عوامل فردی مؤثر در اتخاذ رفتارهای پرخطر منجر به ایدز: یک مطالعه کیفی

فاطمه رحمتی نجارکلائی: استادیار، گروه بهداشت نظامی، مرکز تحقیقات بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)
شمس الدین نیکنامی: * دانشیار، گروه آموزش بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس
فرخنده امین شکروی: استادیار، گروه آموزش بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس
فضل الله احمدی: دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس
صدیقه سادات طوافیان: استادیار، گروه آموزش بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس
ابراهیم حاجی زاده: دانشیار، گروه آمار حیاتی، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

فصلنامه پایش
سال دهم شماره دوم بهار ۱۳۹۰ صص ۲۱۵-۲۰۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۶/۳۱
[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۲۰ بهمن ۱۳۸۹]

چکیده

تداوم انتشار HIV/AIDS در جهان، این بیماری را به معضلی جهانی تبدیل نموده است که بی شک پیامدهای آن کشور ما را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. بررسی دلایل بروز رفتارهای پرخطر مرتبط با بیماری، راهگشای تدوین الگوی پیشگیری رفتاری از ایدز در کشور است. با توجه به محدودیت مطالعات در این زمینه، مقاله حاضر به شناسایی عوامل فردی منجر به بروز رفتارهای پرخطر در بیماران مبتلا به ایدز و افراد دارای رفتار پرخطر می‌پردازد.

این پژوهش به روش تئوری زمینه (Grounded Theory) و با رویکرد کیفی، به مدت ده ماه در دو مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری شهر تهران، کلینیک غرب و بخش عفونی بیمارستان امام خمینی (ره) صورت گرفت. شیوه انتخاب مشارکت کنندگان به صورت آسان و هدفمند بوده و داده‌ها از طریق ۱۰۲ مصاحبه عمیق فردی نیمه ساختار یافته با ۶۹ بیمار مبتلا به ایدز، ۱۹ فرد در معرض خطر بیماری، ۸ متخصص و ۶ نفر از اعضای خانواده بیماران جمع‌آوری و گزارش پرونده‌های مرتبط نیز مورد بررسی قرار گرفته و برای تکمیل داده‌ها استفاده شد. تمامی مصاحبه‌ها ضبط و کلمه به کلمه تایپ شد و سپس برای تحلیل نتایج، کدگذاری اولیه و محوری انجام شد. نرم‌افزارهای One-note و SPSS نیز برای ورود و تحلیل داده‌ها مورد استفاده قرار گرفتند.

مشارکت کنندگان در محدوده سنی ۱۶ تا ۴۷ سال بودند، اکثر آنها مرد و مجرد بوده و تحصیلات زیر دیپلم داشتند. در این مطالعه رفتار پرخطر جنسی و اعتیاد تزریقی، عمده‌ترین راه‌های انتقال بیماری در مبتلایان گزارش شده و عوامل فردی زمینه ساز بروز رفتار پرخطر در۳ طبقه مفهومی به دست‌آمدند. این عوامل عبارت بودند از ادراکات سوق دهنده، ویژگی‌های فردی، تصمیم و اراده.

نتایج مطالعه بر اهمیت باورها و انگیزه‌های زمینه ساز رفتار پرخطر، ویژگی فردی و اراده و نیز لزوم آموزش بیشتر در زمینه ایدز و رفتار پرخطر در افراد مستعد تأکید می‌نماید.

کلیدواژه‌ها: HIV/AIDS، رفتارهای پرخطر، مطالعه کیفی

* نویسنده پاسخگو: تهران، تقاطع بزرگراه شهید دکتر چمران و جلال آل احمد، گروه آموزش بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس
تلفن: ۸۲۸۸۳۵۴۹ نمابر: ۸۸۹۸۹۱۲۹
E-mail: niknamis@modares.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.8.5]

مقدمه

ایدز نه فقط یکی از ویرانگرترین و ترسناک‌ترین بیماری‌های عصر حاضر است، بلکه پدیده اجتماعي جدید و بي مانندی است که تقریباً همه ابعاد زندگی اجتماعی و اقتصادی افراد را تحت تأثیر قرار داده است [۱].

مطابق گزارش برنامه توسعه ملل متحد (United Nations Development Programme-UNDP)، HIV بزرگترین وارونگی را در توسعه انسانی در طول تاریخ ایجاد نموده است. در سال ۲۰۰۸، ۳۳ میلیون نفر (۳۰ تا ۳۶ میلیون) با این ویروس زندگی می‌کردند و موارد جدید عفونت، ۲/۷ میلیون نفر بوده است؛ در حالی که ۲ میلیون نفر در همین سال از ایدز فوت نموده‌اند. همچنین درصد افرادی که با HIV زندگی می‌کنند، از سال ۲۰۰۰ ثابت مانده و روی هم رفته تعداد افرادی که با HIV زندگی می‌کنند، دائماً افزایش یافته و درمان‌های بیماری، طول عمر بیماران را افزایش داده است و در کل، موارد جدید بیماری از مرگ و میر ایدز بیشتر است [۲].

در ایران نیز تعداد افراد مبتلا به بیماری در حال افزایش است؛ به طوری که در گزارش UNAIDS ۲۰۰۶ تعداد مبتلایان به HIV، در ایران بین ۳۶ تا ۱۶۰ هزار نفر و به طور متوسط ۶۶۰۰۰ نفر تخمین زده شده است و شیوع بیماری، در افراد ۱۵ تا ۴۹ سال، ۰/۲ درصد بر آورد شده است. در این گزارش تعداد زنان بالای ۱۵ سال مبتلا به طور متوسط ۱۱۰۰۰ نفر (۵۲۰۰ تا ۲۸۰۰۰) ذکر شده است [۳].

مطالعه‌ای تحت عنوان «ارزشیابی مداخله مدرسه محور برای پیشگیری از ایدز در نوجوانان بلایز» توسط کینسلر و همکاران او بین ۱۵۰ نوجوان انجام شد که در آن بر اهمیت جریانات فرهنگی در زمینه بروز رفتارهای پرخطر تأکید شده است [۴]. قبل از اجرای هر مداخله آموزشی باید ابتدا فشارهای اجتماعی، فرهنگی و محیطی و انگیزه‌هایی که ممکن است روی رفتار بهداشتی (فعالیت جنسی سالم) تأثیر بگذارند، بررسی نمود [۵]. با این وجود، اغلب محققان سعی می‌کنند از مطالعات موجود در جوامع غربی برای حل مسئله رفتارهای پرخطر استفاده نمایند. در حالی که، به خاطر تفاوت‌های فرهنگی گسترده باید برنامه‌های آموزش جنسی خاص هر فرهنگ ایجاد شده، صرفاً روی الگوی غربی تکیه نشود [۶]. از آن جایی که عفونت HIV با رفتارهای مخاطره آمیز در ارتباط است، بنا براین رفتارهای مخاطره آمیز، اهمیت عمده‌ای برای مداخلات بهداشت عمومی دارد و از سویی دیگر برای پیشگیری از بیماری، درک دلایل شکل گیری رفتار پرخطر در افراد ضروری است [۷]. در یک مطالعه متاآنالیز انجام شده در ایران نیز به ناکافی بودن تحقیقات پیرامون رفتارهای مؤثر بر ابتلا به ویروس نقص ایمنی انسانی اشاره شده است و لزوم انجام مطالعات در زمینه خصوصیات رفتارهای پرخطر جنسی مورد تأکید قرار گرفته است [۸]. بنابراین فرآیند و دلایل بروز رفتار مخاطره آمیز در جوانان و نوجوانان ایرانی، بررسی نشده و آن چه وجود دارد، عمدتاً بر اساس مطالعات کشورهای غربی است که با توجه به ابعاد روانی و اجتماعی این پدیده، طراحی مداخلات مؤثر را ناممکن می‌سازد و از سویی به منظور قادر سازی طراحی مداخلات آموزش بهداشت مؤثر، درک تعیین کننده‌های فردی، فرهنگی و محیطی رفتارهای پرخطر مرتبط با HIV/AIDS از دیدگاه آنهایی که درگیر بیماری هستند، لازم است [۱۰، ۹].

