های اعمال شده از سوی خانواده، همسر/ شریک جنسی و دولت را در افزایش آگاهی در زمینه ی پیشگیری از اچ آی وی، درک خطر و رفتارهای مددجویانه همچون انجام مشاوره‌ها و آزمایش اچ آی وی، ترک مصرف مواد و توانمندی مالی، مؤثر دانسته و آن را زمینه ساز توانایی درک شده برای شکل گیری رفتار محافظت کننده می‌دانستند. به طور کلی مفاهیم تبیین شده در این طبقه، در سه زیر طبقه حمایت‌های عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری جای گرفتند.

جدول شماره ۲- طبقات و زیر طبقات مفهوم حمایت اجتماعی

	زیر طبقات
حمایت عاطفی	عشق در روابط زناشویی
	درک نیازها و شرایط خاص توسط خانواده
حمایت اطلاعاتی	لزوم اطلاع رسانی و آموزش از سنین نوجوانی
	کسب اطلاعات از مراکز مشاوره
حمایت ابزاری	دسترسی آسان و رایگان به آزمایش تشخیص اچ آی وی
	کمک مالی برای رفع نیاز
	ایجاد اشتغال
	توزیع رایگان کاندوم مردانه
	نیاز به وسیله ی پیشگیری از ایدز زنانه
	حمایت‌های قانونی و نظارت

حمایت عاطفی

اغلب مشارکت کنندگان معتقد بودند در صورتی که از حمایت عاطفی و احساسی همسر/ شریک جنسی برخوردار باشند و طرف مقابل دوستشان داشته باشد، هر جا که لازم باشد، حتماً از کاندوم استفاده می‌کند. همچنین آنان حمایت عاطفی خانواده را فرصتی برای رشد و بهبود شرایط زندگی خود می‌دانستند که زمینه ساز درک توانایی آنان برای محافظت از خود در برابر اچ آی وی/ ایدز می‌گردید.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.5.3.0]

عشق در روابط

مشارکت کننده‌ای درباره ی تأثیر عشق و دوست داشتن در روابط زناشویی برای استفاده از کاندوم، چنین گفت:

«دوست داشتن حرف اول رو می زنه. صد درصد اگه دوست داشته باشه زنشو، صد درصد اصلاً بدون هیچ حرفی استفاده می‌کنه...» (همسر دارای روابط متعدد، ۴۲ ساله)

درک نیازها و شرایط خاص توسط خانواده

همه ی مشارکت کنندگان بر خانواده، به عنوان بستر و زمینه ی توانمندی و یا تعیین کننده ی ساختار، شرایط و فرصت‌های زندگی، تأکید داشتند. بالطبع برخی مشارکت کنندگان، خود را برخوردار از تأثیر مثبت خانواده و برخی محروم از آن می‌دانستند. به عقیده ی آنان محیط زندگی شرایطی برای آنان ایجاد می‌نمود که برخی توانمند و برخی بی خانمان و بی پناه می‌شدند. حمایت عاطفی، از سوی خانواده از عوامل تقویت کننده و عدم آن، مستعد کننده ی انحراف مطرح گردید. «همین تنهایی، اگه در این تنهایی خانواده کمکم نمی کردن و یه جوری خودمو سرگرم نمی کردم، مطمئناً به راه خلاف کشیده می‌شدم. خانواده یه فرصت دیگه به من داد، از من پشتیبانی کرد و من تونستم روی پای خودم واستم. اگرچه باز خلأهایی دارم ولی می دونم که می تونم بهشون غلبه کنم» (زن صیغه‌ای، ۲۵ ساله)

حمایت اطلاعاتی

در اظهارات همه ی مشارکت کنندگان به نقش آموزش و اطلاع رسانی درباره ی اچ آی وی/ ایدز و راه‌های انتقال و پیشگیری از آن و نیز لزوم شناساندن و تبلیغ در زمینه ی وجود مراکز ارائه ی خدمات رایگان مشاوره‌ای و آزمایشگاهی برای تشخیص اچ آی وی، اشاره شده است. آنان این امر را پیش شرط کسب آگاهی و درک خطر این بیماری می‌دانستند، اما معتقد بودند جامعه هنوز اگاهی کافی ندارد و اطلاع رسانی لازم صورت نگرفته است. برخی معتقد بودند، آموزش باید در زمان مناسب در دوره ی نوجوانی یا همان دوره ی راهنمایی و در قالب کتب درسی برای آنان صورت گیرد تا اثربخشی بیشتری داشته باشد. اغلب زنان در معرض خطر مطالعه ی حاضر، در این زمینه انتظار فعالیت بیشتری را از رسانه‌ها به ویژه صدا و سیما داشتند.

لزوم اطلاع رسانی و آموزش عمومی از سنین پایین

اغلب مشارکت کنندگان آموزش و اطلاع رسانی درباره ی اچ آی وی/ ایدز و نیز مهارت‌های زندگی را توسط رسانه‌ها، مدارس و مراکز بهداشتی ضروری، اما ناکافی می‌دانستند:

«برای این که خب مردم اون اطلاع رسانی که باید بشه به مردم نشده. هنوز خیلی‌ها نمی‌دونن که اچ آی وی چجوری منتقل می‌شه، هپاتیت چیه، بیماری‌هایی که از راه جنسی منتقل می‌شن چطوره. خیلی اصلاً قضیه رو ساده می‌گیرن. باید اطلاع رسانی بشه، به نظر من از تو مدارس از دوره راهنمایی بشه. یعنی باید این یه بخشی از درسای دخترا و پسرا تو مقطع راهنمایی می‌شن بشه. چون این خیلی جدیه قضیه اش» (دارای سابقه ی تن فروشی و مصرف مواد، ۲۹ ساله)

