

مطالعه بسترهای اجتماعی ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز با استفاده از استراتژی نظریه زمینه‌ای

حسین اکبری (استادیار جامعه‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران، نویسنده مسئول)

h-akbari@um.ac.ir

سعید صفری (دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی فرهنگی، دانشکده‌ی ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس،

تهران، ایران)

saeedsafari@modares.ac.ir

چکیده

امروزه شاهد تغییر وضعیت اچ‌آی‌وی/ایدز در ایران از شرایط پنهان به همه‌گیری متمرکز هستیم. به نظر می‌رسد رشد همه‌گیری اچ‌آی‌وی/ایدز تحت تأثیر تغییر شرایط اجتماعی در سال‌های اخیر در ایران باشد. لذا در این مقاله بر آن شدیم تا شناخت بیشتری از دلایل، زمینه‌ها و فرآیندهای اجتماعی مؤثر بر بروز رفتار پرخطر دارای پتانسیل انتقال اچ‌آی‌وی/ایدز به دست آوریم. از این رو با استفاده از تکنیک مصاحبه عمیق و آزاد در چارچوب روش نظریه زمینه‌ای و با استفاده از نمونه‌گیری نظری از ۱۹ بیمار مبتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز داده‌های لازم گردآوری و تنظیم شد. پس از تحلیل یافته‌های پژوهش، مقوله‌های: «تکوین نا به هنجار شخصیت در دوران نوجوانی» به‌عنوان شرایط زمینه‌ای، «بی‌سازمانی خانوادگی» به‌عنوان شرایط علی، «سطح پایین سواد سلامتی» به‌عنوان شرایط مداخله‌گر، «تعاملات جبری سوق‌دهنده فرد به رفتارهای مستعد ابتلا»، «سبک زندگی مستعد ابتلا» و «شرایط محیطی و تعاملات مستعد رفتار هنجارشکنانه در بزرگسالی» به‌عنوان تعاملات، «ابتلای منفعلانه»، «ابتلای با درجه آزادی کم» و «ابتلای آزادانه» به‌عنوان پیامدها تعیین شدند. سرانجام مفهوم «اچ‌آی‌وی/ایدز بیماری برخاسته از بی‌سازمانی اجتماعی توأم با سهل‌انگاری‌های بهداشتی» به‌عنوان مقوله هسته برگزیده شد.

کلیدواژه‌ها: اچ‌آی‌وی/ایدز، نظریه زمینه‌ای، بسترهای اجتماعی، رفتار پرخطر

۱. مقدمه

اچ‌آی‌وی/ایدز یک مسئله پزشکی - اجتماعی است که دهه چهارم سیر تاریخی خود را سپری می‌کند و در مقام مقایسه با دیگر مسائل پزشکی - اجتماعی پدیده‌ای منحصر به فرد و پیچیده تلقی می‌شود. در حالی که اچ‌آی‌وی/ایدز از حیث بیولوژیکی یا پزشکی به مثابه یک بیماری طولانی، نهفته و کشنده تعریف می‌شود که ایمنی بدن شخص بیمار را به تدریج تخریب و آن را به میزبان مناسبی برای ابتلا به انواع متنوعی از بیماری‌های شایع، از سینه‌پهلو گرفته تا بیماری‌های مزمن و تحلیل برنده، مثل انواع سرطان، تبدیل می‌کند (لیختنشتاین^۱، ۲۰۰۴، ص. ۳۱۵) به عنوان یک برساخت اجتماعی و به طور مشخص تر یک ننگ اجتماعی یا یک مسئله به ننگ تبدیل شده، شأن اجتماعی فرد را در سطوح متفاوتی آماج خود قرار می‌دهد. بدین معنی که فرد مبتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز علاوه بر تحمل زندگی همراه با ترس، درد، بلاتکلیفی و ناامیدی از آینده بیماری و تصویری نزدیک از مرگ، یک نوع احساس طرد، پیش‌داوری، تبعیض، تحقیر، اشمئزاز و دیگر انواع نگرانی‌ها و تحریم‌ها را از جانب جامعه دریافت می‌کند (استاین^۲، ۲۰۰۴، ص. ۱۸). علاوه بر این اپیدمی اچ‌آی‌وی/ایدز در ایران تحت عنوان «اپیدمی متمرکز»^۳ نام‌گذاری شده است که به این معناست که پتانسیل افزایش همه‌گیری بیماری به عموم جمعیت وجود دارد (گزارش پیشرفت بیماری ایدز در ایران، ۲۰۱۵، ص. ۷).

بر اساس داده‌های ثبت گزارش موارد اچ‌آی‌وی تا اول مهرماه ۱۳۹۴، ۳۰۱۸۳ نفر در ایران مبتلا به ویروس اچ‌آی‌وی هستند که ۶۴۳۵ نفر از این تعداد وارد مرحله ایدز شده‌اند (گزارش آخرین آمار مربوط به عفونت اچ‌آی‌وی در جمهوری اسلامی ایران، شش ماهه اول سال ۱۳۹۴). جامعه‌شناسان معمولاً مسئله اجتماعی را وضعیت اظهار شده‌ای می‌دانند که با

1. Lichtenstein

2. Stine

3. Concentrated epidemic

ارزش‌های شمار مهمی از مردم مغایرت دارد و معتقدند باید برای تغییر آن وضعیت اقدام کرد (رابینگتن و واینبرگ، ۱۳۹۳، ص. ۱۲). با توجه به ابعاد اجتماعی مطرح‌شده همراه با بیماری اچ‌آی‌وی/ایدز و با در نظر داشتن وضعیت متمرکز ابتلا در ایران، می‌توان گفت که بیماری اچ‌آی‌وی/ایدز در کنار مطرح بودن به‌عنوان یک مسئله پزشکی، یک مسئله اجتماعی نیز هست. پژوهش‌ها حاکی از آن‌اند که انتقال از طریق رابطه جنسی در ایران در سال‌های اخیر افزایش یافته است به نحوی که از مواردی که از ۱ فروردین ۱۳۹۱ تا ۱ فروردین ۱۳۹۲ مورد شناسایی قرار گرفته‌اند، ۴۵/۵ درصد از راه تزریق و ۳۶/۸ درصد از طریق رابطه جنسی مبتلا شده‌اند. در حالی که رقم مربوط به ابتلای جنسی در کل ۱۳/۹ درصد است (گزارش پیشرفت بیماری ایدز در ایران، ۲۰۱۵، ص. ۱۴). این آمار در شش ماهه اول سال ۱۳۹۴، ۳۹ درصد از راه تزریق و ۴۱ درصد از طریق رابطه جنسی می‌باشد (گزارش آخرین آمار مربوط به عفونت اچ‌آی‌وی در جمهوری اسلامی ایران، شش ماهه اول سال ۱۳۹۴). با توجه به این نکته که از سال ۲۰۰۷ به بعد موردی در خصوص ابتلای از طریق فرآورده‌های خونی آلوده گزارش نشده است، ابتلای به بیماری اچ‌آی‌وی/ایدز رابطه مستقیمی با رفتارهای پرخطری همچون تزریق مواد مخدر با استفاده از سرنگ آلوده و خالکوبی با سوزن آلوده و به‌خصوص رابطه جنسی محافظت نشده با فرد آلوده دارد؛ رفتارهای پرخطری که همگی در کنار ابعاد پزشکی از ابعاد اجتماعی نیز برخوردار هستند که کمتر مورد توجه محققان قرار گرفته است؛ بنابراین توجه به جنبه‌های کمتر مطالعه‌شده اچ‌آی‌وی/ایدز از جمله مطالعات جامعه‌شناختی، همپای مطالعات اپیدمیولوژیک، بالینی و ویروس شناختی جهت پیشگیری و مدیریت همه‌گیری احتمالی اچ‌آی‌وی/ایدز از اهمیت شایانی برخوردار است.

بررسی رویکردها، برنامه‌های کاری، مداخله‌ها و حتی بدنه دانش تولیدشده درباره مسئله اچ‌آی‌وی/ایدز در کشور همگی از تسلط رویکرد ریسک‌های رفتاری^۱ و رویکردهای همسو با تفکر زیست پزشکی و فردگرایانه بر آن‌ها حکایت می‌کند. بررسی‌های بیشتر نشان می‌دهد

1. Behavioral Risk Approach

که مطالعه مسئله، بارویکردهای جامعه‌شناختی عملاً جایگاهی در برنامه‌های کاری، طرح‌های مطالعاتی و مداخله‌های احتمالی مسئله در طول تقریباً دو دهه گذشته نداشته است و اکثر مطالعات توسط اپیدمیولوژیست‌ها، کارشناسان سلامت عمومی، کارشناسان کلینیکی و دیگر متخصصان حوزه پزشکی و پیراپزشکی و عمدتاً با اتکا به رویکردهای زیست‌پزشکی، پاتوژنیک، فردگرایانه (غیراجتماعی) اپیدمیولوژیک و تقلیل‌گرایانه صورت گرفته است. برای مثال، مطالعات مقطعی قابل‌توجهی توسط متخصصان حوزه‌های پزشکی و پیراپزشکی به‌منظور بررسی و اندازه‌گیری دانش، نگرش و رفتار/عمل مردم عادی و گروه‌های حرفه‌ای به بیماری و بیماران اچ‌آی‌وی/ایدز صورت گرفته است و پیشنهادها و مداخله‌هایی را توصیه کرده‌اند که به اتفاق بر آموزش بهداشت و تغییر رفتارها و نگرش‌های فردی متکی است و ابعاد اجتماعی مسئله مورد غفلت قرار گرفته است (ضاربان و همکاران، ۱۳۹۴؛ فهیم‌فر، ۱۳۹۳). درنهایت باید پرسید باوجود مشکلات فیزیکی، روحی و اجتماعی حادی که بیماری اچ‌آی‌وی/ایدز در ایران به‌وجود می‌آورد، چگونه، تحت چه شرایط و با چه ادراکی از این موضوع کسانی اقدام به رفتارهای پرخطر دارای پتانسیل انتقال اچ‌آی‌وی/ایدز می‌نمایند؟ پرسش‌هایی که این پژوهش براساس مطالعه تجربه زیسته بیماران مبتلا در پی پاسخ گفتن به آن‌ها است.