با وجود اهمیت تأثیر رفتارهای پرخطر مانند اعتیاد تزریقی و ارتباط جنسی محافظت نشده، بر ابتلا به ایدز و لزوم شناسایی عوامل این رفتارها، هنوز مطالعات کافی برای تبیین ماهیت این عوامل در ایران انجام نشده است، به همین دلیل، این مسئله باید مورد توجه بیشتری قرار گیرد. برای تحقیق پیرامون چنین موضوعاتی که ابعاد آنها به درستی شناخته نشده است و نیز به منظور دستیابی به تجربیات غنی در مورد رفتار انسان، محققان نیازمند استفاده از روش کیفی هستند [۱۱].

مطالعه حاضر به منظور تبیین عوامل فردی منجر به ایدز با استفاده از روش کیفی انجام شد تا شناخت تازه‌ای نسبت به این مسئله حاصل شده و طراحی برنامه‌های آموزشی برای تغییر رفتارهای پرخطر را تسهیل نماید.

مواد و روش کار

رویکرد تحقیق حاضر، روش تئوری زمینه، یکی از انواع روش‌های تحقیق کیفی است. این روش که ریشه‌هایی از علم جامعه شناسی و مکتب تفسیری تعامل گرای سمبولیک در خود دارد، برای اولین بار توسط گلیزر و اشتراوس در سال ۱۹۶۰ مطرح شده و در آن با یک رویکرد استقرایی و به صورت نظام‌مند به تولید و تحلیل داده‌ها پرداخته می‌شود و برای اجرای آن، محقق فرآیند استانداردی را برای تجزیه و تحلیل اطلاعات به کار می‌گیرد. این فرآیند شامل کدگذاری باز، کدگذاری محوری، کدگذاری انتخابی وآماده سازی و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.8.5]

ماتریس موقعیتی است [۱۳، ۱۲]. در این تحقیق روش کد گذاری با روش اشتراوس و کوربین صورت گرفت و از مرحله کد گذاری باز تا مرحله کد گذاری محوری پیش رفت.

محل انجام این تحقیق، در دو مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری کلینیک غرب و بخش عفونی بیمارستان امام خمینی است. این دو مرکز از بزرگترین مراکز مراقبت و مشاوره بیماران در سطح شهر تهران، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران هستند. پژوهش از اسفند ۸۶ تا آذر ۸۷ به مدت ۱۰ ماه و با درگیری مستمر پژوهشگر اصلی با مشارکت کنندگان صورت گرفت. سعی شد تا حد امکان مشارکت کنندگان با حداکثر تنوع به شیوه هدفمند، انتخاب و از بین هر دو جنس و با سطح اجتماعی ـ اقتصادی متفاوت انتخاب شوند. مشارکت کنندگانی انتخاب شدند که در زمینه بیماری HIV/AIDS دارای تجربیات غنی و علاقمند به مشارکت و بیان واضح آن بودند. علاوه بر آن از اظهارات مشاوران و پزشکان این دو مرکز درمانی که عمدتاً دارای سوابق کاری بالای ۱۰ سال بودند نیز برای تکمیل اطلاعات استفاده گردید. همچنین از افرادی که به عنوان فرد در معرض خطر بیماری HIV/AIDS برای انجام مشاوره و آزمایش بیماری به این مراکز مراجعه نموده بودند نیز مصاحبه به عمل آمد. در ابتدا مشارکت کنندگان به صورت نمونه گیری آسان و در انتها برای اشباع اطلاعاتی به صورت هدفمند مورد مصاحبه قرار گرفتند و مصاحبه‌ها تا مرحله اشباع داده‌ها ادامه یافت.

سؤالات مصاحبه ابتدا به صورت سؤالات عمیق سازمان نیافته و یا در صورت لزوم، سؤالات باز مطرح شدند. به عنوان نمونه از مشارکت کنندگان پرسیده شد داستان زندگی خود را در رابطه با رفتار پرخطر از ابتدا تعریف نمایند. یا در مورد بیماران پرسیده شد، چگونه به ایدز مبتلا شدید؟

مدت زمان هر مصاحبه ۹۰-۲۰ دقیقه و وابسته به جریان و موقعیت مصاحبه بود و در مواردی نیز مصاحبه‌ها در دو نوبت صورت گرفتند. مصاحبه‌ها در محیطی خلوت، آرام و در شرایط مساعد صورت گرفت. کلیه مصاحبه‌ها ضبط و سپس کلمه به کلمه نگاشته شدند تا مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرند. متن هر مصاحبه چندین بار مطالعه شده و کدهای معنی‌دار استخراج، کدبندی و طبقه‌بندی شدند. برای شکل گیری مفهوم باید از ابتدای جمع آوری داده‌ها به کد گذاری و تحلیل آنها پرداخت [۱۴]. بنابراین داده‌ها بررسی و مورد تحلیل مستمر و مقایسه‌ای قرار گرفتند؛ به طوری که طبقات مشابه و مخالف با هم بارها مقایسه و مفاهیم خلاصه شدند. از نرم‌افزارهای Word برای تایپ مصاحبه‌ها، One-note برای کد گذاری و طبقه بندی داده‌ها و SPSS برای تحلیل خصوصیات جمعیتی مشارکت کنندگان استفاده شد. در صورت لزوم گاهی نیز از پرونده‌های بیماران اطلاعات لازم اخذ و پاسخ‌ها با پرونده تطبیق داده شد.

گوبا و لینکولن به معیارهایی برای ارزشیابی یافته‌های کیفی اشاره می‌کنند که در تحقیق حاضر مد نظر قرار گرفتند. برای بررسی مقبولیت یا قابلیت پذیرش از دیدگاه مشارکت کنندگان، متن مصاحبه‌ها به صورت تصادفی به تعدادی از نمونه‌ها داده شد تا مشخص گردد تفسیر نتایج، مشابه بیانات آنها است. برای افزایش قابلیت تأیید، موارد متضاد و منفی وارسی شد تا دلیل این تناقض در یافته‌ها مشخص گردد. همچنین متن مصاحبه‌های اولیه به تعدادی از استادان تحقیق کیفی ارایه شد تا روند کدگذاری مورد تأیید قرار گرفته و از نظرات تکمیلی آنها استفاده شود. به منظور تأیید قابلیت انتقال جزئیات روش تحقیق شرح داده شد [۱۵]. همچنین، اخلاق پژوهش مطابق اعلامیه هلسینکی با اخذ رضایت آگاهانه و محرمانه نگه داشتن اطلاعات و کسب معرفی نامه‌ها و طی مراحل قانونی لازم تأمین گردید.