درباره ی نقش آموزش در افزایش آگاهی و پیشگیری از اچ ای وی، یکی از مشارکت کنندگان چنین گفت:

«با آموزشایی که اینجا به ما دادن گفتن ظاهر آدم (نشون نمی‌ده)، یکی لیسانس ادبیات بود استاد دانشگاه بود، مثلاً این بیماری رو گرفته بود. که مثلاً از صد تا آدمی که می چیدی این نفر آخری بود که آدم حدس می‌زد، ایدز داشته باشه، ولی خب اونی که آموزش ندیده باشه ممکنه برای کسی که قیافش تابلو بود، استفاده کنه ولی برای کسی که قیافه ی ساده‌تری داشته باشه محجوب‌تر باشه، بگه پس این مریض نیست یا استفاده نکنم...، به نظر من با آموزشایی که ما دیدیم من که به ظاهر سالم باشم، لباس خوب، عطر خوب می‌زنم، شیک می‌پوشم امکان داره من داشته باشم» (سابقه ی روابط متعدد، تحت برنامه ی متادون درمانی، سابقه ی عفونت مقاربتی، ۳۲ ساله)

برخی از مشارکت کنندگان از خانواده هایشان انتظار آموزش در زمینه ی مسائل جنسی و پیشگیری از اچ ای وی داشتند. یک مورد از مشارکت کنندگان که حاملگی ناخواسته را در دوره ی مجردی تجربه کرده بود، معتقد بود، از آنجایی که در هیچ یک از دوره‌ها و مقاطع تحصیلی، اطلاعاتی درباره ی اچ آی وی و مسائل جنسی دریافت نکرده است، او می‌بایست اطلاعات درباره ی مسائل جنسی را از مادرش دریافت می‌کرده است. «من می‌گم خب، مادر بیشتر با آدم حرف می‌زنه. می‌تونست با من حرف بزنه بگه این راهه، این چاهه. هیچوقت ننشست با من حرف بزنه. من اگه یه وقت با یکی دوست می‌شدم، خب اون موقع می‌اومدم به مامانم می‌گفتم. ولی مامانم سریع اون کاغذ رو پاره می‌کرد و میندااخت دور... » (تن فروش، ۳۸ ساله). «والله من خودم همچین تجربه‌ای نداشتم تو خونوادم ولی در درجه اول همون خونوادست که آدمو بیدار می کنه. اگه خانواده ی من اطلاعات بهم می‌دادن شاید دیگه من همینجوری نمی‌رفتم» (تن فروش، سابقه ی مصرف مواد، ۲۱ ساله)

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.5.3.0]

برخی از مشارکت کنندگان، اهمیت اطلاع رسانی درباره ی ارائه خدمات را نیاز مبرم جامعه می‌دانستند و معتقد بودند با وجود مراکز ارائه ی خدمات، اطلاع رسانی کافی در سطح جامعه صورت نگرفته است:

«اطلاعات خیلی مهمه. نه این که فقط یه پوستر به دیوارای بیمارستان یا مراکز بزنین که همچین مریضی هست. من تا حالا ندیده بودم، نخونده بودم، نشنیده بودم که همچین جایی هست. رایگان آزمایش می‌ده. اصلاً وقتی هم اومدم دفعه اول آزمایش دادم نمی دونستم رایگانه یه دفعه پرسیدم گفتن مشاوره هستش» (همسر دارای روابط متعدد، ۴۲ ساله)

کسب اطلاعات از مراکز مشاوره

با این که اغلب زنان خود را نیازمند کسب اگاهی بیشتر در زمینه ی اچ آی وی می‌دانستند، عده‌ای تغییر مسیر زندگی خود را مدیون آموزش‌های ارائه شده در مراکز گذری و مراکز مشاوره ی بیماری‌های رفتاری می‌دانستند:

«اولاً این مراکزی که زدن خانه میخک، خانه خورشید کلاسایی که برامون برقرار کردن، من اومدم آگاه شدم که چه چیزایی آدم رو مبتلا می‌کنه به اچ ای وی و هپاتیت، چه بیماری‌های پرخطر، اینا وقتی برام توضیح می‌دن، چون دوست داشتم، سلامتم برام مهم بود، الآن خیلی برام مهم شده. اولین بار خیلی نمی‌نشستم همینجوری گوش کردم. بعد با بچه‌ها صحبت کردیم، با علاقه نشستم مثل کلاسای امروز (بهداشت روان) دیدم چقدر قشنگه...» (زن صیغه‌ای، تحت برنامه ی متادون درمانی، ۲۱ ساله)

زنانی که سابقه ی زندان داشتند، آموزش‌های مؤثری در زمینه ی عفونت‌های مقاربتی و نیز مهارت‌های زندگی در زندان کسب نموده بودند، که در درک خطر و توانایی گفتمان درباره ی کاندوم به آنان کمک می‌کرد.