۲. پیشینه پژوهش

در این مقاله هدف از مرور ادبیات نظری، حساسیت نظری (استراوس و کوربین، ۱۳۹۳، ص. ۴۰)، وسیله مؤثر برای هدایت و راهنمایی نظریه‌پردازان مبنایی (بیرکس و میلز، ۱۳۹۳، ص. ۳۶) نظریه به‌عنوان تعمیم‌دهنده یافته‌های پژوهش (کرسول، ۱۳۹۱، ص. ۱۸۶)، مرتبط‌کننده مسئله خاص پژوهش به مسائل بزرگ‌تر (مارشال و رأس من، ۱۳۹۰، ص. ۸۶-۸۴) است. در ابتدا به‌مرور نظری ادبیات مربوط به حوزه انحرافات اجتماعی مرتبط با

اچ‌آی‌وی/ایدز پرداخته می‌شود و سپس رفتارهای پرخطر دارای پتانسیل انتقال بیماری را به‌عنوان نتیجه مناسبات جنسی مورد بررسی قرار می‌دهیم.

دورکیم مفهوم آنومی را برای اولین بار در کتاب تقسیم‌کار اجتماعی به کاربرد و این مفهوم را به شرایط اجتماعی بی‌هنجاری یا بی‌سازمانی ارجاع داد. به اعتقاد دورکیم جامعه آنومیک یا بی‌سازمان جامعه‌ای است که مجموعه‌ای از هنجارها ارزش‌های متضاد با یکدیگر در خود داشته و فاقد خطوط راهنمای روشن و پایداری برای مردم به‌منظور یادگیری و درونی‌کردن هنجارهاست (احمدی، ۱۳۸۴، ص. ۴۴). در خصوص وضعیت آنومیک روابط بین دو جنس در ایران می‌توان گفت که جوانان از سویی با هنجارهای مذهبی، اجتماعی و خانوادگی خود روبه‌رو هستند که برخوردی سخت‌گیرانه درباره‌ی معاشرت‌ها و دوستی‌های دو جنس قبل از ازدواج دارد و از سوی دیگر با تجربه‌های روزمره، نیازهای ویژه‌ی دوره‌ی جوانی و ارزش‌ها و نگرش‌های مدرن که آن‌ها را به چنین روابطی برمی‌انگیزاند روبرو هستند؛ بنابراین، چنین به نظر می‌رسد که ناسازگاری این دودسته از ارزش‌ها، آن‌ها را در دوگانگی میان ارزش‌های سنتی و مدرن سرگردان می‌کند و این سردرگمی برای جوانان، به‌ویژه دختران، چالشی بزرگ است که می‌تواند آن‌ها را به بسیاری از ناهنجاری‌های رفتاری و اجتماعی بکشاند (موحد و عباسی شوازی، ۱۳۸۵، ص. ۳). این وضعیت را می‌توان به‌عنوان مصداقی از شاخصه‌های آنومیک‌شدن جامعه در روابط بین دو جنس در نظر گرفت، چرا که هنجارها و قواعد تنظیم‌کننده‌ی رفتار، کارایی خود را در مقابل تغییرات اجتماعی سریع از دست داده و مرزهای رفتار مشروع و نامشروع در حال از بین رفتن است. روابط جنسی خارج از چارچوب ازدواج، در نتیجه‌ی از دست رفتن مرزهای رفتار مشروع و نامشروع در ایران فرصت ظهور یافته است. بدین‌گونه که از طرفی جوانان با نیازهای دوران جوانی فرصت تجربه‌ی جنس مخالف قبل از ازدواج را پیدا می‌کنند و در شرایط آنومیک روابط میان دو جنس هنجارهای بازدارنده‌ی فرد به تجربه‌ی روابط آزاد اقتدار خود را از دست داده و نقش بازدارندگی خود را به‌درستی ایفا نمی‌نمایند. در نتیجه افراد به‌ویژه جوانان جهت برطرف

نمودن نیازهای خود و در نتیجه کم‌رنگ‌شدن مرزهای رفتار مشروع و نامشروع به‌خود مجوز بروز چنین رفتارهایی می‌دهند. آمارها حاکی از آنند که از میان مواردی که ابتلای آن‌ها به اچ‌آی‌وی از سال ۱۳۶۴ گزارش شده است ۱۳/۹ درصد از موارد از طریق جنسی مبتلا شده‌اند در حالی که از میان موارد گزارش شده از سال ۱۳۹۱ به بعد این مقدار با بیش از ۳۰ درصد افزایش به میزان ۳۶/۸ درصد رسیده است (گزارش پیشرفت بیماری ایدز در ایران، ۲۰۱۵، ص. ۷). این امر نشان‌دهنده افزایش ابتلای به اچ‌آی‌وی/ایدز از طریق رابطه جنسی در سال‌های اخیر است؛ بنابراین می‌توان انتظار داشت که افزایش موارد مبتلا از طریق رابطه جنسی نامطمئن خود نشانه‌ای از افزایش رابطه‌های جنسی خارج از چارچوب زناشویی و نامطمئن در ایران در سال‌های اخیر باشد که این امر می‌تواند در نتیجه کم‌رنگ‌شدن مرزهای رابطه مشروع و نامشروع در اثر وضعیت آنومیک رابطه میان دو جنس در ایران پدیدار شود که شرایط را برای انتقال همه‌گیری بیماری به‌سوی همه‌گیری جنسی و پیشی گرفتن این نوع همه‌گیری بر انواع دیگر همه‌گیری فراهم آورده است.

به رفتار پرخطر را می‌توان به‌عنوان رفتاری فراگیری شده نیز می‌توان نگرست. ساترلند تحت تأثیر مکتب شیکاگو کوشید نشان دهد که جنایت و انحراف از طریق انتقال فرهنگی صورت می‌گیرد که اساساً این نظریه مبتنی برکنش متقابل اجتماعی است و افراد و گروه‌های اجتماعی و ارتباطات فرد به‌عنوان متغیرهای مهم و تأثیرگذار بر رفتار او مطرح می‌شوند؛ بنابراین به اعتقاد ساترلند فرآیند یادگیری شامل ارتباط و تعامل با بزهکاری و الگوهای آن در گروه‌ها و شبکه‌های مختلف ارتباطی است و هرچقدر ارتباط‌های انحرافی افراد بیشتر باشد آن‌ها بیشتر به سراغ کج‌رفتاری‌ها می‌روند (رابینگتن و واینبرگ، ۱۳۹۳، ص. ۱۲۴). ساترلند با قضایای مفهومی خود به‌دنبال این نکته است که کج‌رفتاری در جریان ناخودآگاه و اصول روان‌شناسی مرضی قرار ندارد، بلکه براساس الگوهای یادگیری اجتماعی رفتار با تأکید بر متغیرهایی چون انگیزه‌ها و سائق‌ها و نگرش‌ها آموخته و اجرا می‌شود؛ بنابراین فراوانی معاشرت‌ها هم که در این نظریه مطرح می‌شود به تنهایی توانایی تبیین مسئله

بزهکاری را ندارد بلکه عمق و رابطه‌ها ارجحیت دارند و فراوانی معاشرت‌ها در درجه دوم اهمیت می‌باشند (صدیق سروستانی، ۱۳۸۹، ص. ۴۸؛ سراج زاده، ۱۳۸۳، ص. ۵۶). رفتارهای پرخطر دارای پتانسیل انتقال بیماری اچ‌آی‌وی/ایدز از جمله تزریق مواد مخدر، خالکوبی، رابطه جنسی خارج از چارچوب زناشویی را می‌توان به صورت رفتارهایی تبیین نمود که در تعامل با الگوهای رفتارهای بزهکارانه در شبکه‌های مختلف ارتباطی از جمله در رابطه با دوستان دارای اعتیاد، همبندی‌های زندان، دوستان درگیر در رابطه‌های متکثر جنسی خارج از چارچوب ازدواج آموخته می‌شوند.

