دیدگاه افراد مبتلا به اچ آی وی/ ایدز در مورد موانع استفاده از کاندوم: پژوهشی کیفی

حمیرا فلاحی[1]، صدیقه سادات طوافیان[*2]، فریده یغمایی[3]، ابراهیم حاجی‌زاده[4]

۱. گروه بهداشت باروری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۲. گروه آموزش بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس
۳. گروه بهداشت، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۴. گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

فصلنامه پایش
سال یازدهم شماره ششم آذر ـ دی ۱۳۹۱ صص ۸۴۰-۸۳۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۳/۳۱
[نشر الکترونیک پیش از انتشار– ۱۱ مهر ۹۱]

چکیده

تداوم رفتارهای محافظت نشده جنسی می‌تواند نقش قابل ملاحظه‌ای در انتقال ویروس بیماری ایدز توسط افراد مبتلا داشته باشد. شناسایی موانع اتخاذ رفتار محافظت‌کننده جنسی باعث بهبود برنامه‌ریزی برای ارتقای استفاده از کاندوم خواهد شد. مطالعه حاضر با هدف بررسی دیدگاه بیماران در خصوص موانع فوق، به صورت کیفی انجام شده است. در این مطالعه با ۳۴ نفر مصاحبه نیمه ساختار یافته عمیق شد. که ۲۶ نفر آنها مبتلا به اچ آی وی/ ایدز بودند. ۲۲ نفر از بیماران را مردان با میانگین سنی ۳۷/۵ و انحراف معیار۷/۱۳ سال ۴ نفر از بیماران زن با میانگین سنی ۳۴ و انحراف معیار۳/۰۴ سال تشکیل دادند. همچنین با ۵ نفر از پرسنل کلینیک‌های مشاوره و ۳ زن سالم که همسر مبتلا داشتند نیز مصاحبه صورت گرفت. اکثریت افراد کاهش لذت جنسی را مهم‌ترین عامل عدم استفاده از کاندوم می‌دانستند و در درجه بعدی به عواملی نظیر احساس خجالت برای تهیه کاندوم و در دسترس نبودن آن اشاره داشتند. ۹ درصد از مردان به دلیل کاهش لذت جنسی، در آخرین ارتباط خود از کاندوم استفاده نکردند. نتایج بدست آمده ضرورت انجام مشاوره‌های متعدد با افراد مبتلا و سایر گروه‌های با رفتار پرخطر را نشان می‌دهد. بدین منظور به نظر می‌رسد بایستی به این افراد یادآوری گردد که استفاده از کاندوم در مقابل کاهش لذت منافع بیشتری برای آنان دارد. مداخلاتی که با هدف تغییر نگرش به کاندوم صورت گیرد ممکن است بر روی رفتار استفاده از کاندوم در گروه‌های با رفتارهای پرخطر جنسی تأثیر بگذارد.

کلیدواژه: اچ آی وی/ ایدز، کاندوم، مطالعه کیفی، موانع

[*] نویسنده پاسخگو: تهران، تقاطع بزرگراه چمران و جلال آل احمد، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده پزشکی، گروه آموزش بهداشت
تلفن: ۲۲۴۳۲۵۰۰
پست الکترونیکی: tavafian@modares.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.8.0]

مقدمه

از شروع همه‌گیری ایدز در سال ۱۹۸۱ میلادی تاکنون، تقریبا ۶۰ میلیون نفر در جهان آلوده به اچ آی وی شده و ۲۵ میلیون نفر از علل وابسته به ایدز فوت کردند[۱]. پیشرفت‌های درمانی باعث بهبود وضع سلامت مبتلایان به اچ آی وی ـ ایدز و افزایش طول عمر آنها شده است. لذا بیماران ممکن است در معرض رفتارهای پرخطر و محافظت نشده جنسی قرار گیرند. این امر می‌تواند ضمن انتقال بیماری به دیگران، به علت ابتلای آنها به گونه‌های دیگر ویروس اچ آی وی و سایر بیماری‌های آمیزشی، بیماران را در معرض آسیب پذیری بیشتر قرار دهد. به همین دلیل کنترل رفتارهای پرخطر در مبتلایان به بیماری ضرورت دارد و به عنوان یک چالش برای پیشگیری از اچ آی وی مطرح است[۵-۲]. درحال حاضر میزان شیوع ایدز در ایران از مرحله با شیوع محدود به مرحله شیوع متمرکز رسیده است. بر اساس مطالعات سازمان بهداشت جهانی، برآورد می‌شود که شمار مبتلایان به اچ آی وی ـ ایدز در ایران ۸۰۰۰۰ نفر باشند. هر چند درصد انتقال از راه جنسی در موارد شناسایی شده طی چند سال گذشته بطور نسبی ثابت مانده، ولی عدد مطلق آن بطور مداوم افزایش یافته‌است. همچنین درصد راه انتقال ناشناخته، نیز در موارد شناسایی شده در چند سال گذشته رو به افزایش است که حداقل بخشی از آن، به علت افزایش موارد انتقال جنسی بوده که به علت انگ ناشی از بیماری، عملاً ناشناخته مانده‌است. به نظر می‌رسد الگوی انتقال بیماری در کشور از اعتیاد تزریقی به سمت تماس جنسی در حال تغییر است. در مطالعات انجام شده در ایران، میزان استفاده از کاندوم در بین گروه‌های پرخطر متفاوت است. در بررسی انجام شده در سال ۱۳۸۶ در سطح کشور، از میان ۲۰۶۳ مصرف‌کننده تزریقی مواد مخدر،۷۶/۶ درصد آنها در یک سال قبل رابطه جنسی داشته‌اند که میزان استفاده از کاندوم در آخرین رابطه جنسی در آنها در مردان زیر ۲۵ سال ۳۴/۵ درصد و در مردان بالای ۲۵ سال ۳۲/۶ درصد بوده است. درصد استفاده از کاندوم در زنان تن فروش زیر ۲۵ سال ۵۹ درصد و در زنان بالای ۲۵ سال ۵۲ درصد بوده است[۶]. در مطالعه زرگوشی در کرمانشاه ۸۹ درصد تماس‌های جنسی با زنان تن‌فروش محافظت نشده بوده است[۷]. در مطالعه زمانی و همکاران که در مردان با اعتیاد تزریقی انجام شده است، میزان استفاده همیشگی آنها از کاندوم ۵۳ درصد و در آخرین ارتباط جنسی‌شان ۳۷ درصدگزارش گردیده است[۸]. در مطالعه تهرانی و ملک افضلی میزان استفاده از کاندوم در رانندگان کامیونی که از نظر جنسی فعال بودند ۶۴/۸ درصد و در زنان تن‌فروش ۵۲ درصد بوده است[۹]. با توجه به مطلوب نبودن درصد استفاده از کاندوم در کشور، دانستن علل موانع رفتارهای ایمن جنسی در گروه‌های با رفتارهای پرخطر جنسی می‌تواند به برنامه‌ریزی برای اقدامات مداخله‌ای و جلوگیری از انتشار بیماری کمک کند[۱۰]. تحقیق کیفی رویکردی علمی است که به درک باور انسان‌ها کمک می‌کند و مراحل بروز یک رفتار را در زندگی روزمره آنان شناسایی می‌کند. مزیت استفاده از روش‌های کیفی این است که به خاطر اهمیت دادن به دیدگاه‌های افراد شرکت‌کننده، محققان می‌کوشند تا از طریق مصاحبه در متن زندگی واقعی افراد قرار گیرند؛ لذا مصاحبه ظرفیت توضیح، توصیف و کشف موضوعات را از دید شرکت‌کنندگان دارد[۱۱،۱۲]. تاکنون در کشور تحقیقات اندکی بر روی دیدگاه‌های مبتلایان به اچ آی وی ایدز در خصوص استفاده از کاندوم صورت گرفته است. از آنجا که نقش فرهنگ در ایجاد این ادراکات بارز است[۱۳،۱۴]، علل موانع مطرح شده برای عدم استفاده از کاندوم در جوامع مختلف می‌تواند متفاوت باشد. الگوی باور بهداشتی، یکی از الگوهای مورد استفاده برای انجام مداخلات، به منظور کاهش رفتارهای جنسی پرخطر است[۱۷-۱۵]. مطالعه حاضر با رویکردی کیفی به بررسی دیدگاه افراد مبتلا به اچ آی وی ـ ایدز در خصوص موانع عدم استفاده از کاندوم بر اساس الگوی باور بهداشتی انجام شده است، که می‌توان از نتایج آن، برای مداخلات مناسب جهت ارتقای رفتار محافظت‌کننده جنسی در این گروه از افراد استفاده نمود.