«جدیداً دارم این حرفا رو می‌زنم! دارم این حرکتو می‌کنم چون تو زندان یه جورایی دوره دیدیم. گفتن چجوری رفتار کنین. چجوری باشین، از چه وسیله‌ای برای محافظت خودتون استفاده کنین. چجوری بتونین با طرف مقابلتون صحبت کنین که نه ناراحت بشه، نه کینه به دل بگیره و دلخوری ایجاد بشه، که کار به جاهای باریک‌تر برسه. من از اونجا این آموزش‌ها رو دیدم، حالا اومدم بیرون، حداقل می‌دونم اگه بخوام برم جایی، ارتباط داشته باشم، حداقل اگه حرف من نشه (کاندوم) می‌تونم از خودم محافظت کنم که این ارتباط هم برقرار نشه» (تن فروش، تحت برنامه ی متادون درمانی، ۲۱ ساله)

حمایت ابزاری

تقریباً همه ی زنان در مطالعه ی حاضر به محدودیت و تنگنای مالی خود اشاره داشتند و اظهار داشتند در صورتی که ناچار به پرداخت هزینه برای مشاوره یا دریافت خدمات بودند، به احتمال زیاد مراجعه نمی‌کردند. اما ارائه ی خدمات رایگان برای پیشگیری و یا تشخیص زودرس اچ آی وی، آنان را تشویق به رفتارهای مددجویانه می‌نموده است. دسترسی آسان و رایگان کاندوم همراه با ارائه ی خدمات مشاوره‌ای و آزمایش رایگان تشخیص اچ آی وی جملگی از حمایت‌هایی بودند که مشارکت کنندگان معتقد بودند به آنان در درک بهتر خطر و کسب توانایی محافظت از خود کمک نمود. برای تعدادی از مشارکت کنندگان، تهیه یا خرید کاندوم از داروخانه‌ها سخت و خجالت آور بود. اما از آن جایی که در مراکز به صورت رایگان توزیع می‌گردید، مانعی برای دسترسی احساس نمی‌کردند.

دسترسی آسان و رایگان به مشاوره و آزمایش اچ آی وی

امکاناتی که به طور رایگان در مشاوره‌های بیماری‌های رفتاری ارائه می‌شد، منجر به افزایش اعتماد به نفس و توانایی محافظت از خود در زنان این مطالعه می‌گردید:

«یک زن در جامعه خیلی می‌تونه مشکل داشته باشه. وقتی اعتماد به نفس داشته باشه می‌تونه از خودش محافظت کنه. باید جامعه شخصیت زن رو قبول کنه. امکاناتی که به خانوما می‌دن برای یه زن خیلی مهمه، که ببینه داره پشتیبانی می‌شه. اگرچه می‌گن هر مرد موفقی پشتش یه زن هست. واقعاً خانوما احتیاج دارن. مخصوصاً از نظر روحی. همین که تماس گرفتم، وقتی که فهمیدم آزمایش اینجا رایگانه انقدر خوشحال شدم، چون در مضیغه هستم... از نظر مالی برام مهم بود. من واقعاً به مشاوره احتیاج داشتم. وقتی پشتیبانی باشه آدم اعتماد به نفس پیدا می‌کنه و امیدش بالا میره. می‌گه جامعه منو پذیرفته. لازم دارم با یکی درد دل کنم. مشاوره احتیاج دارم.پشتیبانی باید باشه تا بتونم روحمو شکوفا کنم، خودمو ببرم جلو» (زن صیغه‌ای، ۲۵ ساله)

کمک مالی برای رفع نیاز

یکی از مشارکت کنندگان به نکته ی خاصی برای پیشگیری از اچ آی وی یعنی پیشگیری مثبت اشاره می‌کرد. او معتقد بود اگر افراد مبتلا به اچ آ ی وی مورد حمایت‌ها و کمک‌های همه جانبه ی عاطفی و اقتصادی قرار گیرند، از گسترش اچ آی وی می‌توان

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.5.3.0]

جلوگیری کرد. «کمک بشه بهش، یه جوری که اون احتیاج نداشته باشه که بخواد بره با کسی هم بستر بشه پول در بیاره. هم جسمی، هم احساسی و هم اقتصادی. یه وقت می‌بینن دارن، نمی‌تونن خودشونو تو این مملکت راه ببرن احتیاج به اقتصاد پولی دارن، مجبورن برن ۱۰ تای دیگه رو هم مریض کنن. مثلاً اینا که مریضن همدیگه رو درک کنن، با هم رفت و آمد داشته باشن. همدیگه رو چی، کمبودهای همدیگه رو برآورده کنن. نذارن چی، بیشتر به جامعه کشیده بشه. به بچه‌ها شون به بقیه. اگه این چیزا فراهم باشه براشون ۱۰۰درصد نباشه، چی، اقلاً ۷۰درصد امیدشونو به دست میارن. وقتی من و شما به فکرشون نیستیم، حالا کاری ندارم ما نداریم، وقتی اونا که دارن به فکر اونا نیستن چجوری انتظار داریم اونا فکر بچه‌های ما باشن، به فکر جامعه باشن؟ اینجوری پیش بره بدتر می‌شه که بهتر نمی‌شه» (تن فروش، مصرف کننده ی مواد، ۴۳ ساله)

تقریباً همه ی مشارکت کنندگان به این نکته اشاره داشتند که برای ادامه ی تغییر وضعیت خود از مصرف مواد به پاکی، نیاز به حمایت عاطفی اطرافیان از جمله خانواده، دوست و بستگان دارند. درک حمایت با امیدواری در آنان همراه بوده است:

«فکر می‌کنم من، فقط من نه، همه معتادین به حمایت نیاز دارن. حمایت بالاترین مسئله ست . خب ولی متأسفانه اطرافیان اینو درک نمی‌کنن. اطرافیان می‌تونه از شمای مددکار که امروز منو می‌بینید باشه شاید دیگه هرگز نبینید و حتی صدامم نشنوید از طریق اون ضبط. ولی می‌تونی دورادور حمایت داشته باشید ...» (تن فروش، مصرف کننده ی مواد، ۴۹ ساله)