در تبیین نظری ابتلا به بیماری اچ‌آی‌وی/ایدز رویکرد مقصرانگارانه به بیماران مبتلا، به دور از واقع‌نگری علمی است. بدین معنا که برخی از بیماران که از طریق رابطه جنسی با همسر مبتلای خود (درحالی‌که از ابتلای همسر بی‌اطلاع بوده‌اند) در دام بیماری گرفتار شده‌اند و قدرت اختیار چندانی در کنترل رفتارهایی که آن‌ها را به سوی ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز سوق داده است؛ نداشته‌اند. قشربندی جنسیتی کالینز ابزار مفهومی مناسبی به منظور تبیین نظری این نوع از رفتار پرخطر به دست می‌دهد. الگوی قشربندی جنسیتی کالینز به دو عامل عمده بستگی دارد: ابتدا، میزان قاعده‌مندی اجتماعی به کارگیری زور در روابط شخصی و دوم، پایگاه اقتصادی خاص زنان و مردان. در جوامع پیشامدرن که محدودیت‌های معدودی برای به کارگیری زور در روابط شخصی وجود داشت، مردان به لحاظ جنسی مسلط بودند. پیش از قرن نوزدهم، دست‌کم در جوامع غربی، توسل به زور در روابط شخصی، بخش عمده مشروعیت خود را از دست داد. از این پس سلطه مردان ناشی از اقتدار اقتصادی‌شان بود. به این ترتیب، جدایی محل سکونت از کار، ایدئولوژی ازدواج به منزله انتخابی شخصی و نه تصمیمی خانوادگی را رواج داد و بدین ترتیب قدرت زنان افزایش یافت. ازدواج به مبادله اجتماعی بدل شد که در آن، مردان در ازای دریافت حقوق انحصاری که زن‌ها نسبت به بدنشان دارند، به آن‌ها امنیت و منزلت عرضه می‌کنند (سیدمن، ۱۳۹۲، ص. ۱۲۳). وضعیتی که می‌توان از آن تحت عنوان بازار ازدواج نام برد. با در نظر گرفتن ازدواج به عنوان یک

مبادله اجتماعی قدرت چانه‌زنی به منظور انتخاب همسر مناسب دارای اهمیت فراوانی است. طبقه اجتماعی فرد در افزایش قدرت چانه‌زنی وی در مناسبات مربوط به ازدواج نقش به‌سزایی دارد. طبقه اجتماعی به دسترسی فرد به منابع گوناگون، پیوندهای اجتماعی و فرصت‌های اجتماعی مرتبط با شغل و نیز سن، جنسیت، وضعیت تحصیلات و جز آن اشاره دارد (سیدمن، ۱۳۹۲، ص. ۱۹۷). فردی که سطح دسترسی پایینی نسبت به منابع ارزشمند اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی دارد؛ به احتمال بیشتری در مبادله مربوط به ازدواج حق انتخاب کمتری دارد و از فرصت‌های ازدواج مناسب کمتری برخوردار است. در چنین شرایطی احتمال تن دادن به ازدواج با فردی با سابقه مصرف مواد و یا زندان بالا می‌رود که در نتیجه می‌توان گفت شانس ابتلای بیماری از همسری که دارای پتانسیل ابتلای به بیماری اچ‌آی‌وی/ایدز است نیز در چنین موقعیتی افزایش می‌یابد.

با مرور ادبیات تجربی داخلی و خارجی موجود مرتبط با بسترهای اجتماعی ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز می‌توان چهار بستر عمده ضعف آگاهی و باور به پیشگیری‌های بهداشتی، متغیرهای زمینه‌ای، شرایط خانوادگی و عملکرد فردی را در رابطه با ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز مشخص نمود. در بخش ضعف آگاهی و باور به پیشگیری‌های بهداشتی، عدم آگاهی درباره روش‌های پیشگیری از ابتلا اچ‌آی‌وی/ایدز (ملایری و همکاران، ۱۳۹۳؛ جین^۱ و همکاران، ۲۰۱۱)، عدم باور به مؤثر بودن روش‌های پیشگیری از ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز (فلاحی و همکاران، ۱۳۹۳؛ گلنز، ۲۰۱۱) به عنوان بسترهای بهداشتی ابتلا به اچ‌آی‌وی ذکر شده‌اند. در متغیرهای زمینه‌ای، میان مجرد بودن (کریمی و همکاران، ۱۳۹۵)، میزان پایین تحصیلات و درآمد (آلوز^۲ و همکاران، ۲۰۱۶؛ لاتکین و همکاران، ۲۰۱۰) با ابتلای به اچ‌آی‌وی رابطه وجود داشت. در شرایط خانوادگی، نقش پیشگیرانه عشق و حمایت‌های خانوادگی (لطفی و همکاران، ۱۳۹۲) مورد توجه قرار گرفته است. در نهایت در حوزه مربوط به عملکرد فردی،

1. Jain

2. André T.J. Alves

میان سابقه رفتارهای پرخطر (رحمتی نجار کلانی و همکاران، ۱۳۸۸)، خود پنداره و اعتماد به نفس (فریرا و همکاران، ۲۰۱۴)، میزان تجربه بد رفتاری بعد از ابتلا (یوح^۱ و همکاران، ۲۰۱۳) و میزان خطر ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز رابطه وجود داشت.

۳. روش پژوهش

روش مورد استفاده در مقاله حاضر کیفی و روش تحقیق نظریه زمینه‌ای^۲ است. در ابتدا با توجه به خاص و حساس بودن موضوع پژوهش و دشواری دسترسی به نمونه‌ها نمونه‌گیری هدفمند به کار گرفته شده است. سپس نمونه‌گیری نظری در جهت کمک به پیدایش نظریه راهنمای ادامه روند پژوهش بود. جریان پژوهش به نحوی پیش رفت که در مصاحبه نفر هفدهم به اشباع نظری دست یافتیم اما برای اطمینان هرچه بیشتر از پدید نیامدن مقوله جدید مصاحبه‌ها را تا مصاحبه نفر نوزدهم پیش بردیم. مشارکت‌کنندگان در پژوهش حاضر شامل ۸ زن و ۱۱ مرد مراجعه کننده به مرکز مراقبت بهداشتی بیماری‌های عفونی واقع در شهر مشهد در سال ۱۳۹۵ بودند. اطلاعات و داده‌های لازم با استفاده از تکنیک مصاحبه آزاد و عمیق جمع‌آوری شدند که در نهایت با استفاده از مقایسه‌های ثابت^۳ و کدگذاری نظری^۴ (کدگذاری باز^۵، محوری^۶ و گزینشی^۷) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. مشخصات مشارکت‌کنندگان پژوهش در جدول ۱ ذکر شده است.

1. Joyceline Ntoh Yuh
2. Grounded Theory
3. fixed Comparison
4. Theoretical coding
5. Open coding
6. Axcial coding
7. Selective coding

جدول ۱. مشخصات مشارکت کنندگان در پژوهش

شماره	جنسیت	سن	میزان تحصیلات	شیوه ابتلا به ویروس HIV
۱	مرد	۴۰	پنجم دبستان	رابطه‌ی جنسی
۲	مرد	۳۴	سیکل	رابطه‌ی جنسی و سرنگ آلوده
۳	مرد	۳۲	سیکل	خالکوبی
۴	مرد	۴۰	دیپلم	سرنگ آلوده
۵	مرد	۴۰	سیکل	تیغ و سرنگ آلوده
۶	مرد	۳۷	سیکل	سرنگ آلوده
۷	زن	۳۵	دیپلم	تزریق
۸	زن	۳۴	ابتدایی	رابطه‌ی جنسی و تزریق
۹	مرد	۴۵	سیکل	رابطه‌ی جنسی
۱۰	زن	۲۹	دیپلم	رابطه‌ی جنسی با همسر مبتلا
۱۱	زن	۴۴	سیکل	رابطه‌ی جنسی با همسر مبتلا
۱۲	مرد	۳۵	کاردانی	رابطه‌ی جنسی
۱۳	زن	۲۴	دیپلم	تجاوز جنسی
۱۴	مرد	۵۰	نهضت	رابطه‌ی جنسی و سرنگ آلوده
۱۵	مرد	۳۸	پنجم ابتدایی	رابطه‌ی جنسی
۱۶	زن	۴۰	سیکل	رابطه‌ی جنسی
۱۷	زن	۵۳	سیکل	رابطه‌ی جنسی با همسر مبتلا
۱۸	زن	۲۸	سیکل	رابطه‌ی جنسی با همسر مبتلا
۱۹	زن	۲۲	دیپلم	مادر به فرزند

به منظور رعایت اصول اخلاقی آسایش مشارکت کنندگان و حفظ شأن و حقوق آنان، مصاحبه با مشارکت کنندگانی که در شرایط روحی مناسبی به سر نمی‌بردند به زمان دیگری محول شد؛ همچنین در حین مصاحبه‌ها، مصاحبه‌کننده سعی نمود اگر مسئله خاصی در مصاحبه‌ها مطرح شود که از منظر جامعه برچسب منفی با خود به همراه دارد واکنش خاص کلامی و یا نشان ندهد تا مبادا اسباب پریشانی خاطر مشارکت کنندگان در تحقیق شود.

همچنین براساس اصل برخورداری از حق انتخاب شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر از روند کار اطلاع داشتند و همچنین در همکاری یا عدم همکاری در پژوهش مختار بودند و همچنین از حق اعلام انصراف در ادامه همکاری برخوردار بودند. لازم به ذکر است که در طی فرآیند گردآوری داده‌ها، ضبط صدا تنها با رضایت بیمار صورت گرفت و پس از انجام پژوهش صدای ضبط شده حذف شد.

۴. یافته‌ها

هدف از انجام پژوهش حاضر، مطالعه زمینه‌های اجتماعی رفتارهای پرخطر منجر شده به ابتلای اچ‌آی‌وی/ایدز براساس تجربه زیسته افراد مبتلا است. با توجه به این نکته که کدگذاری اساسی‌ترین روش تجزیه و تحلیل داده‌ها در روش نظریه زمینه‌ای است؛ در این مطالعه فرآیند کدگذاری با استفاده از روش کدگذاری باز در وهله اول آغاز شد؛ این مرحله که اولین گام از تجزیه و تحلیل نظری به سمت اکتشاف مقولات و ویژگی‌های آنان است با استفاده از در نظر گرفتن واحد کدگذاری خط به خط به انجام رسید که طی آن به توصیفی از داده‌ها دست پیدا کردیم. با ظاهرشدن مفاهیم حاصل از کدگذاری خط به خط داده‌های پژوهش، نوبت به کدگذاری محوری می‌رسد که با استفاده از آن مفاهیم به دست آمده در جریان کدگذاری باز، به زیر مقولات مربوط به داده‌ها پیوند داده شدند و در ادامه زیر مقولات به مقولات عمده مرتبط شدند (جدول ۲). در ادامه فرآیند کدگذاری محوری مقولات کلی به دست آمده در جریان کدگذاری باز در قالب چارچوب مدل پارادایمی تنظیم شدند که این مدل به شرایط، زمینه‌ها، استراتژی‌ها و پیامدهای رفتارهای پرخطر دارای پتانسیل انتقال اچ‌آی‌وی/ایدز می‌پردازد (تصویر ۱). در نهایت در مرحله کدگذاری انتخابی، مقوله هسته انتخاب شد و با استفاده از تکنیک داستان‌پردازی به طور منظم با سایر مقوله‌ها پیوند داده شد (شرح خط داستان در جمع‌بندی و نتیجه‌گیری). در این قسمت تمامی مقولات پیرامون یک مقوله هسته یکپارچه شدند و مقولاتی که نیاز به شرح بیشتری داشتند با توجه به نقش آن مقوله در خط داستان با جزئیات بیشتری شرح داده شدند. با انجام کدگذاری باز در حین

جمع آوری داده‌ها ۹ مقوله عمده به همراه ۴۰ زیر مقوله به دست آمد. با انجام کدگذاری محوری زیر مقوله‌ها به یکدیگر و همچنین به مقوله‌های عمده ربط یافتند و همچنین نوع مقوله‌ها از حیث علی، فرآیندی و پیامدی مشخص شد. مقولات و زیر مقولات عمده استحصال شده از جریان پژوهش در ادامه ذکر می‌شوند (جدول ۲).

