

نقش ابعاد روانشناختی و اجتماعی بیماری ایدز در پیشگیری از این بیماری

دکتر مسعود شریفی*

دکتر ناهید سمندری**

چکیده:

هدف از این پژوهش توصیفی شناسایی نظر دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه شهید بهشتی در زمینه نقش ابعاد روانشناختی و اجتماعی بیماری ایدز در پیشگیری از ابتلاء به این بیماری بوده است. یک پرسشنامه ۱۹ سوالی مربوط به ابعاد روانشناختی و اجتماعی ایدز در مورد یک نمونه آماری ۳۷۴ نفره به تفکیک جنسیت که به طور طبقه‌ای ساده از جامعه آماری ۱۰ دانشکده دانشگاه شهید بهشتی و به طور در دسترس، اجرا شد. بررسی آمار توصیفی و استنباطی داده‌ها نشان داد: بیش از ۷۰٪ دانشجویان ابعاد اجتماعی ایدز را شناخته و آن را تهدیدی برای جامعه ایران دانسته و معتقدند تعداد مبتلایان در ایران رو به افزایش است. از عوامل روانشناختی که در پیشگیری از ایدز موثر شناخته شد، خویشن‌داری قبل از ازدواج، تحقیق کامل و اطمینان به فردی که قصد ازدواج با او را دارند، انجام آزمایش اچ. آی. وی. (HIV) قبل از ازدواج، گفتن حقایق در زمان خواستگاری و بعد از ازدواج و وفاداری کامل به همسر بوده است. ضمناً ۹۷٪ دانشجویان برای اینکه به ایدز مبتلا نشوند موافق خویشن‌داری هستند. و درصد راستگویی زنان و مردان ایرانی در موقع خواستگاری در مقایسه با آمریکایی‌ها کمتر، که این خود قابل تامل و بررسی بیشتر است.

کلید واژه‌ها: ایدز، ابعاد روانشناختی، ابعاد اجتماعی، پیشگیری، دانشجو.

مقدمه

ایدز^۱ یا نقص ایمنی اکتسابی^۲، بیماری کشنده، غیر قابل درمان، بدون واکسن ولی قابل پیشگیری است. عامل بیماری، اچ. آی. وی. (HIV)^۳ یا ویروس نقص ایمنی انسانی است که با تضعیف سیستم دفاعی بدن، شخص را در مقابل بیماری‌های مختلف بی‌دفاع می‌سازد. دوره کمون یا مرحله بدون علامت بیماری بیش از ۱۰ سال طول کشیده و فرد آلوده، در طول این مدت، بدون اطلاع خود یا دیگران، می‌تواند بیماری را به افراد سالم منتقل کند. ویروس ایدز برای زنده ماندن بایستی وارد بدن شود و در خارج از بدن سرعت از بین می‌رود، اما سرعت از بین رفتن آن بستگی به عوامل محیطی دارد. افراد آلوده، با مشاهده قیافه ظاهری، وضعیت جسمانی و یا شیوه زندگی قابل شناسایی نیستند. تشخیص آلودگی، از طریق مشاهده پادتن‌های ضد ویروس در خون فرد مبتلا یا تست الیزا^۴ با حساسیت ۹۹/۵٪، انجام می‌-

M-Charifi@sbu.ac.ir

* استادیار گروه روانشناسی دانشگاه شهید بهشتی

** پزشک / پژوهشگر پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی

شود. شناسایی مستقیم ویروس یا یکی از اجزاء آن نیز از دیگر راههای تشخیص آلودگی محسوب می-شود. پادتن‌ها ۲ تا ۱۲ هفته پس از آلودگی، در گردش خون ظاهر شده، بنابراین انجام آزمایش، زودتر از ۱۲ هفته پس از آلودگی، ممکن است حتی با وجود ویروس در بدن، قادر به تشخیص آلودگی نباشد. بر این اساس بهتر است تست الیزا، ۳ تا ۶ ماه پس از انجام هر گونه رفتار پرخطر، مانند تزریق مواد مخدر، رابطه جنسی نامشروع، همجنس بازی یا رابطه با همسر آلوده، انجام گیرد. زمان لازم تا مثبت شدن آزمایش، دوره پنجره نام دارد. دوره پنجره طولانی، می‌تواند با دریافت جواب منفی کاذب همراه باشد. البته موارد مثبت کاذب نیز وجود دارد. بنابراین تفسیر نتیجه آزمایش نیازمند درک کامل از رفتارها و وضعیت بالینی بیمار است. تست منفی هنگامی مورد اعتماد است که ۳ ماه پس از آلودگی احتمالی با ویروس انجام شده باشد به شرط آنکه شخص در این مدت آلوده نشده باشد. تست مثبت به معنای آن است که پادتن‌های ضد ویروس یافت شده و در اکثر موارد شخص مبتلاست (والد^۵ و همکاران، ۱۳۸۰؛ شوبرلین^۶، ۱۳۸۱). با در نظر گرفتن دوره پنجره طولانی، اجباری کردن الیزا قبل از ازدواج امری غیر ضروری و بی‌فایده است. همانگونه که تست اجباری اعتیاد نتیجه‌ای در پیشگیری و درمان اعتیاد نداشته است. از طرف دیگر منفی بودن الیزا قبل از ازدواج می‌تواند باعث بروز احساس ایمنی کاذب در افرادی که جزء گروههای خطر (معتاد تزریقی، دارای رابطه جنسی نامشروع، همجنس باز) محسوب نمی‌شوند، گردد (محرز و ستایش، ۱۳۸۵). یک مطالعه یک ساله در آمریکا نشان داد آزمایش اجباری پیش از ازدواج، با هزینه سالانه بیش از ۱۰۰ میلیون دلار، تنها قادر به تشخیص ۱۰٪ از موارد مثبت بوده است. باید در نظر داشت افراد در شرف ازدواج، عمدتاً جزء افراد کم خطر محسوب شده و با توجه به ۲۶٪ خطای مثبت کاذب آزمایش در این گروه کم شیوع، ضرر روان‌شناختی و اجتماعی انجام آزمایش بسیار زیاد است. بنابراین به دلیل نیاز به پیگیری‌های بعدی بایستی تست داوطلبانه و همراه با مشاوره انجام شود تا در صورت نیاز ارتباط فرد با سیستم بهداشتی قطع نشود (همان منبع). ویروس ایدز از طریق رابطه جنسی (تماس با مایع منی، ترشحات قبل از انزال و ترشحات واژینال^۷)، تزریق خون و فرآورده‌های خونی، تزریق مشترک مواد مخدر، تماس مایعات شدیداً عفونی با غشاهای مخاطی و نیز از طریق حاملگی، زایمان و شیردهی انتقال می‌یابد. هر وسیله نوک تیز، برنده و آغشته به خون فرد مبتلا، در صورت سوراخ کردن پوست، مثلاً در موارد خالکوبی نیز، قادر به انتقال بیماری به افراد سالم است. آمیزش جنسی از سه راه واژینال (مهبلی یا از جلو)، مقعدی و دهانی می‌تواند ویروس را منتقل کند ولی خطر انتقال از راه مقعد بسیار بیشتر است. مصرف الکل و استفاده از داروهای قاچاق با افزایش خطر انتقال جنسی HIV همراه است (والد و همکاران، ۱۳۸۰؛ شوبرلین، ۱۳۸۱). الکل بر توانایی فرد در تصمیم‌گیری درباره رابطه جنسی مطمئن اثر گذاشته، بنابراین در افراد مست خطر انتقال و دریافت ویروس افزایش می‌یابد. یک مطالعه در آفریقای جنوبی نشان داده است به علت استفاده کمتر از کاندوم در افراد الکلی، شیوع ویروس ایدز بین زنان و مردانی که الکل مصرف کرده اند بیشتر از کسانی بوده است که هرگز الکل مصرف نکرده‌اند (وقاری و همکاران، ۱۳۸۲). بنابراین هر کسی ممکن است به ویروس ایدز آلوده شود به شرطی که خون

یا غشاء مخاطی او با خون یا ترشحات شخص آلوده تماس پیدا کند. غشاهای مخاطی مانند دیواره واژن، رحم و دهانه رحم، دیواره مجرای ادرار و سطح زیرین پوست آلت ختنه نشده در مردان، جدار مقعد، دهان، لثه‌ها و گلو، داخل بینی و داخل چشم برای آلودگی، نیاز به آسیب دیدگی نداشته و ویروس می‌تواند از این غشاهای مخاطی عبور کرده، و وارد خون گردد. شایع‌ترین روش انتقال ایدز در سرتاسر جهان خصوصاً در کشورهای در حال توسعه، انتقال از طریق رابطه جنسی با جنس مخالف است (والد و همکاران، ۱۳۸۰؛ شوبرلین، ۱۳۸۱). ۷۵٪ زنان جوان تایلندی توسط شوهران خود به ایدز مبتلا شده‌اند. در ایران علیرغم عدم وجود آمار مشخص در زمینه انتقال بیماری از طریق همسر، به دلیل بافت سنتی و فرهنگی موجود عمدتاً میزان رفتارهای پرخطر در دختران نسبت به پسران کمتر بوده و ابتلای زنان بیشتر پس از ازدواج و از طریق همسرانشان بوده است (سازمان ملل متحد، ۱۳۸۳).