ایجاد اشتغال

علاوه بر حمایت‌های خاص پیشگیری از اچ آی وی، مشارکت کنندگان حمایت‌هایی را که منجر به حرفه آموزی و تولید درآمد می‌گردد، برای استقلال خود و پرهیز از تن فروشی ضروری می‌دانند: «الآن جایی که من هستم، روزی که اومدم گفتن اینجا صبحانه، نهار و شام مجانیه، خوابیدن مجانیه. خب من اگه اینا رو داشته باشم دیگه نیازی ندارم جز یه بسته سیگار. هرچی هست بگم؟اما علناً خانومایی رو می‌بینم که دزدی می‌کنن. می‌رن کار دیگه، می‌دونین که چی می‌گم، تن فروشی می‌کنن. و این اولین کاریه که خانوما می‌کنن. یعنی تن فروشی، یعنی زن معتادی بگه من تا حالا تن فروشی نکردم دروغه. مطمئن باش دروغه. چون اولین کاریه که به ذهنشون می‌رسه و پول سازترین کاره، کاری بکنن که ما رو تو اجتماع، زودتر باور کنن و بپذیرن. فقط حمایت. همونی که خدمتتون عرض کردم. اول از اجتماع کوچیک یعنی خانواده شروع می‌شه و بعد قوانین» (تن فروش، مصرف کننده ی مواد، ۴۹ ساله)

توزیع رایگان کاندوم

در دسترس نبودن کاندوم در برخی شرایط، از عوامل بازدارنده ی استفاده از کاندوم محسوب می‌شد. اما توزیع رایگان آن در مراکز گذری و مشاوره، در عده ی زیادی از زنان، موجب سهولت در استفاده از آن می‌گردید.

«الآن خانومای خوابگاه ... شما بدون داشتنِ کاندوم اونا رو نمی‌بینی، که اگه مرد بگه من کاندوم ندارم، اون بگه من دارم. آقا می‌گه گرونه نمی‌خوان بخاطر یه دونه ۲هزارتومن بدن کاندوم بخرن. من خودم تا حالا نخریدم. من به دوستام می‌گم هر جا رفتین (مراکز مشاوره و گذری) کاندوم دیدین وردارین. دزدی نیست برای سلامتیه. حالا که دارن می‌دن بهمون. من همیشه با خودم دارم.» (تن فروش، مصرف کننده ی مواد، ۴۰ ساله)

نیاز به وسیله ی پیشگیری زنانه

به دلیل برخی محدودیت‌ها که مشارکت کنندگان برای استفاده از کاندوم درک می‌کردند و در واقع آن را وسیله‌ای در دست و در اختیار مرد می‌دانستند، بعضی از آنان پیشنهاد می‌کردند بهتر بود وسیله‌ای ساخته می‌شد که زنان کنترل بیشتری برای استفاده از آن داشتند. هر چند تعداد بسیار اندکی از مشارکت کنندگان با نام کاندوم زنانه آشنا بودند، اما هیچ یک از آنان از نزدیک آن را ندیده و نحوه ی استفاده از آن را نمی‌دانستند. هنگامی که ابزاری به نام کاندوم زنانه معرفی می‌شد، با شگفتی، تمایل زیادی برای در اختیار داشتن آن اظهار می‌داشتند. یکی از زنانی که تجربه ی روابط جنسی با افراد مختلف و متعدد را در سوابق خود ذکر می‌کرد و در عین حال، دوره‌های آموزشی زیادی برای پیشگیری از اچ ای وی در مراکز گذری گذرانده بود، معتقد بود آموزش به مردان می‌تواند مفیدتر از آموزش به زنان باشد. وی به عنوان فردی که شاید بتوان گفت از بین مشارکت کنندگان بیشترین اطلاعات و آگاهی را در زمینه ی پیشگیری از اچ آی وی داشته است، با شک و تردید درباره ی کاندوم زنانه این گونه گفت: «خب اگه به مردا آموزش بدن که خیلی بهتره تا به خانوما (مکث) نمی‌دونم، این کاندومایی که برای خانوماست، تو رحم باز می‌شه می‌تونه جلوگیری کنه از ایدز؟ (با تردید)» (سابقه روابط جنسی متعدد و مصرف مواد، ۲۹ ساله)

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.5.3.0]

گاهی به نظر می‌رسید زنان برای از دست ندادن شریک جنسی و یا مشکوک نشدن همسر، تمایل چندانی به پیشنهاد کاندوم نداشتند. در این موافع پیشنهاد روش زنانه می‌کردند:

«خب وقتی ببینم داره این کارو می‌کنه، می‌گم حتماً بیرون کاری کرده. شک می‌کنم متوجه می‌شم، شوهرم داره بیرون خیانت می‌کنه. زنم همینطور. زن و مرد نداره، منتها اگه برای زن یه چیزی درست کنن زن اونجوری پیشگیری کنه بهتره تا مرد» (تن فروش، مصرف کننده ی مواد، ۴۳ ساله). حتی زنانی که همسر مشکوک به اچ آی وی مثبت داشتند، نیز چنین فشاری را احساس می‌کردند. او ناتوانی خود در این زمینه را مربوط به اغلب زنان می‌دانست و چنین گفت: «معمولاً باید چیزی باشه که خانم‌ها بتونن استفاده کنن. آقایون رو نمی‌شه مجبور کرد. خانم‌ها یا خودشون استفاده کنن، یا تعطیلش کنن. کاندوم زنانه تجربه‌اش رو ندارم، ولی فکر می‌کنم مشکلی نداشته باشه» (همسر مصرف کننده ی تزریقی مواد و مشکوک به اچ آ ی وی، ۳۷ ساله)

حمایت‌های قانونی و نظارت

نیاز به حمایت‌های قانونی و نظارت بیشتر دولت از جمله مفاهیمی بود که تعدادی از زنان مورد مطالعه برای کسب توانایی بیشتر برای رفتار محافظت کننده ی جنسی مورد تأکید قرار می‌دادند.