جدول ۲. مقولات و زیر مقولات استحصال شده در جریان تحقیق

نوع مقوله	مقوله‌ی عمده	زیر مقولات
شرایط علی	بی‌سازمانی خانوادگی	ضعف کنترل درون نظام خانواده، نابسامانی خانوادگی، تعاملات نامناسب با خانواده، سابقه‌ی بزهکاری اعضای خانواده
شرایط مداخله‌گر	سطح پایین سواد سلامتی	عدم اطلاع‌رسانی مناسب، فقر اطلاعات بهداشتی، ضعف در سواد سلامتی شناختی، ضعف در سواد سلامتی عملکردی، ضعف در سواد سلامتی اجتماعی - روانی
شرایط زمینه‌ای	تکوین نابهنجار شخصیت در دوران نوجوانی	اعتیاد از دوران نوجوانی، تابوشکن دوران نوجوانی، ناکامی دوران نوجوانی
تعاملات	سبک زندگی مستعد ابتلا	زندگی متمرذانه، در دام اعتیاد، زمینه‌ی نامناسب آشنایی با همسر، تجربه‌ی تعارضات زناشویی
	تعاملات جبری سوق دهنده‌ی فرد به رفتار مستعد ابتلا	حوادث ناگوار زندگی، فقر شدید خانوادگی، قرار گرفتن در وضعیت مستعد ابتلا
	شرایط محیطی و تعاملات مستعد رفتار هنجارشکنانه در بزرگسالی	عوامل نامساعد محیطی، عضویت در گروه‌های همناوی مخرب، بروز رفتار نابهنجار
پیامد	ابتلای آزادانه	رابطه‌ی جنسی متکثر لذت جویانه، تزریق متکثر مواد راه‌گریز از مشکلات زندگی، رابطه‌ی جنسی با همجنس، رابطه‌ی جنسی با شریک جنسی به جز همسر
	ابتلای منفعلانه	رابطه‌ی جنسی به‌خاطر بی‌کسی، رابطه‌ی جنسی جهت تأمین معاش خانواده، رابطه‌ی جنسی با پرخاشگری همسر معتاد، تجاوز جنسی، مادر به فرزند
	ابتلا با درجه‌ی آزادی کم	تزریق در زندان، رابطه جنسی در محل مصرف مواد، تزریق شدید مواد بعد از طلاق، رابطه‌ی جنسی در شرایط عدم حضور مستمر همسر، رجوع بعد از بازگشت زندان همسر، عدم تلاش جهت طلاق از همسر تزریقی

مقولات و زیر مقولاتی که ارائه شده‌اند گویای تفسیر و معنای ذهنی افرادی هستند که ابتلا به ویروس اچ‌آی‌وی را تجربه کرده‌اند. بخش یافته‌ها از سه قسمت علت‌ها، بسترها، شرایط مداخله‌گر، سپس تعاملات و در نهایت پیامدها تشکیل شده است.

۴.۱. شرایط علی

شرایط علی یا سبب‌ساز معمولاً آن دسته از رویدادها و وقایع‌اند که بر پدیده‌ها اثر می‌گذارند (استراوس و کوربین، ۱۳۹۳، ص. ۱۵۲). در پژوهش حاضر، «بی‌سازمانی خانوادگی» شرایط علی بروز رفتار پرخطر منجر شده به ابتلا به ویروس اچ‌آی‌وی است. در تعریف بی‌سازمانی خانوادگی می‌توان گفت که مجموعه‌ی شرایطی است که درون نظام خانواده منجر به حاکم شدن نگرش فردگرایانه بر افراد جامعه می‌شود که در نتیجه آن کنترل اجتماعی برای مهار گرایش‌های لذت‌جویانه فرد تضعیف می‌شود. اگر فرد هیچ مانعی در خانواده برای تمایلات فردگرایانه خود نداشته باشد، این تمایلات را به‌صورتی عادی اظهار می‌کند که در صورت نابه‌هنجار بودن این تمایلات می‌تواند فرد را در شرایط مستعد ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز نیز قرار دهد. با در نظر داشتن این نکته که برخی از رفتارهای لذت‌جویانه همچون برقراری رابطه جنسی خارج از چارچوب ازدواج و تزریق مواد مخدر می‌تواند منجر به ابتلای به بسیاری از بیماری‌های عفونی از جمله اچ‌آی‌وی/ایدز شود، می‌توان انتظار داشت که تضعیف کنترل اجتماعی ناشی از بی‌سازمانی خانوادگی در وقوع رفتارهای پرخطر از سوی فرد سهم به‌سزایی را ایفا نماید.

مؤلفه‌های بی‌سازمانی خانوادگی در پژوهش حاضر شامل نابسامانی‌های خانوادگی، تعاملات نامناسب با خانواده، سابقه بزهکاری اعضای خانواده و در نهایت پیامد این مؤلفه‌ها ضعف کنترل درون نظام خانواده است. مشارکت‌کننده شماره ۱ درباره خانوادۀ نابسامان شریک جنسی‌اش بیان می‌کند: «برادرش عرق می‌خورد چون خرجش می‌دادم مشکلی نداشت با این مسئله که با خواهرش رابطه داشته باشم». مشارکت‌کننده شماره ۱۲ در باره وضعیت نابسامان شرایط خانوادگی خود بیان می‌کند: «من شیش سالم بود اینا (پدر و مادرم)

از هم جدا شدن و بعدش دیگه کسی نبود که درست و حسابی منو کنترل کنه». مشارکت کننده شماره ۸ می افزاید: «زن بابام همیشه کتک می زد مارو، به مادرم زور می گفت حتی این صحنش یادمه دست کرده بود تو دهن مادرم دهنشو چاک داده بود. پدرم منو می زد جرئت گریه کردن نداشتم نرده بوم می داشتم می رفتم پشت بوم گریه می کردم بعد میومدم پایین حتی جرئت گریه کردن نداشتم». تعاملات نامناسب اعضای خانواده با یکدیگر می تواند زمینه را برای سابقه بزهکاری اعضای خانواده فراهم آورد. مشارکت کننده شماره ۴ در این خصوص بیان می کند: «من فرزند اول خانواده بودم و رفتارای پدرمو بیشتر می دیدم و حرکتای ناجوری که داشت. پدرم روابط جنسی زیادی برقرار می کرد با هرکسی و ناکسی، خیلی توی شخصیتم تأثیر بدی گذاشت؛ تا همین الان که من پیش شما نشستم یک مرتبه پدرم دستشو به شانه من نکشید که بگه پسرم حالت چطوره به هیچ عنوان اصلاً من یادم نمیاد». در نهایت مجموعه نابسامانی های خانوادگی، تعاملات نامناسب با خانواده و سابقه بزهکاری اعضای خانواده به ضعف کنترل درون نظام خانواده می انجامد. مشارکت کننده شماره ۱ در این باره بیان می کند: «یه خونه برای اون خانوم گرفته بودم خرجشو می دادم همیشه اونجا بودم از همون ۱۸، ۱۹ سالگی اون خونه می رفتم، خونواده هم نمی گفتن کجا می ری، می دونستن با یه خانوم دارم زندگی می کنم ولی هیچ کاری نکردن».

۴.۲. شرایط زمینه ای

شرایط زمینه ای مجموعه خاصی از شرایطی اند که در یک زمان و مکان خاص جمع می آیند تا مجموعه اوضاع و احوال یا مسائلی را به وجود آورند که اشخاص با عمل/ تعامل های خود به آنها پاسخ می دهند (استراوس و کوربین، ۱۳۹۳، ص. ۱۵۴). در مطالعه حاضر «تکوین نابهنجار شخصیت در دوران نوجوانی» شرایط زمینه ای بروز رفتار پرخطر منجر شده به ابتلا به اچ آی وی/ایدز است. در تشریح این مقوله می توان گفت که نوجوانی دوران بحران و زمان سرکشی است به صورتی که نوجوانان هرچقدر بیشتر خود را بشناسند، سطح توقعاتشان بالاتر رفته که این منجر به تغییر فلسفه زندگی فرد و در نتیجه ستیز با

معیارهای والدین می‌شود و این سبب می‌شود جوانان کنترل‌های رسمی و غیر رسمی و نفوذ آن‌ها را بر رفتارهای خود نادیده بگیرند و بنابراین احتمال هنجارشکنی و رفتارهای انحرافی و از جمله آن‌ها رفتارهای پرخطر در بین آن‌ها زیادتر می‌شود. همچنین بروز اتفاقات ناخوشایند در این دوران می‌تواند بستر تأثیرات عمیقی در نابه‌هنجاری‌های شخصیتی در بزرگسالی باشد که این نابه‌سامانی‌ها در نهایت می‌تواند منجر به بروز رفتارهای پرخطر مستعد ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز در بزرگسالی شود.

