دیدگاه مردان مبتلا به اچ‌آی‌وی / ایدز در خصوص مستعد بودن برای ابتلا به ایدز: یک مطالعه کیفی

حمیرا فلاحی[1]، صدیقه السادات طوافیان[2*]، فریده یغمایی[3]، ابراهیم حاجی زاده[4]

۱. مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲. گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
۳. دانشکده پرستاری ـ مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۴. گروه آمار زیستی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

نشریه پایش
سال سیزدهم شماره سوم خرداد - تیر ۱۳۹۳ صص ۳۶۵-۳۵۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۰/۲۳
[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۱۳۹۲/۱۲/۲۴]

چکیده

اغلب افراد مبتلا به اچ آی وی، سابقه رفتارهای پرخطر دارند. آگاهی از حساسیت درک شده آن‌ها قبل از ابتلای به بیماری، می‌تواند در انجام مداخلات برای سایر افراد با رفتارهای پرخطر مفید باشد.

این مطالعه به صورت کیفی، به منظور بررسی حساسیت درک شده مردان مبتلا به اچ آی وی، برای ابتلا به ایدز از طریق تماس جنسی انجام شده است. پژوهش کیفی حاضر، در ۳ کلینیک مشاوره بیماری‌های رفتاری وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی و ایران انجام شد. انتخاب مشارکت کنندگان با روش نمونه گیری ساده بود که به صورت نمونه گیری مبتنی بر هدف (نمونه گیری با حداکثر تنوع) ادامه یافت. داده‌ها از طریق مصاحبه فردی نیمه ساختار یافته عمیق جمع آوری شد. کلیه مصاحبه‌ها ضبط و پیاده شد و پس از چند بار مطالعه، کدها استخراج گردید.

تحلیل، بر اساس تحلیل محتوای جهت دار صورت پذیرفت. در این مطالعه، با ۳۲ نفر مصاحبه شد. نیمی از افراد، خود را مستعد ابتلای به ایدز، نمی‌دانستند و در روابط جنسی خود از کاندوم استفاده نکرده بودند. اکثر آن‌ها این باور را داشتند که با یک بار تماس جنسی محافظت نشده به بیماری مبتلا نمی‌شوند و همینطور فکر می‌کردند ایدز مخصوص مردان هم جنس باز است. در مقابل، نیمی دیگر خود را مستعد ابتلای به ایدز می‌دانستند، ولی آن‌ها نقش خود را در ابتلای به بیماری، بی تأثیر دانسته و همه چیز را به خواست خدا نسبت دادند. اطلاع رسانی گسترده و همگانی برای تمامی گروه‌های جامعه به ویژه جوانان و نیز تمامی افراد با رفتارهای پرخطر ضروری است. ارتقای آگاهی و اصلاح باورهای جوانان و افراد با سابقه رفتارهای پرخطر، از اقدامات اساسی برای پیشگیری از انتقال بیماری محسوب می‌شود.

کلیدواژه‌ها: اچ آی وی، ایدز، مطالعه کیفی، حساسیت درک شده، الگوی باور سلامت

* نویسنده پاسخگو: تهران، تقاطع بزرگراه شهید دکتر چمران و جلال آل احمد، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، گروه آموزش بهداشت، صندوق پستی ۱۱۱- ۱۴۱۱۵
تلفن ۸۲۸۸۴۵۴۷- ۰۲۱ نمابر ۸۲۸۸۴۵۵۵
E-mail: tavafian@modares.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.3.11.1]

مقدمه

تا سال ۲۰۱۲ میلادی، ۳۵/۳ میلیون نفر در سراسر جهان با اچ آی وی زندگی می‌کردند که این میزان، ۱۷ درصد نسبت به سال ۲۰۰۱ افزایش داشته است [۱]. این افزایش، نشان دهنده تداوم موارد جدید آلودگی به اچ آی وی، دسترسی قابل توجه به درمان ضد رترو ویروسی و کاهش مرگ‌های مرتبط با اچ‌آی‌وی است. در جهان، تعداد افرادی که به تازگی آلوده به اچ آی وی شده‌اند، در حال کاهش بوده و موارد جدید سالیانه آلودگی به ویروس فوق در سال‌های ۱۹۹۷ تا ۲۰۱۰ میلادی، ۲۱ درصد کاهش یافته است. این کاهش، به علت تغییر در رفتار جوانان، تن فروشان و مشتریان آن‌ها، معتادان به مواد مخدر و مردانی که با مردها ارتباط جنسی دارند، است. به رغم این کاهش جهانی در بروز بیماری، افزایش موارد جدید اچ‌آی‌وی در ناحیه خاور میانه و شمال آفریقا که ایران نیز در این منطقه واقع است، این ناحیه را در فهرست دو ناحیه با سریع‌ترین رشد اپیدمی اچ آی وی در جهان قرار داده است [۴-۲].

بر اساس مطالعات سازمان سلامت جهان، برآورد می‌شود که حداقل شمار مبتلایان به اچ آی وی در ایران، ۸۰/۰۰۰ نفر باشند؛ در حالی که بر اساس آمار جمع آوری شده از دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی تا تاریخ ۱۳۹۲/۷/۱ در کشور، مجموعاً ۲۷۰۴۱ نفر مبتلا به اچ آی وی شناسایی شده‌اند.