همچنین برخی از زنان مورد مطالعه، از ضعف قوانین حمایتی برای زنان شاکی بوده و معتقد بودند، زنان نیازمند قوانین محکم‌تر برای پشتیبانی و حمایت هستند. این محدودیت‌ها در زمینه ی طلاق، شکوفا نشدن استعدادهای زنان و نیز اشتغال و مسائل مالی زنان جامعه مطرح شد. به اعتقاد آنان عوامل مذکور در کاهش توانایی درک شده ی مشارکت کنندگان، تأثیر داشته است.

«هر موقع برای یه زن تو اجتماع ارزش قائل شدن، قانونش قانون واقعی بود، حرف یه زن واقعاً ارزش یه زن رو نشون داد. یعنی ارزیابی کردن ارزش یه زن خیلی مهمه. ما تو کل کشورمون روی قوانین زن مشکل داریم...» (تن فروش، مصرف کننده ی مواد، ۴۰ ساله)

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه ی کیفی حاضر، زنان در معرض خطر اچ آی وی انواع مختلفی از حمایت‌های اجتماعی را از منابع متعدد برای درک خطر و کسب توانایی محافظت از خود در برابر اچ آی وی، ضروری می‌دانستند. حمایت مورد اشاره در این مطالعه موارد زیر را شامل می‌شده است: حمایت ابزاری شامل حمایت مالی خانواده و دولت، فراهم کردن کاندوم رایگان و آزمایش تشخیص اچ آی وی در مراکز ارائه ی خدمات مشاوره ی بیماری‌های رفتاری، نظارت دولت بر بهداشت رفتار جنسی در خانه‌های تیمی، حمایت اطلاعاتی شامل ارائه ی آموزش و اطلاع رسانی از طریق مراکز مشاوره و رسانه‌های جمعی و حمایت عاطفی شامل حمایت از سوی خانواده، همسر/ شریک جنسی و دوستان می‌شده است. زنانی که از حمایت‌های عاطفی و مالی خانواده، همسر/ شریک جنسی برخوردار بودند و حمایت بیشتری درک می‌کردند، خود را در زمینه ی به کارگیری رفتارهای محافظت کننده، توانمندتر می‌دانستند. تعداد نسبتاً زیادی از زنان در مطالعه ی حاضر در شرایط اقتصادی و اجتماعی پایین قرار داشتند و عده ی قابل توجهی هم بی خانمان بودند. به طور کلی، بی خانمانی خطر ابتلا به اچ آی وی را افزایش می‌دهد [۲۲] و بخشی از این افزایش خطر به رفتارهای پرخطر جنسی در زنان بی خانمان مربوط می‌شده است [۲۲]. بسیاری از مشارکت کنندگان برای تأمین نیازهای اولیه ی زندگی خود به برقراری رابطه ی جنسی اقدام می‌کردند. نقش فقر و مشکلات مالی در ابتلا به اچ آی وی، در بیانات بسیاری از مشارکت کنندکان در مطالعه ی حاضر نیز مشهود بود. فقر به عنوان متغیر ی قدرتمند در گسترش اچ آی وی نقش ایفا می‌کند [۲۳، ۲۲]. در مطالعه ی گید و همکاران، حمایت اجتماعی درک شده توسط زنان اچ آی وی مثبت با استفاده از کاندوم و سایر رفتارهای سلامتی، رابطه ی مستقیم و با برچسب اچ آی وی رابطه ی منفی داشته است [۲۲]. افراد بی خانمان به دلیل وابستگی عاطفی شدید و خلأ عاطفی که در آنان وجود داشته است، برای تأمین نیاز عاطفی خود، در بسیاری از موارد به روابط جنسی پرخطر تن داده و از پیشنهاد استفاده از کاندوم امتناع می‌کردند تا به تعبیر خود با تأمین نیازهای جنسی طرف مقابل، او را برای خود نگاه دارند. در گروه‌های بی خانمان، تشکیل گروه‌های همتایان و شبکه‌های اجتماعی، می‌تواند با ایجاد حس تعلق و وابستگی عاطفی و حمایت اجتماعی، تأمین کننده ی بخشی از نیازهای عنوان شده بوده و به آنان در تصمیم گیری‌های مبتنی بر عواطف و هیجانات کمک نماید [۲۲]. در مطالعه ی لیپمن و همکاران، شرکت گروه‌های در معرض خطر در شبکه‌های اجتماعی با افزایش استفاده از کاندوم همراه بوده است [۲۲]. در مطالعه ی حاضر، در برخی از موارد، حمایت اجتماعی با ایجاد وابستگی زن به

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.5.3.0]

مرد از نظر عاطفی و مالی، تأثیر منفی بر رفتار محافظت کننده ی جنسی داشته است. به این صورت که مشارکت کنندگان، با وجود این که در بسیاری از موارد، کاندوم در اختیار داشته و حتی تمایل به استفاده از آن را هم داشتند، اما از بیم به هم خوردن رابطه و یا از دست دادن شریک جنسی، پیشنهاد و یا اصراری برای استفاده از کاندوم نداشته‌اند. همسو با یافته‌های این پژوهش، ویکز و همکاران نیز در مطالعه‌ای دریافتند، درک زنان از کمبود مرد و متکی بودن به حمایت‌های مرد، از تعادل قدرت بین زن و مرد کاسته و توانایی آنان را در محافظت از خود و استفاده از کاندوم تضعیف می‌نمود [۲۳، ۲۲]. در اینجا باید نقش مشارکت مردان در برنامه های پیشگیری از اچ آی وی [۲۴]، به ویژه حمایت عاطفی همسر برای مبتلا نشده زن مورد توجه قرار گیرد [۲۵].