زیر مقولات استحصال‌شده از بیماران مبتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز در رابطه با مقوله عمده «تکوین نابه‌هنجار شخصیت در دوران نوجوانی» اتفاقات ناخوشایندی که است ریشه در نابسامانی‌های اجتماعی دارند که شامل ناکامی‌های دوران نوجوانی و نتیجه آن اعتیاد در دوران نوجوانی و تابوشکنی در دوران نوجوانی هستند. مشارکت‌کننده شماره ۱۹ درباره اعتیاد خود از دوران نوجوانی بیان می‌کند: «رفتارای پرخطر من از سن ۱۵ سالگی شروع شده از نزاع و دعوا و قمه بگیر بیا تا برسه به مصرف مواد، من مصرفم با الکل شروع شد و سیگار و یک‌دفعه بعدش زدم به مواد صنعتی». مشارکت‌کننده شماره ۲ درباره هنجارشکنی‌های خود از دوران نوجوانی بیان می‌کند: «من از همون سن نوجوانی دنبال حسای لذت جویمم بودم دنبال لذت بودم دنبال آزادی بودم رابطه بیشتری با جنس مخالف داشته باشم انواعش بیشتر باشه».

۳.۴. شرایط مداخله‌گر

شرایط دخیل آن‌هایی‌اند که شرایط علی را تخفیف یا به نحوی تغییر می‌دهند (همان منبع، ص. ۱۵۳). در مطالعه حاضر «سطح پایین سواد سلامتی» شرایط دخیل بروز رفتار پرخطر منجر شده به ابتلا به ویروس اچ‌آی‌وی است. «سطح پایین سواد سلامتی» ارتباط مستقیمی با ابتلا به بیماری اچ‌آی‌وی/ایدز دارد. سواد سلامتی را می‌توان به صورت توانایی خواندن، درک کردن و عمل کردن براساس توصیه‌های بهداشتی و سلامتی تعریف نمود. افراد باسواد سلامت ناکافی، به احتمال کمتری اطلاعات نوشتاری و گفتاری ارائه شده توسط

متخصصان سلامتی را درک می‌کنند و به دستورات داده‌شده توسط آن‌ها عمل می‌کنند در نتیجه وضعیت سلامتی ضعیف‌تری دارند و هزینه‌های بهداشتی بیشتری را متحمل می‌شوند.

عدم آگاهی فرد و یا ضعف عملکردی فرد نسبت به اچ‌آی‌وی/ایدز می‌تواند منجر به بالارفتن احتمال انتقال ویروس اچ‌آی‌وی به فردی شود که رفتار پرخطر دارد. مشارکت‌کنندگان در پژوهش حاضر از جنبه‌های گوناگون سواد سلامتی دارای ضعف بودند. عدم اطلاع‌رسانی مناسب در مورد بیماری‌ها و علی‌الخصوص ایدز یکی از مواردی است که منجر به سطح پایین اطلاعات عمومی مشارکت‌کنندگان شده است. مشارکت‌کننده شماره ۲ در این باره بیان می‌کند: «زمان ما اصلاً مثل الآن نبود که تو مدرسه‌ها بگن من اصلاً نمی‌دونستم آقا که بیماری چی هست و چی نیست». نتیجه عدم اطلاع‌رسانی مناسب در ضعف اطلاعات عمومی مشارکت‌کنندگان نیز هویدا است. مشارکت‌کننده شماره ۱۱ در این باره بیان می‌کند: «من درباره اعتیاد هیچی نمی‌دونستم چه برسه به ایدز». ضعف اطلاعات عمومی بهداشتی ضعف در سواد سلامتی شناختی درباره بیماری را به همراه دارد تا حدی که برخی از مشارکت‌کنندگان تا زمان ابتلای خود یا همسر به بیماری حتی با اسم بیماری ایدز یا ویروس اچ‌آی‌وی آشنا نشده بودند و یا این بیماری را متعلق به کشورهای دیگر می‌دانستند. مشارکت‌کننده شماره ۵ در این باره بیان می‌کند: «در مورد ایدز هیچی نمی‌دونستم تا اینکه همسرم خودش مبتلا شد». مشارکت‌کننده شماره ۲ می‌افزاید: «من فکر می‌کردم این بیماری مال شاخ آفریقاییه برای ما نیستش». تعداد دیگری از مشارکت‌کنندگان که به هر نحوی اطلاعاتی از اچ‌آی‌وی/ایدز کسب کرده بودند اطلاعات ناقص و ناکارآمدی از این بیماری داشتند به نحوی که مشارکت‌کننده شماره ۱۰ بیان می‌کند: «راه‌های انتقالشو نمی‌دونستم فقط از سرنگ تزریقی می‌دونستم، راه انتقال جنسی رو ازش خبر نداشتم». ضعف در سلامت شناختی در خصوص اچ‌آی‌وی/ایدز خود را در عملکرد بهداشتی مشارکت‌کنندگان آشکار می‌سازد و منجر به ضعف در سواد سلامتی عملکردی مشارکت‌کنندگان در خصوص بیماری

می‌شود. مشارکت‌کننده شماره ۹ در این باره بیان می‌کند: «من با کسانی که رابطه داشتم بهشون اعتماد داشتم می‌گفتم چهرشان خوبه اینا سالم». لازم به ذکر است که بالابودن سطح سواد شناختی لزوماً منجر به بالابردن سطح سواد عملکردی درباره بیماری نمی‌شود. مشارکت‌کننده شماره ۱۴ در این باره بیان می‌کند: «به گوشم خورده بود که ایدز وجود داره و می‌گفتن جنسی و تزریق منتقل می‌شه برای همین من همیشه از سرنگ خودم استفاده می‌کردم آگه دوبار هم مصرف می‌کردم سرنگ خودمو می‌زدم یه چند سری از سر مجبوری سرنگ یکی دیگه رو هم استفاده می‌کردم». نکته حائز اهمیت درباره رابطه میان سواد سلامتی و ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز این امر است که ضعف در سواد سلامتی اجتماعی-روانی نه تنها به اندازه دیگر ابعاد سواد سلامتی دارای اهمیت است بلکه در برخی شرایط می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در ابتلای بیماری داشته باشد. به نحوی که سهل‌انگاری در مورد انتخاب همسر یا سخت‌گیری نسبت به طلاق فرزند از فرد معتاد تزریقی و درمان اعتیاد فرد مبتلا با به زندان انداختن آن‌ها می‌تواند زمینه‌های ابتلای بیماری را برای همسر یا فرزندان فراهم آورند. مشارکت‌کننده شماره ۱۷ در این باره بیان می‌کند: «وقتی فهمیدم شوهرم اعتیاد تزریقی داره رفتم پلیسو خبر کردم برداشتن بردنش، بعد توی زندان می‌ره سرنگ مشترک استفاده می‌کنه و از اونجا بود که مبتلا شد». همچنین مشارکت‌کننده شماره ۱۰ درباره حرمت طلاق با وجود اعتیاد همسرش بیان می‌کند: «با این وجود که می‌دونستن شوهرم معتاده و کراک مصرف می‌کنه نداشتن طلاق بگیرم، هی می‌گفتن طلاق بده و زشته و بعدش آبرومون می‌ره، منم نمی‌خواستم طلاق بگیرم چون مثل خونوادم فکر می‌کردم طلاق بده».

۴.۴. تعاملات

عمل / تعامل یا کنش / کنش متقابل اصلاحاتی اند که ما برای اشاره به تاکتیک‌های راهبردی و طرز عمل‌های عادی یا روتین و چگونگی مدیریت موقعیت‌ها توسط افراد در مواجهه با مسائل و امور به کار می‌بریم. این تاکتیک‌ها یا رفتارهای عادی چیزهایی‌اند که مردم و سازمان‌ها و جوامع یا ملت‌ها انجام می‌دهند یا می‌گویند (استراوس و کوربین، ۱۳۹۳، ص.

۱۵۵). «تعاملات جبری سوق‌دهنده فرد به رفتارهای مستعد ابتلا»، «سبک زندگی مستعد ابتلا» و در نهایت «شرایط محیطی و تعاملات مستعد رفتار هنجارشکنانه در بزرگسالی» مجموعه تعاملات استحصال شده از جریان پژوهش حاضر هستند.

«تعاملات جبری سوق‌دهنده فرد به رفتارهای مستعد ابتلا» مجموعه تعاملاتی هستند که علاوه بر محدود نمودن میزان قدرت فرد در کنترل رفتارهایش، وی را به سوی رفتارهای پر خطر نیز سوق می‌دهند. از جمله این تعاملات فقر شدید خانوادگی و حوادث ناگوار زندگی است که می‌توانند فرد را در وضعیت مستعد ابتلا قرار دهند.