مواد و روش کار

در این مطالعه به منظور تعیین دیدگاه افراد آلوده ویروس اچ ای وی ایدز در خصوص موانع استفاده از کاندوم، از مطالعه کیفی استفاده شده است. پژوهش به مدت ۹ ماه، از فروردین ۱۳۸۹ تا آذر ۱۳۸۹ در سه کلینیک مشاوره بیماری‌های رفتاری صورت گرفت. دو کلینیک وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (کلینیک های والفجر و ۱۲ فروردین) و یک کلینیک وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران (کلینیک مشاوره بیمارستان امام خمینی) بود. نمونه مورد پژوهش بیماران اچ آی وی/ ایدز بودند. با توجه به وجود محدودیت در دسترسی و بررسی نمونه پژوهش، از روش نمونه‌گیری ساده و از افراد آلوده اچ آی وی/ ایدز مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره فوق استفاده شد ولی در نهایت به صورت نمونه‌گیری مبتنی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.8.0]

بر هدف (نمونه‌گیری با حداکثر تنوع) ادامه یافت و افـرادی انتخـاب شدند که دارای دیدگاه‌های متفاوتی در باره موضوع پـژوهش بودنـد. سعی شد تا حد امکان مشارکت‌کنندگان بـا بیشـترین تنـوع از نظـر سن، تأهل و تحصیلات و اشتغال باشند. مصاحبه‌ها تا مرحله اشـباع داده‌ها ادامه یافت. سؤالات مصاحبه، نیمه ساختار یافته و عمیق بـود که به صورت باز پرسیده شد. با کسب اجازه قبلی از بیماران بعـد از یادداشت برداری مشخصات جمعیت شناسی و شماره پرونـده آنـان، اقدام به ضبط مصاحبه با استفاده از دستگاه ضبط صوت شـد. کلیـه مصاحبه‌ها در اولین فرصت ممکن کلمه به کلمه نوشته و تایپ شـد. در این مرحله تحلیل داده‌ها بر اساس تحلیل محتوا صـورت گرفـت. به این ترتیب که ابتدا با چندین بـار مـرور مـتن مصـاحبه، آشـنایی کامل با محتوا پیدا کرده، سپس کدها استخراج و دسته‌بندی شده و تم‌های اصلی مشخص گردید. پس از کدبندی هر مصاحبه، مصاحبه بعدی انجام شد. بـرای تأییـد بیشـتر مقبولیـت یـا قابلیـت پـذیرش یافته‌ها تعدادی از مصاحبه‌های کدبندی شده به مشارکت‌کننـده‌هـا عودت داده شد. تا بازنگری مشارکت‌کنندگان انجام گیرد و مشـخص شود که تفسیر نتایج، مشابه نظر آنها بوده است. همچنین درگیـری طولانی مدت پژوهشگر با مشارکت‌کنندگان و تخصیص زمان کـافی از موارد دیگر برای تأیید مقبولیت بود. همچنین بازنگری ناظرین بـا استفاده از نظرات تکمیلی همکاران بـه صـورت کدگـذاری جداگانـه مصاحبه ها توسط همکاران صورت پذیرفت. در ایـن تحقیـق تـلاش شد تا با مثلث سازی به صورت تلفیق روش‌هـای گـردآوری داده‌هـا (مصاحبه با بیماران و بررسـی پرونـده آنـان)، تلفیـق منـابع داده‌هـا (مصاحبه با مردان و زنـان بیمـار، کـادر درمـانی، زنـان سـالمی کـه همسران بیمار دارند)، انتخاب مشـارکت‌کننـدگان از کلینیـک‌هـای مشاوره بیماری‌های رفتاری متفاوت و حداکثر تنوع نمونـه (انتخـاب کارکنان درمانی از گـروه‌هـای شـغلی متفـاوت، انتخـاب بیمـاران از گروه‌هـای سـنی مختلـف) مقبولیـت داده‌هـا بیشـتر شـود. قابلیـت همسانی یافته‌ها با روش بازنگری خارجی مورد بررسی قـرار گرفـت. به منظـور بررسـی تنـاقض در کدگـذاری، مـتن چنـد مصـاحبه بـه پژوهشگری دیگر داده شده تا به صورت مستقل کد گـذاری صـورت گیرد. به منظور تایید پذیری یافته‌ها مـوارد متضـاد بررسـی شـد تـا دلیل تناقض در یافته‌ها مشخص گردد. همچنین از نظرات محققـان تحقیق کیفی استفاده شد. برای تأیید قابلیت انتقـال جزئیـات روش تحقیق شرح داده شد. ملاحظات اخلاقی پژوهش به شرح زیر رعایت شد: الف)کسب معرفی‌نامه و طی مراحل قانونی از طریق اخذ مجـوز از معاونت‌های بهداشتی دانشگاه علوم پزشـکی و خـدمات بهداشـتی درمانی تهران و شهید بهشتی برای آغـاز بـه کـار در کلینیـک‌هـای مشاوره بیماری‌های رفتاری تحت پوشش ب) کسب رضایت شـفاهی و آگاهانه برای شرکت در فرآیند پژوهش (بیان اهداف مطالعه، روش جمع‌آوری داده‌ها، کسب اجازه برای ضـبط داده‌هـا، پاسـخگویی بـه سؤالات آنها) ج) محرمانه نگه داشتن اطلاعات افـراد شـرکت‌کننـده (حذف مشخصات فردی بیماران از متن تایپ شـده مصـاحبه‌هـا) د) داشتن حق کناره‌گیری مشارکت‌کنندگان از پـژوهش در هـر زمـان دلخواه. در این مطالعه مجموعاً با ۳۴ نفر مصاحبه نیمه ساختاریافته عمیق صورت گرفت. ۲۲ نفر از مصاحبه شوندگان را مردان و ۴ نفـر را از زنان مبتلا به اچ ای وی ـ ایدز تشکیل دادند. همچنین با ۳ نفر زن اچ آی وی منفی که همسران مبتلا داشتند مصاحبه شد که آنها نظرات همسرانشان را در خصوص استفاده از کاندوم مطـرح کردنـد. به منظور دستیابی به طیف بیشتری از نظرات با ۵ نفـر از کارکنـان شاغل در کلینیک‌های مشاوره بیماری‌های رفتاری (شـامل پزشـک، روانشناس، مددکار اجتماعی ومشاور) نیز مصاحبه انجام شد که آنها دیـدگاه و باورهـای بیمـاران خـود را عنـوان کردنـد. در ۴ مـورد، مصاحبه‌ها در دو نوبت صورت گرفت. طول مدت هر مصاحبه بسـته به روند مصاحبه از ۴۱ تا ۹۰ دقیقه متغیر بـوده اسـت. مصـاحبه در اتاقی جداگانه بـدون حضـور کارکنـان و بـدون امکـان تـردد سـایر بیماران صورت گرفت.