مشارکت مردان در برنامه های پیشگیری از اچ ای وی / ایدز و حمایت آنان، تأثیر مثبت بر سلامت زنان داشته و نقش کلیدی در بهداشت باروری و جنسی ایفا می‌کند [۲۶]. حمایت ارائه شده در اکثر بررسی‌های انجام شده، حمایت اجتماعی عمومی بوده است، اما داربس و همکاران حمایت اجتماعی خاص ایدز را که شریک جنسی برای فرد ارائه می‌نمود، مورد بررسی قرار دادند و دریافتند، حمایت درک شده ی بیشتر در این حیطه، با استفاده بیشتری از کاندوم همراه بوده است [۲۷]. این مطالعه در گروهی از مردان همجنس باز انجام شده و مطالعه‌ای مشابه در زنان در دست نیست. نتایج مطالعه ی حاضر، تأییدی بر این یافته است که حمایت اجتماعی خاص ایدز که زنان مشارکت کننده از همسر یا شریک جنسی خود دریافت می‌کردند، در توانمندی آنان در حفاظت در برابر اچ آی وی نقش داشته است. در عین حال توجه به این نکته ضروری است که تقریباً نیمی از مشارکت کنندگان در مطالعه ی حاضر، مصرف کننده ی مواد و یا تحت برنامه ی متادون درمانی بوده‌اند که شاید به دلیل نیاز به تهیه ی مواد و یا پول برای برآورده کردن نیازهای مختلف، خود را نیازمند حمایت‌های اجتماعی زیادی دانسته، ولی در عین حال، به رغم رفتارهای پرخطر جنسی، خود را چندان در معرض خطر نمی‌دانسته‌اند. لونا معتقد است، گروه‌های آسیب پذیر و به حاشیه رانده شده کنترل کافی بر امور زندگی خود ندارند و حتی نیاز های فراوانی برای بقا احساس می‌کنند که ممکن است، درک خطر اچ آی وی/ ایدز را برای آنان کمرنگ و سطحی بنمایاند [۲۸]. داشتن شغل و منبع درآمد برای کسب توانایی و داشتن اعتماد به نفس برای محافظت از خود، یکی از مفاهیمی بود که در این مطالعه بدان اشاره شد. در این راستا، دورکین و همکاران به توانمند سازی اقتصادی زنان و آموزش مهارت‌های زندگی در کنار سایر عوامل، به عنوان سیاست‌های مهم و مؤثر پیشگیری از اچ آی وی در منطقه ی خاورمیانه و شمال آفریقا تأکید می‌کنند [۲۹]. با توجه به تأثیر افزایش قدرت مالی زنان در ارتقای کنترل بر رفتارهای پیشگیری آنان (ارهارت و همکاران)، تلاش‌ها برای بهبود وضعیت اجتماعی ـ اقتصادی زنان و ایجاد بستر و زمینه‌های اشتغال، برای افزایش توانایی زنان در معرض خطر، در محافظت در برابر اچ آی وی ضروری است.

حمایت اجتماعی از گروه‌های در معرض خطر بالا مانند تن فروشان و مشتریان آنان تأثیر مهمی در موفقیت برنامه‌های پیشگیری و استفاده از کاندوم داشته است [۳۱، ۳۰]. چارانیا و همکاران[۳۲] در یک مطالعه ی فراتحلیل به اثر بخشی مداخلاتی که با فراهم سازی و تسهیل در دسترسی به کاندوم همراه بوده، اشاره و تأکید کردند مداخلاتی که نظام اجتماعی و ساختاری جامعه‌ای را که افراد و گروه‌ها در آن زندگی می‌کنند، در نظر داشته باشند، با موفقیت بیشتری در اجرای برنامه‌های پیشگیری از اچ آی وی همراه هستند. در مطالعه ی تیلور ـ سیهافر و همکاران، حمایت درک شده در جوانان بی خانمان، با استفاده از کاندوم، رابطه ی مستقیم داشته است [۱۷].

از آن جا که راه اصلی ابتلای زنان به اچ آی وی/ ایدز در کشور، انتقال جنسی است، توجه ویژه به عوامل تقویت کننده ی توانایی زنان در استفاده از کاندوم، برای محافظت در برابر اچ آی وی از اهمیت خاصی برخوردار است. یکی از انواع حمایت‌های مورد انتظار زنان مشارکت کننده در این مطالعه، روشی زنانه و یا تحت کنترل زن برای پیشگیری از اچ آی وی مطرح شده است. مشارکت کنندگان، شرایط مختلف پیش روی خود را هنگام مواجهه با مخالفت مرد برای استفاده از کاندوم مرور کرده و سپس پیشنهاد وسیله‌ای را می‌دادند که در دست زن و یا تحت کنترل زن باشد. از آن جایی که کاندوم‌های زنانه به عنوان وسیله‌ای مؤثر در پیشگیری از انتقال جنسی اچ آی وی مطرح هستند [۳۳، ۲۳]، می‌تواند در سیاست‌های بهداشتی مورد توجه مسئولان باشد تا وسیله‌ای در دست زنانی باشد که قدرت کمتری برای گفتمان درباره ی استفاده از کاندوم دارند. مشارکت کنندگان زیادی در این مطالعه، آگاهی خود و به طور کلی جامعه را درباره ی اچ آی وی/ ایدز، ناکافی ارزیابی کردند و معتقد بودند رسانه‌ها، آموزش و پرورش و مراکز