فقر شدید خانوادگی زنان را در وضعیتی قرار می‌دهد که تن به ازدواج با افرادی دهند که دارای سابقه تزریق مواد مخدر، زندان و بزهکاری هستند. مشارکت‌کننده شماره ۸ در این باره بیان می‌کند: «من و مادرم از هشت سالگی شروع کردیم به چغندر جمع کردن فقط یه خونه بهمون داده بود و بهمون نرسید. توی مشکلات و بدبختی داشتیم غرق می‌شدیم که شوهر اولم از مشهد بودن یکی از همسایه‌ها منو دیده بودن می‌گفتن یک آقایی جریانش اینجوریه و زنش طلاق گرفته شوهرم ۱۸ سال از من بزرگ‌تر بود بعد مادرم قرار گذاشتن منم هیچی نمی‌دونستم. ۱۴ سالم بیشتر نبود اومدیم عقد کردیم بعد سه سال متوجه شدن که این اعتیاد داره. بیشتر پولی که در می‌آورد خرج موادمی‌کرد». همچنین حوادث ناگوار زندگی نیز به شدت حق زندگی افراد برای داشتن زندگی سالم محدود می‌کنند. مشارکت‌کننده شماره ۳ در این باره بیان می‌کند: «من ۸ تا برادر و خواهر ناتنی دارم و پدرم با سه تا زن ازدواج کرد که مادر منو توی ۶ سالگی طلاق داد و مادرم بعدش دوباره ازدواج کرد و شوهر جدیدش دیگه نداشت من پیش مادرم برم. برای همین از نوجوانی آواره خیابونا بودم». قرار گرفتن در شرایط وضعیت مستعد ابتلا نیز تعاملی است که نتیجه تعاملات فقر شدید خانوادگی و حوادث ناگوار زندگی است. مشارکت‌کننده شماره ۱۰ در این باره بیان می‌کند: «توونستم از شوهرم که معتاد تزریقی بود طلاق بگیرم چون خونوادم می‌گفتن بهم کی می‌خواد نون تو و بچه هاتو بده».

«سبک زندگی مستعد ابتلا» از دیگر تعاملات استحصال شده از جریان پژوهش حاضر، مرتبط با اچ‌آی‌وی/ایدز است. «سبک زندگی مستعد ابتلا» مجموعه تعاملاتی است که ریشه در بسترهای نامناسب اجتماعی دارند و فرد را مستعد انجام رفتار پر خطر می‌نمایند. بی‌سازمانی خانوادگی و به‌همراه آن تکوین نابه‌هنجار شخصیت در دوران نوجوانی از جمله بسترهایی هستند که زمینه را جهت رفتارشدن فرد در دام اعتیاد و در نتیجه زندگی متمرده‌تر فراهم می‌آورند. سطح پایین سواد سلامتی روانی-اجتماعی نیز از دیگر شرایطی است که در به‌وجود آمدن زیر مقولات دیگر مقوله عمده «سبک زندگی مستعد ابتلا» از جمله زمینه نامناسب آشنایی با همسر، تجربه تعارضات زناشویی و همچنین رفتارشدن در دام اعتیاد نقش دارند.

بی‌سازمانی خانوادگی و همچنین تکوین نابه‌هنجار شخصیت در دوران نوجوانی می‌توانند مشکلاتی را در بزرگسالی فراهم می‌آورند که در صورت پایین بودن سطح سواد سلامتی روانی-اجتماعی، ممکن است فرد را به‌سویی سوق دهند که به منظور گریز از مشکلات زندگی خود، به مصرف مواد مخدر و یا زندگی متمرده‌تر روی آورد. مشارکت‌کننده شماره ۴ از مصرف مواد مخدر جهت گریز از مشکلات شخصی خود این‌گونه یاد می‌کند: «من مواد که می‌زدم می‌رفتم توی توهم و همه مشکلاتمو فراموش می‌کردم». مشارکت‌کننده ۲ درباره زندگی متمرده‌تر خود در نتیجه مصرف مواد مخدر بیان می‌کند: «بیماری اعتیاد منو با جایی رسوند که هیچ کنترلی روی بیماریم نداشتم بیا این طرف برو اون طرف با این دعوا کن با اون دعوا کن». از طرف دیگر سطح پایین سواد سلامتی روانی-اجتماعی می‌تواند منجر به اتخاذ تصمیم‌های توأم با ریسک در انتخاب شریک زندگی و در نتیجه آن تجربه تعارضات زناشویی شود. مشارکت‌کننده شماره ۱۷ در این باره بیان می‌کند: «شوهرم سروصدا می‌کرد و داد و بی‌داد می‌کرد. خانوادم قبول نمی‌کردن می‌گفتن خونواده لاتی هستن خونواده چاقوکشی بودن. من جوون بودم مرد می‌خواستم داشته باشم و تنها بودم برای همین قبول کردم باهاش ازدواج کنم». مشارکت‌کننده شماره ۸ درباره تجربه تعارضات زناشویی ناشی از

زمینه نامناسب آشنایی با همسرش بیان می‌کند: «من (شوهرمو) انداختمش زندان چون خلاف می‌کرد، طوری شده بود که بارها بهش گفته بودم اگر برم به مردی رو بیارم اینجا هیچ فرقی برایش نداشت». اعتیاد، رفتار متمرذانه، تعارضات زناشویی مجموعه تعاملاتی هستند که پتانسیل قرار دادن فرد در وضعیت مستعد ابتلا همچون تشدید مصرف مواد به صورت تزریق و روابط جنسی خارج از چارچوب ازدواج را دارا هستند.

«شرایط محیطی و تعاملات مستعد رفتار هنجار شکنانه در بزرگسالی» مجموعه تعاملاتی هستند که زمینه را جهت بروز رفتارهای هنجار شکنانه مرتبط با ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز از جمله روابط جنسی و مصرف لذت جویانه مواد مخدر فراهم می‌آورند. در تشریح این مقوله می‌توان گفت که حضور فرد در شرایط مستعد بروز رفتار پرخطر و همچنین عضویت در گروه‌های هم‌نوابی مخرب که متأثر از شرایط زمینه‌ای «بی‌سازمانی خانوادگی» فرد و «تکوین نابه‌هنجار شخصیت در دوران نوجوانی» اند، می‌توانند زمینه را جهت انجام رفتارهای نابه‌هنجار دارای پتانسیل ابتلای اچ‌آی‌وی/ایدز فراهم آورند. مشارکت‌کننده شماره ۹ در باره عوامل نامساعد محیطی و همچنین عضویت در گروه‌های هم‌نوابی مخرب بیان می‌کند: «من یه مدتی هم که تهران بودم اون خونه از اون خونه‌هایی بود که اجاره داری می‌کردن اتاق اجاره می‌دادن صاحب خونه چون به من اعتماد داشت مسئولیت خونه رو داده بود دست من، هم‌اتاقی‌ای خودم تزریق می‌کردن، بعداً متوجه شدم چند نفر از مستأجرای اون خونه اونا هم اچ‌آی‌وی داشتن تزریق می‌بودن».

۵.۴. پیامدها

هر جا انجام یا عدم انجام عمل / تعامل معینی در پاسخ به امر یا مسئله‌ای یا به‌منظور اداره یا حفظ موقعیتی از سوی فرد یا افرادی انتخاب شود، پیامدهایی پدید می‌آید (استراوس و کوربین، ۱۳۹۳، ص. ۱۵۶). ابتلای به ویروس اچ‌آی‌وی را به‌عنوان پیامد مجموعه شرایط علی، زمینه‌ای، مداخله‌گر و تعاملات رقم‌خورده برای فرد مبتلا می‌توان در سه الگوی گوناگون ابتلای منفعلانه، ابتلای آزادانه و ابتلا به درجه آزادی کم، بر مبنای میزان اختیار فرد

در کنترل رفتار پرخطر خود تقسیم نمود. در الگوی «ابتلای منفعلانه» تعاملات رقم‌خورده برای فرد به‌گونه‌ای عمل می‌نمایند که به‌شدت قدرت کنترل فرد بر روی زندگی‌اش محدود می‌شود و نقش حداقلی در ابتلای خود به ویروس اچ‌آی‌وی را بازی می‌نماید. در نقطه مقابل «ابتلای منفعلانه»، «ابتلای آزادانه» قرار دارد که فرد نسبتاً از قدرت کنترل بالایی جهت عدم بروز رفتار پرخطر برخوردار بوده که به دلایل گوناگونی از قدرت کنترل خود استفاده نکرده است. حد بینابین این دو الگو «ابتلای با درجه آزادی کم» است که تعاملات زندگی فرد را در شرایط مستعد ابتلا قرار می‌دهند اما وی تا حدی قدرت کنترل رفتارهای خود را دارد به‌صورتی که با به‌کار بردن مکانیزم‌های کاهش آسیب می‌تواند از انجام رفتار پرخطر احتراز نماید. تعاملات رقم‌خورده برای فرد نقش تعیین‌کننده‌ای در سوق‌دادن وی به‌سوی هر کدام از این الگوهای ابتلا دارند. به‌صورتی که «تعاملات جبری سوق‌دهنده فرد به رفتارهای مستعد ابتلا» از جمله فقر شدید خانوادگی و حوادث ناخوشایند زندگی به‌شدت قدرت انتخاب فرد را جهت کنترل رفتارهای پرخطر محدود می‌نمایند و در نتیجه وی را به سوی الگوی «ابتلای منفعلانه» سوق می‌دهند. مشارکت‌کننده شماره ۸ در این‌باره بیان می‌کند: «بعد از زندان، جایی رو نداشتم که برم. عملاً خانواده‌ای نداشتم و وقتی که رفتم پیش اون مرده شیشه مصرف کردم باعث شد که هر روز تلفنی صحبت کنیم هرروز بریم بیرون باهم. شنیده بودم که اچ‌آی‌وی تا شیش ماه نشون نمی‌ده کارمو از دستم گرفته بود آبرو و حیثیتمو برده بود. دیگه برام هیچی فرق نمی‌کرد پیشگیری نکردم بعد نه ماه دوباره آزمایش دادم که مثبت شد». مشارکت‌کننده شماره ۱۳ می‌افزاید: «وومد دنبالم یه روز می‌خواستم برم سرکار منو برد. اصلاً من در مورد همچین چیزی فکر نمی‌کردم. از نظر عاطفی به اون درجه‌ای نرسیده بودم که بخوام باهاش رابطه جنسی داشته باشم چون خودم به این اتفاق فکر نمی‌کردم برام غیر قابل پیش‌بینی بود. تجاوز با زور بود و حتی اون‌روز کلی کتکم زد. بعد تهدیدم می‌کرد یکسال تمام منو تهدید می‌کرد». الگوی دیگر ابتلا «ابتلای آزادانه» نام دارد که تحت تأثیر تعاملات «شرایط محیطی و تعاملات مستعد رفتار هنجار شکنانه در بزرگسالی» است. بدین نحو که عوامل نامساعد