از مجموع علل ابتلا به اچ‌آی‌وی در بین کل مواردی که از سال ۱۳۶۵ تاکنون در کشور به ثبت رسیده‌اند، رابطه جنسی، ۱۲/۷درصد از موارد را تشکیل می‌دهد؛ در حالی که در۳۳/۲ درصد از افراد مبتلا که ابتلای آن‌ها در سال ۱۳۹۱ به اثبات رسیده، علت ابتلا، برقراری روابط جنسی است [۵]. لذا امروزه ایران، در مرحله حساسی از همه گیری اچ آی وی قرار دارد و برای پیشگیری از موج سوم اپیدمی بیماری، لازم است توجه ویژه‌ای به برنامه‌های پیشگیری از انتقال جنسی اچ آی وی در کشور صورت پذیرد.

در مطالعه‌ای در کرمانشاه، ۸۹ درصد از تماس‌های جنسی افراد با زنان تن فروش، محافظت نشده بوده است [۶]. در مطالعه زمانی و همکاران، میزان استفاده همیشگی مردان با اعتیاد تزریقی از کاندوم ۵۳ درصد و میزان استفاده از کاندوم در آخرین ارتباط جنسی، ۳۷ درصد گزارش گردیده است [۷]. همچنین میزان استفاده از کاندوم در رانندگان کامیونی که از نظر جنسی فعال بودند، ۶۴/۸ درصد و در زنان تن فروش، ۵۲ درصد بوده است [۸]. نتایج مطالعات کیفی انجام شده در مبتلایان به اچ آی وی در ایران نشان می‌دهد بیشتر بیماران، قبل از تشخیص بیماری در رابطه جنسی خود از کاندوم استفاده نکردند [۱۰، ۹]. همچنین مطالعه کیفی لطفی و همکاران در ایران نیز بیانگر این است که تمامی زنان در معرض خطر اچ آی وی مورد مطالعه، برای عدم استفاده از کاندوم موانعی را مطرح نمودند [۱۱].

این نتایج حاکی از آن است که گروه‌های فوق خود را در معرض خطر ابتلا به ایدز نمی‌دانستند. لذا برای افزایش آگاهی و ارتقای حساسیت درک شده افراد در زمینه اچ آی وی، برنامه‌های اطلاع رسانی و مداخلات آموزشی از اهمیت بالایی برخوردار است [۱۲].

از آنجا که پژوهش کیفی، به درک باور انسان‌ها کمک می‌کند و مراحل بروز یک رفتار را در زندگی روزمره آنان شناسایی می‌نماید [۱۳]، در این مطالعه از پژوهش کیفی استفاده شده است تا دیدگاه افراد مبتلا به اچ آی وی در خصوص ابتلا به بیماری، مورد بررسی قرار گیرد.

نتایج این پژوهش، بخشی از یک مطالعه دیگر در خصوص دیدگاه بیماران در باره استفاده از کاندوم است که بر اساس الگوی باور سلامت انجام گرفته است. این الگوی جامع، در پیشگیری از بیماری نقش دارد و بر این فرضیه استوار است که رفتار پیشگیری کننده، مبتنی بر اعتقادات شخص است و بر این موضوع، تأکید دارد که چطور ادراک شخص، ایجاد انگیزه و حرکت کرده و سبب ایجاد رفتار در او می‌شود. از آن جا که الگوی باور سلامت، یکی از الگوهای مورد استفاده برای انجام مداخلات، به منظور کاهش رفتارهای جنسی پرخطر است [۱۴]، این مطالعه، به صورت کیفی و بر اساس الگوی باور سلامت جهت بررسی حساسیت درک شده مردان مبتلا به اچ آی وی، به عنوان افرادی که سابقه رفتارهای پرخطر داشته‌اند، انجام شده است.

انتظار می‌رود بتوان از نتایج این پژوهش، برای اتخاذ مداخلات مناسب، به منظور بهبود آگاهی و درک افراد و اتخاذ رفتار محافظت کننده جنسی در این گروه از افراد و سایر گروه‌های با سابقه رفتارهای پرخطر جنسی استفاده نمود.

مواد و روش کار

این مطالعه به مدت ۹ ماه، در سه کلینک مشاوره بیماری‌های رفتاری در تهران صورت گرفت: دو کلینیک وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (کلینیک‌های والفجر و ۱۲ فروردین) و یک کلینیک وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران (کلینیک مشاوره

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.3.11.1]

بیمارستان امام). ۳۲ مرد مبتلا به اچ آی وی بالای ۱۸ سال، نمونه مورد پژوهش را تشکیل دادند. با توجه به محدودیت در دسترسی به نمونه پژوهش، از روش نمونه گیری ساده و از مبتلایان مراجعه کننده به مراکز فوق استفاده شد، ولی در نهایت، پس از ۲۱ مصاحبه انجام شده به صورت نمونه گیری مبتنی بر هدف (نمونه گیری با حداکثر تنوع از نظر سن، تأهل، تحصیلات و اشتغال) ادامه یافت و افرادی انتخاب شدند که دارای دیدگاه‌های متفاوتی درباره موضوع پژوهش بودند.