یافته‌ها

به منظور انجام مطالعه مقدماتی، ابتدا با ۵ نفر مصاحبه پایلوت به عمل آمد که از نتایج آن در مصاحبه‌های بعدی استفاده شد. در کل با ۶۹ بیمار مبتلا بهHIV/AIDS در محدوده سنی ۲۱ تا ۴۷ سال و با میانگین سن ۳۰ سال مصاحبه شد که اکثر آنها مرد و مجرد بودند. تحصیلات قسمت اعظم آنها در حد دبیرستان بوده و اکثراً از راه جنسی و اعتیاد تزریقی مبتلا به بیماری شده بودند.

همچنین با ۱۹ فرد دارای رفتارهای پرخطر مرتبط با ایدز یعنی تماس جنسی حفاظت نشده و اعتیاد تزریقی، مصاحبه شد که اکثر آنها نیز مجرد و دارای رفتار جنسی پرخطر بودند وحدود نیمی از آنها سابقه زندان داشتند، حدود یک سوم سابقه تزریق مشترک داشتند و حدود یک چهارم HCV مثبت بودند (جدول شماره ۱).

همچنین با ۸ متخصص و مشاور در زمینه ایدز مصاحبه به عمل آمد که عمدتاً از افراد دارای سابقه بیش از ۱۰ سال و مجرب در زمینه ایدز بودند (دو نفر مرد و بقیه زن). دو نفر از آنها متخصص عفونی و بقیه جزء مشاوران ایدز محسوب می‌شدند. همچنین جهت تکمیل اطلاعات، با ۶ نفر از افراد خانواده بیماران مصاحبه گردید. در

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.8.5]

مجموع با ۱۰۲ نفر مصاحبه فردی به عمل آمد. همچنین ۱۲ گزارش پرونده بیماران و افراد در معرض خطر نیز مورد استفاده قرار گرفت. از داده‌های تحقیق، تعداد زیادی کد اولیه استخراج گردید که در ۳ طبقه زیر دسته بندی گردید. به عبارتی عوامل فردی زمینه ساز بروز رفتار پرخطر شامل عوامل زیر بود (جدول شماره ۲).

الف- ویژگی‌های فردی

ب- ادراکات سوق دهنده

ج- تصمیم و اراده

الف- ویژگی‌های فردی

طبقه ویژگی‌های فردی شامل زیر طبقه خصایص شخصیتی و وراثتی، سابقه بیماری، ویژگی‌های جمعیتی و سوابق رفتاری است که در جدول قید شده و در ذیل نیز به آنها اشاره شده است:

۱- خصایص شخصیتی و وراثتی

از جمله ویژگی‌های فردی می‌توان به عوامل شخصیتی و وراثتی اشاره نمود؛ به طوری که بیماران شخصیت خود را مغرور، پرخاشگر، هیجان خواه و کنجکاو، تنوع طلب، بدبین و قانون گریز معرفی نمودند. به عنوان نمونه یکی از بیماران مرد بیان نمود: «ما یه سری بچه شر و شور بودیم. همیشه با بزرگتر از خودم می‌گشتم». از سویی خود رفتار پرخطر نیز منجر به شکل گیری شخصیت ضعیف در این بیماران شده بود. یکی از متخصصان عفونی در این زمینه بیان نمود: «از نظر شخصیتی ضعیف می‌شوند. در نتیجه اعتیاد، شخصیت‌های خاصی پیدا می‌کنند. مثلاً آدم‌های خیلی احساساتی و حساس هستند. به قضایا واکنش‌های خیلی بیشتری نشون می‌دهند».

۲- سوابق بیماری

در مورد سوابق بیماری ابتلا به بیماری جسمی مانند آسم، دندان درد، پا درد، سن بالا و همچنین بیماری و فشارهای روحی ـ روانی مانند افسردگی، وسواس جنسی، خودآزاری و خودزنی از جمله دلایل دیگر رفتار پرخطر عنوان شد. همچنین سابقه ابتلا به بیماری روحی ـ روانی از کودکی نیز جزء موارد عنوان شده بود. به عنوان مثال یکی از افراد مراجعه کننده ۳۱ ساله گفت: «یه روز خسته بودیم، دندون درد داشتیم اندازه ۲ تا دود گرفتیم. دیدیم زمانی که دود گرفتیم سه تا دود اضافه شد. فعالیتمون بیشتر شد این شد که استارتش شروع شد». همچنین از جمله دلایل دیگر رفتار پرخطر، سابقه وجود خلأ روحی ـ روانی در این گونه افراد بود. به نحوی که آنها با انجام رفتار پرخطر در جستجوی پر کردن شکاف‌های زندگی خود بودند. به عنوان مثال، مرد ۲۷ ساله دارای سابقه اعتیاد تزریقی می‌گوید: «احساس می‌کردم خلأ خودمو می‌تونم با اون پر کنم. نمی‌دونستم که من خلأ خودمو با خیلی چیزای بهتر از اون می‌تونم پر کنم».

۳- ویژگی‌های جمعیتی

در مورد زیر طبقه ویژگی‌های جمعیتی، شروع رفتارهای پرخطر از سن کم از جمله ویژگی‌های این افراد بود، به نحوی که مصرف مواد مخدر اکثراً از سن ۱۶-۱۳ سالگی و رفتار جنسی نیز از سنین ۱۳ تا ۱۸ سال آغاز گردیده بود. این مسئله حاکی از تأثیر پذیری بیشتر افراد در دوران نوجوانی است؛ به نحوی که فرد به راحتی از الگوهای ناسالم تأثیر می‌گیرد. همچنین مجرد بودن، تنهایی و زندگی جدا از خانواده از جمله دیگر ویژگی‌های این افراد بود. مشارکت کنندگان، انزوا طلبی خود، فرار از خانه و زندگی در شرایط سخت مانند پارک‌ها و خیابان را هم ذکر نمودند. مسئله طرد شدن از سوی خانواده مشکل قسمت اعظم این بیماران بود که عدم حمایت اجتماعی خانواده را به همراه داشت. به عنوان مثال یکی از بیماران که مرد ۲۷ ساله‌ای است در مورد خانه مجردی می‌گوید:

«بچه‌ها بودن. اونجا به هر حال خونه مجردی بود دیگه. وقتی خونه مجردی‌ام باشه، عامل هر برنامه و هر اتفاقی ممکنه باشه».

همچنین ترک تحصیل و گرایش به رفتار پرخطر بعد از ترک تحصیل از جمله ویژگی‌های این افراد بود. همچنین اکثر آنها بعد از افتادن در ورطه رفتار پرخطر، بی‌کار شده بودند. به عنوان مثال فرد مذکری بیان نمود: «من به واسطه مصرف موادم درس خوندنم رها شد. مدرسم رها شد. بهترین دانش آموز بودم. بهترین درسو داشتم. به خاطر مصرف مواد مخدر، کارمو از دست دادم».

۴- سوابق قبلی رفتارهای پرخطر

در مورد زیر طبقه سوابق رفتارهای پرخطر، اکثراً تجارب قبلی رفتارهای پرخطر را داشتند. سابقه سیگار قبل از مصرف مواد مخدر و مصرف تفریحی در اوایل مصرف مواد را ذکر نمودند. تعداد کمی سابقه تجاوز در دوران کودکی داشتند. در اکثر آنها همراهی رفتارهای پرخطر به چشم می‌خورد، یعنی آنها در کنار رفتار پرخطر جنسی به مصرف مواد مخدر نیز مبادرت می‌نمودند؛ به نحوی که مصرف مواد محرک، مخدر و مشروب، زمینه ساز برقراری رابطه جنسی پرخطر در آنها بوده است. به عنوان مثال بیمار ۲۶ ساله گفت: «وقتی آدم مواد مصرف می‌کنه خود به خود پشت سرش سکسم هست. چون مجبورن به هوای اعتیاد هر کاری انجام بدن».