این ویروس از طریق هوا، ترشحات بینی، ادرار، اشک بدون خون، عرق، پوست سالم، شنا در استخر، اهدای خون، دست دادن، نوازش کردن، تماس در وسایل نقلیه، گزش حشرات مانند پشه، پوشیدن لباس در فروشگاه‌ها، لمس اشیائی که افراد مبتلا به آن دست زده‌اند، استفاده مشترک از تلفن، وسایل حمام، لوازم آشپزخانه، وسایل آرایش، مسواک، توالت، نوشیدن آب از شیر در خیابان، تنفس هوا، خون و غذای آلوده، تماس‌های غیرجنسی و غذا خوردن با فرد بیمار، منتقل نمی‌شود (جهانی و همکاران، ۱۳۸۰). عفونت این ویروس دارای ۴ مرحله است. در ۵۰ تا ۷۰٪ موارد در مرحله اول در صورت کافی بودن تعداد ویروس‌های وارد شده به بدن، بعد از چند دقیقه علائم حادی به شکل تب، گلودرد، بزرگی غدد لنفاوی، درد مفاصل و عضلات، سردرد، ضعف و بی‌حالی، بی‌اشتهایی، تهوع، استفراغ، اسهال و جوش‌های ریز پوستی بروز می‌کند. این علائم که با اکثر بیماری‌های عفونی دیگر مشابه است خود به خود ظرف ۱ تا ۲ هفته بهبود می‌یابد، بنابراین بیماری در این مرحله کمتر قابل تشخیص است. مرحله دوم یا دوره بدون علامت بیماری، می‌تواند از ۱۰ تا ۱۷ سال طول بکشد و در این مدت فرد آلوده ولی به ظاهر کاملاً سالم ولی برای دیگران آلوده‌کننده است. در مرحله سوم غدد لنفاوی بزرگ شده و حداقل برای ۳ ماه باقی می‌ماند و بالاخره مرحله چهارم یا مرحله قبل از ایدز و مرحله نهایی بیماری است. در این مرحله در بیمار علائمی مانند اسهال و تب بروز کرده که اصطلاحاً علائم مربوط به ایدز یا سندرم^۱ ایدز نامیده می‌شود. این علائم مقدمه استقرار کامل ایدز بوده که مرحله پایانی بیماری است. در نهایت فرد مبتلا به علت کاهش شدید قدرت دفاعی بدن، به بسیاری از عفونت‌های فرصت‌طلب و سرطان‌های خاص مبتلا شده که در نهایت منجر به مرگ بیمار می‌شوند. متوسط طول عمر افراد بالغ پس از رسیدن به مرحله نهایی ایدز ۲ سال است (والد و همکاران، ۱۳۸۰). درمان‌های دارویی در پیشگیری از بروز مرحله ایدز موثر نبوده و تنها می‌تواند تا مدتی، بروز ایدز را به تاخیر اندازد. به علت گرانی داروها، در کشورهای در حال توسعه تنها تعداد محدودی از بیماران تحت درمان قرار می‌گیرند. به عنوان مثال در آفریقا به ازای هر ۱۰ نفر، یک نفر و در آسیا از هر ۷ نفر، یک نفر. در سال ۲۰۰۲ در کشورهای در حال توسعه که ۹۵٪ افراد آلوده

به ویروس را در خود جای داده‌اند، تنها ۵٪ افرادی که به درمان نیاز دارند به آن دسترسی داشته‌اند (سازمان ملل متحد، ۱۳۸۳).

در گذشته ایدز از جمله بیماری‌های بومی محسوب می‌شد. اما به دلیل گسترش ارتباطات در سرتاسر جهان، این بیماری به سرعت در تمام نقاط دنیا گسترش یافته و تبدیل به یک همه‌گیری (بیماری که همزمان و در یک محل عده زیادی را مبتلا کند) شده است. ایدز از ابتدای شناسایی آن در ۱۹۸۱ که کشتار جدی خود را در غرب آغاز نمود، تاکنون باعث مرگ بیش از ۲۸ میلیون و ۱۰۰ هزار نفر در سرتاسر جهان شده است. به همین دلیل این همه‌گیری مرگبارترین همه‌گیری تاریخ بشر یا طاعون قرن نام گرفته است (جیا، ۱۳۸۵). ایدز امروزه چهارمین علت مرگ و میر در جهان و اولین علت مرگ در آفریقا است (والد و همکاران، ۱۳۸۰). در بعضی از کشورها آمار مبتلایان بسیار زیاد است به طوری که در آفریقای جنوبی از هر ۳ نفر یک نفر به ایدز مبتلا بوده و حداکثر طول عمر ساکنین آفریقا به ۴۹ سال کاهش یافته و انتظار می‌رود در دهه آینده به ۳۵ سال سقوط کند (میرحقانی، ۱۳۸۵). وجود بیش از ۵۱۰ هزار ناقل ویروس در حال حاضر، افزوده شدن ۶۱ هزار بیمار جدید به آمار مبتلایان و نیز مرگ ۵۸ هزار نفر به علت ایدز در سال ۲۰۰۵، در این کشورها بسیار نگران‌کننده است. دلیل اصلی افزایش ایدز در این کشورها روابط جنسی نامشروع و بدون استفاده از کاندوم، یا به عبارت دیگر عدم رعایت پیشگیری و نیز استعمال روزافزون مواد مخدر است. کارشناسان سازمان بین‌المللی مبارزه با ایدز معتقدند که با گذشت بیش از ۲۰ سال از شناسایی ویروس ایدز، هنوز اطلاعات مفید مردم جهان در مورد چگونگی انتقال این ویروس بسیار کم است (جیا، ۱۳۸۵). در برخی از کشورهای آفریقایی همه‌گیری در حال پس روی است. بر عکس در کشورهای صنعتی پس از دوره‌ای سکون، همه‌گیری دوباره در حال اوج‌گیری است. در بلژیک روزانه ۲ تا ۳ مورد آلودگی جدید تشخیص داده می‌شود. اولین دلیل این افزایش، کاهش تبلیغات برای پیشگیری است و دومین علت، این باور غلط در میان مردم کشورهای پیشرفته است که دیگر هیچکس در این کشورها از ایدز نمی‌میرد. تغییر در رفتارها مانند استفاده بیشتر از کاندوم، بالا رفتن سن نخستین رابطه جنسی و داشتن شرکای جنسی کمتر، هرکدام نقش کلیدی در کاهش انتقال عفونت اچ. آی. وی داشته‌اند. با این وجود این همه‌گیری در جهان در حال رشد است (سازمان ملل متحد، ۱۳۸۳). بر طبق پیش‌بینی‌های علمی اگر اقدامات به همین منوال ادامه یابد با احتساب ۴۰ میلیون مبتلای فعلی تا سال ۱۳۸۹، ۴۵ میلیون فرد آلوده جدید خواهیم داشت. نرخ مبتلایان به ایدز در اروپای شرقی و آسیای مرکزی طی دهسال گذشته ۱۰ برابر شده و ۷۵٪ از مبتلایان را افراد زیر ۳۰ سال تشکیل می‌دهند. بیشتر مبتلایان ساکن اوکراین و روسیه (همسایگان ایران) هستند. در دهه ۸۰، هنگام شیوع ایدز در شوروی سابق، مقامات شوروی آن را ویروسی دانستند که عمدتاً خارجی‌ها را آلوده می‌کند و نه بومیان و خودی‌ها را. در این سرزمین هراس و بی‌اعتمادی به خارج همچنان ادامه دارد که متأسفانه نتیجه‌ای جز پیشرفت بیماری نداشته است (پزشکان بدون مرز، ۱۳۸۵). تاثیر ایدز در زندگی کودکان دنیا نیز به نحو غیر قابل‌تصوری وحشتناک است. بیش از ۱۵ میلیون کودک در جهان به علت ابتلاء پدر

یا مادر یا هر دو والد خود به بیماری ایدز یک یا هر دوی آن‌ها را از دست داده و در سال ۲۰۱۰ این رقم می‌تواند به ۱۰۰ میلیون کودک یتیم برسد. در هر ۱۵ ثانیه ایدز باعث مرگ پدر و یا مادری شده و کودکی را یتیم می‌سازد. از ابتدای شناسائی ایدز در سال ۱۹۸۱ تاکنون، تعداد کل افراد آلوده و مبتلاء به ایدز در جهان، بیش از ۶۷ میلیون نفر بوده. که بیش از ۴۰ میلیون و ۳۰۰ هزار نفر از آنان هنوز در قید حیاتند. در سال ۲۰۰۵، در سرتاسر جهان ۵ میلیون نفر به تازگی به ایدز آلوده شده‌اند که ۳ میلیون و ۲۰۰ هزار نفر از آنان در آفریقای سیاه بوده‌اند. در هر ۱ دقیقه، ۱۰ نفر، یعنی روزانه ۱۴۰۰۰ نفر در دنیا به ایدز آلوده می‌شوند که نیمی از آنان در گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ سال، ۱۲۰۰۰ نفر در گروه سنی ۱۵ تا ۴۹ سال و بیش از ۱۷۵۳ نفر کودکانند. جوانان بیشترین گروه سنی در معرض خطر در جهانند. در این روند مرگبار ابتلاء به ایدز، تعداد زنان مبتلاء در بسیاری از کشورها از مردان پیشی گرفته است. تعداد کل کشته‌شدگان ایدز در سال ۲۰۰۵ در جهان، ۳ میلیون و ۱۰۰ هزار نفر است (روزانه بیش از ۸۰۰۰ نفر). سهم آفریقای سیاه از کل کشته‌شدگان، ۲ میلیون و ۴۰۰ هزار نفر می‌باشد (جیا، ۱۳۸۵). آمارهای کشورهای مختلف جهان حاکی از آن است که ایدز در میان جوانان شایع‌تر از سایر اقشار جامعه است. به طوری که هم اکنون ۱۱ میلیون و ۸۰۰ هزار نفر جوان آلوده به ویروس و مبتلا به ایدز در جهان وجود دارد. روزانه حدود ۶۰۰۰ جوان به ایدز آلوده می‌شوند (خبرگزاری مهر، ۱۳۸۴).

