موانع محیطی اجتماعی استفاده از کاندوم در زنان در معرض خطر ابتلا بـه اچ آی وی/ایـدز: یـک مطالعه کیفی

راضیه لطفی[1]، فهمیه رمضانی تهرانی[*2]، فریده یغمایی[3]، ابراهیم حاجی‌زاده[4]

۱. گروه بهداشت باروری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۲. مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
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 پنجم مهر ـ آبان ۱۳۹۱ صص ۶۷۸-۶۶۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۱۲/۲۵
[نشر الکترونیک پیش از انتشار– ۲۱ تیر ۹۱]

چکیده

با وجود آمار رو به رشد تعداد زنان مبتلا به اچ آی وی/ ایدز از راه جنسی و به‌رغم پایین بودن میزان اسـتفاده از کانـدوم در گـروه‌هـای در معرض خطر، موانع بکارگیری کاندوم به عنوان یکی از مؤثرترین راهکارهای پیشگیری از ابتلا به اچ آی وی/ ایدز مشخص نیست. بـا توجـه به تأثیر عوامل اجتماعی فرهنگی بر رفتارهای محافظت‌کننده جنسی، درک زمینه و بستری کـه ایـن رفتارهـا در آن شـکل مـی‌گیـرد، در طراحی مداخلات اثر بخش، اهمیت زیادی دارد. لذا مطالعه اکتشافی حاضر در جستجوی کشف موانع محیطی اجتماعی استفاده از کانـدوم بر اساس دیدگاه و تجربیات زنان در معرض خطر ابتلا به اچ آی وی/ ایدز انجام شد. ۲۵مصاحبه عمیق فردی با زنان در معرض خطر ۲۱ تا ۴۹ ساله بر اساس راهنمای مصاحبه نیمه ساختاریافته انجام شد. مشارکت‌کنندگان شامل زنان بی‌خانمان و/ یا معتاد، دارای همسـر اچ آی وی مثبت و معتاد تزریقی و یا روابط خارج از خانواده بودندکه به صورت هدفمند با حداکثر تنوع از مراکز مشاوره بیمـاری‌هـای رفتـاری و مرکز گذری انتخاب شدند. تجارب و دیدگاه مشارکت‌کنندگان با رویکرد نظریه مبتنی بر زمینه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و منجر بـه تولید ۴طبقه اصلی شامل؛ حمایت ناکافی ، فقر و عوامل اقتصادی، هنجارهای اجتماعی فرهنگی و سوء مصرف مواد گردید. مداخلات بـرای پیشگیری از آلودگی اچ ای وی/ ایدز در زنان در معرض خطر و ترویج استفاده از کاندوم، باید عوامل محیطی اجتمـاعی را در کنـار عوامـل فردی برای طراحی برنامه و مداخلات مؤثر پیشگیری از ابتلا اچ ای وی / ایدز در نظر داشته‌باشند. عفونت‌های منتقل شونده از راه جنسـی ممکن است منجر به تأثیر روانی منفی بر زنان شود. از این رو مشاوره و آموزش در زمینه بهداشت جنسی ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: عملکرد جنسی، روش‌های پیشگیری از بارداری، زنان

[*] نویسنده پاسخگو: تهران، بزرگراه چمران، خیابان یمن، مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم
تلفن: ۲۲۴۳۲۵۰۰
پست الکترونیکی: ramezani@endocrine.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.12.2]

مقدمه

ورود ایران به مرحله متمرکز با افزایش شیوع ایدز در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در اوایل دهه هشتاد رخ داد، اما برنامه های کاهش آسیب توانست باعث کندشدن شیب رشد همه‌گیری در این گروه جمعیتی شود[۱].

با ورود کشور به موج سوم شیوع اچ آی وی/ایدز، راه انتقال جنسی عامل ایدز در زنان از راههای دیگر پیشی گرفته و در سه ماهه دوم سال۱۳۸۸، بیش از نیمی از زنان مبتلا در کشور از راه جنسی آلوده شده‌اند و با در نظر گرفتن شیوع روزافزون بیماری‌های مقاربتی و سایر رفتارهای مشترک پرخطر نگرانی‌های جدی در زمینه گسترش ایدز از راه انتقال جنسی به ویژه در زنان وجود دارد[۱]. به رغم اندک بودن پیشینه مطالعاتی در زمینه رفتارهای جنسی در کشور بویژه زنان گروه‌های در معرض [۲]، شواهد غیرمستقیم دلالت بر شیوع پایین بودن استفاده از رفتارهای محافظتی دارد. مطالعات نشان داده‌اند که نزدیک به نیمی از مردان جوان دارای رفتارهای پرخطر (با بیش از یک شریک جنسی در ۱۲ ماه گذشته)، از کاندوم استفاده نکرده به علاوه تنها یک سوم معتادان تزریقی در آخرین نزدیکی از کاندوم استفاده کرده‌اند[۱].

فقدان آگاهی از رفتارهای محافظتی در بین زنان گروه‌های پرخطر نیز دلالت بر عملکرد نامناسب این گروه از زنان دارد[۳]. استفاده مداوم و صحیح از کاندوم در تماس‌های جنسی، یکی از مؤثرترین راه کارهای پیشگیری از ایدز بوده[۴] و ترویج استفاده از کاندوم و اجرای سیاست‌های حمایتی در کاهش روند رو به افزایش این بیماری و تغییر مرحله گسترش آن نقش چشمگیری داشته‌است[۵].

به دلیل ماهیت پیچیده رفتار جنسی و وجود شریک جنسی در هر رابطه، نمی‌توان اطمینان داشت که با وجود آگاهی و حتی داشتن مهارت و خودکارآمدی، زنان توانایی و قدرت کافی برای پیشگیری از ابتلا به اچ آی وی و رفتارهای محافظت‌کننده را داشته باشند و در بسیاری از موارد، به رغم داشتن نگرش مثبت به کاندوم درک خطر و حتی تمایل و قصد رفتار، استفاده از کاندوم صورت نمی‌گیرد[۶-۹]. استفاده از کاندوم ماهیتی پیچیده و چندبعدی داشته و مطالعات نشان داده‌است، تعامل بین عوامل فردی محیطی اجتماعی و ساختاری در استفاده از کاندوم نقش مهمی داشته [۱۰-۱۴] و نمی‌توان صرفاً با تکیه بر عوامل فردی، رفتار استفاده از کاندوم را پیش‌گویی کرد[۱۵].