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.8.5]

مشارکت کنندگان سابقه بزهکاری و سوء پیشینه کیفری و سوابق زندانی شدن را ذکر نمودند؛ به نحوی که برای تأمین هزینه مواد مخدر، به سرقت، زورگیری و خرید و فروش مواد مخدر دست می‌زدند و یا برای تأمین هزینه مواد، دست به خود فروشی می‌زدند. به عبارتی بزهکاری، خود مقدمه رسیدن به رفتار پرخطر دیگری نیز در آنها بوده است. با این وجود اکثر آنها از رفتار پرخطر خود پشیمان بودند و اظهار ندامت می‌نمودند.

ب- ادراکات سوق دهنده

طبقه ادراکات، خود به زیر طبقات نقصان دانش و مهارت، ارزش‌گذاری پیامد رفتار و تهدید درک شده تقسیم می‌گردد:

۱- نقصان دانش و مهارت

اکثر مشارکت کنندگان بیان نمودند که آگاهی زیادی در مورد بیماری ایدز نداشتند و حتی این بیماری را در حد نام آن می‌شناختند. در نتیجه در مورد راه‌های پیشگیری از انتقال بیماری نیز اطلاعات محدودی داشته و از کاندوم به ندرت استفاده می‌نمودند. بیماران بر این نکته اذعان نمودند که دلیل ابتلای آنها ناآگاهی بوده است. به عنوان نمونه، بیمار ۳۲ ساله و مجرد می‌گوید:

«نمی‌دونستم که کاندوم از ویروس HIV جلوگیری می‌کنه. می‌دونستم یه مریضی هست که اگه بگیری می‌میری».

در مورد رفتارهای پرخطر نیز اکثر بیماران از مواد مخدر و اثرات و عوارض آن بی اطلاع بوده و نادانی را عامل مصرف مواد مخدر ذکر نموده بودند. از سویی، باورهای نادرستی در مورد راه انتقال بیماری در بین مشارکت کنندگان وجود دارد که می‌توانست زمینه ساز ابتلا به بیماری باشد؛ به عنوان مثال می‌توان به باور انتقال بیماری فقط از سرنگ و در بین معتادان و فقط در ارتباط جنسی بین دو جنس مخالف و افراد گناه کار اشاره نمود. مشارکت کنندگان ظاهر فرد را ملاک ابتلا به بیماری در او می‌دانستند. همچنین باور نادرست مبنی بر این که «انتقال بیماری از زن به مرد بعید است» و«تماس مقعدی باعث انتقال ایدز نمی‌شود»، مسئله ذکر شده در اکثر مصاحبه‌ها بود. به عنوان مثال یکی از مشاوران می‌گوید: «توی خانما باورهای غلط اینه که تماس مقعدی مشکلی نداره. من فکر نمی‌کردم مشکلی پیش بیاد. فکر نمی‌کردم، چون بارداری هم اتفاق نمیافته». از سویی اعتقاد به این که «جوان باید جوانی کند» و «با یک بار تماس ویروس منتقل نمی‌شود» و بی خطر دانستن صیغه «از نظر انتقال ایدز» زمینه ساز رفتار پرخطر جنسی بوده است. همچنین اکثر بیماران مذکر ذکر نمودند که توانایی نه گفتن را در قبال پیشنهادهای رفتار پرخطر نداشتند و به دلیل ترس از قضاوت و تحقیر دوستان به پیشنهادهای آنها پاسخ منفی نمی‌دادند.

۲- ارزش گذاری پیامد رفتار

این افراد به دلیل پیامدهای رفتار پرخطر به آن دست می‌زدند و این پیامدها به نحوی برای آنها ارزش داشته؛ به نحوی که به رفتار پرخطر اقدام می‌نمودند. فرار از مشکلات و مصایب زندگی، تسکین روحی خاص بعد از مصرف مواد، نشئگی و لذت طلبی، نیاز به افزایش یافتن قوای بدنی، افزایش اعتماد به نفس و بهبود ارتباط بین فردی از جمله فواید حاصل از رفتار پرخطر در آنها بود. در حقیقت، این عوامل منجر به ایجاد نگرش مثبت و ارزش گذاری مثبت به رفتار در آنها شده بود. مراجعه کننده ۲۵ ساله در این باره می‌گوید: «وقتی آدم عاشق میشه دیگه هیچ بدی از اون نمی‌بینه. فقط خوبی‌هاشو می‌بینه. منم تو مواد فقط لذتاشو می‌دیدم دیگه. به عواقبش و اینا اصلاً فکر نمی‌کردم».

در مقابل، عده کمی از آنها از تداوم مسئله اعتیاد خود انتظار مرگ داشتند و به علت گرایش به مرگ دست به تزریق مواد مخدر می‌زدند. بیمار مرد ۳۱ ساله‌ای در مورد ناامیدی خود می‌گوید:

«حتی اواخر چون خیلی از نظر روحی ـ روانی شکسته بودم، به خاطر مصرف زیاد مواد، به خاطر تنهاییام، ترس‌های اجتماعی و ترس‌های مالی و همه اینا حتی مشتاق بودم که این بیماری را بگیرم، زودتر بمیرم. توی فرصت ده ساله می‌دونستم تموم میشه کارم».

۳- تهدید درک شده پایین

اکثر مشارکت کنندگان اصلاً به بیماری ایدز فکر نکرده و خود را در معرض خطر بیماری نمی‌دانستند. آنها بیماری را دور از خود دانسته و حتی به سختی باور نمودند که مبتلا شده باشند. در حقیقت ترسی از بیماری ایدز نداشتند. یکی از بیماران ۲۷ ساله در این زمینه می‌گوید: «همیشه فکر می‌کردم که به من ربطی نداره. فکرشم نمی‌کردم که این بیماری چقدر می‌تونه به فرد نزدیک باشه».

در مورد تهدید درک شده نسبت به مواد مخدر نیز اعتقاد به «معتاد نشدن با یک بار مصرف مواد» و «ورزش کار بودن مانع اعتیاد است» و اعتقاد به «توانایی در ترک مواد در هر زمان دلخواه» از باورهای زمینه ساز بود. بیماران و مراجعان حتی خود را معتاد تلقی نمی‌کردند و به عبارتی معتاد را کسی می‌دانستند که در خیابان زندگی می‌کند. آنها حتی درمورد مسئله اعتیاد خود فکر

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.8.5]

نمی‌کردند که روزی به دام اعتیاد تزریقی گرفتار شوند. بیمار زن ۲۵ ساله می‌گوید: «من همیشه می‌گفتم من معتاد نیستم. چون هر وقت که می‌خواستم میزاشتمش کنار درد میکشیدم، اما نه اون قدر. به خاطر همین می‌گفتم من معتاد نیستم. من سالمم. اما خوب یواش یواش هر خماری آدمو از بین میبره، به حدی رسید که دیدم ای دل غافل یه ساعتم طاقت خماریو ندارم».