وضعیت ایدز در کشورهای مسلمان نیز رو به وخامت است. اولین موارد ایدز در کشورهای مسلمان در اواسط دهه ۸۰ دیده شد. از آن زمان تاکنون تنها در تعداد بسیار کمی از این کشورها برنامه‌های جامعی برای کنترل بیماری شکل گرفته و بدون آنکه گام موثری برای کنترل بیماری توسط دولت‌ها برداشته شود بیماری به سرعت در حال گسترش است. از دلایل بالا بودن آمار مبتلایان، پافشاری دولت‌ها بر انکار وجود روابط جنسی نامشروع و مصرف مواد مخدر تزریقی در این کشورها است. در الجزایر ۱٪ از زنانی که جهت انجام معاینات معمول به مراکز بهداشتی مراجعه می‌کنند اچ-آی-وی مثبت تشخیص داده می‌شوند. یعنی بیماری در این مناطق به قدری گسترش یافته است که زنان متاهل که جزء گروه در معرض خطر محسوب نمی‌شوند، نیز درگیر شده‌اند. بنگلادش و ایران دو کشور مسلمان بیشتر موفق، در زمینه پیشگیری از ایدز می‌باشد. عربستان سعودی و بسیاری از کشورهای هم‌جوار خلیج فارس بتازگی پذیرفته‌اند که ایدز در میان افراد بومی کشورشان وجود دارد (کلی^۹ و همکاران، ۱۳۸۵). اولین مورد بیماری ایدز در ایران در سال ۱۳۶۶ در یک کودک ۶ ساله مبتلا به هموفیلی^{۱۰} که از فاکتورهای انعقادی خون وارداتی آلوده به ویروس استفاده کرده بود مشاهده شد (حقانی، ۱۳۸۵). از آن زمان تعداد مبتلایان بسرعت افزایش یافته و ایران از جمله کشورهای در معرض خطر محسوب می‌گردد. مهمترین علت افزایش تعداد مبتلایان، روابط جنسی کنترل نشده و اعتیاد تزریقی است. جوان بودن کشور، کاهش سن بزهکاری، نبود اطلاعات کافی در زمینه ایدز و ناآشنا بودن بسیاری از اقشار جامعه با ایدز و نیز نبود بسیج اطلاع‌رسانی از علل عمده این افزایش محسوب می‌گردد (مهدوی، ۱۳۸۴). آمار رسمی مبتلایان در ایران طی ۳ سال اخیر بیش از ۲/۵ برابر افزایش نشان می‌دهد. آمار رسمی ایدز تا اول فروردین ۱۳۸۵

(۱۳۰۴۰) نفر مرد و زن، ۱۲۳۳۶ نفر مرد ۹۴/۶٪، ۷۰۴ نفر زن ۵/۴٪، ۴۰۷۷ نفر در گروه سنی ۲۵ تا ۳۴ با ۴۱/۶٪، ۱۵۴۱ مورد فوت، ۱۴۸۴ نفر مردان فوت شده با ۹۶/۳٪، ۵۱۱ مورد فوت در گروه سنی ۲۵ تا ۳۴ سال بیشترین تعداد فوت ۳۶/۶٪) می‌باشد. در مورد راههای انتقال، تزریق مواد مخدر ۶۳/۴٪، نامشخص (احتمالاً جنسی) ۲۷٪ و رابطه جنسی ۷/۳٪، به ترتیب شایع‌ترین راههای انتقال در ایران هستند (عصر نو، ۱۳۸۵). هرچند هنوز هم انتقال تزریقی در رتبه اول قرار دارد ولی انتقال از طریق تماس جنسی رو به افزایش و در حال جایگزینی با طریق جنسی است. و این تغییر بسیار خطرناک است (محرز، ۱۳۸۵). از آنجا که در کشور ما بررسی‌های آماری بیشتر در زندانیان و معتادان تزریقی (به علت در دسترس بودن) انجام شده است افرادی که از طریق جنسی در خطر آلودگی به این ویروس هستند کمتر در مسیر غربالگری اچ. آی. وی. قرار گرفته و لذا هنوز کشف نشده اند. اکثر مبتلایان مرد بوده و این بدان علت است که زنان کمتر جهت آزمایش مراجعه نموده‌اند. خصوصاً بدلیل آنکه امکان دستیابی به گروه‌هایی همچون زنان خیابانی به منظور مشاوره و ترغیب آنان به انجام آزمایش بسیار سخت و گاهی ناممکن است. با توجه به این که حدود ۳۰٪ از معتادان تزریقی در ایران متأهل بوده و برخی نیز روابط جنسی خارج از محیط زناشویی دارند، احتمال انتقال بیماری به دیگر افراد سالم، خصوصاً همسران آنان بسیار بالاست (حقانی، ۱۳۸۵). طی سالهای اخیر آمار استفاده از مواد روان‌گردان مانند اکستاسی، شیشه و غیره، و نیز معتادان و میزان ابتلاء مصرف‌کنندگان مواد مخدر به ایدز شدت افزایش داشته است (عصر نو، ۱۳۸۵). محرک بودن قرص‌های شادی آور با افزایش نیروی جنسی و ایجاد اعتماد به نفس کاذب باعث افزایش رفتارهای پر خطر در مصرف‌کنندگان می‌شود. این مکانیسم‌ها می‌تواند باعث افزایش آلودگی با ویروس ایدز شود (پزشکان بدون مرز، ۱۳۸۵). متوسط سن زنان مبتلا به ایدز در ایران ۲۰ تا ۳۵ سال بوده که بیشتر آنان بدون آگاهی و توسط همسرانشان آلوده شده‌اند (مهدوی، ۱۳۸۴).

به گفته کارشناسان، ایران شاهد یک همه‌گیری متمرکز (همه‌گیری در افراد با رفتارهای پرخطر) است. بدین معنا که با وجود شیوع کمتر از ۰/۱٪ ابتلا به ایدز در ایران، این رقم در میان گروه‌های با رفتارهای پر خطر، به ویژه معتادان تزریقی بسیار بالاتر است. بنابراین همه‌گیری در ایران در مراحل ابتدایی بوده و ایران فرصت منحصر به فردی برای متوقف کردن این بیماری و معکوس کردن روند آن دارد. اما این امر محتاج اقدامات پیشگیرانه گسترده می‌باشد (برنامه مشترک سازمان ملل متحد برای مقابله با ایدز، ۱۳۸۳). بعضی کارشناسان معتقدند برآوردهای آماری که در ایران بر مبنای فرمول‌های سازمان بهداشت جهانی انجام شده دقیق نبوده و تعداد واقعی مبتلایان بایستی ۱۰ برابر موارد شناخته شده محاسبه شود. بر این اساس تعداد بیماران آلوده و مبتلا به ایدز در ایران بیش از ۱۰۰ هزار نفر محاسبه می‌گردد (مهدوی، ۱۳۸۴).

در پژوهشی، دانشجویان دندانپزشکی کرمان نسبت به دانشجویان پزشکی در زمینه ایدز آگاهی بیشتری داشته‌اند (جعفر بیگی، ۱۳۷۵). میزان آگاهی دانشجویان تربیت معلم رشت در زمینه پیشگیری از ایدز بعد از آموزش افزایش یافته است (خمامی، ۱۳۷۵). افکار ابتلا به ایدز برای جوانان و دانشجویان

فرانسوی بیگانه است. آنان فکر می‌کنند ایدز مشکل بزرگسالان بوده و هنگام صحبت از ایدز جوانان ناآگاه، نسبت به بیماری دو عکس‌العمل نشان می‌دهند: ۱- اضطراب مخفی قوی ۲- مقاومت نسبت به مشکل ایجاد شده بوسیله ایدز. ۴۱٪ دانشجویان ایدز را به عنوان خطری که آنان را تهدید می‌کند تلقی کرده‌اند. ۳۲/۵٪ گفته‌اند ایدز برای آنها خطری نداشته و ۲۶٪ احتمال وجود خطر را برای خود در نظر نمی‌گیرند. خطر ابتلاء شخصی به ایدز بیشتر در پسران مشاهده شده است (بلانشه^{۱۱}، ۱۹۸۸). نتایج یک پژوهش در دانشجویان ۲۵ - ۱۸ ساله آمریکایی نشان می‌دهد: ۲۰٪ مردان و ۴٪ زنان گفته‌اند که در صورت ابتلا به این عفونت حقیقت را به همسر خود نخواهند گفت. ۳۴٪ مردان و ۱۰٪ زنان گفته‌اند که آنان در اولین ارتباط برای برقراری رابطه جنسی با فرد مقابل، به او دروغ گفته‌اند. ۶۸٪ مردان و ۵۹٪ زنان گفته‌اند که با وجود داشتن رابطه جنسی نامشروع به همسر خود دروغ گفته‌اند. ۴۷٪ مردان و ۴۲٪ زنان گفته‌اند که به همسر خود در رابطه با داشتن رابطه جنسی در گذشته با افراد دیگر دروغ گفته‌اند (جهانی و همکاران، ۱۳۸۰).

با توجه به ابعاد مختلف ایدز و پژوهش‌های انجام شده در این زمینه هدف این پژوهش با تکیه بر ابعاد پیشگیری از ابتلا به بیماری ایدز پاسخ به دو سوال کلی زیر که برگرفته از سوالات پرسشنامه است می‌باشد.

