

ادراک و رفتار بیماران مبتلا به ایدز: یک پژوهش کیفی

فاطمه رحمتی نجار کلائی^۱؛ شمس الدین نیکنامی^{۱*}؛ فرخنده امین شکروی^۱؛ فضل الله احمدی^۲

چکیده

زمینه: تعداد بیماران مبتلا به ایدز در حال افزایش است. رفتارهای مخاطره‌آمیز، سهم عمده‌ای در افزایش روند بیماری ایفا می‌کند. بررسی ادراک و رفتار افراد مبتلا به این بیماری، برنامه‌ریزی برای کاهش بروز رفتارهای پرخطر را تسهیل خواهد کرد. مطالعه حاضر با هدف بررسی ادراک و رفتار بیماران مبتلا به ایدز انجام شد.

روش‌ها: این پژوهش کیفی در مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری کلینیک غرب بیمارستان امام خمینی تهران انجام شد. مشارکت‌کنندگان به صورت هدفمند انتخاب شده و داده‌ها از طریق مصاحبه عمیق فردی و نیمه‌ساختاریافته حاصل گردید. کلیه مصاحبه‌ها ضبط و پیاده‌سازی شد. پس از چندبار مطالعه، تم‌ها یا درون‌مایه‌ها به‌عنوان کوچک‌ترین واحدهای معنادار استخراج، کدبندی و طبقه‌بندی شدند.

یافته‌ها: از کل ۶۱ بیمار با میانگین سنی ۲۹/۷ سال، ۴۵ بیمار اچ-آی-وی مثبت و ۱۶ بیمار در مرحله ایدز بودند. ۳۷/۷ درصد این بیماران زن بودند. تم‌های استخراج‌شده در دو بخش ادراک و رفتار ارایه شد. بخش ادراک، شامل راه‌های ابتلای متصور بیماران و نقصان آگاهی در مورد راه‌های انتقال و پیشگیری از بیماری بود. بخش رفتار، شامل تعدد رفتارهای پرخطر، پنهان نمودن بیماری و عدم استفاده از وسایل حفاظتی بود.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه بر لزوم انجام مشاوره فردی به بیماران مبتلا، در زمینه خطر انتقال و فاش‌سازی بیماری با افزایش منابع حمایت اجتماعی تأکید می‌کند. برای عموم جامعه، آموزش ایدز با تأکید بر باورهای مذهبی با استفاده از تئوری‌های شناختی-رفتاری و الگوهای بومی آموزش بهداشت توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: ایدز، رفتارهای مخاطره‌آمیز، ادراک، رفتار

«دریافت: ۱۳۸۷/۱۱/۲۵ پذیرش: ۱۳۸۸/۴/۲»

۱. گروه آموزش بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران.

۲. گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران.

* عهده‌دار مکاتبات: تهران، تقاطع بزرگراه شهید دکتر چمران و جلال آل احمد، گروه آموزش بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس،

مقدمه

از سال ۱۹۸۱ که اولین مورد بیماری ایدز تشخیص داده شد تا سال ۲۰۰۸، ۲۵ میلیون نفر بر اثر ابتلا به این بیماری فوت کرده‌اند. بر اساس آمار سال ۲۰۰۷، ۳۳ میلیون نفر در دنیا به ایدز مبتلا بودند. در طول همین سال، ۲/۷ میلیون فرد به این ویروس آلوده شدند. این بیماری به‌عنوان یکی از مخرب‌ترین اپیدمی‌ها در تاریخ ثبت شده است (۱). بنابراین، ایدز یک اپیدمی جهانی است و همه کشورها باید با تهدید این بیماری ویرانگر مقابله نمایند (۲).

اولین مورد ابتلا به ایدز در کشور ما، سال ۱۳۶۵ در یک کودک مبتلا به هموفیلی گزارش شد. از آن پس تا سال ۱۳۷۴ موارد شناخته‌شده در گزارش‌های سالیانه، افزایش اندک و تدریجی داشت. در سال ۱۳۷۴ با شناسایی همه‌گیری در برخی از زندان‌های کشور، موارد شناخته‌شده یک‌باره افزایش چشم‌گیر یافت و این سیر صعودی تاکنون نیز ادامه دارد. با این وجود، شیوع ایدز در گروه‌های پرخطر به‌خوبی مشخص نیست. در بررسی‌های انجام‌شده، شیوع این بیماری در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، بیش از ۵ درصد گزارش شده و در بررسی‌های متنوع دیده‌وری در مناطق مختلف کشور، این میزان بین ۲۵-۵ درصد متغیر بوده است. هم‌اکنون میزان شیوع ایدز در ایران، از مرحله شیوع پایین به مرحله شیوع متمرکز^۱ رسیده است (۳). در گزارش سال ۲۰۰۶ برنامه ملل متحد در زمینه ایدز^۲ (UNAIDS)، تعداد مبتلایان به ایدز در ایران بین ۱۶۰-۳۶ هزار نفر اعلام شد.

این گزارش، میانگین ابتلا به ایدز را در کشورمان ۶۶ هزار نفر تخمین زده است. شیوع بیماری در افراد ۴۹-۱۵ سال ۰/۲ درصد برآورد شده است. در این گزارش، میانگین تعداد زنان بالای ۱۵ سال مبتلا به بیماری، ۱۱ هزار نفر (بین ۵۲-۲۸ هزار نفر) ذکر شده است (۴).