سؤالات مصاحبه، نیمه ساختار یافته و عمیق بوده که به صورت باز پرسیده شد. روش جمع آوری داده‌ها به صورت مصاحبه عمیق فردی بود و با کسب اجازه شفاهی قبلی از بیماران، بعد از یادداشت برداری مشخصات جمعیت شناسی، مصاحبه ضبط گردید. تمام شرکت کنندگان تمایل به انجام مصاحبه و ضبط آن را اعلام داشتند و هیچ یک از آنها از شرکت در مطالعه امتناع نورزیدند. کلیه مصاحبه‌ها کلمه به کلمه تایپ شد.

تحلیل داده‌ها بر اساس تحلیل محتوای جهت دار صورت گرفت. پس از چندین بار مرور متن مصاحبه، کدها استخراج و دسته بندی شده و تم‌های اصلی مشخص گردید. پس از کد بندی هر مصاحبه، مصاحبه بعدی انجام پذیرفت.

به منظور ارزیابی استحکام داده‌های کیفی، از معیارهای چهارگانه مقبولیت، قابلیت انتقال، همسانی و تأیید پذیری استفاده شد.

با درگیری طولانی مدت و مشاهده مداوم و صرف زمان کافی برای جمع آوری داده‌ها (۹ ماه) و نیز با جلب حمایت شرکت کنندگان و درگیری مستمر پژوهشگر با داده‌ها سعی شد، مقبولیت داده‌های کیفی افزایش یابد. همچنین در این مطالعه، از نظرات تکمیلی همکاران استفاده شد و به صورت جداگانه آن‌ها نیمی از مصاحبه‌ها را کد گذاری نمودند. در این تحقیق، تلاش شد، با مثلث سازی و تلفیقی از روش‌های گرد آوری داده‌ها (بررسی پرونده بیماران علاوه بر انجام مصاحبه)، انتخاب مشارکت کنندگان از کلینیک‌های متفاوت و همچنین ایجاد تنوع در انتخاب نمونه‌ها (انتخاب افراد مختلف که از نظر سن، تحصیلات، تأهل و اشتغال به کار، متفاوت بودند)، مقبولیت داده‌ها بیشتر شود.

برای بررسی قابلیت همسانی یافته‌ها از روش بازنگری خارجی استفاده شد. به همین منظور و برای بررسی تناقض در کد گذاری، متن ۴ مصاحبه به ۲ پژوهشگر با سابقه فعالیت در زمینه پژوهش کیفی و ایدز داده شد تا مصاحبه‌ها به صورت مستقل توسط آن‌ها کد گذاری شوند و بدین وسیله تناقض در کد گذاری مورد بررسی قرار گیرد. همچنین با مستند کردن عینیت یافته‌ها از جمله فایل‌های صوتی، متن دست نویس و تایپ شده مصاحبه‌ها، تحلیل داده‌ها و بازنگری ناظران، امکان حسابرسی توسط ناظران فراهم شد.

به منظور تأیید پذیری داده‌های کیفی، متن ۳ مصاحبه به مشارکت کنندگان عودت داده شد تا ارزیابی انطباق مفاهیم با شرکت کنندگان صورت گیرد. برای تأیید قابلیت انتقال، جزئیات روش تحقیق، زمان و مکان پژوهش، به صورت دقیق شرح داده شد.

برای رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش، از معاونت‌های بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی تهران و شهید بهشتی، برای آغاز به کار در کلینیک‌های مشاوره بیماری‌های رفتاری تحت پوشش مجوز اخذ شد. از شرکت کنندگان برای شرکت در پژوهش و ضبط مصاحبه، رضایت شفاهی و آگاهانه گرفته شد و آنها در تمام مراحل، حق انصراف از ادامه مصاحبه را داشتند. محرمانه نگه داشتن اطلاعات شخصی افراد در تمام مراحل، مد نظر بود.

مصاحبه‌ها در اتاقی جداگانه بدون حضور کارکنان کلینیک و بدون امکان تردد سایر بیماران صورت گرفت. مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. سه نفر از افرادی که پیشنهاد مصاحبه به آنها داده شده بود، مایل به انجام مصاحبه نشدند.

در این پژوهش، با ۳۲ مرد مبتلا به اچ آی وی، مصاحبه نیمه ساختار یافته عمیق صورت گرفت. تحلیل محتوای داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها، به تبیین ۶ درونمایه اصلی در چارچوب سازه‌های الگوی باور سلامت (حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، خود کارآمدی درک شده و راهنمای عمل) منجر شد و این مقاله تنها بخشی از مطالعه انجام شده بر اساس الگوی باور سلامت است که در آن تنها نتایج حساسیت درک شده مبتلایان قبل از ابتلا به بیماری ارائه شده است.

این مطالعه، حاصل طرح مصوبی است که در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی مورد تأیید قرار گرفته است.