یافته‌ها

از ۳۴ مصاحبه انجام شده ۲۶ مصاحبه بـا بیمـاران مبـتلا بـه اچ آی وی صورت گرفته که ۲۲ نفر آنها مرد و ۴ نفر زن بودند. مشخصـات جمعیت شناختی و رفتاری بیمـاران در جـدول شـماره ۱ مشـاهده می‌شود. در پاسخ به این سوال که چه عواملی مانع استفاده افـراد از کاندوم می‌شود و آیا این موانع برای شما هم مطـرح اسـت؟ دیـدگاه افراد مورد مصاحبه در خصوص موانعی که برای اسـتفاده از کانـدوم وجود دارد مورد بررسی قرار گرفت. افـراد مـورد مصـاحبه طیفـی از عوامل را به عنوان موانع استفاده از کاندوم عنوان کردند کـه عبـارت بودند از:۱- کاهش لذت جنسـی بـا اسـتفاده از کانـدوم۲- احسـاس خجالت برای تهیه کاندوم۳- در دسـترس نبـودن کانـدوم در زمـان برقراری ارتباط جنسی۴- تمایل به داشتن فرزنـد ۵- خـوب نبـودن کیفیت و جـنس کانـدوم‌هـای موجـود۶- قیمـت بـالای کانـدوم در داروخانه ۷- احتمال خروج یا پاره‌شـدن کانـدوم در جریـان ارتبـاط

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.8.0]

جنسی ۸- ایجاد تحریک پوستی و خارش با استفاده از کاندوم ۹- سخت بودن و احساس تنبلی برای استفاده از کاندوم ۱۰- احساس جسم اضافی و ایجاد محدودیت در هنگام برقراری ارتباط ۱۱- ایجاد آسیب روحی متعاقب استفاده از کاندوم۱۲- عدم ضرورت استفاده از کاندوم به دلیل مبتلا بودن شریک جنسی به اچ آی وی. اکثریت بیماران مرد و زن‌های مبتلا، همه کادر درمانی و حتی همسران مردان مبتلا، کاهش لذت جنسی با استفاده از کاندوم را برای عدم استفاده از آن عنوان کردند و از دید همه افراد مصاحبه شده مهم‌ترین دلیل برای عدم استفاده از کاندوم در مردان کاهش لذت جنسی با استفاده کاندوم در آنها می‌باشد. یکی از زنان مبتلا به بیماری نظر همسرش را این طور بیان کرد که: «(شوهرم) تفکرش این بود که وقتی یه شیء خارجی باشه لذتش مثل حالت طبیعی نیست» (زن ۳۸ ساله بیمار، بیوه).

یک چهارم از مردان بیمار(بعضی از مردان بیمار)، همه کادر درمانی و نیمی از زنان مبتلا یکی دیگر از دلایل عدم استفاده مردان از کاندوم را، مسئله خجالت برای تهیه کاندوم از داروخانه مطرح کردند. از دید آنها زن بودن فروشنده لوازم بهداشتی در داروخانه باعث خجالت آنها برای درخواست کاندوم می‌شود.

«من اگر یه موقع بخوام (کاندوم) بخرم، توی یه داروخونه می‌رم، اون قدر این پا اون پا می‌کنم که خانوم فروشنده بره کنار، یه آقا بیاد روبروی من که راحت بتونم بخرم. اگه یه جوری بشه که راحت تر تهیه کنند، استفاده می‌کنند. دوست‌های راننده‌ام هستند که متأهلند که سن و سال شون از من خیلی بالاتره. یه موقع‌هایی بر می‌گردن می‌گند برو برای ما تهیه کن، روش نمی‌شه، معذبه» (مرد ۳۴ ساله بیمار و مجرد).