ترویج مناسب رفتارهای محافظتی در گروه‌های در معرض خطر مستلزم درک و شناخت عمیق از عوامل مؤثر بر اینگونه رفتارها است[۴]. تحقیقات کمی فاقد کارایی لازم در درک عمیق رفتارها بوده[۱۶] و به نظر می‌رسد با توجه به تفاوت‌های فرهنگی اجتماعی، انجام تحقیقات کیفی جهت درک مناسب عوامل مؤثر بر شکل گیری رفتار افراد بر مبنای تجارب آنان ضرورت دارد[۱۷]. لذا مطالعه حاضر با هدف تبیین موانع محیطی اجتماعی استفاده از کاندوم از دید زنان در معرض خطر طراحی و اجرا شد.

مواد و روش کار

این مطالعه به روش کیفی و با رویکرد نظریه مبتنی بر زمینه انجام شد. روش جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه عمیق فردی بود و در مدت ۱۱ ماه از فروردین تا بهمن ۱۳۸۹ صورت گرفت. در مجموع، ۲۵ مصاحبه عمیق فردی با ۲۲ مشارکت‌کننده انجام شد (در۳ مورد مصاحبه‌ها تکرار شد). مشارکت‌کنندگان به صورت هدفمند و با حداکثر تنوع انتخاب شدند. با پیشرفت مطالعه، نمونه‌گیری نظری دنبال شد[۱۸].

نمونه‌های پژوهش، زنان در معرض خطر ابتلا به اچ ای وی ایدز بودند که به دلیل رفتار و یا وضعیت مخاطره‌آمیز خود یا همسرشان به محیط‌های پژوهش مراجعه نمودند؛ زنانی که همسر مردان معتاد تزریقی و/ یا مردان اچ آی وی مثبت بودند و یا خود معتاد بوده و/یا دارای روابط جنسی متعدد (بی‌خانمان) بودند. معیار ورود نمونه‌ها 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 علاقه‌مندی برای شرکت در مطالعه بوده‌است. مشارکت‌کنندگان از مراکز مشاوره بیماری رفتاری وابسته دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و نیز مرکز گذری وابسته به یک سازمان غیردولتی انتخاب شدند.

علت انتخاب مرکز گذری به دلیل دسترسی به بخشی از نمونه‌های پژوهش یعنی زنان آسیب‌پذیر اجتماعی بوده است. مصاحبه‌ها در اتاقی جداگانه و آرام انجام شد. زمان تقریبی هر جلسه از پیش برای مشارکت‌کنندگان اعلام شده بود و با توجه به تمایل آنان افزایش و یا کاهش می‌یافت. به طور متوسط هر مصاحبه ۷۷ دقیقه به طول انجامید. مصاحبه‌ها تا زمان اشباع مفاهیم ادامه یافت. مصاحبه‌های ضبط شده، پس از یک بار گوش‌کردن در اولین فرصت کلمه به کلمه به روی کاغذ آورده شدند. جمع‌آوری و تجزیه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.12.2]

و تحلیل داده ها بصورت دستی به طور همزمان و با استفاده از روش "آنالیز مقایسه‌ای مستمر" برای کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی انجام شد. ابتدا هر مصاحبه مورد تحلیل قرار می‌گرفت و سپس مصاحبه بعدی انجام می‌شد. 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 کدهایی با مفهوم مشابه کنار هم در یک گروه قرار داده شده 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 سوال و مقایسه صورت می گرفت. در طی این مراحل کدها به طور مکرر مورد بازبینی و مرور واقع شد. برای طبقه‌بندی کدها و ادامه تحلیل، از نرم افزار OneNote استفاده شد. تحلیل داده‌ها بر اساس الگوی اشتراوس و کوربین صورت گرفت. به منظور دقت و استحکام داده ها، با استفاده از معیارهای چهارگانه گوبا و لینکلن، شامل قابلیت پذیرش، قابلیت اعتماد، قابلیت تأیید و قابلیت انتقال داده‌ها[۱۹] مورد ارزیابی قرار گرفت. مشارکت طولانی (۱۱ ماه) پژوهشگران با نمونه‌های پژوهش و اختصاص زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها و نیز مشارکت فعال سایر اعضای تیم پژوهش در تمامی مراحل جمع آوری، تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌ها، علاوه بر پژوهشگر اصلی، به قابلیت پذیرش داده‌ها کمک نمود. همچنین متن کامل تعدادی مصاحبه کدگذاری شده در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار گرفت تا ارزیابی انطباق مفاهیم با منظور مشارکت‌کنندگان صورت گیرد[۱۸]. 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 دست‌یابی 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 پرسیدن سؤالات و روند کدگذاری اظهارنظر نمایند. بدین‌ترتیب پیشنهادات ارائه شده در مصاحبه‌های بعدی لحاظ گردید. از تحلیل موارد منفی نیز برای افزایش اعتبار داده‌ها بهره گرفته شد. برای اطمینان از قابلیت تأیید یافته‌ها، کلیه مراحل پژوهش، شامل جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها، بازنگری ناظرین 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. جهت افزایش قابلیت انتقال کلیه فرایند پژوهش و کارهای انجام شده در مسیر مطالعه بصورت واضح و دقیق و مکتوب تهیه شد تا امکان پیگیری مسیر پژوهش و خصوصیت جمعیت مورد مطالعه رابرای دیگران فراهم کند. از مشارکت‌کنندگان برای شرکت در 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 کتبی و شفاهی اخذ شد. اطلاعات در تمامی مراحل محرمانه نگاه داشته شده، حفظ گمنامی افراد رعایت گردید و حق کنارگیری 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

میانگین سنی مشارکت‌کنندگان ۳۴ سال و یک ماه و در محدوده سنی ۲۱ تا ۴۹ سال بود. ۴۰درصد متأهل و ۴۰ درصد مطلقه بودند. ۵۵ درصد آنان تحصیلات ابتدایی و راهنمایی، ۳۰ درصد دارای دیپلم و ۱۰ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند. اکثراً فقیر بوده و نیمی از آنان بی‌خانمان بودند. ۱۶ نفر از ۲۲ مشارکت‌کننده سوء مصرف مواد داشته و یا سابقه آن را داشتند. بر اساس تجزیه و تحلیل داده‌ها، تجربیات مشارکت‌کنندگان در خصوص موانع محیطی اجتماعی استفاده از کاندوم، در چهار مفهوم (جدول ۱) حمایت ناکافی، فقر و عوامل اقتصادی، هنجارهای فرهنگی و اجتماعی و سوء مصرف مواد تبیین شد.