۱- نظر دانشجویان در مورد ابعاد روانشناختی و اجتماعی بیماری ایدز چیست؟

۲- آیا ابعاد روانشناختی و اجتماعی ایدز از دیدگاه دانشجویان نقشی در پیشگیری از این بیماری دارد؟

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی است. در این پژوهش از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است.

جامعه و حجم نمونه آماری: جامعه آماری کلیه دانشجویان دختر و پسر دوره روزانه و شبانه دانشگاه شهید بهشتی در مقطع کارشناسی می‌باشد. در زمان نمونه‌گیری تعداد کل دانشجویان دوره کارشناسی ۷۵۶۶ نفر (۴۳۶۴ دختر و ۳۲۰۲ پسر) بودند. تعداد نمونه آماری که با در نظر گرفتن کل دانشجویان ده دانشکده به تفکیک دو جنس بر اساس جدول مورگان ۳۷۴ نفر تعیین شد و شیوه نمونه‌گیری بصورت طبقه‌ای ساده در دسترس بوده است.

ابزار پژوهش: یک پرسشنامه ۲۶ سوالی بوده که ۷ سوال در مورد ویژگی‌های شخصی فرد شامل: جنس، سن، وضعیت تأهل، رشته، ترم تحصیلی، مکان زندگی فعلی و محل سکونت دائم بوده و ۱۲ سوال مربوط به ابعاد روانشناختی ایدز و ۷ سوال مربوط به ابعاد اجتماعی ایدز با جواب‌های بله و خیر بوده است. سوالات مربوط به ابعاد روانی و اجتماعی ایدز از یک پرسشنامه نظرسنجی اقتباس گردید که قبلاً پایائی آن در تحقیقات آمریکایی با آلفای کرونباخ ۰/۷۸، بدست آمده است (جهانی و همکاران، ۱۳۸۰). پرسشنامه فارسی شده با روش ترجمه و بازگردان به زبان اصلی و ترجمه مجدد با کمک اساتید دانشگاه و پزشکان

متخصص صورت گرفته است. پایایی و هم‌هنگی درونی (آلفا کرونباخ) پرسشنامه ترجمه شده به فارسی با بررسی آماری بر روی ۳۵۶ نفر مساوی ۰/۷۱ می باشد.

نتایج

مطالعه دموگرافیک آزمودنی‌ها نشان می‌دهد که از بین ۳۷۴ نفر دانشجوی مورد پژوهش، اکثر آزمودنی‌ها، دختران (۰/۵۸ / ۱۰۲)، مجرد (۰/۸۸/۵)، تهرانی (۰/۵۵/۸)، غیر خوابگاهی (۰/۵۸/۵)، دانشجوی سال چهارم (۰/۳۱/۲) با میانگین سنی ۲۱/۵ سال می‌باشند. توزیع فراوانی پاسخ آزمودنی‌ها، به ابعاد روانشناختی ایدز در جدول (۱) آمده است.

جدول (۱): توزیع فراوانی پاسخ‌ها، نتیجه آزمون آماری و نقش ابعاد روانشناختی ایدز

سطح معناداری	X ²	بدون پاسخ	پاسخ داده شده	پرسش ▼ شاخص ◀
۰/۰۰۱	۱۵/۴۴	۲۲۵ (۰/۶۰/۲)	۱۴۹ (۰/۳۹/۸)	۱- عدم اطمینان به فردی که از لحاظ ظاهری عقیف نبوده، به عنوان شریک جنسی و همسر
۰/۰۰۱	۱۱۷/۹۱	۲۹۲ (۰/۷۸/۱)	۸۲ (۰/۲۱/۹)	۲- تحقیق درباره گذشته فردی که قصد ازدواج با او را دارید خصوصاً در زمینه رفتارهای جنسی و اعتیاد به مواد مخدر
۰/۳۵۰	۰/۱۸۶۶	۱۹۶ (۰/۵۲/۴)	۱۷۸ (۰/۴۷/۶)	۳- ازدواج با فردی که معتاد به مواد مخدر نیست
۰/۰۰۱	۱۲۴/۷۴	۲۹۵ (۰/۷۸/۱)	۷۹ (۰/۲۱/۱)	۴- نداشتن هیچگونه رابطه جنسی به صورت همجنس‌بازی یا دگرجنس‌بازی قبل از ازدواج یا رعایت عفت
۰/۰۰۱	۹۴/۸	۲۸۱ (۰/۷۵/۱)	۹۳ (۰/۲۴/۹)	۵- وفاداری کامل به همسر و نداشتن رابطه جنسی خارج از محیط زناشویی
۰/۰۰۱	۲۰۳/۶۷	۳۲۵ (۰/۸۶/۹)	۴۹ (۰/۱۳/۱)	۶- اجباری شدن آزمایش HIV قبل از ازدواج برای دختر و پسر
سطح معناداری	X ²	خیر	بله	پرسش ▼ شاخص ◀
۰/۰۰۱	۲۰۴/۷۷	۳۲۴	۴۸ (۰/۱۲/۸۳)	۷- آیا فکر می‌کنید انجام آزمایش HIV برای تشخیص ایدز قبل از ازدواج فرد را بدنام می‌کند.
۰/۰۰۱	۳۳۷/۶۹	۸	۳۶۱ (۰/۹۶/۵۲)	۸- آیا خود را متعهد می‌دانید که در صورتیکه به عفونت HIV مبتلا شدید همسر خود را در جریان بگذارید.
۰/۰۰۱	۶۷/۶۵	۹۳	۲۴۴ (۰/۶۵/۲۴)	۹- آیا در صورتی که شما جز گروه در معرض خطر (معتاد تزریقی، رابطه جنسی ...) باشید در جلسه خواستگاری آن را به طرف مقابل خود خواهید گفت.

ادامه جدول شماره ۱

۰/۰۰۱	۳۳۹/۶۹	۸	۳۶۳ (٪۹۷ / ۰۵)	۱۰- آیا در صورت اطلاع از راه‌های ابتلاء به ایدز، حاضرید خود را کنترل کرده تا مبتلا نشوید.
۰/۰۰۱	۳۱۶/۱۱	۱۴	۳۵۶ (٪۹۵ / ۱۸)	۱۱- آیا فکر می‌کنید بعضی افراد در مورد بیماری خود اطلاع داشته ولی باز دیگران را آلوده می‌سازند.
سطح معناداری	X^2	صحیح	غلط و نمی‌دانم	پرسش ▼ شاخص ◀
۰/۰۰۱	۳۱۶/۱۱	۲۴۷ (٪۶۶ / ۰۴)	۴۲ (٪۱۱ / ۲۲) ۸۵ (٪۲۲ / ۷۲)	۱۲- حتی در صورت ندانستن وضعیت همسر قبل از ازدواج اگر همسر شما فعلاً فردی وفادار به شما باشد هرگز مبتلا به ایدز نخواهید شد.

با توجه به جدول ۱ برای پرسش‌های ۱ تا ۱۲ نتایج به شرح زیر است:

۱- در پاسخ به سوال ۱، نقش "عدم اطمینان به فردی که از نظر ظاهری عقیف نبوده به عنوان همسر و شریک جنسی در پیشگیری از ایدز"، ۶۰٪/۲ از آزمودنی‌ها جواب مثبت داده اند (بعنوان کمترین جواب صحیح).

۲- در پاسخ به سوال ۲، نقش "تحقیق درباره گذشته رفتارهای جنسی و اعتیاد فردی که قصد ازدواج با او را دارند در پیشگیری از ایدز"، ۲۱٪/۹ از آزمودنی‌ها جواب منفی داده‌اند.

۳- در پرسش ۳، "ازدواج با فردی که معتاد نیست"، تفاوت معناداری بین فراوانی انتخاب‌کنندگان و فراوانی عدم انتخاب وجود ندارد.

۴- ۷۸٪/۹ از آزمودنی‌ها به سوال ۴، نقش "نداشتن رابطه جنسی قبل از ازدواج"، در پیشگیری از ایدز، را مثبت دانسته‌اند (به عنوان بیشترین جواب صحیح). به بیان دیگر ۲۱٪/۱ از آزمودنی‌ها، معتقد بوده‌اند رابطه جنسی خارج از محیط زناشویی، در ابتلا به ایدز نقشی ندارد.

۵- ۲۴٪/۹ از آزمودنی‌ها، یعنی حدود یک چهارم آنان در مورد سوال ۵ معتقد بوده‌اند که "وفاداری کامل به همسر و نداشتن رابطه جنسی خارج از محیط زناشویی" در پیشگیری از ایدز موثر نیست.

۶- ۸۶٪/۹ از آزمودنی‌ها به سوال ۶، "اجباری شدن آزمایش اچ-آی-وی، قبل از ازدواج بعنوان راهی برای پیشگیری از ایدز" جواب مثبت داده اند (بیشترین پاسخ علامت خورده).

۷- ۱۲٪/۸۳ از آزمودنی‌ها، در مورد سوال ۷ معتقد بوده‌اند "انجام آزمایش ایدز قبل از ازدواج فرد را بد نام می‌کند". ۲ نفر به این سوال پاسخ نداده‌اند. دانشجویان دختر در مقایسه با پسران و دانشجویان غیرخوابگاهی در مقایسه با خوابگاهی‌ها، کمتر معتقد بوده‌اند که آزمایش اچ-آی-وی قبل از ازدواج فرد را بد نام می‌کند. نظر دانشجویان به این سوال مستقل از ویژگی‌های تاهل، تهرانی یا شهرستانی بودن، محل تحصیل و سال تحصیل است.