مسئله عدم انطباق جنسیت بین خریدار و فروشنده لوازم بهداشتی در داروخانه‌ها حتی از دید زنان نیز عنوان شده است.

«گاهی می‌رفتم داروخانه که کاندوم تهیه کنم، وقتی می‌دیدم آقا هست می‌رفتم وای می‌ستادم. آقا می‌گفت چه می‌خوای. می‌گفتم من با فروشنده خانوم کار دارم» (زن بیمار ۳۳ ساله، مطلقه)

یک چهارم مردان بیمار(بعضی از مردان بیمار) و یک نفر از کادر درمانی مسئله دسترسی نداشتن به کاندوم به علت دور بودن داروخانه یا تعطیل بودن آن را به عنوان یکی دیگر از موانع استفاده از کاندوم در این افراد عنوان کردند. تمایل به حاملگی و داشتن فرزند فقط از سوی دو نفر از زنان بیمار و یکی از زنانی که همسرش بیمار است عنوان شده است.

«الان می‌گم فقط ۲-۱ آرزو دارم. دیگه مشکلی ندارم. آرزو دارم یه بچه دیگه داشته باشم. دیگه آرزویی ندارم. تا ۸-۷ سالگی بچه‌ام رو ببینم خودم دو سال مدرسه ببرمش بیارمش. بعد بمیرم مسئله‌ای نیست» (زن ۳۳ ساله بیمار، مطلقه).

مسئله تمایل به داشتن فرزند حتی از سوی مردانی که بیمار هستند ولی همسران سالم دارند نیز عنوان شده است: «مادر خانومم نمی‌دونه من مریضم. زنگ زده به خانومم که من سیسمونی برات خریدم یا مثلاً اونها که بعد از ما عروسی کردند بچه‌دار شدند. می‌خوام بهشون بگم ایدز دارم. مشکل اصلی ما، الان بچه‌دار شدنه، که زنم مایله بچه‌دار بشیم ولی شرایطش نیست» (مرد بیمار ۳۱ ساله، متأهل).

بعضی از مردان معتقد بودند که در ارتباط جنسی با فرد مبتلا به بیماری ایدز نیازی به استفاده از کاندوم نیست و مبتلا بودن شریک جنسی را عاملی می‌دانستند تا آنها از کاندوم استفاده نکنند: «اگر طرف مثبت باشه نمی‌دونم. فکر می‌کنم ضرورتی نداره (از کاندوم) استفاده کنم» (مرد بیمار۳۶ ساله، مجرد).

دو نفر از مردان مبتلا به بیماری، کاندوم را جسمی اضافی می دانستند.

یک چیز اضافه بر سازمانه (کاندوم)، که هم از نظر روحی به آدم خسارت می‌زنه و هم از نظر فیزیکی (مرد بیمار ۵۱ ساله، متأهل).

قیمت کاندوم و هزینه پرداختی برای خرید آن نیز توسط دو نفر از مردا مبتلا عنوان شده است: «یک بسته کاندوم گرفتن، شده جزئی از هزینه‌های من، زندگی سخت شده وقتی هفته‌ای، ده روزی، ۳۵۰۰ تومان بخوام برای کاندوم بدم، شاید الان توانش را داشته باشم، ممکنه این هم یک عامل باشه. من کسانی را می‌بینم که براشون مشکله که هفته‌ای ۳۵۰۰ تومان بدند» (مرد بیمار ۵۱ ساله، متأهل).

دو نفر از مردان بیمار خروج و پارگی کاندوم را به عنوان مانعی برای استفاده از کاندوم عنوان کردند: «من می‌گم شاید یه وقت دراومد (کاندوم)، ولی ما هم فکر کردیم هستش ..... من وقتی اینو می‌دونم استفاده نمی‌کنم، جلوی خودم را می‌گیرم و بیشتر رعایت می‌کنم» (مرد بیمار۴۴ ساله، متأهل).

یکی از آقایان مبتلا مسئله تنبلی در استفاده از کاندوم را به عنوان یکی از دلایل عدم استفاده از کاندوم عنوان کرده است: «من هنوز هم احتمال داره که تنبیلی تو وجودم باشه (برای استفاده از کاندوم)، البته خیلی تغییر کردم» (مرد بیمار۴۷ ساله، مطلقه). یکی از مردان بیمار، کیفیت کاندوم‌های تولید داخل کشور را مناسب

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.8.0]

نمی‌دانست. یکی از مشاورین در کلینیک مشاوره بیماری‌های رفتاری عوارض ایجاد شده پس از استفاده از کاندوم را در عدم استفاده آن مطرح کرد: «بعضی افراد می‌گند که حساسیت دارند به کاندوم. بیشتر خانوم‌ها می‌گن دچار خارش می‌شیم».

یکی از زنان بیمار شاغل در مراکز گذری نظر مردان را در خصوص عدم استفاده از کاندوم این طور بیان می‌کند: «(توی DIC) یکی می‌گفت من وقتی کاندوم استفاده می‌کنم چیزی نمی‌فهمم. یکی می‌گفت با کاندوم سوزش عجیبی پیدا می‌کنم».

جدول شماره ۱- مشخصات جمعیت شناختی و رفتاری افراد مبتلا به ویروس بیماری ایدز مورد مطالعه