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.5.3.0]

بهداشتی، می‌توانند حمایت اطلاعاتی مناسبی در این زمینه ارائه نمایند. از این رو، به نظر می‌رسد، باید سیاست گذاری‌ها در زمینه ی ارتقای آگاهی جامعه درباره ی اچ آی وی، راه‌های انتقال و پیشگیری از آن و درک بهتر خطر تقویت گردد.

سهم نویسندگان

فهیمه رمضانی تهرانی: راهنمایی و نظارت بر اجرای طرح، نویسنده مسئول، مرور پیش نویس مقاله و انجام ویرایش

فریده یغمایی: مشاور اجرایی طرح، مرور پیش نویس مقاله

راضیه لطفی: طراحی، اجرا، نمونه گیری و تهیه مقاله

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از مشارکت و همکاری کلیه ی افرادی که انجام این پژوهش را امکان پذیر نمودند، سپاسگزاری می‌نمایند. مطالعه ی حاضر بخشی از پایان نامه ی دکتری بهداشت باروری در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است.

منابع

1. Iran Ministry of Health and Medical Education, National AIDS Committee Secretariat. Islamic Republic of Iran Report on United Nations General Assembly Special Session(UNGASS) Declaration of Commitment on HIV/AIDS, 2010 [Persian]

2. Wyatt G.E. Enhancing cultural and contextual intervention strategies to reduce HIV/AIDS among African Americans. American Journal of Public Health 2009; 99: 1941-5

3. Abreu S, Sala AC, Candelaria EM, Norman LR. Understanding the barriers that reduce the effectiveness of HIV/AIDS prevention strategies for Puerto Rican women living in low-income households in Ponce, PR: a qualitative study. Journal of Immigrant Minor Health 2010; 12: 83-92

4. Dworkin SL, Ehrhardt AA. Going beyond "ABC" to include "GEM": critical reflections on progress in the HIV/AIDS epidemic. American Journal of Public Health 2007; 97: 13-8

5. NAIDS and WHO. AIDS epidemic update. December.2009 Available at: <http://www.data.unaids.org/pub/report/2009_epidemic_update_en.pdf.>

6. World Health Organization. Department of Gender and Women's Health, Integrating gender into HIV/AIDS programs in the health sector Tool to improve responsiveness to women's needs. 2009; Available at: http:// www.who.int/gender/documents/20090731_gender_hiv_flyer_en.pdf

7. Gupta GR, Parkhurst JO, Ogden JA, Aggleton P, Mahal A. Structural approaches to HIV prevention. Lancet 2008; 372: 764-75

8. Crepaz N, Marshall KJ, Aupont LW, Jacobs ED, Mizuno Y, Kay LS, et al. The efficacy of HIV/STI behavioral interventions for African American females in the United States: a meta-analysis. American Journal of Public Health 2009; 99: 2069-78

9. El-Bassel N, Schilling RF. Social support and sexual risk taking among women on methadone. AIDS Education and Prevention 1994; 6: 506-13

10. Cohen S, Janicki-Deverts D. Can we improve our physical health by altering our social networks? Perspective on Psychological Science 2009; 4: 375-8

11. Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, Strauman TJ, Robins C, Sherwood A. Social support and coronary heart disease: epidemiologic evidence and implications for treatment. Psychosomatic Medicine 2005; 67: 869-78

12. Gidron Y, Ronson A. Psychosocial factors, biological mediators, and cancer prognosis: a new look at an old story. Current Opinion in Oncology 2008; 20: 386-92

13. Lee M, Rotheram-Borus MJ. Challenges associated with increased survival among parents living with HIV. American Journal of Public Health 2001; 91: 1303-9

14. Cohen S. Social relationships and health. The American Psychologist 2004; 59: 676-84

15. Kurdek LA, Schmitt JP. Perceived emotional support from family and friends in members of homosexual, married, and heterosexual cohabiting couples. Journal of Homosexuality 1987; 14: 57-68

16. Dandona R, Dandona L, Gutierrez JP, Kumar AG, McPherson S, Samuels F, et al. High risk of HIV in non-brothel based female sex workers in India. BMC Public Health 2005; 5: 87

17. Taylor-Seehafer M, Johnson R, Rew L, Fouladi RT, Land L, Abel E. Attachment and sexual health behaviors in homeless youth. Journal for Specialist in Pediatric Nursing 2007; 12: 37-48