ج- تصمیم و اراده

مشارکت کنندگان بر جنبه خواستن رفتار پرخطر و نیز مقصر دانستن خود در زمینه انجام رفتار پرخطر تأکید داشتند. به عنوان مثال یکی از بیماران۲۶ ساله مرد با صراحت خود را مقصر بیماری و رفتار پرخطر می‌داند «چرا با دختری که دوست دارم نمی‌تونم ازدواج کنم. دوستام را می‌بینم همه ازدواج کردن میگم خودت کردی تقصیر کسی نیست خودم را مقصر میبینم ومیاندازم گردن خدا یا اطرافیان». اکثر افراد بر بروز ناگهانی رفتار پرخطر تأکید داشتند، برنامه ریزی برای آن نداشتند و به ناتوانی خود در تصمیم گیری در زمینه رفتار اعتیاد اعتراف می‌نمودند و خود را با گذشت مدتی فاقد اراده و قدرت فکری می‌دانستند. مسأله جاذبه و وسوسه مواد مخدر، مسئله دیگری بود که توسط افراد شرکت کننده ذکر گردید. در حقیقت این عوامل شکل دهنده تمایل به سمت رفتار پرخطر در آنها بوده است. شایان ذکر است، به علت فشار ناشی از انگ رفتار پرخطر، مشارکت کنندگان، این رفتارها را به طور پنهانی انجام می‌دادند و از دید اعضای خانواده و حتی همسر پنهان می‌نمودند. با این وجود، بر مسئله عیب بودن این رفتارها اشاره می‌کردند و به خصوص از رفتارهای جنسی خود به سبب مغایرت با دستورات مذهبی، اظهار پشیمانی داشتند.

بحث و نتیجه گیری

مشارکت کنندگان در این تحقیق بر مسئله عدم حمایت خانوادگی و ضعف‌های فردی خود تأکید نمودند؛ به نحوی که این مسئله موجب شکل گیری ویژگی‌های فردی مستعد کننده و ادراکات و انگیزه‌های سوق دهنده به سمت رفتار پرخطر شده بود و با خواست و اراده خود، رفتار پرخطر را مرتکب شده بودند. به نظر می‌رسد متغیر اصلی در این مطالعه مسئله ادراکات و انگیزه‌های سوق دهنده به سمت رفتار پرخطر است. بنا براین می‌توان نتیجه گرفت، نگرش‌ها و باورهای پیشگیری از ایدز لازمه پیشگیری از بیماری است [۱۶] که در مداخلات آموزشی باید به آن توجه خاصی مبذول گردد. حال به بحث پیرامون هر کدام از یافته‌ها به تفکیک می‌پردازیم.

الف- ویژگی‌های فردی

یکی از عوامل مورد بررسی در مطالعه ما شخصیت بود. مطالعات نشان داده است که ابعاد شخصیتی، می‌تواند روی تصمیم افراد در رابطه با ارتباط جنسی و سایر رفتارهای پرخطر تأثیر بگذارد. این دو بعد شامل حس هیجان خواهی (Sensation seeking) و تکانه‌ای (Impulsivity) است. هیجان خواهی، ویژگی است که در افرادی که نیاز بیشتری به رویدادهای جدید، هیجان و تجارب غیرمعمول دارند، یافت می‌گردد. تصمیم گیری تکانشی، ویژگی است که در افرادی که تمایل به تصمیمات بدون تفکر در مقایسه با تصمیم منطقی در موقعیت‌های بدون برنامه ریزی (مانند موقعیت جنسی) دارند وجود دارد [۱۷]. این جنبه در الگوی چند حیطه (Multiple Domain Model-MDM) زیمرمن گنجانده شده است که یکی از نظریه‌های جدید تغییر رفتار در زمینه ایدز است [۱۸]. در مطالعه حاضر می‌توان گفت هم زمینه‌های شخصیتی موجب بروز رفتار پرخطر شده بود و هم خود رفتار پرخطر موجب شکل گیری شخصیت خاص در آنها شده بود. بی کاری و محرومیت از تحصیلات، از جمله ویژگی عمده این افراد بود که باز هم رفتارهای پرخطر را در آنها تشویق می نمود و با توجه به این که بی کاری فرد را به سطوح اقتصادی ـ اجتماعی پایین‌تر می‌آورد و مشکلات مالی ایجاد می‌کند، منجر به بزهکاری در آنها می‌شد. بر اساس نتایج مطالعه بزهکاری خود مقدمه‌ای برای بروز رفتار پرخطر در افراد مورد مطالعه بوده است و برای تأمین هزینه مواد مخدر، آنها به هر کار خلاف عرفی دست می‌زدند. این مسئله منجر به زندانی شدن آنها شده و در نهایت این سیکل معیوب ادامه می‌یابد. همچنین تجرد و تنهایی از جمله ویژگی‌های فردی سوق دهنده بود. اکثر آنها رفتار پرخطر خود را از کودکی و نوجوانی شروع نموده بودند که این مسئله می‌تواند ناشی از تأثیر پذیری بیشتر و الگو برداری در این سنین باشد. مسئله دیگر که مطرح شد، سوابق رفتارهای پرخطر، بزهکاری و مصرف سیگار بود که در حقیقت، جزء رفتارهای زمینه ساز و پیش زمینه رفتار پرخطر محسوب می‌شوند. مطالعات نشان داده است که سیگار گشیدن در نوجوانان با مصرف مواد مخدر و الکل و اختلال روانی در ارتباط است [۱۹].

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.8.5]

جدول شماره ۱- مشخصات جمعیتی مشارکت کنندگان

	بیماران مبتلا (n=۱۹)		افراد دارای رفتار پرخطر (n=۱۹)	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
جنسیت				
مرد	۴۲	۶۰/۹	۱۲	۶۳/۲
زن	۲۷	۳۹/۱	۷	۳۶/۸
محدوده سنی بر حسب سال (انحراف معیار ± میانگین)	۴۷-۲۱ (۵/۳۹ ± ۳۰/۵)		۴۶-۱۶ (۷/۶ ± ۲۷/۵)	
وضعیت تآهل				
متأهل	۲۷	۳۹/۱	۲	۱۰/۵
مجرد	۲۸	۴۰/۶	۱۲	۶۳/۲
مطلقه	۹	۱۳	۵	۲۶/۳
همسر از دست داده	۵	۷/۳	۰	۰
سطح تحصیلات				
بی سواد	۱	۱/۵	۰	۰
ابتدایی	۱۰	۱۴/۵	۰	۰
راهنمایی	۲۲	۳۱/۹	۳	۱۵/۸
دبیرستان	۲۸	۴۰/۵	۹	۴۷/۴
دانشگاه	۴	۵/۸	۵	۲۶/۳
بدون پاسخ	۴	۵/۸	۲	۱۰/۵
وضعیت شغل				
شاغل	۳۰	۴۳/۵	۹	۴۷
بی کار	۳۹	۵۶/۵	۱۰	۵۳
مرحله بیماری				
HIV مثبت	۴۹	۷۱		
فاز ایدز (شروع درمان)	۲۰	۲۹		