	مردان= ۲۲ نفر	زنان= ۴ نفر
سن	۲۹-۱۹ سال =۳ نفر	۳۹-۳۰ سال= ۴ نفر
	۳۹- ۳۰ سال= ۱۱ نفر	حداقل سن =۳۰ سال
	۴۹-۴۰ سال= ۶ نفر	حداکثرسن=۳۸ سال
	بالای ۵۰ سال = ۲ نفر	میانگین سنی= ۳۴ سال
	حداقل سن =۲۷ سال	انحراف معیار=۳/۰۴
	حداکثر سن=۵۳ سال	
	میانگین سنی=۳۷/۵ سال	
	انحراف معیار=۷/۱۳	
تأهل	مجرد =۱۱نفر	متاهل= ۱نفر
	متاهل= ۹ نفر	مطلقه= ۱ نفر
	مطلقه = ۲ نفر	فوت همسر= ۲ نفر
اشتغال	بی کار=۸ نفر	خانه دار (بی کار)=۲ نفر
	شاغل= ۱۳ نفر	شاغل=۲ نفر
	بازنشسته= ا نفر	
مدت تشخیص بیماری	از ۴ ماه تا ۱۱ سال	از ۵ تا ۱۰ سال
	میانگین= حدود ۵ سال	میانگین= ۷،۵ سال
تحصیلات	بی سواد=۲ نفر	راهنمایی= ۲ نفر
	دبستان= ۳ نفر	دیپلم=۲ نفر
	راهنمایی= ۶ نفر	
	دبیرستانی= ۵ نفر	
	دیپلمه= ۵ نفر	
	تحصیلات دانشگاهی= ۱ نفر	
وضعیت بیماری	مرحله اچ آی وی= ۸ نفر	مرحله آلودگی اچ آی وی= ۲ نفر
	مرحله ایدز=۱۴نفر(مصرف داروی ضد رتروویروسی)	مرحله بروز ایدز=۲نفر(مصرف داروی ضد ویروس)
سابقه زندان	مثبت= ۱۹ نفر	منفی
	منفی=۳ نفر	
وضعیت تماس جنسی	آخرین تماس جنسی با کاندوم= ۱۱ نفر	آخرین تماس جنسی با کاندوم= ۱ نفر
	بدون تماس جنسی در یک سال اخیر= ۹ نفر	بدون تماس جنسی در یک سال اخیر= ۳ نفر
	آخرین تماس جنسی بدون کاندوم=۲نفر	
وضعیت فعلی اعتیاد	تحت درمان با متادون نگهدارنده= ۹ نفر	هیچ یک سابق اعتیاد به مواد مخدر نداشتند
	ترک مواد مخدر از طریق انجمن معتادان گمنام=۱۱ نفر	
	بدون سابقه اعتیاد به مواد مخدر=۲ نفر	
سابقه رفتار پرخطر	اعتیاد تزریقی= ۱۰ نفر	ارتباط جنسی با همسر مبتلا= ۴ نفر
	ارتباط جنسی محافظت نشده= ۲ نفر	
	اعتیاد تزریقی و ارتباط جنسی محافظت نشده = ۱۰ نفر	

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.8.0]

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش از ۲۲ مرد مبتلا حدود نیمی از آنها سابقه هر دو رفتار پرخطر جنسی و تزریق مشترک را عنوان می‌کنند. ۲ نفر از مردان نیز فقط سابقه رفتار محافظت نشده جنسی را داشته‌اند و از این طریق مبتلا به بیماری شده‌اند. همه زنان مبتلا نیز از طریق ارتباط جنسی محافظت نشده با همسران بیمار خود به بیماری مبتلا شده‌اند. این مسئله ضرورت استفاده از کاندوم را در افراد با رفتارهای پرخطر جنسی مورد تأکید قرار می‌دهد. از آنجا که بیش از نیمی از افراد مبتلا در این پژوهش در زمان مطالعه متأهل نبودند در صورت داشتن رفتارهای محافظت نشده جنسی می‌توانستند باعث انتقال بیماری به شریک جنسی خود شوند. در مطالعه حاضر ۹ درصد مردان مبتلا به بیماری در آخرین تماس جنسی خود از کاندوم استفاده نکردند. در منطقه خاورمیانه و شمال افریقا، در افرادی که از کارآیی کاندوم در مقابله با اچ آی وی آگاه هستند فقط عده‌ای از آنها از کاندوم استفاده می‌کنند و در این گروه استفاده کننده از کاندوم، صرفاً یک بخش اقلیت به طور دائمی از آن استفاده می‌کنند. در این منطقه حتی در بین گروه‌های پرخطری که استفاده از کاندوم در آنها به عنوان یک الویت مطرح است میزان استفاده از کاندوم پایین گزارش شده است[۱۸]. در گزارش سال ۲۰۰۹ برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز آمده است که در اوگاندا، افرادی که از آلودگی خود به اچ آی وی آگاه بودند در مقایسه با کسانی که از بیماری خود اطلاعی نداشتند در آخرین تماس جنسی خود سه برابر بیشتر از کاندوم استفاده کردند. همچنین در نواحی روستایی زیمبابوه زنانی که تست اچ آی وی آن ها مثبت بوده استفاده دائمی آنها از کاندوم با شریک جنسی اولیه شان افزایش داشته است[۱۹]. نتایج مطالعه کیفی پودل و همکاران بر روی افراد آلوده به اچ آی وی در نپال نشان داده که اکثریت افراد مورد مطالعه معتقد بودند که در طی تماس جنسی با افراد مبتلا به ویروس ایدز نیازی به استفاده از کاندوم ندارند و در طی تماس جنسی محافظت‌نشده با شرکای جنسی اچ آی وی مثبت، هیچ مشکل جدی متوجه آنان نخواهد بود؛ ولی همه افراد، ضرورت استفاده از کاندوم را برای تماس جنسی با افراد اچ آی وی منفی یا نامشخص اعلام کردند [۳]. نتایج یک مطالعه مروری نشان داده است که میزان تماس‌های مقعدی محافظت نشده در مردان اچ آی وی مثبتی که با مردان رابطه جنسی دارند بیشتر از مردان اچ آی وی منفی است[۲۰]. در مطالعه رحمتی نجارکلائی و همکاران نیز که بر روی افراد مبتلا به ایدز مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره بیماری‌های رفتاری تهران صورت گرفته است، در موارد معدودی افراد مبتلا بعد از اطلاع از ابتلای به بیماری‌شان همچنان از روش های محافظت کنند جنسی استفاده نمی‌کردند[۲۱]. در همه این مطالعات، گروه هدف بیماران اچ آی وی ـ ایدز بودند و نتایج نشان می‌دهد که در سایر کشورهای افریقایی و آسیایی یاد شده نیز همانند ایران استفاده بیماران از کاندوم به رغم آگاهی آنها از وضعیت بیماری شان صد درصد نبوده است؛ که نتایج مشابه مطالعه حاضر است. این امر می‌تواند وجود موانعی را برای اتخاذ رفتار محافظت‌کننده جنسی مطرح نماید. با توجه به عدم استفاده دائمی بیماران مبتلا به ویروس ایدز از کاندوم به رغم اطلاع از وضعیت بیماری خود، دراین پژوهش گروه محققان دیدگاه افراد مبتلای مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره بیماری‌های رفتاری را در خصوص موانع استفاده از کاندوم مورد بررسی قرار دادند که این دیدگاه‌ها می‌تواند تا حدودی با دیدگاه سایر مبتلایانی که مراجعه‌ای ندارند متفاوت باشد. بررسی باورها و دیدگاه‌های بیماران می‌تواند به برنامه‌ریزی و مداخله برای بهبود و ارتقای مصرف کاندوم در افراد مبتلا و سایر گروه‌های پرمخاطره کمک نماید. نقش فرهنگ در ایجاد دیدگاه‌های افراد در یک جامعه بارز است. با توجه به در دست نبودن مطالعه‌ای که دیدگاه بیماران اچ آی وی ـ ایدز را در خصوص استفاده از کاندوم مورد بررسی قرار دهد و از آن جا که این گروه دارای سابقه رفتارهای پرخطر جنسی و اعتیاد بودند، لذا نتایج مطالعه حاضر با مطالعات انجام شده بر روی سایرگروه‌های دارای رفتارهای پرخطر در کشور مقایسه شده است. در مطالعه حاضر شایع‌ترین مانعی که اکثریت بیماران، کادر درمانی و حتی همسران مردان مبتلا برای عدم استفاده از کاندوم در بیماران و افراد با رفتارهای پرخطر عنوان کردند، کاهش لذت جنسی با استفاده از کاندوم است. این مانع در بالاترین درجه اهمیت از نظر افراد مصاحبه‌کننده قرار داشت. در مطالعه کیفی که به منظور ارزیابی سریع رفتارهای پر خطر در زنان تن فروش در دو منطقه ایران در سال ۱۳۸۷ انجام شده است اگر چه تعدادی از مردان مشتری به استفاده از کاندوم تمایل داشتند، اما گروه بزرگ‌تری نیز چنین گرایشی نداشتند که مهم‌ترین علل آن، کاهش لذت جنسی با استفاده از کاندوم، بد آمدن از کاندوم و ترس از کاندوم بوده است. مشتریان در مجموع تمایلی به استفاده از کاندوم از ابتدای رابطه نداشتند[۲۲]. در مطالعه محمد رزاقی و همکاران که بر روی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.8.0]