۸- ۲٪/۲۱ از دانشجویان در پاسخ به پرسش ۸، گفته‌اند "در صورت ابتلا به عفونت ایدز خود را متعهد نمی‌دانند که همسر خود را در جریان بگذارند" و ۲ نفر به سوال پاسخ نداده‌اند. نظر دانشجویان در مورد

این سوال مستقل از ویژگی‌های دموگرافیک مانند جنس، تاهل، محل سکونت فعلی و دائم، دانشکده محل تحصیل و سال تحصیل است.

۹- ۲۴/۸۶٪ از آزمودنی‌ها در مورد سوال ۹ "در صورت داشتن رفتار پر خطر در مراسم خواستگاری آن را به طرف مقابل نخواهند گفت". پاسخ به این سوال برحسب دانشکده محل تحصیل معنی‌دار بوده ولی از نظر جنسیت معنی‌دار نمی‌باشد. بیشترین جواب مثبت (گفتن حقیقت در مراسم خواستگاری) مربوط به دانشجویان دانشکده علوم زمین (۹۰٪) و کمترین جواب مثبت مربوط به دانشکده برق (۵۷٪) می‌باشد. ۳/۵٪ گفته‌اند که در صورتی که جزء گروه با رفتارهای پر خطر باشند ازدواج نخواهند کرد.

۱۰- ۲/۱۳٪ دانشجویان در پاسخ به سوال ۱۰ گفته‌اند "حتی در صورت اطلاع از راه‌های ابتلا به ایدز باز هم حاضر به کنترل خود نیستند". نظر دانشجویان با ویژگی‌های دموگرافیک آنان رابطه‌ای ندارند.

۱۱- ۹۶/۱۸٪ از دانشجویان در پاسخ به سوال ۱۱ معتقد بوده‌اند که "بعضی افراد با وجود اطلاع از بیماری خود، مایلند دیگران را آلوده کنند". نظر دانشجویان در مورد این سوال مستقل از ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آنان می‌باشد.

۱۲- ۶۶/۴۰٪ از آزمودنی‌ها می‌دانسته‌اند که "اطلاع از وضعیت قبلی همسری که فعلاً وفادار است یا به عبارت دیگر فعلاً رابطه خارج از محیط زناشویی ندارد، در پیشگیری از ایدز مهم است".

توزیع فراوانی پاسخ آزمودنی‌ها، به پرسشهای مربوط به ابعاد اجتماعی بیماری ایدز در جدول (۲) آمده است.

جدول (۲): توزیع فراوانی پاسخ‌ها، نتیجه آزمون آماری برای نقش ابعاد اجتماعی ایدز

پرسش ▼	شاخص ◀	بله	خیر	X ²	سطح معناداری
۱- آیا ایدز تهدیدی برای جهان است؟	۳۵۶	۱۸	۳۰۵/۴۶	۰/۰۰۱	
۲- آیا ایدز تهدیدی برای ایران محسوب می‌شود؟	۳۵۳	۲۱	۲۹۴/۷۱	۰/۰۰۱	
۳- آیا ایدز به عنوان یک بیماری بسیار خطرناک در ایران نادیده گرفته شده است؟	۲۹۵	۱۸	۳۷۲/۸۷	۰/۰۰۱	
۴- آیا ایدز در ایران وجود دارد؟	۳۷۲	۲	۳۶۶/۰۴	۰/۰۰۱	
۵- آیا تعداد مبتلایان در ایران رو به افزایش است؟	۳۶۳	۱۱	۳۳۱/۲۹	۰/۰۰۱	
۶- آیا بایستی بیمار مبتلا به ایدز از جامعه و خانواده طرد شود؟	۴۹	۳۲۵	۲۰۳/۶۷	۰/۰۰۱	
۷- آیا بایستی از حضور بیمار مبتلا به ایدز در مدرسه، دانشگاه، محل کار و کلاً در مجامع عمومی جلوگیری کرد؟	۹۶	۲۷۷	۸۷/۸۳	۰/۰۰۱	

نتایج در هر ۷ بعد از ابعاد اجتماعی ایدز که مورد پرسش قرار گرفته، فراوانی پاسخ‌های صحیح آزمودنی‌ها، تفاوت معناداری نسبت به پاسخ‌های غلط دارد (پاسخ بله برای سوالات ۱ تا ۵ و خیر برای سوالات ۶ و ۷). بنابراین می‌توان گفت که آزمودنی‌ها ابعاد اجتماعی ایدز را می‌شناسند. بین دانشجویان مجرد و متأهل تفاوت معناداری در زمینه نظراتشان در مورد ابعاد اجتماعی ایدز وجود ندارد. ولیکن دانشجویان دختر، دانشجویان تهرانی و دانشجویان غیرخوابگاهی آگاهی بیشتری از ابعاد اجتماعی ایدز داشته‌اند. رابطه معناداری بین سن و آگاهی از ابعاد اجتماعی ایدز وجود ندارد. پژوهش حاضر بیانگر آن است که ۹۴/۳۸٪ از دانشجویان، ایدز را تهدیدی برای ایران دانسته و ۹۷/۰۵٪ از آنان معتقد بوده‌اند تعداد مبتلایان در ایران رو به افزایش است. ۷۸/۸۷٪ آزمودنی‌ها معتقدند ایدز به عنوان یک بیماری خطرناک در ایران نادیده گرفته شده است. ۱۳/۱۰٪ و ۲۵/۶۶٪ دانشجویان به ترتیب معتقد بوده‌اند که بیمار بایستی از خانواده و جامعه طرد شده و از حضور او در کلاس و محل کار خودداری گردد.

نتیجه‌گیری نهایی و تفسیر

سوالات ۱ و ۴ و ۵ پرسشنامه: عدم شناخت کامل نسبت به ایدز، شایع‌ترین راه انتقال آن در جهان و امکان انتقال بیماری حتی با یکبار رابطه جنسی، باعث شده ایدز در جوامع ناآگاه نسبت به بیماری، چندان جدی تلقی نشود (والد و همکاران، ۱۳۸۰؛ شوبرلین، ۱۳۸۱). همین عدم شناخت می‌تواند باعث شکل‌گیری باورهای غلط گردد. بطوری‌که بعضی از افراد سلامت جسمی، داشتن قدرت بدنی و ورزشکار بودن را یک عامل محافظت‌کننده در مقابل ایدز دانسته و فکر می‌کنند که از نظر جسمی قوی‌تر از آنند که با وجود داشتن رفتار پرخطر، به ایدز مبتلاء شوند (جهانی و همکاران، ۱۳۸۲). از طرف دیگر خویشتن‌داری انگیزه‌ای ثانویه بوده که در کنترل رفتارهای جنسی انسان نقش کلیدی دارد (اتکینسون و همکاران، ۱۳۷۶). این انگیزه اکتسابی از طریق آموزش‌های مختلف خصوصاً آموزش‌های دینی در خانواده، کلاس‌های درس مدارس و دانشگاهها و راههای مختلف دیگر، آموخته می‌شود. خویشتن‌داری، وفاداری و پیشگیری (استفاده از کاندوم) از اصول اولیه در پیشگیری از ایدز و شعار مقابله با این بیماری در تمام جهان است. از بین سه فاکتور ذکر شده، بجز در کشورهای مسلمان، در بقیه نقاط جهان، در آموزش ایدز، بر پیشگیری با استفاده از کاندوم تاکید بیشتری می‌گردد. در واقع رفتار خویشتن‌دارانه در درجه بعدی قرار می‌گیرد. در بررسی حاضر، ۳۹/۸٪ دانشجویان ایرانی، همسر یا شریک جنسی با رفتارهای پرخطر را تهدیدی برای خود تلقی نکرده و ۲۱/۱٪ آنان نیز روابط جنسی نامشروع قبل از ازدواج، را در ابتلاء به ایدز دخیل ندانسته و ۲۴/۹٪ وفاداری به همسر را در پیشگیری از ایدز موثر ندانسته‌اند. به عبارت دیگر فکر ابتلاء به ایدز برای این سه گروه بیگانه بوده است. در پژوهشی در فرانسه، ۶۷/۵٪ دانشجویان از نقطه نظر جنسی، ایدز را خطری برای خود ندانسته‌اند (بلانشه، ۱۹۸۸). در پژوهشی در آمریکا (جهانی و همکاران، ۱۳۸۲) ۶۸٪ مردان و ۵۹٪ زنان گفته‌اند به همسران خود وفادار نبوده و در این مورد به علت ارتباط با ایدز به آنان دروغ گفته‌اند. مقایسه بررسی حاضر با پژوهش بلانشه نشان می-

دهد بیگانگی فکر ابتلاء به ایدز برای دانشجویان فرانسوی بسیار بیشتر از دانشجویان ایرانی بوده است. در مقایسه با آمریکائیان میزان خویشداری دانشجویان ایرانی بیشتر بوده است. با توجه به اینکه آموزش و آگاهی در زمینه ایدز در کشورهای غربی مانند فرانسه و آمریکا بسیار بیشتر از ایران است، احتمالاً دلیل تفاوت نظرات، به خویشداری بیشتر ایرانیان مربوط می‌شود نه اطلاعات بیشتر در زمینه ایدز. علل احتمالی عدم اعتقاد به تاثیر خویشداری قبل از ازدواج در پیشگیری از ایدز در بررسی حاضر عبارتند از: عدم شناخت ایدز و راههای انتقال آن، وجود باورهای غلط در زمینه ایدز، اطمینان صددرصد به وفاداری شریک جنسی (البته در بسیاری از موارد فرد، شرکای جنسی متعدد دارد) و عدم کنترل بر رفتارهای جنسی خود، یا به عبارت دیگر عدم وجود انگیزه ثانویه خویشداری در این گروه، و در نتیجه القاء این باور غلط، که هیچ خطری آنان را تهدید نمی‌کند. نتایج بررسی حاضر بیانگر آن است که تعدادی از دانشجویان معتقدند خویشداری تاثیری در پیشگیری از ایدز ندارد. از آنجا که ابتلا به ایدز، ریشه رفتاری داشته و تاثیر خویشداری در پیشگیری از ایدز بسیار بیشتر از استفاده از کاندوم می‌باشد، لذا آموزش به منظور تقویت انگیزه‌های اکتسابی با تکیه بر جنبه‌های روانشناختی، اجتماعی و مذهبی و نیز افزایش آگاهی در مورد ایدز بسیار ضروری بوده و می‌تواند باعث نهادینه‌شدن رفتارهای درست گردد. علاوه بر آن بایستی برای ایجاد جامعه‌ای سالم با تجزیه و تحلیل گرایش‌های غیرخویشداری‌دارانه به درمان این آسیب‌ها پردازیم.