۱- حمایت ناکافی

آموزش و اطلاع رسانی ناکافی، ارتباط عاطفی نامناسب با خانواده و همسر یا شریک جنسی، عدم حمایت مرد برای پذیرش کاندوم، عدم نظارت و عدم دسترسی به کاندوم مناسب، مفاهیم تشکیل دهنده طبقه حمایت ناکافی بودند.

۱-۱ آموزش و اطلاع رسانی ناکافی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.12.2]

نداشتن مهارت حفاظت در برابر اچ آی وی و بکارگرفتن کاندوم از سوی برخی از مشارکت‌کنندگان، آموزش ندیدن و آگاه نشدن از سوی خانواده، به خصوص مادر، مدارس و رسانه‌های جمعی بیان شد. آنان همچنین معتقد بودند آموزش باید به موقع و در مقطع سنی پایین در دوره نوجوانی صورت گیرد تا بتواند تأثیر بهتری به جای بگذارد. «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 خودم از کجا می خواستم بدونم؟» (بی‌خانمان مجرد ۳۸ ساله)

«برای اینکه خب، اون اطلاع‌رسانی که باید بشه به مردم، نشده، هنوز خیلی‌ها نمی‌دونن که اچ آی وی چه جوری منتقل می‌شه، بیماری‌هایی که از راه جنسی منتقل می‌شن چطوریه... باید اطلاع رسانی بشه... به نظر من از تو مدارس از دوره راهنمایی بشه. یعنی باید این یه بخشی از درسای دخترا و پسرا (که) تو مقطع راهنمایی(وارد) می‌شن بشه. چون این خیلی جدیه قضیه‌اش».
(بی‌خانمان سابقه اعتیاد ۲۹ ساله)

«جامعه با تبلیغات، کمک‌گرفتن از رسانه‌های گروهی مثل رادیو تلویزیون، مجلات، روزنامه مخصوصاً پرتیراژترین‌ها رو انتخاب کنن. جوونا رو آگاه کنن. باید صداشونو برسونن به مردم. باید بفهمونن چه خطری در کمینه. چه فاجعه‌ایه! این کار کم شده». (بی خانمان معتاد ۴۰ ساله)

«فکر کنم رسانه باید برنامه‌هایی باید بذاره که چشم و گوش ملت رو باز کنه. همه بهم اعتماد دارن... تلویزیون زیاد نشون نمی‌ده باید بیشتر آموزش بده ... باید چشم و گوش مردم رو باز کنن». (سابقه مصرف مواد ۳۱ ساله)

۱-۲ ارتباط عاطفی نامناسب

۱-۲- ۱ عدم برقراری ارتباط عاطفی مناسب با خانواده

عدم برقراری ارتباط عاطفی مناسب بین اعضای خانواده به عنوان پیش شرط برای آگاه ساختن فرزندان و بیان خطر اچ آی وی ایدز، یکی از موانع شناخت و کاربرد کاندوم مطرح شده است. «(برای پیشگیری از ایدز و استفاده از کاندوم خانواده نقش خیلی مهمی داره. اگه بتونه اول رفیق باشه با دختر، پسر، عروس، داماد، بعد مادر و پدر یا مادرشوهر و پدر شوهر، خیلی چیزا حل می‌شه. متأسفانه چنین چیزی نیست توی جامعه ما، خیلی کمه. واسه همین نمی‌دونن جوونا». (بی‌خانمان معتاد ۴۰ ساله)

۱-۲-۲ عدم برقراری ارتباط عاطفی مناسب با همسر یا شریک جنسی

بارها توسط مشارکت‌کنندگان، عدم حمایت عاطفی و بی‌توجهی مرد نسبت به زن، عاملی برای نپذیرفتن کاندوم توسط مرد بیان شده است.

«کاندوم نه...اصلا به حرف من گوش نمی‌داد که من بخوام خودمو خسته کنم هی حرف بزنم...حتی یه بار گرفتم یه سری، اصلاً زیر بار نرفت... تکه کلامش هم این بود که دوستت ندارم». (همسردارای روابط متعدد ۴۲ ساله)

«به نظر من استفاده نکردن از کاندوم بی‌احترامی به زنه. من خیلی حساسم. فکر می‌کنم استفاده نمی‌کنه به زن بی‌احترامی می‌کنه». (بی‌خانمان سابقه اعتیاد ۳۵ ساله)

۱-۳ عدم حمایت مرد برای پذیرش کاندوم

تکرار مفاهیمی همچون؛ جنگ و دعوا برای استفاده از کاندوم، مخالفت همه مردان با کاندوم، خستگی مرد از کاندوم، که اغلب ریشه در دیدگاه کاهش لذت جنسی و یا عدم ارضای جنسی در مرد داشت، بیانگر نقش مرد در بازدارندگی و عدم حمایت از زن در بکارگیری کاندوم بوده‌است. همه مشارکت‌کنندگان بدون استثنا به این موضوع اشاره داشتند.

«خیلی کم پیش میاد که مثلاً یه مرد از اول استفاده کنه تا آخرش. یعنی یکی دو بارشو استفاده می‌کنه بعد خسته می‌شه. اگه زن اصرار کنه برای کاندوم دعوا می‌شه. میگه به من اعتماد نداری؟ من می‌خوام لذت ببرم». (زن صیغه‌ای ۲۵ ساله)

«دلیل استفاده نکردن مرد؛ لذت یکیشه. دوم اینکه (مرد می‌گه) من مثلاً دیر ارضاء می‌شم. اون لذت واقعی رو نمی‌برم. بعد یا مثلاً بدنم احساس نمی‌کنه بدن طرفو» (بی‌خانمان معتاد ۳۸ ساله)

۱-۴ عدم نظارت

برخی مشارکت‌کنندگان وجود مکان‌های خاص روابط جنسی را در قدرت بیشتر زن در گفتمان کاندوم و نیز درک خطر دخیل دانسته و معتقد بودند عدم نظارت، رعایت احتیاط و پیشگیری را تضعیف می‌کند.