معتادان تزریقی تهران صورت گرفته استفاده از کاندوم در این گروه نادر ذکر گردیده و علت عدم استفاده افراد از کاندوم، کم کردن لذت جنسی، علیرغم فراوانی و راحتی وصول آن عنوان شده است[۲۳]. در مطالعه تهرانی و ملک افضلی نیز شایع‌ترین علت عدم استفاده رانندگان کامیون از کاندوم (۴۲ درصد) کاهش لذت جنسی عنوان شده است[۹]. همچنین در مطالعه سان مولا که در بین رانندگان کامیون ترانزیت به عنوان یک گروه اصلی در انتقال اچ آی وی در نیجریه انجام شده است موانع استفاده از کاندوم، کاهش لذت و رضایت جنسی، ایجاد مشکلات سلامتی برای افراد استفاده کننده از کاندوم (مثل خارش و تحریک) و به تاخیر انداختن علائق جنسی آنها مطرح شده است[۲۴]. در مطالعه بوگارت و همکاران که به منظور بررسی نگرش به کاندوم و رفتارهای افراد با اعتیاد تزریقی در کالیفرنیا صورت گرفت ۳۴ درصد از آنها بی‌میلی نسبت به استفاده از کاندوم را عنوان کردند که دلیل این عدم تمایل در یک چهارم موارد کاهش لذت جنسی عنوان شده است[۲۵]. نتایج بدست آمده در مطالعه حاضر نه تنها با مطالعات انجام گرفته در داخل کشور مشابهت دارد بلکه در سایر کشورها نیز نتایج مشابهی بدست آمده است. هم‌خوانی این نتایج، اهمیت باور قوی افراد به کاهش لذت با استفاده از کاندوم را نشان می‌دهد آموزش و انجام مشاوره‌های متعدد به منظور تغییر نگرش افراد مبتلا و سایر گروه‌های با رفتار پرخطر ضروری به نظر می‌رسد تا آنها به بیشتر بودن منافع استفاده از کاندوم در مقابل کاهش لذت با استفاده از آن آگاه شوند. مداخلاتی که با هدف تغییر نگرش به کاندوم صورت گیرد ممکن است بر روی رفتار استفاده از کاندوم در گروه‌های با رفتارهای پرخطر جنسی تاثیر بگذارد. از آن جا که در منطقه خاورمیانه و شمال افریقا داروخانه‌ها مهمترین منبع تامین کاندوم برای افراد هستند[۱۸]، بعضی از بیماران مسئله خجالت برای تهیه کاندوم از داروخانه را به عنوان مانعی برای تهیه و استفاده مردان از کاندوم عنوان کردند. حتی زنان بیمار و کادر درمانی نیز به این نکته اشاره داشتند. از آن جایی که در داروخانه‌ها کاندوم در قسمت لوازم بهداشتی آرایشی ارائه می‌شود که مسئول فروش آن در اکثر موارد زن است مسئله درخواست کاندوم به خصوص از فروشنده غیر هم جنس با فرد، می‌تواند با خجالت وی همراه شود. در مطالعه بختیاری و حاجیان عمده‌ترین دلایل عدم استفاده از کاندوم برای پیشگیری از بیماری‌های آمیزشی از دید حداقل ۶۰ درصد زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی احساس خجالت و ناراحتی برای تهیه کاندوم، عدم تمایل همسر برای استفاده آن، نداشتن احساس خوب متعاقب استفاده، امکان پارگی کاندوم، و اعتقاد به ناکارآمدی کاندوم در برابر بیماری‌های آمیزشی بود[۲۶]. این مسئله حائز اهمیت است که حتی برای زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی که خدمات در آنجا توسط کارشناسان خانم ارائه می شود نیز مسئله خجالت برای تهیه کاندوم مطرح است. در حال حاضر در کلینیک‌های مشاوره، کاندوم به صورت رایگان ارائه می‌شود و برای پیشگیری از خجالت افراد مراجعه‌کننده جهت درخواست کاندوم، در بعضی موارد پیشنهاد برای گرفتن کاندوم از سوی مشاورین صورت می‌گیرد. در بعضی از مراکز گذری(DIC) و باشگاه یاران مثبت که افراد آلوده اچ آی وی و افراد با رفتارهای پرخطر به آن مراکز مراجعه دارند، کاندوم در محل عبور آن‌ها گذاشته می‌شود تا بدون احساس خجالت، کاندوم مورد نیاز خود را تهیه کنند. از آن جایی که چنین مراکزی در ساعات کاری و در روزهای غیر تعطیل خدمات را ارائه می‌کنند، به نظر می‌رسد نصب دستگاه‌های خودپرداز کاندوم در کنار داروخانه‌ها و نیز امکان عرضه کاندوم در فروشگاه‌های زنجیره‌ای و حتی سوپرمارکت‌ها شاید بتواند به حل این مشکل کمک کند. تمایل به فرزندآوری و داشتن فرزند تنها از سوی زنان مبتلا و یکی از زنانی که سالم بوده ولی همسر مبتلا دارد به عنوان مانعی برای استفاده از کاندوم عنوان شده است. در مطالعه مور و اپونگ که بر روی افراد اچ آی وی ایدز در توگو انجام شد، بعضی از شرکت‌کنندگان معتقد بودند که در ارتباطات دائمی نظیر ازدواج نباید از کاندوم استفاده شود. از دید بعضی از آنها ارتباطات عاطفی با شریک جنسی‌شان مانع استفاده آنها از کاندوم شده است. عده‌ای نیز در فاز انکار جواب آزمایش خود بودند و به همین دلیل از کاندوم استفاده نمی‌کردند. بعضی از افراد اچ آی وی مثبت نیز به دلیل تمایل به داشتن فرزند از استفاده کاندوم امتناع می‌کردند. در افریقا وضعیت اجتماعی زنان به توانایی فرزندآوری آنها وابسته است و فرزند نداشتن یک استیگما و انگ محسوب می‌شود[۱۰]. مشابهت نتیجه مطالعه فوق با مطالعه حاضر، نشان می‌دهد تمایل به داشتن فرزند یکی از خواسته‌های زوجین به خصوص زنان است که در بعضی موارد به رغم آگاهی از احتمال انتقال بیماری از مردان به آنان، این خواسته حتی از سوی زنان سالمی که با مردان مبتلا ازدواج کرده‌اند نیز مطرح شده است. این مسئله تاثیر و نقش فرهنگ موجود در ایران را نشان می‌دهد که داشتن فرزند یکی از ارکان و ضروریات تشکیل خانواده و حفظ و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.8.0]