جدول شماره ۲- طبقات و زیر طبقات شکل دهنده رفتار پرخطر

طبقات اصلی	طبقات فردی	کدها
الف- ویژگی‌های فردی	۱- خصایص شخصیتی و وراثتی مستعد کننده	عوامل وراثتی و ژنتیک عوامل شخصیتی
	۲- سابقه بیماری جسمی، روحی و روانی	اختلالات روحی ـ روانی بیماری جسمی
	۳- ویژگی‌های جمعیتی	سن کم تجرد محرومیت از تحصیلات بی کاری
	۴-سوابق پیشین رفتارهای زمینه ساز و پرخطر	سابقه مصرف سیگار سابقه رفتار پرخطر دیگر سابقه تجاوز در کودکی سابقه بزهکاری
ب- تصمیم و اراده	۱- تمایل	نقش اراده و اختیار
	۲- خواست فرد	نقش خود فرد در بروز بیماری ایدز خواست رفتار با میل و اشتیاق
ج- ادراکات سوق دهنده	۱- نقصان دانش و مهارت	دانش و ادراکات بیماری ایدز و رفتار پرخطر مهارت رفتاری و خودکارآمدی
	۲- ارزش گذاری پیامد رفتار	انتظار پیامد مثبت انتظار پیامد منفی
	۳- تهدید درک شده پایین	آسیب پذیری درک شده (رفتار پرخطـر و ایـدز) و ترس از ایدز

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.8.5]

در این پژوهش مصرف مواد مخدر خود زمینه ساز رفتار پرخطر جنسی بود. در مطالعه‌ای دیگر نیز نشان داده شد مصرف مواد مخدر با داشتن شرکای جنسی متعدد مرتبط بوده و فرد را در معرض رفتارهایی مانند اشتراک در سوزن و تبادل ارتباط جنسی برای مواد و عدم انجام رفتارهای جنسی سالم‌تر قرار می‌دهد [۲۰].

شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد مصرف کوکائین، ماری جوانا و غیره با رفتارهای جنسی پرخطر در ارتباط است که در مطالعه ما نیز همراهی آنها با رفتارهای پرخطر یافت شد [۲۱]. در حقیقت می‌توان گفت طبق نتایج مطالعه حاضر، با آموزش روی یک رفتار پرخطر، می‌توان در مورد رفتار پرخطر دیگر نیز شاهد کاهش موارد بروز رفتار بود. همچنین در مطالعه شاچمن و همکاران او نیز سطح رفتار پرخطر جنسی با مشخصات جمعیتی افراد مبتلا به HIV در ارتباط است که نتایج مطالعه حاضر را تأیید می‌کند [۲۲].

مطالعات نشان داده است که شیوع بیماری ایدز در افراد مبتلا به بیماری روانی شدید بیشتر از جمعیت عادی است که نشان از هم جهتی با نتایج مطالعه حاضر دارد [۲۳]. می‌توان گفت هم بیماری روانی می‌تواند زمینه ساز بیماری باشد و هم بیماران بعد از ابتلا بیشتر در معرض ابتلا به بیماری روانی قرار دارند.

در کل، نتایج این پژوهش با نتایج فرنچ و دیشیون درباره پاره‌ای از عوامل خطر مربوط به شروع فعالیت جنسی در سنین کم بسیار شباهت دارد. این عوامل در آن مطالعه شامل فقر، بزهکاری، استفاده از مواد اعتیادزا، موفقیت تحصیلی کم، بلوغ زودرس، دینداری ضعیف، کنترل کم والدین و ارتباط کودک ـ والد ضعیف بودند [۲۴]. مانند مطالعه مذکور، ما نیز تمامی این عوامل به جز بلوغ زودرس را در مطالعه کیفی خود یافته‌ایم. به ویژه نویسنده در مطالعه خود، بر اهمیت ارتباط والدین ـ نوجوانان در زمینه این رفتارهای پرخطر تأکید دارد. همچنان که پاره‌ای از مطالعات اهمیت ارتباط بین والدین و نوجوانان به خصوص مادر و دختر را در زمینه کاهش رفتار مخاطره آمیز در نوجوانان دختر نشان داده‌اند [۲۵]. در مطالعه کیفی حاضر نیز بر اهمیت حمایت‌های خانوادگی و برقراری ارتباط مناسب با والدین تأکید شده است؛ به نحوی که افراد دارای رفتار پرخطر ارتباط مناسبی با والدین خود نداشته و از حمایت‌های عاطفی، تربیتی و مذهبی خانواده خود محروم بودند.

مسئله کمبود دانش حاصل از این تحقیق از جمله عواملی است که در دیگر مطالعات نیز به آنها اشاره شده است. در مطالعاتی که در کشور ما بر روی دانشجویان، دانش آموزان، پرستاران و ملوانان دارای رفتارهای پرخطر انجام شده است، سطح آگاهی این اقشار، به خصوص در مورد راه‌های انتقال بیماری در حد مطلوب نبوده است [۲۹-۲۶].

آگاهی، مفهومی است که در دیگر نظریه‌های تغییر رفتار نیز به چشم می‌خورد. به عنوان مثال، الگوی اطلاعات انگیزه و مهارت‌های رفتاری برای کاهش رفتارهای مخاطره آمیز مربوط به HIV، توسط فیشر و فیشر در سال ۱۹۹۲ پیشنهاد شده است. این الگو فرض می‌کند که اطلاعات، انگیزه و مهارت‌های رفتاری، تعیین کننده‌های اولیه رفتار پیشگیری از STD/HIV هستند؛ یعنی سه تعیین کننده اساسی برای کاهش خطر ایدز وجود دارد:

۱- اطلاعات در مورد انتقال و روش‌های ویژه پیشگیری

۲- انگیزه به فعل در آوردن آگاهی و تغییر رفتار مخاطره آمیز

۳- مهارت‌های رفتاری برای انجام پیشگیری اختصاصی [۳۰].

مهارت ضعیف خودکارآمدی و رد نمودن پیشنهادهای پرخطر، از دیگر عوامل اخذ شده از مطالعه حاضر بود. بنابراین، جوانان برای حفاظت خود از رفتارهای پرخطر، باید قادر به رد پیشنهاد مصرف مواد مخدر یا پیشنهاد انجام رفتارهای خطرزا باشند، به عبارتی دانش‌آموزان باید مهارت‌های رد پیشنهاد مانند گفتن «نه» را داشته باشند. در مطالعه‌ای در آمریکا همانند مطالعه حاضر، خودکارآمدی با رفتارهای مخاطره آمیز نوجوانان، ارتباط معنی‌داری داشته است [۳۱].

مطابق نظریه شناختی ـ اجتماعی، باورهای کارآمدی فردی، نقش اساسی در تعیین رفتارهای حوزه‌های مختلف ایفا می‌کنند [۳۲]. در نتیجه آموزش‌های ما در زمینه ایدز باید مهارت محور بوده و روی مهارت‌های زندگی از جمله مهارت امتناع و خودکارآمدی تأکید نمایند. در این مطالعه، بیماران تهدید و آسیب پذیری کمی نسبت به ایدز و رفتار پرخطر احساس می‌نمودند. در مطالعه فاسنت بر روی نوجوانان نیز ۵۰ درصد از نوجوانان خود را در معرض خطر ایدز نمی‌دانستند. در نتیجه تصمیم گیری این نوجوانان بر پایه دانش ناکافی در آینده آنها را در معرض خطر HIV قرار می‌دهد [۳۳]. به نظر می‌رسد این مسئله ناشی از آگاهی کم آنها باشد که در نتیجه، بیماری ایدز را به عنوان تهدید فرض نمی‌کردند. مسئله دیگر در بحث ادراکات، ارزشیابی پیامد رفتار است که این افراد برای دستیابی به منافع حاصل از رفتار پرخطر به آن اقدام می‌نمودند. این مسئله مشابه نظریه انتظار ارزش (Value Expectancy Theory) است. بر اساس این نظریه، رفتار انسان بستگی به ارزشی دارد که

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.8.5]

توسط شخص بر یک هدف خاص نهاده می‌شود. ارزش گذاری فرد بر روی هدف بر این مبنا استوار است که یک فرد، وقتی رفتارش را تغییر می‌دهد که به این نتیجه رسیده باشد که انجام آن رفتار برای او سود دارد [۳۴].