یافته‌ها

سن افراد بین۲۷ تا ۵۳ سال، با میانگین ۳۷/۵ سال و انحراف معیار ۶/۹ سال بود. ۲۰ نفر (۶۲/۵ درصد) شاغل، ۱۱ نفر بی کار (۳۴/۴ درصد) و یک نفر (۳/۱ درصد) بازنشسته بودند. میانگین مدت زمان

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.3.11.1]

تشخیص اچ آی وی در افراد، ۵ سال و از ۲ ماه تا ۱۱ سال متغیر است. ۲۰ نفر از افراد تحت مطالعه در مرحله ایدز بوده و داروهای آنتی رترو ویرال دریافت می‌کردند. مشخصات جمعیت شناسی افراد در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود.

جدول شماره ۱- مشخصات جمعیت شناسی مبتلایان به اچ آی وی

	جنسیت: مرد (n=۳۲)	
	تعداد	درصد
سن (سال)		
۱۹-۲۹	۳	۹/۴
۳۰-۳۹	۱۸	۵۶/۲
۴۰-۴۹	۸	۲۵
بیش از ۵۰	۳	۹/۴
تأهل		
مجرد	۱۶	۵۰
متأهل	۱۲	۳۷/۵
مطلقه	۴	۱۲/۵
تحصیلات		
بی سواد	۳	۹/۴
دبستان	۳	۹/۴
راهنمایی ـ سیکل	۶	۱۸/۸
دبیرستان ـ دیپلم	۱۵	۴۶/۸
تحصیلات دانشگاهی	۵	۱۵/۶

افراد، دارای سابقه رفتارهای پرخطر متفاوتی بودند که در انتقال ویروس به آنها نقش داشته و در جدول شماره ۲ به آن‌ها اشاره شده است.

حساسیت درک شده در واقع، درک ذهنی افراد از خطری است که به سلامتی آن‌ها آسیب می‌رساند [۱۵] و در این مطالعه، درک ذهنی فرد از مستعد بودن برای ابتلا به ایدز، قبل از ابتلا به بیماری بوده است. عناوین و زیر عناوین مطرح شده در خصوص حساسیت درک شده برای ابتلا به ایدز، در جدول شماره ۳ قابل مشاهده است. در پاسخ به این سؤال که «قبل از ابتلا به بیماری، چقدر خودتان را در معرض خطر ابتلا به بیماری از طریق ارتباط جنسی، می‌دانستید؟» دیدگاه افراد مبتلا به اچ آی وی، در خصوص حساسیت درک شده آن‌ها برای ابتلا به بیماری ایدز در جریان ارتباط جنسی مورد بررسی قرار گرفت.

جدول شماره ۲- مشخصات رفتاری مبتلایان به اچ آی وی ـ ایدز

	جنسیت: مرد (n=۳۲)	
	تعداد	درصد
سابقه زندان		
مثبت	۲۶	۸۱/۲
منفی	۶	۱۸/۸
وضعیت اعتیاد به مواد مخدر		
تحت درمان با متادون نگهدارنده	۱۲	۳۷/۵
ترک مواد مخدر از طریق انجمن معتادان	۱۴	۴۳/۷
بدون سابقه اعتیاد به مواد مخدر	۶	۱۸/۸
سابقه رفتارهای پرخطر		
اعتیاد تزریقی	۱۱	۳۴/۴
ارتباط جنسی محافظت نشده	۶	۱۸/۸
اعتیاد تزریقی و ارتباط جنسی محافظت نشده	۱۵	۴۶/۸
استفاده از کاندوم در آخرین ارتباط جنسی		
تماس جنسی با کاندوم	۱۰	۳۱/۳
بدون تماس جنسی در یک سال اخیر	۱۷	۵۳/۱
تماس جنسی بدون کاندوم	۵	۱۵/۶

جدول شماره ۳- عناوین و زیر عناوین مطرح شده در خصوص حساسیت درک شده برای ابتلا به ایدز

عنوان	زیر عنوان	کد
حساسیت درک شده برای ابتلا به ایدز از طریق ارتباط جنسی	مستعد نبودن برای ابتلا به ایدز	عدم ابتلا به بیماری با یک بار تماس جنسی محافظت نشده
		عدم ابتلا به بیماری در ایران به علت نبود ارتباطات جنسی مردان با هم جنس
		عدم ابتلا به بیماری ایدز در جریان ارتباطات جنسی شرعی (صیغه)
		عدم ابتلای مردان به بیماری به علت قوای جسمانی خوب
		عدم ابتلای افراد غیر معتاد به بیماری
	باور مثبت برای ابتلا به ایدز	خواست خدا برای ابتلا به ایدز

در بین مردان مبتلا به اچ آی وی، نیمی از آن‌ها قبل از ابتلا به بیماری، خود را مستعد ابتلا به ایدز نمی‌دانستند و در روابط جنسی خود از کاندوم استفاده نکردند. اکثر مردان قبل از ابتلا به بیماری این باور را داشتند که با یک بار تماس جنسی محافظت نشده و بدون کاندوم، به بیماری مبتلا نمی‌شوند. آقای ۵۱ ساله و متأهل در این خصوص گفت: «بعضی خودشان رو جزء استثنا می‌دونند، می‌گند با یه بار من نمی‌گیرم، طرف مقابلم هم، نداره».