محیطی و عضویت در گروه‌های هم‌نوایی مخرب فرد را به‌سوی رفتارهای پرخطر دارای پتانسیل ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز سوق می‌دهند که تحت تأثیر این شرایط فرد باوجود داشتن قدرت اختیار جهت کنترل رفتارهای خود اقدام به انجام رفتارهای پرخطر می‌نماید. مشارکت‌کننده شماره ۹ در این باره بیان می‌کند: «رابطمون هم دوستی معمولی بود نه چیز دیگه‌ای ولی خب رابطه جنسی هم با هم داشتیم. دیگه کی اهل این چیزا نیست من نسبت به خیلیا رفتارای پرخطر کمتر بود. دو سه موردی از رابطه‌هام پولی بود بقیش هم نه». مشارکت‌کننده شماره ۱ بیان می‌کند: «من از چهار ده پونزده سالگی معتاد شدم. با یک زن دوست شدم شروع کردم به تریاک کشیدن. از ۱۸ سالگی تزریقی بودم. با یه زن شمالی دوست شدم توی ۱۵، ۱۶ سالگی. برای اینکه رابطه جنسیم بهتر باشه تریاک مصرف می‌کردم. اون خانومه تریاک می‌کشید. شوهر این خانومه زندان بود، طلاقم نگرفته بود. هرکار دلم می‌خواست می‌کردم، زیاد رابطه داشتم».

«ابتلای با درجه آزادی کم» الگوی دیگر ابتلا به ویروس اچ‌آی‌وی است که حدوسطی بین دو الگوی دیگر ابتلا یعنی «ابتلای منفعلانه» و «ابتلای آزادانه» قرار دارد. این الگو تحت تأثیر تعاملات «سبک زندگی مستعد ابتلا» است که شامل رفتارشدن فرد در دام اعتیاد، سبک زندگی متمرده و تجربه تعارضات زناشویی است. فرد اسیر در دام اعتیاد که سبک زندگی متمرده ای در پیش گرفته است و یا تعارضات زناشویی شدیدی را تجربه کرده است، تحت شرایطی قرار می‌گیرد که مستعد بروز رفتار پرخطر همچون تزریق مواد و رابطه جنسی خارج از چارچوب ازدواج است و با وجود اینکه قدرت اختیار متوسطی جهت کنترل رفتارهای پرخطر خود دارد اما تحت تأثیر تعاملات ذکر شده در شرایط تحت فشار قرار دارد. مشارکت‌کننده شماره ۱۴ در این باره بیان می‌کند: «بعد از طلاقم افتادم دنبال مواد و همین رابطه نامشروع که اونا هم معتاد بودن شاید اونا هم مریض بودن هیچی نمی‌گفتن». همچنین مشارکت‌کننده شماره ۱۷ می‌افزاید: «طلاق گرفتم ازش دوباره از زندان اومد بیرون خودشو تیکه تیکه کرد با چاقو. هر کی می‌دید می‌گفت گناه داره از زندان اومده راش بده خونه راش

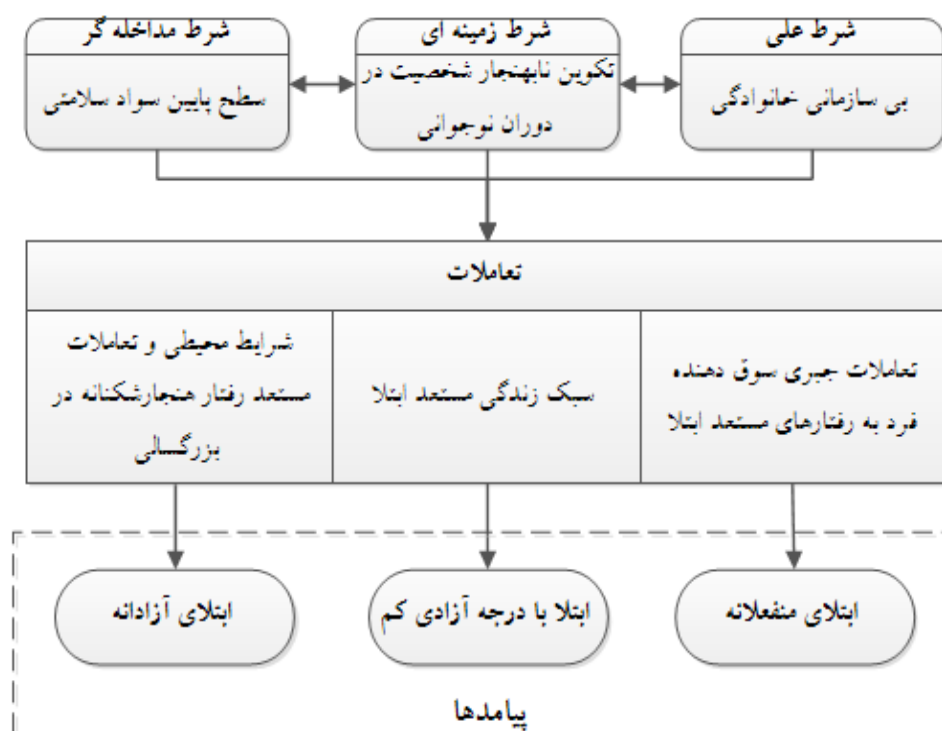
دادم خونه. یک عقدی کردیم یک شب موند پهلوی من شب دوم دوباره سرنگو توی جیش پیدا کردم پاشو برو بیرون از خونه بیرون انداختمش بعد از ده روز توی یک خرابه‌ای تزییق کرده بود مرده بود. خلاصه یه شب پیش من موندو و این بیماری رو بهم داد».

۵. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

با توجه به تشریح مقولات علی، فرآیندی و پیامدی، مقوله «اچ‌آی‌وی/ایدز بیماری برخاسته از بی‌سازمانی خانوادگی توأم با سهل‌انگاری‌های بهداشتی» به‌مثابه مقوله هسته می‌تواند کلیه مقولات و مباحث ذکرشده را در برگیرد. درک ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز به‌عنوان یک بیماری برخاسته از بی‌سازمانی اجتماعی توأم با سهل‌انگاری‌های بهداشتی در قالب یک مدل پارادایمیک شامل شرایط، فرآیند/تعامل و پیامد در نمودار ۱ ارائه شده است.

در تشریح خط داستان «اچ‌آی‌وی/ایدز بیماری برخاسته از بی‌سازمانی خانوادگی توأم با سهل‌انگاری‌های بهداشتی» می‌توان گفت که «بی‌سازمانی خانوادگی» به‌عنوان یکی از شرایط علی ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز نقش تعیین‌کننده‌ای در «تکوین نابه‌هنجار شخصیت در دوران نوجوانی»، «تعاملات جبری سوق‌دهنده فرد به رفتارهای مستعد ابتلا»، «شرایط محیطی و تعاملات مستعد رفتار هنجارشکنانه در بزرگسالی» و درنهایت «سبک زندگی مستعد ابتلا» دارد. بدین‌گونه که نابه‌سامانی‌های درون‌نظام خانواده به‌همراه تعاملات نامناسب با خانواده و علی‌الخصوص ضعف کنترل درون‌نظام خانواده زمینه را برای ناکامی‌های دوران نوجوانی و به‌همراه آن اعتیاد و رفتار بزهکارانه در دوران نوجوانی و رفتار پرخطر در بزرگسالی فراهم می‌آورد. این یافته در پژوهش حاضر همسو با یافته‌های تحقیق مانوئل فریرا و همکاران (۲۰۱۴) است. «بی‌سازمانی خانوادگی» به‌همراه «تکوین نابه‌هنجار شخصیت در دوران نوجوانی»، زمینه را برای بروز «تعاملات جبری سوق‌دهنده فرد به رفتارهای مستعد ابتلا» نیز فراهم می‌آورند. نابه‌سامانی‌های خانوادگی به‌همراه تعاملات نامناسب با خانواده منجر به از دست‌دادن حمایت خانوادگی می‌شوند که تلفیق این شرایط با نابه‌هنجاری‌های شخصیتی نشئت‌گرفته از دوران نوجوانی فرد را وضعیت مستعد ابتلا به بیماری قرار می‌دهد که این

یافته همسو با یافته تحقیق لطفی و همکاران (۱۳۹۲) است. «سطح پایین سواد سلامتی» در ابتلای فرد به بیماری اچ‌آی‌وی نقش مداخله‌گر را ایفا می‌نماید؛ چرا که فرد دارای رفتار پرخطر به شرط رعایت نکات بهداشتی به ویروس اچ‌آی‌وی مبتلا نمی‌شود. علاوه بر این ضعف ابعاد روانی-اجتماعی سواد سلامتی در تشدید شرایط سوق‌دهنده فرد به سوی سبک زندگی مستعد ابتلا نیز نقش تعیین‌کننده‌ای بازی می‌کند. این یافته پژوهش حاضر همسو با یافته‌های پژوهش ملایری خواه لنگرودی (۱۳۹۳)، فلاحی و همکاران (۱۳۹۳) و گلنیز (۲۰۰۸) است.