بقای آن است. لذا ضرورت انجام مشاوره با هر دو زوج به ویژه با زنان ضروری به نظر می‌رسد تا آنان با خطرات انتقال بیماری به خود و فرزندشان واقف شوند. بسیاری از بیماران در خصوص ابعاد خطر عدم استفاده از کاندوم آگاهی نداشته یا درک آنها صحیح نیست. این موضوع در اتخاذ رفتار مرتبط با سلامت اهمیت بسیار دارد. اگر افراد، خودشان را درمعرض خطر احساس کنند، به این باور رسیده باشند که این بیماری عواقب جدی برای آنها در برخواهد داشت و این درک وجود داشته‌باشد که رفتار پیشگیری‌کننده در دسترس آنها، در کاهش حساسیت یا شدت بیماری مؤثر است و همچنین این باور که موانع قابل پیش‌بینی، از فواید آن کمتر است؛ در آن صورت است رفتارمحافظت‌کننده را در پیش می‌گیرند. لذا برای تغییرموفقیت آمیز رفتار، افراد باید ازجانب رفتار جاری، احساس تهدید (به عنوان حساسیت و شدت درک‌شده) کنند و باور داشته باشند که این تغییر رفتار، نتایج مفید و با ارزشی را برای انها در برخواهد داشت. آنها همچنین باید جهت غلبه برموانع انجام عمل، در خود احساس شایستگی و خود کارآمدی کنند[۱۵]. آموزش و انجام مشاوره‌های متعدد به منظور درک خطر و تغییر نگرش افراد مبتلا و سایر گروه‌های با رفتار پرخطر و در معرض خطر و نیز برای رفع برخی از موانع یادشده ضروری به نظر می‌رسد. برخی از موانع نیز با برنامه‌ریزی دقیق و بازنگری در برنامه‌های موجود توسط مسئولان ذیربط می‌تواند قابل حل باشد. همچنین با تنوع کاندوم‌های ارائه شده با جنس‌های مختلف (به خصوص نوع پلی اورتان) و افزایش دسترسی افراد به این نوع کاندوم و رایگان بودن آن، شاید بتوان تا حدی مشکلات مطرح شده از سوی بیماران به خصوص مشکل کاهش لذت را کم نمود. این اقدام می‌تواند به افزایش پذیرش و ارتقای مصرف کاندوم در جامعه کمک نماید. بر اساس یافته‌های این مقاله پیشنهاد می‌شود که به منظور افزایش درک خطر بیماران از پیامدهای ناشی از استفاده نکردن کاندوم آموزش به بیماران و مشاوره‌های مکرر با آنان توسط مشاورین کلینیک‌های بیماری‌های رفتاری صورت پذیرد. از دیگر پیشنهادات این است که برای افزایش درک خطر همه گروه‌های دارای رفتارهای پرخطر جنسی، به خصوص بیماران مبتلا به ا یدز، رسانه‌های ارتباط جمعی مشارکت فعال داشته‌باشند.

در نهایت پیشنهاد می‌شود تا مسئولان به ابعاد تسهیل در دسترسی به کاندوم در جامعه توجه نمایند که این امر می‌تواند از طریق تغییر در سیاست‌گذاری‌ها به صورت تعبیه دستگاه‌های خودپرداز کاندوم در مراکز مختلف در هر محله، امکان ارائه کاندوم در فروشگاه‌های زنجیره‌ای، ضرورت وجود کارکنان از هر دو جنس در بخش بهداشتی داروخانه‌ها میسر شود. علیرغم تمام تلاش‌های انجام گرفته برای افزایش دقت و استحکام این پژوهش، مطالعه حاضر نیز دارای محدودیت‌هایی است که در تمامی مطالعات کیفی دیده می‌شود یکی از این موارد این است که بر خلاف مطالعات کمی، حجم نمونه در مطالعات کیفی معمولاً کوچک بوده و ممکن است نمونه چندان قابل مقایسه و تعمیم به جامعه نباشد[۱۱]. در این مطالعه نیز دیدگاه افراد مبتلا به اچ آی وی ـ ایدزی که به کلینیک‌های مشاوره بیماری‌های رفتاری مراجعه دارند مورد بررسی قرار گرفته که ممکن است نتایج حاصله با نتایج مربوط به بیمارانی که به این مراکز مراجعه نمی‌کنند تا حدی متفاوت باشد. مورد دیگر، محدودیت در گفتن حقایق است که به مشکلات فرهنگی اجتماعی مربوط به خودگزارش‌دهی افراد است به خصوص که در مطالعات کیفی و در جریان مصاحبه فرد در ارتباط چهره به چهره با فرد مصاحبه گر است. در این مطالعه سعی شد تا ضمن برقراری ارتباط مناسب با افراد و نشان دادن علاقه محقق به گفته‌های شرکت‌کنندگان حداکثر جلب اعتماد آن ها صورت گیرد. با توجه به وجود محدودیت‌های ذکر شده در این مطالعه، لازم است تا در تفسیر نتایج به آنها توجه شود.