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.3.11.1]

اکثر افراد قبل از ابتلا به بیماری این باور را داشتند که ایدز بیماری است که در ایران وجود ندارد. ایدز مخصوص مردان هم جنس باز است و تنها افراد ساکن در خارج از کشور هستند که به بیماری ایدز مبتلا می‌شوند. آقای۳۴ ساله و مجرد که در ارتباطات جنسی خود نیز از کاندوم استفاده نکرده است، این گونه بیان داشت: «اصلاً فکر نمی‌کردم شاید یه جایی بیاد و چنین اتفاقی بیفته واسم و منم ایدز بگیرم. من فکر می‌کردم این بیماری توی ایران نباشه. فقط مختص یک سری کشورهای خارجیه، هنوز که هنوزه توی ایران نیومده».

همچنین آقای ۳۴ ساله و مطلقه در این خصوص عنوان کرد: «فکر می‌کردم اون‌ها که تو کشورهای خارجی‌اند، از راه هم جنس بازی ایدز رو می‌گیرند. من این جوری نگاه می‌کردم. من وحشت داشتم از این مسئله».

بعضی از مردان فکر می‌کردند، ایدز تنها در ارتباطات جنسی خارج از خانواده و ارتباطات غیر شرعی است که منتقل می‌شود و معتقد بودند که در صورت انجام صیغه، افراد به بیماری ایدز مبتلا نمی‌شوند. آقایی ۵۳ ساله و متأهل که در ارتباطات جنسی با شرکای جنسی خود در جریان صیغه از کاندوم استفاده نمی‌کرده و از این طریق مبتلا شده است، عنوان کرد: «قبل از این که بیماری را بگیریم، فکر نمی‌کردیم بیماری ایدز بگیریم، چون آدم با نماز و با تقوایی بودم. همیشه مسجد می‌رفتم. خوب برای این که خانومم یه مقدار با من ناسازگاری می‌کرد، خودم رفتم این کارهای بیخود را کردم، صیغه کردم».

عده‌ای معدود از افراد معتقد بودند مردان به علت قوای جسمانی خوب و نیز ورزشکار بودن به این بیماری مبتلا نمی‌شوند. آقایی ۳۵ ساله و مجرد در این باره گفت: «اولش گفتم که بدنم قویه. بیماری مال کس‌هایی یه که ضعیفند. اصلاً امکان نداره ما بیمار بشیم».

آقایی ۳۵ ساله و متأهل نیز در خصوص عدم ابتلا به بیماری به علت ورزشکار بودن بیان کرد: «بعضی هام می‌گند ما ورزشکاریم، به خاطر قوی بودن و ورزشکار بودن، می‌گند، مگه ما امکان داره بیماری را بگیریم».

عده‌ای از افراد فکر می‌کردند، بیماری ایدز فقط مربوط به افراد معتاد است و تنها معتادان هستند که در معرض خطر ابتلا به بیماری ایدز قرار دارند. آقایی ۲۸ ساله و متأهل این طور بیان داشت: «فکر نمی‌کردم بگیرم. چون اول این که اعتیادی نداشتم ... به خاطر ورزشی که می‌کردم من خودم را در سطح بالاتری از این جریان می‌دیدم. فکر می‌کردم به قشر معتاد می‌رسه. فکر می‌کردم چون تماس هام هم که اغلب با کاندوم بوده، دارم درست پیش می‌رم».

در مقابل افرادی که قبل از ابتلا به بیماری خود را مستعد ابتلا می‌دانستند، نیمی از بیماران نیز باور داشتند که به علت داشتن رفتارهای پرخطر، مستعد ابتلا به بیماری ایدز بودند، ولی آن‌ها نقش خود را در ابتلا به بیماری، بی تأثیر دانسته و صرفاً خواست خدا را در ابتلا یا عدم ابتلای خود به بیماری ایدز مؤثر دانستند و همه چیز را به خواست خدا نسبت دادند.

آقایی ۳۶ ساله و مجرد در این خصوص گفت: «آگاهی داشتم که ممکنه ایدز بگیرم، ولی می‌گفتیم توکل به خدا، انشاءا... که نمی‌گیریم».

همچنین آقایی ۳۳ ساله و مجرد خواست خدا را در ابتلا به بیماری مؤثر دانسته و این طور بیان کرد: «کاریه که انجام شده و خدا خواسته این جوری شده، نباید می شده که شده».

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش، ۳۲ مرد مبتلا به اچ آی وی، مورد بررسی قرار گرفتند. نیمی از مردان مصاحبه شده، به رغم داشتن رفتارهای جنسی پر خطر، قبل از ابتلا به بیماری، خود را مستعد ابتلا به ایدز نمی‌دانستند و برای عدم ابتلای خود به بیماری درک و باور نادرستی داشتند.

افراد، دلایل مستعد نبودن خود برای ابتلا به ایدز را عدم ابتلا به بیماری با یک بار تماس جنسی محافظت نشده، عدم ابتلا به بیماری در ایران به علت نبود ارتباطات جنسی مردان با هم جنس خود، عدم ابتلا به بیماری ایدز در جریان ارتباطات جنسی شرعی (صیغه)، عدم ابتلای مردان به بیماری به علت ورزشکار بودن و قوای جسمانی خوب و در نهایت، عدم ابتلای افراد غیر معتاد به بیماری عنوان نمودند.