در حقیقت، مسئله فقدان حمایت‌ها منجر به ارزش گذاری روی رفتار پرخطر شده و افراد از این طریق درصدد جبران کمبودهای خود بر می‌آیند. از سویی هنجارها و الگوهای ناسالم منجر به شکل گیری ارزش گذاری مثبت در فردی می‌شود که از حمایت کافی درونی برخوردار نیست. این خود مسئله‌ای است که بیماران از آن به توجیه نمودن خود و بهانه تراشی یاد می‌کردند.

نتایج مطالعه حاضر بر اهمیت افزایش تهدید و خطر درک شده ایدز و بهبود نگرش‌های مرتبط با رفتارهای پیشگیری از ایدز از جمله خویشتنداری و استفاده از کاندوم تأکید می‌کند. طبقه اخذ شده دیگر طبقه تصمیم و اراده بود. در آیات قرآن نیز به مسئله مختار بودن انسان اشاره شده است: به عنوان نمونه «ما راه را به انسان نشان دادیم، خواه شاکر باشد یا ناسپاس» (سوره انسان آیه ۳).

از سویی این مفهوم مشابه قصد رفتاری در نظریه رفتار برنامه ریزی شده است. در این الگو، قصد رفتاری، تعیین کننده مستقیم رفتار است و خود تحت تأثیر نگرش و هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده است [۳۵]. سازه ارزش گذاری پیامد رفتار حاصل از مطالعه، مشابه سازه نگرش در این نظریه است [۳۶]. همچنین مفاهیم ارزش گذاری پیامد رفتار و خودکارآمدی با نظریه شناختی ـ اجتماعی باندورا مطابقت دارد. مطابق این نظریه رفتار وابسته به عوامل فردی محیطی و رفتاری است [۳۷]. تغییر رفتار از طریق آموزش افراد به منظور اعمال نفوذ بر رفتارهای خود و محیط اجتماعی متعلق به آنها افزایش می‌یابد. این وضعیت نه تنها با بالا بردن آگاهی و دانش بلکه با افزایش منابع و حمایت اجتماعی بهتر محقق خواهد شد [۳۸].

اکثر الگوهای کاهش خطر ایدز فرض نموده‌اند که پرهیز از رفتار پرخطر، مستلزم دانش کاربردی در مورد خطر، قصد، نگرش‌های کاهش خطر، خودکارآمدی درک شده برای تقویت، حمایت‌های هنجاری برای حفظ این تغییرات و مهارت‌های رفتاری کاهش خطر است [۳۹].

در کل، ترکیب طبقات فوق با مطالعات دیگر کشورها شباهت زیادی دارد و ناشی از خود ماهیت رفتارهای پرخطر است که در افراد با ویژگی‌های خاص بروز می‌یابد. این افراد دارای شیوه زندگی خاص و منحصر به فردی هستند که باید دلایل این رفتارها را در شیوه زندگی و محیط خانواده این بیماران جستجو نمود. تفاوت آشکار مطالعه حاضر با مطالعات دیگر در تجمیع عوامل کسب شده است و نیز عامل ناامیدی که موجب سوق افراد به رفتار پرخطر شده بود و در دیگر مطالعات جوامع غربی یافت نگردید.

همچنین با توجه به این که به تازگی نقش شخصیت در زمینه بروز رفتار پرخطر مورد بررسی بیشتر در جوامع غربی قرار گرفته است، در مطالعه حاضر نیز این عامل بسیار پررنگ مطرح شد و در نتیجه لزوم مطالعات بیشتر را نشان می‌دهد.

می‌توان گفت مطالعه حاضر الگوی تغییر رفتاری را پیشنهاد می‌کند که چند جانبه بوده و در آن بر سه شاخه ادراکات، اراده و ویژگی فردی تأکید شده است؛ درحالی که اکثر الگوهای تغییر رفتار ایدز پایه شناختی دارند و در آنها بر ابعادی مانند ویژگی‌های فردی و تصمیم و اراده تأکید چندانی صورت نگرفته است. از جمله محدودیت‌های این مطالعه شیوه مطالعه کیفی است که در آن قابلیت انتقال یافته‌ها جای خود را به عمومیت در مطالعات کمی می‌دهد. بنابراین مطالعه مزبور نمی‌تواند به کل بیماران و افراد در معرض خطر عمومیت یابد.

نویسندگان این مقاله معتقد هستند که با روش‌های کمی می‌توان به تعمیم پذیری این یافته‌ها در جوامع مشابه دیگری پی برد. بی شک تلفیق رویکردهای کمی و کیفی می‌تواند در تکمیل مطالعات آینده راهگشا باشد. همچنین با تغییر در سیاست‌های عمومی بهداشتی و درمانی کشور، تعیین کننده‌های رفتارهای پرخطر نیز قطعاً تحت تأثیر قرار می‌گیرند. امید است با بررسی‌های بیشتر در زمینه دلایل بروز رفتارهای پرخطر در جامعه شاهد کاهش موارد بیماری ایدز در کشور باشیم.

مطالعه حاضر ضرورت توجه و بررسی دیدگاه‌ها، باورها و ادراک عموم مردم در زمینه ایدز و رفتار پرخطر را نشان می‌دهد. شایان ذکر است، آموزش‌های ما در مورد ایدز باید حاوی مطالبی در خصوص فشارهای اجتماعی علیه رفتارهای پرخطر مانند تقویت باورهای مذهبی و اخلاقی باشد تا در قشر جوان در زمینه پیشگیری رفتاری از این بیماری، تأثیر بیشتری داشته باشد. در کشور ما در مورد افراد دارای رفتار پرخطر مطالعه بسیار کمی صورت گرفته است که مطالعه حاضر می‌تواند تکمیل کننده مطالعات قبلی و راهگشای مطالعات دیگری باشد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.8.5]

سهم نویسندگان

فاطمه رحمتی نجارکلائی: طراحی طرحنامه، جمع‌آوری و ورود داده‌ها به رایانه، تحلیل داده‌ها، تهیه و تدوین نهایی مقاله

شمس‌الدین نیکنامی: راهنمایی و نظارت بر اجرای طرح

فرخنده امین شکروی: مشاور در روش تحقیق

فضل‌الله احمدی: مشاور تحقیق کیفی

صدیقه سادات طوافیان: مشاور در روش تحقیق

ابراهیم حاجی زاده: مشاور آماری طرح

منابع

1. Ladislav R, Katerina K. Adolescent sexual behavior and the HIV/AIDS risk in the Czech Republic. Revija za sociologiju 2003; 3-4: 189-206

2. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) 2008. Report on the global HIV/AIDS epidemic 2008. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. available at: URL:http : www.unaids.org

3. United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization (UNAIDS). 2006 Report on the Global AIDS Epidemic. Annex 1: Country profiles; 2006. available at: URL: http. www.unaids.org