سوال ۲ پرسشنامه: در گذشته در اکثریت خانواده‌های ایرانی، سابقه رفتارهای اجتماعی و خانوادگی و خصوصاً عدم اعتیاد به مواد مخدر از معیارهای اصلی در انتخاب همسر محسوب می‌شد. امروزه به دلایل مختلف از جمله بالا رفتن سن ازدواج، افزایش تعداد افراد مجرد، بیکاری و خصوصاً فقر، برای بعضی از خانواده‌ها، فقط ازدواج کردن فرزندان، هدف است، نه ارزیابی سلامت جسمی، روانی و اجتماعی شخص (خواستگار). این مسئله باعث شده معیارهای خوب گذشته در زمینه ازدواج غفلتاً و یا اجباراً کنار گذاشته شود. البته تغییر معیارهای جوانان معضلی است که مخصوص جامعه ایران نمی‌باشد. مقایسه نتایج این بررسی با تحقیق انجام گرفته در آمریکا (جهانی و همکاران، ۱۳۸۲) نشان می‌دهد نداشتن رفتارهای پر خطر مانند رابطه جنسی و اعتیاد به مواد مخدر، به عنوان معیاری برای انتخاب همسر، در مردان آمریکایی در مقایسه با زنان آمریکایی و نیز در مقایسه با دانشجویان دختر و پسر ایرانی بیشتر نادیده گرفته می‌شود (۲۱/۹٪ در ایران، ۳۴٪ مردان و ۱۰٪ زنان آمریکایی). از آنجا که سابقه رفتار جنسی و اعتیاد به مواد مخدر در پیشگیری از ایدز نقش اساسی دارد، بنابراین افزایش آگاهی جامعه و دانشجویان در این زمینه می‌تواند منجر به پیشگیری از ایدز شود.

سوال ۶ پرسشنامه: بعلت وجود دوره پنجره، آزمایش زود هنگام، وجود بیماری را ۱۰۰٪ تایید نمی‌کند (پارچه باف، ۱۳۸۰؛ زاروی، ۱۳۸۱). بنابراین اجباری کردن آزمایش قبل از ازدواج بی‌فایده بوده و در تمام موارد در تشخیص و پیشگیری از انتقال بیماری به همسر کم‌کننده نمی‌باشد بلکه می‌تواند منجر به سودجویی افراد دارای رفتارهای پرخطر شده و مشابه آزمایش اعتیاد، افراد اچ.آی.وی مثبت، راه‌های فرار

را پیدا خواهند کرد. از طرف دیگر منفی بودن تست در ابتدای ازدواج در افراد با اطلاعات ناکافی درباره ایدز، می‌تواند باعث احساس ایمنی کاذب شده و در صورت انجام رفتارهای پر خطر منجر به بیماری فرد شده و در فرد مقابل نیز، باعث احساس ایمنی همیشگی نسبت به بی خطر بودن همسر بنماید. جواب مثبت کاذب هم با توجه به نبود سیستم پیگیری قوی در نظام بهداشتی ایران، می‌تواند زندگی فرد را از جنبه‌های روانشناختی و اجتماعی با خطرات جبران ناپذیری مواجه سازد. (محرز، ۱۳۸۵؛ ستایش، ۱۳۸۵). گاه درجه شناخت افراد از یکدیگر بسیار زیاد بوده و این شناخت دلیل اعتماد متقابل طرفین به همدیگر می‌باشد. با در نظر داشتن اینکه افراد در شرف ازدواج عمدتاً جزء افراد کم خطر محسوب می‌شوند در چنین مواردی لزوم انجام آزمایش از دید طرفین کاملاً منتفی است. ولی همیشه بایستی بخاطر داشته باشیم گاه علت احساس عدم نیاز به انجام آزمایش از دید افراد، عدم شناخت ایدز است. با توجه به مطالعات ذکر شده از آنجا که ۸۶/۹٪ آزمودنی‌ها انجام آزمایش را در پیشگیری از ایدز موثر دانسته‌اند و این نگرش تاثیر صدرصد در پیشگیری نداشته و بیانگر نبود آگاهی نسبت به بیماری است، لذا آموزش اجباری و مداوم جامعه در زمینه ایدز، آزمایش الیزا و تفسیر نتایج آن در ابتدای ازدواج ضروری بوده و بایستی انجام گیرد.

سوالات ۷ و ۸ پرسشنامه: ترس از بدنامی، از دست دادن همسر و حیثیت اجتماعی، طرد شدن از خانواده و اجتماع، از جنبه‌های روانشناختی بیماری‌های جنسی و مقاربتی می‌باشند. ترس از بدنامی پدیده‌ای مختص جامعه ایران نیست. طرد بیماران ایدزی به عنوان یک حقیقت، در جوامع فقیر و غنی پذیرفته شده است (وقاری و همکاران، ۱۳۸۲). ترس می‌تواند باعث انکار واقعیت شود. از آنجا که رابطه جنسی شایع‌ترین راه انتقال بیماری در سرتاسر جهان است، در اکثریت جوامع از جمله ایران تلقی از بیمار مبتلا به ایدز، فردی بی بند و بار از جنبه جنسی بوده و بی بند و باری اکثراً، بد نامی تلقی می‌گردد. از جنبه روانشناختی ترس می‌تواند بیماران خصوصاً مبتلا شدگان از راه جنسی را از انجام آزمایش برحذر داشته و حتی گاه آنان را وادار نماید پنهان از دید همسر اقدام به مصرف دارو نموده و یا با وجود داشتن اطلاعات کامل در زمینه راههای انتقال، برای جلوگیری از ایجاد سوء ظن در همسر، از استفاده از کاندوم خودداری نمایند با وجود آنکه می‌دانند با این عمل ابتلا همسر به بیماری قطعی است. نکته دیگر اینکه، گفتگوهای دوستانه و غیر علمی جوانان، خصوصاً در محیط‌های جمعی مانند خوابگاهها، می‌تواند باعث شکل گیری باورهای غلط در آنان شود. این باورهای غلط می‌تواند باعث ترس و یا احساس ایمنی غلط شود. از آنجا که مهاجران (دانشجویان غیر بومی مهاجران محسوب می‌شوند) و معتادان تزریقی از گروه‌های آسیب‌پذیر در مقابل ایدز محسوب می‌شوند آموزش جامعه و دانشجویان به منظور شکل‌گیری باورهای درست و رفع ترس بدون دلیل، الزامی است. مقایسه بررسی حاضر با تحقیق انجام گرفته در آمریکا (جهانی و همکاران، ۱۳۸۲) نشان می‌دهد میزان تعهد دانشجویان ایرانی در قبال همسر، بیشتر از دانشجویان آمریکایی، خصوصاً مردان، بوده است (۹۶/۵۲٪ در ایران و در آمریکا، ۸۰٪ مردان و ۹۶٪ زنان). بی‌تفاوتی نسبت به سرنوشت همسر و دیگران، تمایل به بیمار کردن دیگران به منظور انتقام جویی

خصوصاً در صورت مبتلا بودن و گناهکار دانستن دیگران در سرنوشت خود و گاه عدم آگاهی کامل نسبت به راههای انتقال بیماری، از علل احتمالی بی‌تعهدی نسبت به همسر می‌باشد.

سوال ۹ پرسشنامه: مقایسه پژوهش حاضر با تحقیق انجام گرفته در آمریکا (جهانی و همکاران، ۱۳۸۲) نشان می‌دهد میزان تعهد اخلاقی دانشجویان ایرانی در گفتن حقایق در مورد خود در زمینه مسائل جنسی و مواد مخدر در زمان خواستگاری، در مقایسه با پسران و خصوصاً دختران آمریکایی کمتر بوده است (۶۵/۲۴٪ در ایران و ۶۶٪ مردان و ۹۰٪ زنان در آمریکا متعهد بوده‌اند). از دلایل احتمالی برای این تفاوت فاحش آماری در ایران و آمریکا، خصوصاً در مقایسه با زنان آمریکایی آشنایی بیشتر با ایدز، مرسوم بودن وجود رابطه جنسی خارج از محیط زناشویی در بین جوانان، و کمتر بودن پایبندی آنان به مذهب و نتیجتاً رفتار متفاوت گرفته از مذهب در آمریکائیان در مقایسه با ایرانیان است. احتمالاً آشنایی کمتر با ایدز و گناه دانستن رابطه نامشروع و مهمتر بودن حیثیت اجتماعی، در ایرانیان، آنان را وادار به طفره رفتن در گفتن حقایق می‌کند.