این موارد نشان می‌دهد مشارکت کنندگان، درک نادرستی نسبت به بیماری، راه‌های ابتلا و انتقال بیماری داشتند. این درک، متأثر از باورهای اجتماعی، اخلاقی و مذهبی مردم در جامعه است، اما می‌تواند راهنمای مناسبی برای تدوین یک الگوی پیشگیری از ایدز در جامعه باشد.

اکثر مطالعات انجام شده در دنیا برای حساسیت درک شده افراد به منظور ابتلا به ایدز، در گروه دانش آموزان و دانشجویان است که در بعضی از این مطالعات، دانش آموزان و دانشجویان، به رغم

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.3.11.1]

داشتن رفتارهای جنسی پر خطر و محافظت نشده خود را مستعد ابتلا به ایدز نمی‌دانستند [۱۷، ۱۶].

نتایج مطالعه بر روی زنان تن فروش گذری در هند به عنوان یکی از گروه‌های پر خطر نشان داده است، ۶۰ درصد از آن‌ها خود را مستعد ابتلا به اچ آی وی، نمی‌دانستند؛ یعنی به رغم این که زنان مذکور، از یک سو در معرض ابتلا به اچ آی وی و از سوی دیگر، در معرض انتقال ویروس به دیگران بودند، ولی درک پایینی از خطر داشته و حساسیت درک شده آن‌ها برای ابتلا به اچ آی وی، پایین گزارش شده است [۱۸].

نتایج مطالعات کیفی در افراد مبتلا به اچ آی وی، در خصوص رفتارهای پیشگیرانه نشان داده است که اکثر افراد، معتقد بودند طی تماس جنسی محافظت نشده با شرکای جنسی مبتلا به اچ آی وی، هیچ مشکل جدی متوجه آن‌ها نخواهد بود.

این در حالی است که برای پیشگیری از انتقال سوش‌های ویروس، افراد مبتلا به اچ آی وی نیز باید در ارتباط با شرکای جنسی اچ آی وی مثبت خود از کاندوم استفاده نمایند و به دلیل دانش ناکافی، درک نادرستی داشته و حساسیت درک شده آن‌ها از ابتلا به سایر سوش‌های اچ آی وی، پایین گزارش شده است [۲۰، ۱۹].

نتایج مطالعه حاضر، با پژوهش‌های انجام گرفته هم خوانی دارد و گواهی، بر درک نادرست افراد از بیماری است. از این رو آموزش همگانی و مشاوره‌های فردی، می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر روی درک و باور افراد داشته باشد. لذا لازم است اطلاع رسانی گسترده و همگانی برای تمامی گروه‌های جامعه به ویژه جوانان که در معرض خطر ابتلای به بیماری هستند و نیز تمامی افراد با رفتارهای پر خطر صورت پذیرد.

ارتقای آگاهی افراد و اصلاح باورهای آن‌ها از اقدامات اساسی و پایه‌ای برای پیشگیری از انتقال بیماری محسوب می‌شود؛ چرا که اگر افراد، خود را در معرض خطر برای ابتلا به بیماری احساس کنند، به این باور برسند که این بیماری عواقب جدی برای آن‌ها در بر خواهد داشت و این اعتقاد وجود داشته باشد که رفتار پیشگیری کننده در دسترس آن‌ها، در کاهش حساسیت یا شدت بیماری مؤثر است، در آن صورت است که رفتار پیشگیری کننده را در پیش خواهند گرفت.

از این رو، افرادی که رفتارهای پر خطر جنسی دارند، برای تغییر رفتار، باید خود را در معرض خطر ایدز بدانند، زیرا در غیر این صورت بیان منافع استفاده از کاندوم برای آن‌ها بی فایده است [۲۱].

دسترسی به افراد تن فروش و سایر افراد با رفتارهای پر خطر جنسی برای آموزش حائز اهمیت است و بحث تشخیص زورس، می‌تواند مانع تداوم رفتارهای جنسی پر خطر، در افراد مبتلا گردد. بنابر این باید افراد در معرض خطر تشویق گردند ضمن افزایش آگاهی و انجام مشاوره، از نظر ابتلا به بیماری نیز مورد بررسی قرار گیرند.

نیمی از مردان مبتلا به اچ ای وی در مطالعه حاضر که سابقه رفتارهای جنسی پرخطر را داشتند، قبل از ابتلا به بیماری، خود را مستعد ابتلا به ایدز می‌دانستند. نتایج بعضی از مطالعات نیز با مطالعه حاضر همخوانی داشته و حاکی از این است که افراد، به رغم داشتن رفتارهای جنسی پر خطر، خود را در معرض خطر ابتلا به ایدز می‌دانستند.

مطالعه‌ای که در دانش آموزان [۲۲] و دانشجویان [۲۳] انجام شده، نشان می‌دهد حساسیت درک شده آنها در جهت ابتلا به ایدز، از میانگین بالایی برخوردار بوده است.

همچنین مطالعه در رانندگان کامیون به عنوان یک گروه با رفتارهای جنسی پر خطر در نیجریه نیز نشان می‌دهد به رغم این که همه افراد مدعی بودند که در باره ایدز مطالبی شنیده‌اند، ولی تنها ۹ درصد از آنها در ارتباطات جنسی خود از کاندوم به صورت دائمی استفاده می‌کردند و ۷۵ درصد از آن‌ها تصدیق کردند که مستعد مواجهه با بیماری هستند [۲۴].