4. Kinsler J, Sneed CD, Morisky DE, Ang A. Evaluation of a school-based intervention for HIV/AIDS prevention among Belizean adolescents. Health Education Research 2004; 6: 730-8

5. 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; 6: 880-94

6. Cha ES, Doswell WM, Kim KH, Charron-Prochownik D, Patrick TE.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; 7: 1147-57

7. Page-Shafer K, Veugelers PJ, Moss AR, Strathdee S, Kaldor JM, van Griensven GJ. Sexual risk behavior and risk factors for HIV-1 seroconversion in homosexual men participating in the Tricontinental Seroconverter Study, 1982-1994. American Journal of Epidemiology 1997; 7: 531-42

8. Nedjat S, Feizzadeh A, Asgharie Sh, Keshtkar AA, Heshmat R, Majdzadeh SR. HIV risk factors in Iran; systematic review, meta-analysis and generalized impact fraction approaches. Payesh 2007; 6: 45-54 [Persian]

9. De Wit JB, Teunis N, van Griensven GJ, Sandfort TG. Behavioral risk-reduction strategies to prevent HIV infection among homosexual men: a grounded theory approach. AIDS Education and Prevention 1994; 6: 493-505

10. Dias S F, Matos MG, Gonc AC. Preventing HIV transmission in adolescents: an analysis of the Portuguese data from the health behavior school-aged children study and focus Groups. European Journal of Public Health 2005; 3: 300-304

11. Pope C. Qualitative research: reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. British Medical Journal 1995; 311: 42-45

12. Cottrell RR. Health promotion and education research methods: using five chapter thesis/dissertation models. 4th Edition, Jones and Bartlett Publishers: London, 2005

13. Goulding C. Grounded theory: some reflections on paradigm, procedures and Misconceptions. University of Wolverhampton UK, Working Paper Series UK, 1999

14. Adib Hajbagheri M, Parvizi S, Salsali M. Methods of qualitative research. 2th Edition, Boshra Publication: Iran, 2007 [Persian]

15. Guba EG, Lincoln YS. Effective evaluation: improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches, CA. 1st Edition, Jossey-Bass: San Francisco, 1981

16. 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; 3: 173-86

17. Noar SM, Zimmerman RS, Palmgreen P, Lustria M, Horosewski ML. Integrating personality and psychosocial theoretical approaches to understanding safer sexual behavior: implications for message design. Health Communication 2006; 2: 165-74

18. Zimmerman RS, Noar SM, Feist-Price S, Dekthar O, Cupp PK, Anderman E, et al. Longitudinal test of a multiple domain model of adolescent condom use. Journal of Sex Research 2007; 4: 380-94

19. Abrantes AM, Lee CS, MacPherson L, Strong DR, Borrelli B, Brown RA. Health risk behaviors in

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.8.5]

relation to making a smoking quit attempt among adolescents. Journal of Behavioral Medicine 2009; 2: 142-9
20. Otto-Salaj LL, Gore-Felton C, McGarvey E, Canterbury RJ. Psychiatric functioning and substance use: factors associated with HIV risk among incarcerated adolescents. Child Psychiatry and Human Development 2002; 2: 91-106
21. Ross L, Kohler CL, Grimley DM, Bellis J. Intention to use condoms among three low incomes, urban African-American subgroups: cocaine users, no cocaine drug users, and non drug users. Journal of Urban Health 2003; 1: 147-60
22. Shacham E, Basta TB, Reece M. Relationship of psychological distress and unprotected sex among individuals with HIV seeking mental health care. Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care 2009; 2: 93-9
23. Senn TE, Carey MP. HIV testing among individuals with a severe mental illness: review, suggestions for research, and clinical implications. Psychological Medicine 2009; 3: 355-63
24. French DC, Dishion TJ. Predictors of early initiation of sexual intercourse among high-risk adolescents. The Journal of Early Adolescence 2003; 3: 295-315
25. Teitelman AM, Ratcliffe SJ , Cederbaum JA. Parent-Adolescent. Communication about sexual pressure, maternal norms about relationship power, and STI/HIV protective behaviors of minority urban girls. Journal of the American Psychiatric Nurses Association 2008; 1: 50-60
26. Ghorbani GH, Mehrabi Tavana A, Joneydi Jafari NA, Talebi Hosseini S. Evaluation of AIDS awareness among army cadets in Tehran in 2004. Journal of Military Medicine 2004; 6: 93-98 [Persian]
27. Behjati Ardakani M, Ayat Elahi J. Knowledge of high schools students in Yaz city about AIDS. Iranian Journal of Pediatrics 2005; 15: 321-26 [Persian]
28. Ghorbani GH, Mehrabi Tavana A, Ataei RA. Knowledge assessment in nurses of BaqIyatalah (AS) hospital about AIDS. Journal of Military Medicine 2006; 8: 91-96 [Persian]
29. Zareban I, Heydarnia AR, Rakhshani F, Jabari H, Abd Elahi MAAGH. Efficasy of AIDS prevension traning program on knowledge, attitude and practice of Chabahar sailors, Iran. Zahedan Journal of research in Medical sciences (Tabibe-E-Shargh) 2006; 8: 29-36 [Persian]
30. Fisher J, Fisher WA. Contributions of the information-motivation-behavioral skills model to HIV prevention. International Conference on AIDS 1998; 12: 910 (abstract no. 43319)
31. Lee YH, Salman A, Fitzpatrick JJ. HIV/AIDS preventive self-efficacy, depressive symptoms, and risky sexual behavior in adolescents: a cross-sectional questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies 2009; 5: 653-60
32. Ozer EM, Adams SH, Gardner LR, Mailloux DE, Wibbelsman CJ, Irwin CE Jr. Provider self-efficacy and the screening of adolescents for risky health behaviors. The Journal of Adolescent Health 2004; 35: 101-7
33. Facente AC. Adolescents and HIV: knowledge, behaviors, influences, and risk perceptions. The Journal of School Nursing 2001; 4: 198-203
34. Toepell AR .The health belief model and safer sex: implications for woman's Health. An International and Interdisciplinary Journal 2003; 1: 22-41
35. Jemmott JBD, Heeren GA, Ngwane Z, Hewitt N, Jemmott LS, Shell R, et al. Theory of planned behavior predictors of intention to use condoms among Xhosa adolescents in South Africa. AIDS Care 2007; 5: 677-84
36. Bauman LJ, Karasz A, Hamilton A. Understanding failure of condom use intention among adolescents: completing an intensive preventive intervention. Journal of Adolescent Research 2007; 3: 248-74
37. DiIorio C, Resnicow K, McCarty F, De AK, Dudley WN, Wang DT, et al. Keeping it R.E.A.L!: results of a mother-adolescent HIV prevention program. Nursing Research 2006; 1: 43-51
38. Morisky DE, Stein JA, Chiao C, Ksobiech K, Malow R. Impact of a social influence intervention on condom use and sexually transmitted infections among establishment-based female sex workers in the Philippines: a multilevel analysis. Health Psychology 2006; 5: 595-603
39. Somlai AM, Kelly JA, McAuliffe TL, Gudmundso JL, Murphy DA, Sikkema KJ, et al. Role play assessments of sexual assertiveness skills: relationships with HIV/AIDS sexual risk behavior practices. AIDS and Behavior 1998; 4: 319-28

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.8.5]