سوال ۱۰ پرسشنامه: در ایران حدود ۷۵٪ از افراد آلوده به ویروس ایدز در گروه سنی ۱۵ تا ۴۹ سال بوده که گروه سنی فعال و مولد در جامعه می‌باشند (حقانی، ۱۳۸۵). از طرف دیگر انتقال ایدز از طریق رابطه جنسی رو به افزایش است (محرز، ۱۳۸۵). جوان بودن کشور، کاهش سن بزهکاری، نبود اطلاعات کافی در زمینه ایدز و ناآشنا بودن بسیاری از اقشار جامعه با ایدز و نیز نبود بسیج اطلاع‌رسانی از علل عمده سرعت افزایش ایدز در تمام شهرهای ایران است (مهدوی، ۱۳۸۴). در بررسی حاضر به نظر می‌رسد ۲/۱۳٪ از دانشجویان از ابعاد هولناک ایدز آگاهی نداشته، آنرا جدی نگرفته و یا به علل روانشناختی و یا داشتن نیازهای جنسی قادر به کنترل خود از جنبه جنسی نیستند. حتی با وجود اندک بودن آمار فوق با در نظر گرفتن رو به افزایش بودن راه انتقال جنسی بیماری در ایران، لزوم آموزش مداوم جوانان خصوصاً دانشجویان مهاجر، در زمینه ایدز بشدت احساس می‌گردد.

سوال ۱۱ پرسشنامه: ناآگاهی نسبت به یک موضوع خاص در افراد، باعث ایجاد ترس نسبت به آن موضوع می‌گردد. در پژوهش حاضر شناخت متوسط آزمودنی‌ها از ایدز می‌تواند از علل عمده ترس از بیمار و بیماری ایدز (ترس از واگیردار بودن بیماری) باشد. اکثریت قریب به اتفاق دانشجویان معتقدند بیمار ایدزی تمایل در آلوده کردن دیگران دارد. بی‌اعتمادی خصوصاً در افراد غیر بومی که شناخت کافی نسبت به بافت جامعه‌ای که بتازگی به آن وارد شده‌اند ندارند، می‌تواند با عوارض روانشناختی و اجتماعی همراه گردد. عوارض روانشناختی و ترس ایجاد شده می‌تواند میزان سازگاری فرد را نسبت به محیط جدید کاهش داده و منجر به بیماری‌های روانی و نتیجتاً کاهش شدید بازدهی فرد در جامعه گردد. با توجه به مطالب گفته شده لزوم آگاه سازی جامعه در همه سطوح از طریق آموزش، احساس می‌گردد.

سوال ۱۲ پرسشنامه: با توجه به طولانی و بدون علامت بودن دوره کمون بیماری که گاه می‌تواند بیش از ۱۰ سال طول بکشد (والد و همکاران، ۱۳۸۰) اطلاع از سابقه رفتارهای جنسی فرد قبل از ازدواج در پیشگیری از انتقال ایدز حیاتی است. مقایسه بررسی فعلی با تحقیق انجام گرفته در آمریکا (جهانی و

همکاران، ۱۳۸۲) نشان می‌دهد دانشجویان ایرانی بیشتر از آمریکائیان سابقه رابطه جنسی قبل از ازدواج را خطری برای ابتلا به ایدز تلقی کرده‌اند (در ایران ۶۶/۰۴٪، در آمریکا ۴۷٪ مردان و ۵۸٪ زنان).

بحث در مورد ابعاد اجتماعی: پدیده انکار و بی‌توجهی به ایدز در تمام دنیا نتایج شومی داشته است. بنابراین به علت وجود ارتباطات گسترده بین کشورها، تمامی کشورها از جمله ایران بایستی ایدز را بعنوان معطل بهداشتی خود بپذیرند. این طرز تلقی باعث چاره‌جویی مناسب توسط دولت‌ها خواهد شد. کشورهایی که از نظر پذیرش ایدز بعنوان یک معطل بهداشتی، مشکلی نداشته‌اند بهتر قادر به کنترل بیماری بوده‌اند. ولی کشورهایی که آنرا در ابتدا انکار کرده‌اند در زمان پذیرش و چاره‌جویی با گسترش بیماری روبرو شده‌اند (پزشکان بدون مرز، ۱۳۸۵). بنظر می‌رسد عدم وجود آموزش و تبلیغات مناسب در ایران در مورد این بیماری که پایانی جز مرگ ندارد، در اظهار نظر دانشجویان در زمینه ابعاد اجتماعی ایدز دخیل بوده است. شاید بالاتر بودن اطلاعات دختران بخاطر حساسیت و یا علاقمندی بیشتر آنان نسبت به موضوع بوده است. بالاتر بودن اطلاعات دانشجویان تهرانی شاید به علت دسترسی بیشتر آنان به اطلاعات، و کمتر خجالتی بودن آنان برای دریافت اطلاعات باشد. بنظر می‌رسد ترس از واگیر دار بودن بیماری به علت عدم آگاهی کامل آنان، و از علل اظهار نظر آزمودنی‌ها در مورد عدم اجازه به بیمار برای حضور در کلاس و اجتماع می‌باشد. تفاوت ایران با کشورهای موفق در زمینه پیشگیری از ایدز به فعالیت‌های آموزشی باز می‌گردد. آموزش در ایران گسترده و مداوم نبوده و جدی گرفته نمی‌شود. انکار افزایش آمار ایدز تنها باعث می‌شود که دیگر نتوانیم این بیماری را کنترل کنیم. تداوم آموزش باعث نگرش مثبت نسبت به بیماری در بین افراد جامعه می‌شود. اگر فقط برای مدت کوتاهی آموزش داده شود، همه چیز به زودی از یاد می‌رود. تداوم در آموزش است که روی عملکرد فرد تأثیر می‌گذارد.

با در نظر گرفتن دو سوال پژوهش و نتایج حاصله از پرسشنامه، در کل می‌توان چنین نتیجه‌گیری نمود که دو عامل اساسی در پیشگیری از ایدز، یعنی شناخت نسبت به بیماری و وجود انگیزه ثانویه قوی که از ابعاد روانشناختی ایدز بوده، و هر دو منجر به عدم انجام رفتارهای پر خطر می‌گردد، در نتایج پژوهش حاضر قوی نمی‌باشد. لذا به منظور افزایش آگاهی و انگیزه‌های اکتسابی، آموزش از جنبه‌های روانشناختی و دینی ضروری بوده و لازم است برنامه‌ریزی اصولی و مداوم در این زمینه صورت گیرد. با وجود آگاهی مناسب آزمودنی‌ها در مورد جنبه‌های اجتماعی ایدز، لازم است در این زمینه نیز اطلاعات مکمل در آموزش‌های ذکر شده گنجانده شود.

پیشنهادات و راه کارها:

۱- پیشگیری: پیشگیری تنها راه کار عملی برای جلوگیری از ایدز است. اصول استراتژی پیشگیری از ابتلاء به ایدز شامل آموزش، مشاوره و تغییر رفتار است. مطمئن ترین راه پیشگیری، به کارگیری استراتژی حذف خطر است. یعنی اجتناب از هر نوع فعالیت جنسی پر خطر یا تزریق مواد مخدر