در مطالعه حاضر، افراد ابتلای خود را به خواست خدا نسبت دادند و اذعان داشتند که خودشان در ابتلا به بیماری، هیچ نقشی نداشته‌اند. این مسئله بر دو جنبه تأکید دارد: از یک سو، به باورهای فرهنگی و مذهبی مردم در ایران اشاره دارد که همه چیز را به خواست خدا نسبت می‌دهند.

از سوی دیگر، ابتلا به اچ آی وی، در همه جوامع به ویژه ایران، با انگ همراه است، به خصوص با توجه به مسائل فرهنگی و مذهبی در جامعه و به طور اخص، اگر راه انتقال بیماری، ارتباط جنسی باشد، این انگ بیشتر متوجه افراد است [۲۵].

از این رو، نسبت دادن بیماری به خواست خدا می‌تواند به علت تمایل افراد برای بی تقصیر جلوه نمودن و کم رنگ نمودن نقش خود در ابتلای به بیماری باشد. ارتقای آگاهی مردم و رفع انگ نسبت به مبتلایان در جامعه می‌تواند در اصلاح این باور، مؤثر باشد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.3.11.1]

به رغم تمام تلاش‌های انجام گرفته برای افـزایش دقـت و اسـتحکام این پژوهش، مطالعه حاضر نیز دارای محدودیت‌هـایی اسـت کـه در تمامی مطالعات کیفی دیده می‌شود. یکی از این محـدودیت‌هـا ایـن است که بر خلاف مطالعات کمی، حجـم نمونـه در مطالعـات کیفـی معمولاً کوچک بوده و ممکن اسـت نمونـه چنـدان قابـل مقایسـه و تعمیم به جامعه نباشد [۲۶]. در ایـن مطالعـه، صـرفاً دیـدگاه افـراد مبتلا به اچ آی وی ـ ایدزی که به کلینیک‌های مشاوره بیماری‌هـای رفتاری مراجعه می‌کنند، مورد بررسی قرار گرفتنـد و ممکـن اسـت نتایج حاصله با نتایج مربوط به بیمارانی که بـه ایـن مراکـز مراجعـه نمی‌کننـد، تـا حـدی متفـاوت باشـد. عـدم گفـتن تمـامی حقـایق، محدودیت دیگری است که به مشکلات فرهنگی ـ اجتماعی مربـوط به خودگزارش دهی افراد وابسته است، به خصوص کـه در مطالعـات کیفی و در جریان مصاحبه، فرد در ارتباط چهره بـه چهـره بـا فـرد مصاحبه گر است. در این مطالعه، سعی شد ضـمن برقـراری ارتبـاط مناسب با افراد و نشان دادن علاقـه محقـق بـه گفتـه‌هـای شـرکت کنندگان، حداکثر جلب اعتماد آن‌ها صورت گیرد. لذا لازم اسـت در تفسیر نتایج به این محدودیت‌ها نیز توجه شود.

منابع

1. UNAIDS. The global report AIDS epidemic, 2013. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf. Accessed on 10th December, 2013

2. UNAIDS, 2011. http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2011/december/20111204menareport/

3. UNAIDS. World AIDS Day Report, 2011. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216

4. UNAIDS. Global HIV/AIDS Response, epidemic update and health sector program towards universal access, Program Report 2011. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/201111

5. Center for Disease Control, Office of the Deputy for Public Health, Ministry of Health and Medical Education of the IR Iran. HIV/AIDS in Iran (Cumulative Statistics). Tehran: Ministry of Health and Medical Education of the IR Iran. http://port.health.gov.ir/mfdc.cdc.Accessed on 10th December, 2013

6. Zargooshi J. Characteristics of gonorrhoea in Kermanshah, Iran. Sexually Transmitted Infection 2002; 78: 460-1

7. Zamani S, Kihara M, Gouya MM, Vazirian M, Ono-Kihara M, Razzaghi EM, et al. Prevalence of and factors associated with HIV-1 infection among drug users visiting treatment centers in Tehran, Iran. AIDS 2005; 19: 709-16

8. 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

9. Rahmati Najar Kolaei F, Niknami SAD, Amin Shokravi F, Ahmadi F. Perception and behaviors of HIV/AIDS patients: a qualitative study. Behbood 2009, 13: 220-34 [Persian]

10. Fallahi H, Tavafian SS, Yaghmaie F, Hajizadeh E. Stigma, barriers to condom use among men living with HIV: a gualitative study in Iran. Life Science Journal 2012; 9: 2593-9

11. Lotfi R, Ramezani Tehrani F, Yaghmaei F, HajizadehE. Barriers to condom use among women at risk of HIV/AIDS: a qualitative study from Iran. BMC Women's Health 2012; 12: 1-10

سهم نویسندگان

حمیرا فلاحی: جمع آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها، تـدوین مقاله