نمودار ۱. مدل پارادایمی اچ‌آی‌وی/ایدز بیماری برخاسته از بی‌سازمانی اجتماعی توأم با سهل‌انگاری‌های بهداشتی

در نهایت می‌توان گفت رفتارهای پرخطر منجر به ابتلای به اچ‌آی‌وی/ایدز، با در نظر گرفتن ویژگی میزان اختیار فرد در انجام رفتار پرخطر، از سه الگوی کلی «ابتلای منفعلانه»، «ابتلای با درجه آزادی کم» و «ابتلای آزادانه» پیروی می‌نمایند که هر یک تحت تأثیر تعاملات گوناگونی شکل می‌گیرند. «ابتلای منفعلانه» که در آن فرد حداقل اختیار در بروز رفتار پرخطر را دارد، نشئت گرفته از فقر شدید خانوادگی و حوادث ناگوار زندگی است که قدرت تصمیم‌گیری فرد جهت کنترل رفتارهای پرخطر خود را به شدت محدود می‌نمایند و وی را در شرایط مستعد ابتلا قرار می‌دهند. این یافته همسو با یافته آلوز و همکاران (۲۰۱۶) است. «ابتلای آزادانه» به شدت تحت تأثیر شرایط محیطی و تعاملات بزهکارانه فرد در دوران جوانی است که فرد در نهایت به منظور ارضای حس لذت‌جویی خود اقدام به بروز رفتارهای پرخطر دارای پتانسیل ابتلا به بیماری همچون روابط متکثر جنسی و مصرف لذت‌جویانه مواد مخدر می‌نماید. «ابتلای با درجه آزادی کم» ناشی از تعاملاتی است که می‌توان از آن تحت عنوان سبک زندگی مستعد ابتلا نام برد. فردی که دام اعتیاد افتاده است و یا تحت تأثیر شرایط نامناسب زندگی خود، همسر دارای سابقه تزریق مواد مخدر خود را برگزیده است؛ دارای اختیار حد وسطی در کنترل رفتارهای خود جهت پیشگیری از ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز است. در نهایت با توجه به خط داستان مطرح شده می‌توان گفت که «اچ‌آی‌وی/ایدز بیماری برخاسته از بی‌سازمانی خانوادگی توأم با سهل‌انگاری‌های بهداشتی» به مثابه مقوله هسته، می‌تواند کلیه مقولات شرح داده شده را در برگیرد. مطالعه حاضر با به‌کارگیری رویکرد تفسیرگرایی اجتماعی سعی داشته است که از منظر افراد بومی و درگیر به زمینه‌ها، فرآیندها و پیامدهای اجتماعی ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز بپردازد.

کتابنامه

۱. احمدی، خ. (۱۳۹۰). بررسی نگرش مردم نسبت به ازدواج موقت. فصلنامه رفاه اجتماعی، ۱۱(۲۳)، ۱۳۵-۱۵۶.

۲. استراوس، آ.، و کوربین، ج. (۱۳۹۳). *اصول روش تحقیق کیفی: نظریه مبنایی، رویه‌ها و شیوه‌ها*. ترجمه بیوک محمدی. تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی.
۳. بیرکس، م.، و میلز، ج. (۱۳۹۳). *تحقیق مبنایی راهنمای عملی*. ترجمه سید محمد اعرابی و عبدالله بانسی. تهران: دفتر پژوهش‌های فرهنگی.
۴. رابینگتن، ا.، و واینبرگ، م. (۱۳۹۳). *رویکردهای نظری هفتگانه در بررسی مسائل اجتماعی*. ترجمه رحمت‌اله صدیق سروستانی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
۵. رحمتی نجار کلانی، ف.، نیکنومی، ش.، امین شکروی، ف.، راوری، ع. (۱۳۹۱). *تجربیات بیماران مبتلا به HIV/AIDS از ننگ اجتماعی: یک مطالعه کیفی*. *مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت*، ۱(۲)، ۷۱-۸۰.
۶. سراج زاده، س. ح. (۱۳۸۳). *نیمه پنهان: گزارش نوجوانان شهر تهران از کج‌روی‌های اجتماعی و دلالت‌های آن برای مدیریت فرهنگی*. *مجله فلسفه و کلام*، ۴۱ و ۴۲، ۵۳-۸۴.
۷. سیدمن، ا. (۱۳۹۲). *کشاکش آرا در جامعه‌شناسی*. ترجمه هادی جلیلی. تهران: نی.
۸. صدیق سروستانی، ر. (۱۳۸۹). *آسیب‌شناسی اجتماعی*. تهران: سمت.
۹. ضاربان، ا.، ریمی، م.، احمدی، ر.، طبسی درمیان، ع.، طاهر، م. (۱۳۹۴). *ارزیابی برنامه آموزشی نظریه‌محور در پیشگیری از رفتارهای خطر انتقال بیماری در بیماران اچ‌آی‌وی مثبت: یک مطالعه در چارچوب مدل اعتقاد بهداشتی*. *فصلنامه افق دانش*، ۲۱(۴)، ۱۳-۱۸.
۱۰. فلاحی، ح.، صدیقه السادات، ط.، فریده ی.، حاجی زاده، ا. (۱۳۹۳). *دیدگاه مردان مبتلابه اچ‌آی‌وی/ایدز در خصوص مستعد بودن برای ابتلا به ایدز: یک مطالعه کیفی*. *فصلنامه پایش* ۱۳(۳)، ۳۵۷-۳۶۵.
۱۱. فهیم فر، ن. (۱۳۹۳). *اچ‌آی‌وی از چه راه‌هایی منتقل نمی‌شود*. *ماهنامه سپیده دانایی*، ۸۲، ۸۲-۸۳.
۱۲. کرسول، ج. (۱۳۹۱). *طرح پژوهش (رویکردهای کمی، کیفی و شیوه ترکیبی)*. ترجمه حسن دانائی فرد و علی صالحی. تهران: موسسه کتاب مهربان نشر.
۱۳. کریمی، م.، ضاربان، ا.، طبسی درمیان، ع.، طاهر، م.، فیاضی، ن. (۱۳۹۵). *باورها و عوامل مؤثر بر رفتارهای پیشگیرانه از انتقال اچ‌آی‌وی در بیماران اچ‌آی‌وی مثبت*. *فصلنامه بیماری‌های عفونی و گرمسیری* ۲۱(۷۲)، ۴۱-۴۷.

۱۴. لطفی، ر.، رضانی تهرانی، ف.، و یغمایی، ف. (۱۳۹۲). حمایت اجتماعی و نقش آن در پیشگیری از اچ‌آی‌وی در زنان در معرض خطر: یک مطالعه کیفی. فصلنامه پایش، ۱۲(۵)، ۴۶۷-۴۷۸.
۱۵. مارشال، ک.، و راس من، گ. ب. (۱۳۹۰). روش تحقیق کیفی. ترجمه علی پارسائیان و سید محمد اعرابی. تهران: دفتر پژوهش‌های فرهنگی.
۱۶. مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر. (۱۳۹۴). آخرین آمار مربوط به عفونت اچ‌آی‌وی در جمهوری اسلامی ایران شش ماهه اول سال ۱۳۹۴. تهران: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.
۱۷. ملایری خواه لنگرودی، ز.، و همکاران. (۱۳۹۳). موانع استفاده از کاندوم در زنان تن‌فروش در تهران، یک مطالعه کیفی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۱۲(۲)، ۲۳-۳۴.
۱۸. موحد، م.، و عباسی شوازی، م. ت. (۱۳۸۵). بررسی رابطه جامعه‌پذیری و نگرش دختران به ارزش‌های سنتی و مدرن در زمینه روابط بین شخصی دو جنس پیش از ازدواج. مطالعات زنان، ۱(۱)، ۶۷-۹۹.

19. Alves, A. T. J., Nobre, F. F., & Waller, L. A. (2016). Exploring spatial patterns in the associations between local AIDS incidence and socioeconomic and demographic variables in the state of Rio de Janeiro, Brazil. *Spatial and Spatio-Temporal Epidemiology*, 17, 85-93.
20. Ferreira, M., Bento, M., Chaves, C., & Duarte, J. (2014). The Impact of self-concept and Self-esteem in Adolescents Knowledge about HIV/AIDS. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 112, 575-582.
21. Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2002). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.
22. Jain, A. K., Saggurti, N., Mahapatra, B., Sebastian, P. M., Modugu, H. R., Halli, S. S., & Verma, R. K. (2011). 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*, 11(6), 1-11.
23. Latkin, C., Srikrishnan, A. K., Yang, C., Johnson, S., Solomon, S. S., Kumar, S., Celentano, D. D., Solomon, S. (2010). The relationship between drug use stigma and HIV injection risk behaviors among injection drug users in Chennai, India. *Drug and Alcohol Dependence*, 110(3), 221-227.
24. Lichtenstein, B. (2004). AIDS as a social problem. The creation of social pariahs in the management of an epidemic. In G. Ritzer (ed.). *Handbook of social problems. A comparative, international perspective* (pp. 316-340). Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.

25. National AIDS Committee Secretariat and Ministry of Health and Medical Education. (2015). *Islamic Republic of Iran AIDS Progress Report On Monitoring of the United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS*. available at: [http:// www.unaids.org/ sites/ default/ files /country/ documents/ IRN_narrative_report_2015.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/IRN_narrative_report_2015.pdf)
26. Ritzer, G. (2004). *Handbook of social problems: A comparative international perspective*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.
27. Stine, G. J. (1993). *Acquired immune deficiency syndrome: Biological, medical, social, and legal issues*. Englewood Cliff, N.J: Prentice Hall.
28. Yuh, J. N. Ellwanger, K. Potts, L. & Ssenyonga, J. (2014). Stigma among HIV/AIDS patients in Africa: a critical review. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 140, 581-585.