«مگر تو خونه تیمی‌ها. قبل از اینکه آقا بخواد وارد بشه بگه آها شرایط اینه! باید از کاندوم استفاده کنی. اون که سکس ورکر خیابونیه، نه! حق انتخاب نداره. سکس ورکر خیابونی حق انتخاب نداره. خونه تیمی‌ها ... چون بنظر میاد تحت نظر دولت نیست، فکر می‌کنم این چیزا توش رعایت نمی‌شه. اگه طوری بود که زیر نظر دولت بود فکر می‌کنم مثل جوامع اروپا یا خود آسیا که هر کدوم، اینجور مکانا، کارت سلامت دارن، این هیچ مشکلی نداره».
(بی‌خانمان سابقه اعتیاد ۲۹ ساله)

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.12.2]

«من می‌گم اگه یه اونجور جایی (خانه‌های تیمی) باشه شوهر من نوعی اگر بخواد بره طرف زنی اونجا، بهش علاقمند نمی‌شه، می‌دونه اون زن زن خرابه. دوبار، سه بار می‌ره اون احتیاط لازم رو هم می‌کنه، کاندوم استفاده می‌کنه! بالاخره هرکسی جون خودشو بیشتر از همه دوست داره، حتی اون بچه‌ای که دقیقه اول بدنیا میاد، من فیلم زایمان تو آب رو دیدم. بچه فوراً شنا می‌کنه هرکسی جون خودشو دوست داره. وقتی میاد طرف این زن احتیاط لازمو می‌کنه بالاخره یا زنه بخاطر اینکه مرده مشکل نداشته باشه احتیاط می‌کنه یا هر زنی بخواد بره اونجا. دوم اینکه علاقه‌ای بوجود نمیاد، می‌دونه که زنی که اونجاست با دو نفر دیگه هم هست. ولی وقتی بره تو خیابون با یه نفر دوست بشه نمی‌دونه که این خرابه که حتی اگه بدونه باز هم می‌گه ۵۰ درصد نه خودشو گول می‌زنه». (همسر دارای روابط متعدد ۴۲ ساله)

۵-۱ عدم دسترسی به کاندوم مناسب

در موارد اندکی مشارکت‌کنندگان به گران بودن کاندوم مرغوب و یا در دسترس نبودن کاندوم ضد ایدز اشاره داشتند. بطوری که به نظر می‌رسید انگیزه استفاده از کاندوم، به دلیل تصور کارآیی پایین آن، تحت تأثیر قرار می‌گرفت. هرچند در مجموع، اغلب زنان مورد مطالعه دسترسی به کاندوم را مانع بزرگی برای استفاده ذکر نمی‌کردند.

«کاندوم رو نمی شه زیاد بهش اعتماد کرد. چون اساسی نیست. اکثراً کاندومای معمولی زود پاره می‌شه، اونایی که معمولی نباشه گرونه. خب هرکسی نمی‌تونه بخره. معمولیه دیگه اینا» (بی‌خانمان معتاد ۴۳ ساله)

۲- فقر و مسائل اقتصادی

تجزیه و تحلیل اظهارات مشارکت‌کنندگان، حاکی از این است که، نیاز مالی در بستر بی‌خانمانی و فقر زمینه مهمی برای رفتارهای پرخطر محسوب می‌شود و ارزیابی صحیح آنان برای درک خطر را تحت تأثیر قرار می‌دهد. نداشتن شانس انتخاب شریک جنسی و رفتار محافظت‌کننده به واسطه نیاز مالی، دریافت پول بیشتر برای استفاده نکردن از کاندوم، تأمین نیازهای اولیه ی زندگی، ترس از بی‌خانمانی و به دنبال آن چشم پوشی از کاندوم، همگی در راستای مسائل اقتصادی و ارتباط آن با رفتارهای مرتبط با اچ آی وی ایدز بوده‌است. «دلیلش اینه که... مجبورن برای پول هرکاری بکنن. حالا می‌خواد اچ آی وی داشته باشه». (بی‌خانمان معتاد ۲۱ ساله)

«اونی که توی پارک زندگی می‌کنه و جا و مکانی نداره نمی‌تونه از کلمه حتماً استفاده کنه. چون خودشم تسلیمه. شاید بخاطر بی جایی و بی‌مکانی و مشکلات مادی که داره یا بخاطر اینکه چندلحظه بره بخوابه تن به این کار می‌ده طرف هرچی بخواد، کاندوم نباشه نباشه مهم نیست که یا حتی معذرت می‌خوام هر طریقی که بخواد سکس برقرار کنه واسه اینکه راحت بره بخوابه دوش بگیره یا پولی دستش بیاد». (بی‌خانمان تحت برنامه متادون درمانی ۲۱ ساله)

۳- هنجارهای فرهنگی و اجتماعی

۳-۱ هنجارهای جنسیت

از اظهارات اغلب مشارکت‌کنندگان در پژوهش، تکرار درون مایه هایی همچون استاندارد دوتایی، قدرت مرد در رابطه و ناتوانی زن در استفاده از کاندوم و تصمیم‌گیری جنسی، وابستگی به مرد و ناامنی در حفظ زندگی مشترک و نیاز به حمایت مالی و سرپرستی نشان می‌داد، در موقعیت‌های مختلف، استفاده از کاندوم برای این زنان تا چه حد دشوار بوده‌است. نگرش نقش جنسیت سنتی با درک موانع بیشتری در استفاده از کاندوم برای زنان همراه بود. این مفهوم بر خودکارآمدی لازم در زنان برای محافظت از خودشان اثر منفی داشت و در برخی موارد اجبار برای پذیرش شرایط پرخطر ایجاد کرده بود.