صدیقه السادات طوافیان: نظـارت بـر اجـرای مطالعـه و تجزیـه و تحلیل داده‌ها

فریده یغمایی: مشاور اجرایی طرح

ابراهیم حاجی زاده: مشاور اجرایی طرح

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از تمام کارکنان کلینیک مشـاوره بیمـاری‌هـای رفتاری مرکـز بهداشـت غـرب تهـران (کلینیـک‌هـای والفجـر و ۱۲ فروردین) و بیمارستان امـام خمینـی و باشـگاه یـاران مثبـت و نیـز تمامی افراد مبـتلا بـه اچ آی وی کـه در امـر پـژوهش، مشـارکت و همکاری صمیمانه داشتند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

مطالعه حاضر بخشی از پایان نامـه دکتـری بهداشـت بـاروری در دانشکده پرستاری ـ مامایی دانشگاه علـوم پزشـکی شـهید بهشـتی است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.3.11.1]

12. Dejong J, Shepard B, Roudi-Fahimi F, Ashford LL. Young people's sexual reproductive health in the Middle East and North Africa. PRB (Popualation Reference Bureau) [Online], 2007: URL:http://www.prb.org/pdf07/menayouthreproductivehealth.pdf
13. Lindberg C, Lewis-Spruill C, Crownover R. Barriers to sexual and reproductive care: urban male adolescents speak out. Comprehensive Pediatric Nursing 2006; 29: 73-88
14. Croyle RT. Theory at a glance: a guide for health promotion practice. U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health. 2005
15. Lin P, Simoni JM, Zemon V. The Health Belief Model, sexual behaviors and risk among Taiwanese immigrants. AIDS Education and Prevention 2005; 17: 469-83
16. Iriyama S, Nakahara S, Jimba M, Ichikawa M, Wakai S. AIDS health belief and intention for sexual abstinence among male adolescent in Kathmanda, Nepal: a test of perceive severity and susceptibility. Public Health 2007; 121: 64-72
17. Zhang H , Stanton B, Li X, Mao R, Sun Z, Kaljee L, et al. Perception and attitudes regarding sex and condom use among Chinese college students: a qualitative study. AIDS and Behavior 2004; 8: 105-17
18. Jain A, Saggurti N, Mahapatra B, Sebastian M, Modugu H, Halli S, et al. Relationship between reported prior condom use and current self-perceived risk of acquiring HIV among mobile female sex workers in southern India. BMC Public Health 2011; 11: 1-11
19. Poudel K.C, Nakahara S, Poudel-Tandukar K, Jimba M. Perceptions towards preventive behaviors against HIV transmission among People Living With HIV/AIDS in Kathmanda, Nepal. Public Health 2007; 121: 958-61
20. Moore Ami R, Oppong J. Sexual risk behavior among people living with HIV/AIDS in Togo. Social Science & Medicine 2007; 64: 1057-66
21. Glanz K, Rimer B, Viswanath K. Health Behavior and Health Education Theory, Research and Practice. 4th Edition, Jossey-Bass: San Francisco, 2008
22. Peltzer K. Factors affecting condom use among junior secondary school pupils in South Africa. Health Sa Gesondheid 2000; 5: 37-44
23. Peltzer K. Factors affecting condom use among South African university student. East African Medical Journal 2000; 77: 46-52
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. Lekganyane R, Plessis G. Dealing with HIV-related stigma: a qualitative study of women outpatients from the Chris Hani Baragwanath hospital. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care 2012; 23: 155-62
26. Adib Hajbagheri M, Parvizi S, Salsali M. Qualitative research.1 st Edition, Boshra Publication: Iran, 2007 [Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.3.11.1]

ABSTRACT

Perceived susceptibility to AIDS in men living with HIV: a qualitative research

Homeira Fallahi[1], Sedigheh Sadat Tavafian[2*], Farideh Yaghmaie[3], Ebrahim Hajizadeh[4]

1. Ministry of Heath and Medical Education, Tehran, Iran
2. Department of Health Education, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modaress University, Tehran, Iran
3. Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Department of Biostatistics, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Payesh 2014; 13: 357-365
Accepted for publication: 13 January 2014
[EPub a head of print-15 March 2014]

Objective (s): To explore perceptions of men living with HIV regarding perceived susceptibility to sexually transmission of HIV.
Methods: In-depth, semi-structured interviews were held with a purposively selected group of individuals living with HIV recruited from three HIV care clinics in Tehran, Iran. Participants were initially selected from HIV-positive male patients by convenience sampling and narrowed-down by maximum diversity sampling. All interviews were recorded and typed, and the codes were extracted from reviews. Data were analyzed using the content analysis approach.
Results: In this study 32 participants were interviewed. Half of participants did not know that they are at risk of AIDS and indicated that they did not use condoms in their sexual relationship. The majority of participants did not believe that the disease could be transmitted during unprotected sexual contact and thought that only men who have sex with men could be affected with HIV. In contrast, others knew themselves at risk of AIDS, but believed that this is out of their control and it depends on God's willing.
Conclusion: Extensive public education on prevention of HIV transmission. for all groups especially thos who are at higher risk is recommended.

Key Words: HIV, AIDS, Qualitative Research, Perceived Susceptibility, Health Belief Model

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.3.11.1]

* Corresponding author: Department of Health Education, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modaress University, P.O.Box: 14115-111, Tehran, Iran.
Tel: + 98 21 82884547
E-mail: tavafian@modares.ac.ir