18. Bachanas PJ, Morris MK, Lewis-Gess JK, Sarett-Cuasay EJ, Sirl K, Ries JK, et al. Predictors of risky

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.5.3.0]

sexual behavior in African American adolescent girls: implications for prevention interventions. Journal of Pediatric Psychology 2002; 27: 519-30
19. Darbes LA, Lewis MA. HIV-specific social support predicts less sexual risk behavior in gay male couples. Health Psychology 2005; 24: 617-22
20. Lincoln Y, and Guba E. Naturalistic Inquiry. 1 st Edition, Sage publication: Newbury Park, CA, 1985
21. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. 2nd Edition, Sage Publications: Thousand Oaks, CA, 1998
22. Razani N, Mohraz M, Kheirandish P. HIV risk behavior among injection drug users in Tehran, Iran. Addiction 2007; 102: 1472-82
23. Ryan GW, Stern SA, Hilton L, Tucker JS, Kennedy DP, Golinelli D, et al. When, where, why and with whom homeless women engage in risky sexual behaviors: a framework for understanding complex and varied decision-making processes. Sex Roles 2009; 61: 536-53
24. Nattrass N. Poverty, sex and HIV. AIDS and Behavior 2009; 13: 833-40
25. Parkhurst JO. Understanding the correlations between wealth, poverty and human immunodeficiency virus infection in African countries. Bulletin of World Health Organization 2010; 88: 519-26
26. Gaede BM, Majeke SJ, Modeste RR, Naidoo JR, Titus MJ, Uys LR. Social support and health behavior in women living with HIV in KwaZulu-Natal. SAHARA Journal 2006; 3: 362-8
27. Rice E. The positive role of social networks and social networking technology in the condom-using behaviors of homeless young people. Public Health Reports 2010; 125: 588-95
28. Lippman SA, Donini A, Diaz J, Chinaglia M, Reingold A, Kerrigan D. Social-environmental factors and protective sexual behavior among sex workers: the Encounters intervention in Brazil. American Journal of Public Health 2010; 100: S216-S223
29. Weeks MR. AIDS's prevention for African-American and Latina women: building culturally and gender-appropriate intervention. AIDS Education and Prevention 1995; 7: 251-64
30. Mallory C, Harris G, Stampley C. Midlife African-American women's protective and risky practices related to HIV. Journal of Advanced Nursing 2009; 65: 1248-58
31. El-Bassel N, Caldeira NA, Ruglass LM, Gilbert L. Addressing the unique needs of African American women in HIV prevention. American Journal of Public Health 2009; 99: 996-1001
32. Kalichman SC, Rompa D, Luke W, Austin J. HIV transmission risk behaviors among HIV-positive persons in serodiscordant relationships. International Journal STD AIDS 2002; 13: 677-82
33. Montgomery ET, van der Straten A, Chidanyika A, Chipato T, Jaffar S, Padian N. The importance of male partner involvement for women's acceptability and adherence to female-initiated HIV prevention methods in Zimbabwe. AIDS and Behavior 2011; 15: 959-69
34. Darbes LA, Chakravarty D, Beougher SC, Neilands TB, Hoff CC. Partner-Provided social support influences choice of risk reduction strategies in gay male couples. AIDS and Behavior 2012; 16: 159-67
35. Luna GC. Street youth: adaptation and survival in the AIDS decade. Journal of Adolescent Health 1991; 12: 511-4
36. Dworkin SL, Kambou SD, Sutherland C, Moalla K, Kapoor A. Gendered empowerment and HIV prevention: policy and programmatic pathways to success in the MENA region. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome 2009; 51: S111-8
37. UNAIDS. Evaluation of the 100% condom program in Thailand (2000) Available at http://www.data.unaids.org/publications/IRC/-pub01/jc275-100pcondom_en.pdf
38. Lyles CM, Kay LS, Crepaz N, Herbst JH, Passin WF, Kim AS, et al. Best-evidence interventions: findings from a systematic review of HIV behavioral interventions for US populations at high risk, 2000-2004. American Journal of Public Health 2007; 97: 133-43
39. Charania MR, Crepaz N, Guenther-Gray C, Henny K, Liau A, Willis LA, et al. Efficacy of structural-level condom distribution interventions: a meta-analysis of U.S. and international studies, 1998-2007. AIDS and Behavior 2011; 15: 1283-97
40. Miller S, Exner TM, Williams SP, Ehrhardt AA. A gender-specific intervention for at-risk women in the USA. AIDS Care 2000; 12: 603-12

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.5.3.0]

ABSTRACT

Social support and HIV prevention among women "at risk": a qualitative study

Razieh Lotfi[1], Fahimeh Ramezani Tehrani[*2], Farideh Yaghmaei[3]

1. Reproductive Health Department, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Reproductive Endocrinology Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Health Department, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Payesh 2013; 12: 467-478
Accepted for publication: 19 June 2012
[EPub a head of print-17 August 2013]

Objective (s): HIV/AIDS transmission via sexual intercourse among women is increasing and becoming as a serious concern. Studies suggest that social support might play a role in preventing HIV related sexual behaviors. We aimed to explore the perceptions and experiences of women at risk for HIV about social support.
Methods: A grounded theory methods was used for analyzing the participants' experiences and their perceptions. Twenty eight semi structured in-depth interviews were conducted with 25 women at risk of HIV/AIDS, aged 21-49 years, by purposeful sampling at voluntary counseling and testing centers or a NGO Drop in Centers (DIC) in Tehran, Iran. Qualitative analysis of the data was conducted manually and was guided by constant comparative analysis.
Results: Results showed that social support was the essential concept for the women in term of their ability to protect themselves against HIV/AIDS. Love and family support, employment, finantial support and informational needs appeard as some components of social support.
Conclusion: This qualitative study demonstrated the importance of considering social support from different sources for women at risk of HIV.
Key Words: HIV/AIDS, Women, Qualitative study, Social support, Sexual protective behavior

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.5.3.0]

[*] Corresponding author: Reproductive Endocrinology Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
E-mail: ramezani@endocrine.ac.ir