«برای اینکه این مردش بره زندان و بیاد نمی‌دونه که مریضه یا نه، خواسته‌ای هم ازش داشته باشه بالاخره همون شب اول بعد از چند ماه که مرد میاد خواسته‌ای از زنش داره زنش که نمی‌تونه بگه نه. خیلی از مردا هم هستن زیر بار جلوگیری از کاندوم و اینجور چیزا نمی‌رن». (همسر دارای روابط متعدد ۴۲ ساله)

«منم گفتم واسه این که یه سرپناهی داشته باشم، ازدواج کنم. قصدم اینه که زندگی کنم، مسأله این نیست که بخوام به فکر خودم باشم... مرد تهدید می‌کنه، زن هیچی دیگه باید بپذیره. یه آن می‌شه، مثلاً مریضی ممکنه چیز بشه، ولی باید بپذیره. چاره‌ای نداره». (همسر اچ آی وی مثبت ۳۵ ساله)

«رابطه جنسی باید دو طرفه باشه ولی واقعاً بعضی جاها نامردی می‌شه. بعضی جاها مجبوریم بپذیریم. من خودم گاهی یه موقع می‌گم، می‌گه دوست نداری این کار بشه (می‌گه) باشه نه اینو می‌خوام (رابطه جنسی) نه اونو (کاندوم) می‌خوام. بعضی موقع این جوری می‌شه. مردا می‌گن اگه شما هم نشدین می‌ریم یکی صیغه می‌کنیم ولی زنان مجبورن. مرد اجازه داره ده تا هم صیغه کنه... مردا همیشه آزادترن». (همسر معتاد تزریقی با سابقه بیماری آمیزشی ۳۴ ساله)

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.12.2]

«من که این آخری چند وقت پیش دیدم آنقدر بهم می‌گه دیگه نمی‌ذارم بری درمانگاه کاندوم بگیری اگه بری کاندوم بگیری می‌رم درمانگاه، حتی فحش می‌داد آنقدر، گفتم از این به بعد دیگه بدون کاندوم میام پیشت. دیگه می‌خوای چه کنی؟...یواشکی اومدم آزمایش. می‌گه اصلا آزمایشم نرو. هر زمان من رفتم آزمایش تو هم برو. خودش هر چند وقت میاد داروهاشو بگیره آزمایشم می‌ده. اونم به من نمی‌گه. بعد چند روز که گذشت می‌گه رفته بودم انتقال خون آزمایش بدم.گفتم پس چرا به من نگفتی بیام آزمایش. من چند روز پیش اومدم پیشت بدون کاندوم. می‌گه مطمئنم هیچی نیست». (همسر اچ ای وی مثبت ۲۹ ساله)

درک نقش جنسیت، مبنی بر این که زن باید در رفتار جنسی غیرفعال و منفعل باشد، برداشت و تحلیل قدرت نابرابر در گفتگو درباره استفاده از کاندوم ایجاد کرده و خطر را برای مشارکت کنندگان افزایش داده است.

«قدرت بیشتر در جامعه با مردِ (با خنده) مرد چون قویتره، چون اون می‌خواد و اون شروع‌کننده ست، میگه من پیشنهاد دادم، قبول کن دیگه. ... زن بیشتر پذیرنده ست تا بخواد شروع کنه... رودربایستی باعث می‌شه بدون کاندوم نزدیکی داشته باشن، زن می‌خواد به مرد خوش بگذره». (زن صیغه‌ای ۲۵ ساله)

خودفراموشی از دیگر مفاهیمی بود که از داده‌ها استخراج گردید. بدین‌معنا که، راحتی مرد و اولویت دادن به نیاز جنسی و لذت جنسی مرد، بر خواسته‌های زن مسلط بوده‌است. در بیشتر موارد، این مفهوم منجر به صرفنظرکردن زن از پیشنهاد و یا اصرار به استفاده از کاندوم می‌شده است.

«(مرد کاندوم نخواد) نه دیگه. چون می‌دونم اون لذتشو نمی‌بره محبوره بره جای دیگه. بخاطر اینکه از دستش ندم، نره جای دیگه، مجبورم هرچی که اون می‌گه (بدون کاندوم) گوش کنم». (تن فروش معتاد ۴۳ ساله)

۳-۲ عدم مقبولیت کاندوم در جامعه

مشارکت‌کنندگان نگرش اکثر مردان را نسبت به کاندوم منفی می‌دانستند و معتقد بودند اکثر مردان به طور مداوم از کاندوم استفاده نمی‌کنند. «صد درصد همگی مخالفت می‌کنن با کاندوم، چون جا نیفتاده در ایران». (بی‌خانمان معتاد ۴۹ ساله)

«خیلی کم پیش میاد که مثلاً یه مرد از اول استفاده کنه تا آخرش. یعنی یکی دو بارشو استفاده می‌کنه بعد خسته می‌شه». (زن صیغه‌ای ۲۵ ساله)

۳-۳ تابو بودن صحبت درباره ایدز و کاندوم

تابو دانستن صحبت درباره ایدز و کاندوم در جمع زنان و مردان، را عامل محدودکننده آگاهی و درک خطر تلقی می‌کردند.

«بد می‌دونن، چون اگه این حرفا رو بزنیم تو جمع، مثلاً خیلی زشته! چون چرا! الان ما اینجا نشستیم، اگه زنی اینجاست، مردی اینجاست، زشته در مورد ایدز و کاندوم صحبت بشه». (بی‌خانمان معتاد ۲۱ ساله)

۴- سوء مصرف مواد

مصرف مواد یکی از متغیرهای بسیار مهم و تأثیرگذار بر رفتار محافظت‌کننده جنسی زنان در پژوهش حاضر تبیین شد. اعتیاد به مواد، با عدم درک آسیب‌پذیری و جدی نگرفتن خطر ایدز از سوی مشارکت‌کنندگان همراه بود. نیاز به پول و تهیه مواد بخشی از بی توجهی را توجیه می‌کرد. مصرف مواد و الکل به شدت بر قدرت قضاوت رفتار ایمن و انتخاب‌های زنان تأثیر گذاشته و آنان را در معرض خطر فراوان قرار می‌داده است. عده‌ای آن را در رأس عوامل مرتبط با عدم استفاده از کاندوم می‌دانستند.

«متأسفانه چون اونا (معتادا) پول رو به هر چیزی ترجیح می‌دن، چون پول نباشه مواد نیست، مواد نباشه حال نیست، حال نباشه هیچ چی نیست. بنظر شما اینا که از کراک و شیشه نترسیدن از هپاتیت یا ایدز می‌خواین بترسن». (بی‌خانمان معتاد ۴۰ ساله)

«تجربه‌ای که من داشتم نه! آدم دست به اون حرکت می‌زنه. هرچی طرف مقابل بگه انجام می‌دم تا به پولم برسم به موادم برسم. اگه بدون کاندوم باشه قبول می‌کنم». (بی‌خانمان تحت برنامه متادون درمانی ۲۱ ساله).