سهم نویسندگان

حمیرا فلاحی: جمع آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها، تدوین
صدیقه السادات طوافیان: نظارت بر اجرای مطالعه، تجزیه و تحلیل داده‌ها، کمک در تدوین مقاله
فریده یغمایی: مشاور اجرایی طرح
ابراهیم حاجی‌زاده: مشاور اجرایی طرح

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از تمام کارکنان کلینیک مشاوره بیماری‌های رفتاری مرکز بهداشت غرب تهران(کلینیک‌های والفجر و ۱۲ فروردین) و بیمارستان امام خمینی و نیز تمامی بیماران اچ آی وی ایدز که در امر پژوهش مشارکت و همکاری صمیمانه داشتند تشکر می‌کنند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.8.0]

منابع

1. UNAIDS. The Global AIDS Epidemic. Uniting the World against AIDS [Online] 2008.Available online at: URL: http://www.UNAIDS.org. Accessed on 8th Jun, 2011

2. Strebel A, Cloete A, Simbayl L. Social aspect of HIV/AIDS and health four-country report on formative research into the development of a HIV behavioral risk reduction intervention for PLWHA Botswana, Lesotho, South Africa and Swaziland. HSRC (Human Sciences Research Council 2009). Available online at: http://www.hsrc.ac.za/HAST-Projects.phtml.Accessed on 9th Jun, 2011

3. Poudel K.C, Nakahara S, Poudel-Tandukar K, Jimba M. Perceptions towards preventive behaviors against HIV transmission among PLWHA in Kathmanda, Nepal. Public Health 2007;121: 958 - 61

4. Guimaraes M, Grinsztejn B, Chin-Hong P, Campos A, et al.Behavior surveillance: prevalence and factors associated with high-risk sexual behavior among HIV-infected men in Brazil in the post-HAART era. AIDS & Behavior 2008; 12:741-47

5. Eisele T , Mathews C, Lurie M, Chopra M, et al.Changes in risk behavior among HIV-Positive patients during their first year of antiretroviral therapy in Cape Town South Africa. AIDS & Behavior 2009; 13:1097-1105

6. National AIDS Committee Secretariat, Ministry of Health and Medical Education. On Monitoring of the United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS (Iran UNGASS Report) 2010. Available online at: http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportssubmittedbycountries/iran-2010-country-progress-report. Accessed on 9th April, 2011

7. Zargooshi J. Characteristics of gonorrhoea in kermanshah, Iran. Sexually Transmitted Infections 2002; 78: 460-61

8. Zamani S, Kihara M, Gouya M, Vazirian M, et al. Infection among drug users visiting treatment centers in Tehran, Iran**.** AIDS 2005; 19: 709-16

9. Ramezani Tehrani F, Malek-Afzali H .Knowledge, Attitudes and Practices concerning HIV/AIDS among Iranian At-Risk Sub-Populations. Eastern Mediterranean Health Journal 2008; 14:142-56

10. Moore Ami R, Oppong J.Sexual risk behavior among people living with HIV/AIDS in Togo. Social Science & Medicine 2007; 64: 1057-66

11. Adib Hajbagheri M, Parvizi S, salsali M. Qualitative research.1st Edition, Boshra Publication: Tehran, 2007[Persian]

12. Gerish K, Lacey A.The research process in nursing. 5th Edition, Blackwell publishing: Oxford, 2006

13. Poureslami M, Roberts s, Tavakoli R. College students' knowledge, beliefs and attitudes towards AIDS in predicting their safe sex behavior . Eastern Mediterranean Health Journal 2001; 7:880-94

14. Cha E, Doswell W, Kim K, Charron-Prochownikb D, et al. Evaluating the theory of planned behavior to explain intention to engage in premarital sex amongst Korean college students: a questionnaire survey**.** International Journal of Nursing Studies 2007; 44:1147-57

15. Glanz K, Rimer B, Viswanath K. Health behavior and health education theory, research and practice .4th Edition, Jossey-Bass: San Francisco, 2008

16. Croyle R. Theory at a Glance: a guide for health promotion practice. U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health, Second Edition, 2005. Available online at: http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/theory. Accessed on 7th September, 2012

17. Coleman C. Health belief and high-risk sexual behaviors among HIV-infected African American men. Applied Nursing Research 2007; 20: 110-15

18. The World Bank Report. Characterizing the HIV/AIDS Epidemic in the Middle East and North Africa: time for strategic action, 2010. Available at: http://issuu.com/world.bank.publications/docs/9780821381373. Accessed on 28th May, 2011.

19. UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2008.Available at: http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp [accessed 21 May 2009].

20. Kestern N, Hospers H, Kok G. Sexual risk behavior among HIV-positive men who have sex with men: a literature review. Patient Education and Counseling 2007 ;65: 5-20

21. Rahmati Najarkolaei F, Niknami S, Amin Shokravi F, Ahmadi F. Perception and behaviors of HIV/AIDS

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.8.0]

patients: Qualitative research. Behbood 2009;13: 220-34[Persian]
22. Ministry of Health and Medical Education. Center control disease. Final Report of rapid assessment research project on women's risk behaviors in Female Sex Workers in two areas of IRAN, 2008 [Persian]
23. Razzaghi EM, Rahimi Movaghar A, Mohammad K, Hosseini M. A qualitative study of risky sexual behavior in injecting drug users in Tehran.Journal of School of Public Health and Institute of Public Research 2003; 2:1-10[Persian]
24. Sunmola A. Sexual practices, barriers to condom use and its consistent use among long distance truck drivers in Nigeria. AIDS Care 2005;17: 208-21
25. Bogart L, Kral A, Scott A, Anderson R, et al. Condom attitudes and behaviors among injection drug users participating in California Syringe Exchange Programs**.** AIDS and Behavior 2005 ;9:423-32
26. Bakhtiari A , Hajian K. Assessment of married women's knowledge and health behavior about sexually transmitted diseases and their prevention. Journal of Mazandaran University of Medical Science 2004;42:90-97[Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.8.0]