(شوبرلین، ۱۳۸۱). هیچ خطری اشخاص وفادار به شریک زندگی را تهدید نمی‌کند. دانشجویان از نظر سنی، بیشترین گروه سنی در معرض خطر، و زنان نیز بیشترین گروه جنسی، در معرض خطر می‌باشند. بنابراین اهمیت آموزش برای دانشجویان و زنان نسبت به گروه‌های دیگر بیشتر احساس می‌گردد. از نظر جنسی ایمن‌سازی هر شخص در مقابل این بیماری کشنده، فقط از طریق داشتن رفتاری مسئولانه و انسانی امکان‌پذیر است. برقراری رابطه جنسی از هر طریقی که صورت گیرد (واژینال، مقعدی و دهانی) می‌تواند از همان ابتدا خطر ابتلا به ایدز و نتیجتاً مرگ را به همراه داشته باشد، بنابراین استفاده از کاندوم در موارد رابطه جنسی با شخص ناشناس یا جدید الزامی است. استفاده نادرست از کاندوم می‌تواند فرد را در معرض خطر انتقال ویروس قرار دهد (جیا، ۱۳۸۵). میزان شکست کاندوم ۱۰٪ بوده با این وجود می‌تواند از انتقال ایدز و بسیاری از بیماری‌های مقاربتی دیگر جلوگیری کند. اکثر موارد شکست، ناشی از پارگی، یا استفاده نامناسب از قبیل عدم استفاده از کاندوم در کل دوره نزدیکی می‌باشد. استفاده از کاندوم لاتکس^{۱۲} (کاندوم‌های در دسترس) نسبت به انواع دیگر ترجیح داده می‌شود. هرگز نیاستی جهت لغزندگی کاندوم از ژل‌های با پایه نفتی مانند روغن ماساژ و کرم‌های مرطوب‌کننده استفاده کرد زیرا خطر پارگی کاندوم را افزایش می‌دهند (والد و همکاران، ۱۳۸۰). استفاده از اسپرم کش‌ها به همراه کاندوم به میزان بیشتری از انتقال ویروس جلوگیری می‌کند. اگر دو نفر آلوده به ایدز بدون کاندوم با هم نزدیکی داشته باشند ممکن است به ویروس جهش‌یافته همدیگر آلوده شوند. بنابراین استفاده از کاندوم در زوجینی که هر دو به ایدز مبتلا هستند اجباری است. حتی یک مرتبه در معرض ایدز قرار گرفتن می‌تواند شخص را آلوده سازد. بیماران دارای روابط جنسی تک همسری اگر هر دو منفی باشند باید بدانند که هرگونه تخلف از تک همسری، هر دو نفر را در معرض خطر قرار می‌دهد. بیاد داشته باشیم تعلیم جلوگیری از ایدز می‌تواند همچون بی‌اعتنایی به آن ناراحت‌کننده و حتی مشکل باشد. اما بی‌اعتنایی به آموزش ایدز می‌تواند به قیمت جان تمام شود. ترس سالم می‌تواند انگیزه‌ای برای بروز رفتارهای ایمن‌تر شود (شوبرلین، ۱۳۸۱). عدم استفاده از مواد مخدر، خصوصاً در ایران از اقدامات اساسی در زمینه پیشگیری از ایدز محسوب می‌گردد. رابطه اعتیاد به مواد مخدر و ایدز غیر قابل انکار است. سرعت شیوع ایدز با هروئینی که در افغانستان تولید و صادر می‌شود رابطه دارد. همه‌گیری ایدز همان مسیر قاچاق مواد مخدر را در منطقه دنبال می‌کند. از آنجا که مصرف‌کنندگان هروئین تزریقی بیشتر جوانان هستند و از طرف دیگر فعالیت جنسی این گروه زیاد است در ظرف چند سال آینده آنها می‌توانند جمعیت زیادی را به ایدز آلوده کنند (دفتر مبارزه با ایدز سازمان ملل متحد، ۱۳۸۴). بررسی‌ها نشان می‌دهد آلودگی به ویروس ایدز در میان تزریق‌کنندگان مواد مخدر که دارای رفتارهای پر خطر دیگر مانند رابطه جنسی بدون استفاده از کاندوم، داشتن چندین شریک جنسی، خال‌کوبی و استفاده مشترک از سرنگ هستند، بیشتر از افراد دیگر است. در بین کشورهای آسیایی از نظر میزان ایدز در دنباله تزریق مواد مخدر، ایران مقام هفتم را داراست. میزان ابتلاء به ایدز در زندان‌ها ۱۰ تا ۱۰۰ برابر جمعیت عادی است (بواله‌ری، ۱۳۸۱). رفتارهای مرتبط با سوء مصرف مواد معمولاً از اوایل ۲۰ سالگی (اغلب بین ۱۵ تا

۲۵سالگی) آغاز می‌گردد. علل تمایل به مصرف مواد مخدر عبارتند از: اضطراب، افسردگی، بیکاری، نابسامانی‌های خانوادگی و مشکلات اقتصادی. البته سوء مصرف مواد در طبقه مرفه اجتماع، یعنی گروه برخوردار از اوقات فراغت بیشتر و با نظارت کمتر والدین بر فرزندان، نیز ممکن است روی دهد. بطور کلی عوامل عمده‌ای که جوانان را در معرض خطر آلودگی به ویروس اچ. آی. وی. قرار می‌دهند عبارتند از: ۱- دوری از خانواده. ۲- تغییر الگوی استفاده از مواد مخدر بسوی اعتیاد تزریقی. ۳- فقر اقتصادی، خصوصاً بیکاری. ۴- افزایش سن ازدواج بدلیل مشکلات اقتصادی و اجتماعی. ۵- تاثیر شدید آثار سوء سایت‌های سکس اینترنت و کانال‌های سکس ماهواره بر زندگی جوانان (میرحقانی، ۱۳۸۵). از آنجا که رابطه ایدز و اعتیاد انکار ناپذیر می‌باشد، آموزش در زمینه اصلاح رفتار، در ارتباط با اعتیاد به مواد مخدر برای گروه در معرض خطر خصوصاً مهاجران این قشر سنی توصیه می‌گردد.

۳- آموزش اجباری و مداوم کلیه دانشجویان و همسران آنان در زمینه ایدز در تمام مقاطع تحصیلی

۴- آموزش در زمینه اصلاح رفتار، خصوصاً در ارتباط با اعتیاد به اینترنت

۵- احیاء و نهادینه کردن فرهنگ و سنت‌های مثبت

۶- آموزش‌های ویژه به دختران بمنظور پرهیز از رفتارهای پر خطر و جلوگیری از رفتن به مکان‌های ناشناخته و تماس با افراد اغواگر.

یادداشت‌ها

- 1-Aids
- 2- Acquired immune deficiency syndrome
- 3- Human immunodeficiency virus
- 4- Eliza (enzyme-linked-immunosorbent-assays)
- 5-Wald, B.
- 6-Schoeberlein, D.
- 7- Vaginal
- 8- syndrome
- 9-Kelley, L.
- 10-Hemophilia
- 11-Blancher, M.
- 12-latex

منابع:

- اتکینسون، ر؛ اتکینسون، ر. س؛ هیلگارد، ا. ر؛ (۱۳۷۶). زمینه روانشناسی، جلد دوم، ترجمه زیر نظر و به ویراستاری محمد نقی براهنی، تهران، انتشارات رشد
- بلهری، ج؛ (۱۳۸۱). ارزیابی سوء مصرف مواد مخدر در زندان‌های ایران، تهران، پژوهشکده ملی مواد مخدر ایران. جهانی، م؛ شیرزاده، ل؛ شیرزاد، الف؛ (۱۳۸۰). آنچه که همگان درباره ایدز باید بدانند، تهران، انتشارات برای فردا، چاپ اول.
- دفتر مبارزه با ایدز سازمان ملل متحد، (۱۳۸۴). ژنو، U.N.A.I.D.S.
- جهانی، م؛ شیرزاده، ل؛ شیرزاد، الف؛ (۱۳۸۰). آنچه که همگان درباره ایدز باید بدانند، تهران، انتشارات برای فردا، چاپ اول

جعفر بیگی، م؛ (۸۲/۱۰/۸). بررسی نگرش و میزان آگاهی دانشجویان دندانپزشکی ورودی ۶۹ - ۷۲ و دانشجویان پزشکی ورودی ۶۹-۷۲ شهر کرمان نسبت به بیماری ایدز، www.irandoc.ac.ir

سازمان ملل متحد؛ (۱۳۸۳). برنامه اقدام مشترک برای مقابله با ویروس ایدز و بیماری ایدز؛ ژنو، U.N.A.I.D.S. سمندری، ن؛ (۱۳۸۳). بررسی میزان آگاهی دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه شهید بهشتی در زمینه راههای انتقال پیشگیری و ابعاد روانشناختی و اجتماعی بیماری ایدز، تهران، گزارش منتشر شده دانشگاه شهید بهشتی شوبرلین، د؛ (۱۳۸۱). برای همه، (آنچه همه باید درباره HIV و ایدز و بیماریهای جنسی بدانند)، ترجمه فرهاد زاروی؛ تهران، انتشارات موزون

والد، ب؛ فاوسی، پ؛ کاسپر، ل؛ هاوسر، ج؛ لونگو، ی؛ جیمسون، د؛ (۱۳۸۰). اصول طب داخلی هاریسون (بیماریهای ویروسی به انضمام ایدز) ترجمه محمد پازچه باف بیدگلی؛ جلد ۳، تهران، انتشارات پورسینا، ویراست پانزدهم، چاپ اول وقاری، م؛ موسوی، ح؛ ابولفضلی، پ؛ (۱۳۸۲). گزارش ایدز و اعتیاد، ویژه نامه اولین همایش کشوری کانون های دانشجویی سلامت رفتار، تهران، وزارت بهداشت

پزشکان بدون مرز، (۸۵/۳/۲). www.pezeshk.us

خامی، م؛ (۸۲/۱۰/۸). بررسی میزان آگاهی و نگرش دانشجویان دختر مرکز تربیت معلم رشت درباره راههای پیشگیری از انتقال ایدز به منظور ارائه برنامه آموزش بهداشت مناسب، www.irandoc.ac.ir

خبرگزاری آفتاب، (۸۵/۲/۲۷). افزایش آمار ایدز از طریق تماس جنسی در ایران، www.aftabnews.com

خبرگزاری مهر، (۸۵/۲/۲۷) ایدز رسوایی نیست با آن منطقی برخورد کنیم، www.mehrnews.com

خبرگزاری ایران پرس؛ (۸۵/۳/۲)، ایدز و آمار آن در ایران، www.iranpressnews.com

جیا، گ؛ (۸۵/۲/۲۳) ایدز و روز جهانی یتیمان، www.aidsinformation.persianblog.com

عصر نو تاکنون، (۸۵/۲/۲۷) ۱۵۴۱ ایرانی قربانی ایدز شده اند، www.asre-nou.net

کلی، ل. و همکاران. (۸۵/۳/۲)، مسلمانان در انکار کننده ایدز، www.7sang.persian.com

کشمیری پور، ب؛ (۸۵/۲/۲۷). ایدز و آمار آن در ایران، www.news.gooya.com

محرز، م؛ ستایش، ز؛ (۸۵/۲/۲۵). زنان www.zanann.com

مهدوی، ب؛ (۸۴/۲/۳۱). مقابله با ایدز کار آسانی نیست، www.iranortho.com

میرحقانی، ل؛ (۸۵/۲/۲۳). تاریخچه اچ. آی. وی. و ایدز و بررسی شیوع آن در ایران، www.EmdadeAids.com

- Blancher, M.(1988). Attitude des etudiants faces aux SIDA; Laboratoire de sciences sociales appliquees de l'universite Paris XII, Mai – Juin