در دو مورد، مشارکت‌کنندگان مخالف این نظر بودند و معتقد بودند کسانی که شیشه و کراک مصرف می‌کنند حتماً از کاندوم استفاده می‌کنند. تجربه ابتلا به عفونت‌های مقاربتی یکی از دلایل مطرح شده بود. «اونا (مصرف‌کنندگان) فکر می‌کنن این رفتار رو یعنی کاندوم رو باید داشته باشن. مواد مخدر هرچیزی رو محکم تر می‌کنه در اون ثانیه برای زن و مرد. برای همین هم روی این بیشتر تأکید می کنن. اصلاً اول می‌رن سراغ این می‌خرن اگه نخرن اصلاً نمی‌رن... چون اطرافیان، طرف مقابلشون، مثلاً زنه مریضه خودشونم ممکنه دارای مشکلاتی باشن بیشتر اوقات به دلیل اینکه می‌دونن مریض می‌شن. یهویی می‌بینی یه تبخال زده لبشون آنقدر! یا می‌بینی دمل زده ... یه زخم آنقدری زده بیرون از پاش». (بی‌خانمان معتاد ۴۹ ساله)

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.12.2]

جدول ۱- طبقات مفهومی و زیرطبقات

طبقات اصلی	زیر طبقات
حمایت ناکافی	آموزش و اطلاع رسانی ناکافی
	ارتباط عاطفی نامناسب با خانواده، همسر یا شریک جنسی
	عدم حمایت مرد برای پذیرش کاندوم
	عدم نظارت
	عدم دسترسی به کاندوم مناسب
فقر و مسائل اقتصادی	نداشتن شانس انتخاب شریک جنسی و رفتار محافظت کننده به واسطه نیاز مالی
	دریافت پول بیشتر برای استفاده نکردن از کاندوم
	ترس از بی خانمانی
	نیاز به تامین مایحتاج اولیه زندگی
هنجارهای فرهنگی و اجتماعی	هنجارهای جنسیت
	عدم مقبولیت کاندوم در جامعه
	تابو بودن صحبت درباره ایدز و کاندوم
سوء مصرف مواد	مصرف مواد مخدر و الکل

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه از جمله مطالعات کیفی است که به بررسی موانع محیطی اجتماعی استفاده از کاندوم به عنوان یک رفتار محافظت‌کننده جنسی در گروه‌های متنوعی از زنان در معرض خطر ایدز پرداخته است. به نظر میرسد در عده‌ای از زنان در معرض خطر، درک خطر به واسطه، حمایت ناکافی، نیاز مالی و برخی هنجارهای فرهنگی و اجتماعی، مورد غفلت قرار می‌گیرد.

ارتباط هنجارهای نقش جنسیت، خطر آلودگی به اچ آی وی و توانایی به کارگیری کاندوم، از موضوعات مورد تأکید بسیاری از متون است[۲۱، ۲۰، ۱۲، ۸] و شناخت اثر جنسیت بر ایدز، یکی از ابعاد مهم درک تغییرات همه‌گیر شناسی این عفونت محسوب می‌شود. هنجارهای جنسیت و تعاملاتی که موجب فرو دست بودن زن از نظر قدرت اجتماعی و اقتصادی می‌گردد، عامل مهمی در آسیب پذیری بیشتر زنان از نظر سلامتی و آلودگی به اچ آی وی بوده و بر مهارت خودکارآمدی ارتباط جنسی و توانایی پیشنهاد کاندوم توسط وی مؤثر است[۲۲،۲۳].کنترل روابط توسط مردان و نداشتن مهارت گفتگو درباره کاندوم، بر توانایی و کنترل زن بر رفتار محافظت کننده تأثیر گذاشته، بر خطر انتقال اچ آی وی، می‌افزاید[۲۴،۲۵]. در پژوهش حاضر هنجارهای جنسیت و نقش جنسیت سنتی با ایجاد احساس کنترل رابطه توسط مرد و نیاز به قیومیت و داشتن چتر حمایتی مالی و عاطفی از موانع استنباط شده عدم استفاده از کاندوم می‌باشد. برنامه‌های پیشگیری از اچ ای وی مبتنی بر جنسیت که بر مبنای توانمندی و استقلال اقتصادی زنان طراحی شده‌است از اثربخشی بیشتری بهره‌مند است[۲۶]. لذا تلاش‌ها برای درک استفاده غیرمداوم از کاندوم باید نقش‌های جنسیت و رابطه نابرابر را در کنار سایر عوامل در زنان در معرض خطر در نظر بگیرد[۲۸، ۲۷، ۷] و با توانمندی زنان، کنترل بر رفتارهای محافظت کننده را در آنان ارتقاء بخشند[۲۱،۲۹]. کاندوم زنانه به عنوان روش جایگزین با در نظر گرفتن موانع فردی و اجتماعی استفاده ی مداوم از کاندوم مردانه توسط تعدادی از مشارکت‌کنندگان مطرح شد. در پژوهش حاضر، کمبود آموزش‌ها و اطلاع رسانی به موقع و با شیوه‌های کارآمد از موانع درک خطر و کسب مهارت‌های لازم برای حفاظت در برابر اچ آ ی وی و به دنبال آن استفاده از کاندوم ذکر شده است. لذا آموزش‌های جنسی در مدارس می‌تواند در ایجاد این مهارت‌ها کارساز بوده و با افزایش خودکارآمدی در استفاده از کاندوم همراه باشد[۳۰]. همان‌گونه که در برنامه عمل کنفرانس جهانی جمعیت و توسعه (۱۹۹۴) در قاهره تاکید شده‌است، برای رسیدن به سلامت باروری و مبارزه با ایدز، رفتار مسئولانه مرد نقش اساسی ایفا می‌کند. مشارکت و حمایت مردان در برنامه‌های پیشگیری از ایدز نه تنها برای سلامت زنان[۳۱] بلکه بر سلامت مردان نیز تأثیر مثبت می‌گذارد[۳۲]. حمایت نشدن از طرف همسر یا شریک جنسی در استفاده از کاندوم از یافته‌های پژوهش حاضر، همراه با احساس ناتوانی در زنان مشارکت‌کننده بوده است. با مشارکت مردان و حضور زوجین در برنامه‌ها و مداخلات پیشگیری از آلودگی اچ آی وی می‌توان انتظار داشت اعتماد، صمیمیت و تعهد در روابط، قدرت گفتمان درباره کاندوم و مهارت‌های ارتباطی افزایش یافته و محیط حمایت‌کننده برای محافظت در برابر اچ آی وی ایجاد شود[۳۴، ۳۳، ۷]. یافته‌های ده سال مطالعه در آسیا، آفریقا و آمریکای لاتین، تأثیر مثبت مشارکت مردان و رسانه‌های گروهی را، در پیشگیری از ابتلا به اچ آی وی ایدز نشان داده است[۱۲]. فقدان حمایت توسط سایر اعضای خانواده به ویژه مادران و عدم ارتباط مناسب در زمینه آموزش مسائل جنسی از دیگر موانع ترویج خویشتن‌داری و یا استفاده بیشتر از کاندوم در روابط جنسی بود که در این مطالعه و سایر مطالعات عنوان گردید[۳۵].

فقر با احساس نداشتن قدرت برای درک پیامدهای دراز مدت ابتلا به اچ آی وی ایدز همراه است؛ چون نیازهای گذران روزمره زندگی مانع از درک آن پیامدها و توجه به رفتارهای بهداشتی می‌شود[۳۶]. در مطالعه حاضر، همسو با سایر مطالعات[۲۴،۳۷] نقش فقر درگسترش اچ آی وی/ ایدز به صراحت بیان شد. زن

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.12.2]

خیابانی، به واسطه نیازهای مالی و سرپناه حق انتخاب و قدرت تصمیم‌گیری برای به کارگیری کاندوم ندارد و از پیشنهاد دریافت پول بیشتر در قبال عدم استفاده از کاندوم استقبال می‌نماید. بنابراین فراهم سازی زیرساخت‌ها برای اشتغال و کسب درآمد و استقلال مالی این زنان می‌تواند با تقویت مهارت‌های ارتباطی و گفتمان درباره کاندوم، همراه باشد[۲۲،۲۶]. هرچند عدم دسترسی به کاندوم مانع استفاده از آن است[۳۸]، اما در پژوهش حاضر، اغلب مشارکت‌کنندگان در مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری و مرکز گذری به طور رایگان کاندوم دریافت می‌کردند. با این حال آنچه بیشتر مطرح گردید کیفیت کاندوم و گرانی نوع مرغوب آن و گاهی اندازه نبودن کاندوم بود. علاوه بر استفاده مداوم از کاندوم، لازم است این ابزار به طرز صحیح مورد استفاده قرارگیرد تا اثربخشی لازم را داشته باشد. استفاده از کاندوم با اندازه نامناسب می‌تواند شکست روش را افزایش داده و با تأثیر منفی بر انگیزه فرد، میزان استفاده را کاهش دهد[۳۹]. لذا بررسی‌های بیشتر برای درک این ارتباط و نیز آموزش استفاده صحیح ضروری است. همسو با یافته‌های بسیاری از پژوهشگران دیگر[۴۰] در پژوهش حاضر، مصرف موادمخدر و الکل یکی از مهمترین عوامل مهم عدم درک مناسب خطر ایدز ویا استفاده کاندوم بیان گردید. شاید فقدان امید به آینده و درگیری با عوارض متعدد اعتیاد به این مواد چهره شوم ایدز را در نظر مصرف‌کنندگان کمرنگ نموده و یا مصرف این مواد برقدرت تصمیم‌گیری مناسب و به موقع اثر نا مطلوب بگذارد[۳۶]. اما تعداد اندکی از مشارکت‌کنندگان بی‌خانمان استفاده بیشتر از کاندوم را در بین مصرف‌کنندگان مواد مطرح نمودند، رایان و همکاران از نظریه میوپی الکل برای توجیه‌یافته مشابه خود با پژوهش حاضر استفاده کردند. در این نظریه آمده است؛ ظرفیت توجه با مصرف الکل کاهش می‌یابد و فرد در این حالت تحت تأثیر مسائل مهم و برجسته پیرامون خود که در اینجا، درک خطر رابطه جنسی می‌باشد، قرار می‌گیرد. از طرفی ممکن است نوع و میزان مصرف مواد در این مسئله نقش داشته‌باشد[۴۱]. در این مطالعه سعی شد که از نظرات تمامی گروه‌های در معرض خطر استفاده گردد، اگر چه حساسیت موضوع امکان برآورد قطعی جامعیت را از ما سلب نموده اما اشباع داده‌ها از گروه‌های مختلف بیانگر اطمینان نسبی از جامعیت و تنوع گروه‌های هدف است.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که برنامه مداخله‌ای مؤثرجهت ترویج استفاده از کاندوم مستلزم توجه به عوامل اجتماعی محیطی موثر بر رفتار محافظت کننده جنسی بوده و سیاست‌های حمایتی در جهت توانمندی اجتماعی ـ اقتصادی زنان را می طلبد. به جاست که با در نظرگیری عوامل فوق سیاستگذاران بهداشتی بسته‌های آموزشی مناسب در جهت ارتقای مهارت‌های ارتباطی زنان در معرض فراهم آورده و با بکارگیری روش‌های علمی مبتنی بر شواهد از گسترش همه‌گیری بیماری ایدز پیشگیری نمایند.

سهم نویسندگان

فهیمه رمضانی تهرانی: راهنمایی و نظارت بر اجرای طرح، ویرایش نهایی
راضیه لطفی: طراحی، اجرا، نمونه‌گیری و تهیه مقاله
فریده یغمایی: مشاور اجرایی طرح
ابراهیم حاجی زاده: طراحی روش نمونه‌گیری

تشکر و قدردانی

مؤلفین از مشارکت و همکاری کلیه افرادی که انجام این پژوهش را امکان‌پذیر نمودند، سپاسگزاری می‌نمایند.

منابع

1. Iran Ministry of Health and Medical Education, National AIDS Committee Secretariat, 2012. Islamic Republic of Iran Progress Report On Monitoring of the United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS. Retrieved from http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/progressreports/2012countries/ce_IR_Narrative_Report.pdf [Persian]

2. Hajiabdolbaghi M, Razani N, Karami N, Kheirandish P, Mohraz M, Rasoolinejad M, et al. Insights from a survey of sexual behavior among a group of at-risk women in Tehran, Iran, 2006. AIDS Education and Prevention 2007;19:519-3[Persian]

3. Ramezani Tehrani F, Malek-Afzali H. Knowledge, attitudes and practices concerning HIV/AIDS among Iranian at-risk sub-populations. Eastern Mediterranean Health Journal 2008;14:142-5[Persian]

4. Pettifor A, Macphail C, Corneli A, Sibeko J, Kamanga G, Rosenberg N, et al. Continued high risk sexual behavior following diagnosis with acute HIV Infection in South Africa and Malawi: implications for prevention. AIDS and Behavior 2010; 15,1243-50

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.12.2]

5. Rojanapithayakorn W. The 100% condom use programme in Asia. Reproductive Health Matters 2006 ;14:41-5
6. Norris J, Stoner SA, Hessler DM, Zawacki TM, George WH, Morrison DM, et al. Cognitive mediation of alcohol's effects on women's in-the-moment sexual decision making. Health Psychology 2009; 28:20-8
7. 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
8. Amaro H. Love, sex, and power. Considering women's realities in HIV prevention. American Psychology 1995 ;50:437-47
9. Abraham C, Sheeran P. Modelling and modifying young heterosexuals' HIV-preventive behaviour; a review of theories, findings and educational implications. Patient Education and Counseling 1994;23:173-86
10. Auerbach JD, Coates TJ. HIV prevention research: accomplishments and challenges for the third decade of AIDS. American Journal of Public Health 2000;90:1029-32
11. Nattrass N. Poverty, sex and HIV. AIDS and Behavior 2009;13:833-40
12. Pulerwitz J, Michaelis A, Verma R, Weiss E. Addressing gender dynamics and engaging men in HIV programs: lessons learned from Horizons research. Public Health Reports (Washington, DC: 1974) 2010;125:282-92
13. 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
14. Wyatt GE. Enhancing cultural and contextual intervention strategies to reduce HIV/AIDS among African Americans. American Journal of Public Health 2009;99:1941-5
15. Evans C, Lambert H. The limits of behaviour change theory :condom use and contexts of HIV risk in the Kolkata sex industry. Culture Health &Sexuality 2008;10:27-42
16. Ulin PR, Rabinson ET, Tolley EE. Qualitative methods in public health: a field guide for applied research. 1st Editon, Jossey-Bass: San Francisco, 2005
17. Smolak A. Contextual factors influencing HIV risk behaviour in Central Asia. Culture Health &Sexuality 2010;12:515-27
18. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. 2th Edition, Sage Publications: CA, 1998
19. Morse JM, Barrett M, Mayan M, Olson K, Spiers J. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. International Journal of Qualitative Methods 2002;1:13-22
20. Wingood GM, DiClemente RJ. Gender-related correlates and predictors of consistent condom use among young adult African-American women: a prospective analysis. International Journal of STD and AIDS 1998 Mar;9:139-45
21. 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; 3: 111-8
22. Allen CF, Simon Y, Edwards J, Simeon DT. Factors associated with condom use: economic security and positive prevention among people living with HIV/AIDS in the Caribbean. AIDS Care 2010;22:1386-94
23. Shawky S, Soliman C, Sawires S. Gender and HIV in the Middle East and North Africa: lessons for low prevalence scenarios. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome 2009 1;51 3:73-4
24. Turmen T. Gender and HIV/AIDS. International Journal of Gynaecology and Obstetrics 2003;82:411-8
25. Bertens MG, Krumeich A, van den Borne B, Schaalma HP. Being and feeling like a woman: respectability, responsibility, desirability and safe sex among women of Afro-Surinamese and Dutch Antillean descent in the Netherlands. Culture Health& Sexuality 2008 ;10:547-61
26. Greig FE, Koopman C. Multilevel analysis of women's empowerment and HIV prevention: quantitative survey Results from a preliminary study in Botswana. AIDS Behavior 2003;7:195-208
27. Ehrhardt A, Exner T, Hoffman S, Silberman I, Yingling S, Adams-Skinner J, et al. HIV/STD risk and sexual strategies among women family planning clients in New York: Project FIO. AIDS and Behavior 2002; 6: 1-13
28. Tang CS-k. The influence of gender-related factors on HIV prevention among Chinese women with disrupted marital relationship. Sex Roles 2008; 592:119-126
29. Ehrhardt AA, Sawires S, McGovern T, Peacock D, Weston M. Gender, empowerment, and health: what is it? how does it work? Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome 2009; 3:5196-105
30. K, Sullivan SG, Liu P, Wu Z. Scaling up prevention programmes to reduce the sexual transmission of HIV in China. International Journal of Epidemiology 2010; 392: 38-46
31. 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 Behavior 2011; 15: 959-69

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.12.2]

32. Peacock D, Stemple L, Sawires S, Coates TJ. Men, HIV/AIDS, and human rights. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome 2009 ; 3: 119-25
33. Riehman KS, Sly DF, Soler H, Eberstein IW, Quadagno D, Harrison DF. Dual-method use among an ethnically diverse group of women at risk of HIV infection. Family Planning Perspectives 1998;30:212-7
34. Pulerwitz J, Michaelis A, Verma R, Weiss E. Addressing gender dynamics and engaging men in HIV programs: lessons learned from Horizons research. Public Health Reports (Washington, D.C):1974 2010;125:282-92
35. Hadley W, Brown LK, Lescano CM, Kell H, Spalding K, Diclemente R, et al. Parent-adolescent sexual communication: associations of condom use with condom discussions. AIDS and Behavior 2009;13:997-1004
36. Semaan S, Lauby J, O'Connell AA, Cohen A. Factors associated with perceptions of, and decisional balance for, condom use with main partner among women at risk for HIV infection. Women Health 2003;37:53-69
37. World Health Organization. Western Pacific Region. integrating poverty and gender into health programmes , a sourcebook for health professionals: module on sexual and reproductive health 2008 [updated 2008; cited]; Available from: www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/.../0/gender_based_violence.pdf
38. Munoz FA, Pollini RA, Zuniga ML, Strathdee SA, Lozada R, Martinez GA, et al. Condom access: associations with consistent condom use among female sex workers in two northern border cities of Mexico. AIDS Education and Prevention 2010; 2:65-455
39. Crosby R, Yarber WL, Sanders SA, Graham CA. Condom discomfort and associated problems with their use among university students. Journal of American College Health 2005;54:143
40. Taran YS, Johnston LG, Pohorila NB, Saliuk TO. Correlates of HIV risk among injecting drug users in sixteen ukrainian cities. AIDS and Behavior 2011;15:65-74
41. 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.12.2]