عفونت HIV با رفتارهای مخاطره‌آمیز مانند تماس جنسی بدون حفاظت و استفاده از مواد مخدر تزریقی در ارتباط است. ارتباط جنسی، راه عمده گسترش این بیماری در دنیا است، به‌طوری‌که ۸۵ درصد موارد جدید از این راه به ویروس ایدز مبتلا می‌شوند (۵). در کشور ما بیشترین انتقال ویروس، به‌ترتیب از راه مواد مخدر تزریقی و تماس جنسی اتفاق می‌افتد. هر دو مورد ذکرشده جزء رفتارهای پرخطر محسوب می‌شود (۶).

با توجه به پیشرفت‌های درمانی که طول عمر بالاتری را برای بیماران به ارمغان آورده، در سال‌های اخیر، تلاش‌های پیشگیری از ایدز در دنیا روی بیماران متمرکز شده است. بیماران مبتلا، ممکن است خود را در معرض رفتارهای پرخطر قرار دهند و سیستم ایمنی ضعیف، آن‌ها را در معرض آسیب‌پذیری بیشتر بیماری‌های مقاربتی قرار می‌دهد. این مساله بر اهمیت کنترل رفتارهای پرخطر و اهمیت آن برای مداخلات بهداشتی در این بیماران اشاره دارد. (۷، ۹، ۸) رفتارها و تجارب افراد، آن‌ها را در موقعیت پرخطر بیماری قرار می‌دهد و انتقال بیماری، مستلزم یک فرایند رفتاری است. بنابراین برای پیشگیری، بررسی میزان رفتارهای پرخطر در بیماران ضروری است (۱۰).

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک تحقیق کیفی به روش تماتیک آنالیز^۱ یا تحلیل درونمایه است. تحلیل درونمایه یک روش شناسایی، تحلیل و گزارش درونمایه‌های داده‌ها است که به میزان وسیعی مورد استفاده قرار گرفته است (۱۳).

پژوهش در دو مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری کلینیک غرب و بیمارستان امام خمینی صورت گرفت. این دو مرکز از بزرگ‌ترین مراکز مراقبت و مشاوره بیماران در سطح شهر تهران و وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و ایران هستند. مدت زمان پژوهش، ۱۰ ماه و از اسفند ۱۳۸۶ تا آذر ۱۳۸۷ بود. در این مدت، پژوهشگر ارتباط تنگاتنگ و مداومی داشت و سعی می‌کرد تا حد امکان در جلسات آموزشی و مشاوره‌های درمانی بیماران شرکت نماید. سعی شد تا حد امکان، مشارکت‌کنندگان با بیشترین میزان تنوع و به شیوه نمونه‌گیری هدفمند، از بین هر دو جنس و با سطوح اجتماعی، اقتصادی متفاوت انتخاب شوند. در نمونه‌گیری هدفمند، محقق بر اساس هدف خود و سودمندی بیشتر نمونه‌ها، کسانی را انتخاب می‌کند که بتوانند به سؤالات تحقیق پاسخ دهند (۱۴).

بیمارانی انتخاب شدند که باتوجه به سابقه بیماری و همکاری با پرسنل درمانی، دارای تجربه‌های غنی بودند و به مشارکت در پژوهش و بیان واضح ادراکات خود علاقه داشتند. این امر از طریق پرسش شفاهی از آنها مشخص می‌شد. مشارکت‌کنندگان به صورت غیرتصادفی

تحقیق کیفی یک رویکرد علمی برای جمع‌آوری داده است که اطلاعاتی را در مورد تجارب افراد، دلایل اتخاذ رفتارها و مشوق‌های تغییر رفتار فراهم می‌کند. این نوع از پژوهش می‌تواند با انواع مقاومت‌ها در زمینه ایدز مبارزه کند و برای موضوعات حساس ایدز مناسب است (۱۱). برای درک حقیقت یک مسأله، علاوه بر شناخت واقعیات، به تجارب انسان در آن زمینه نیز نیاز داریم. لازم است بدانیم که افراد، چگونه تجارب خود را تفسیر می‌کنند و چگونه این تفسیر را به‌عنوان راهنمای روش زندگی خود به کار می‌بندند (۱۲).

بیماران ایرانی مبتلا به ایدز، چه رفتارهای مخاطره‌آمیزی را تجربه کرده‌اند و ادراک و آگاهی آنها در این زمینه چگونه است؟ مطالعه حاضر برای یافتن پاسخ این سؤال انجام شد. چنین موضوعی را نمی‌توان با روش‌های مشاهده‌ای و کمی مورد بررسی قرار داد و محققان برای دستیابی به پاسخ این سؤال، نیازمند روش کیفی هستند.

از آن‌جا که بیماران HIV مثبت، ممکن است به مدت طولانی بدون علامت و ناقل ویروس باشند و نظر به افزایش تعداد مبتلایان به این بیماری، پژوهش حاضر با هدف بررسی کیفی ادراک و رفتار مبتلایان در مورد بیماری انجام شد. دانسته‌ها در زمینه میزان رفتارهای پرخطر بیماران در کشور ما بسیار اندک است و تاکنون، تحقیقات بسیار محدودی روی تجربه‌ها و ادراک بیماران مبتلا صورت گرفته است.

از استادان تحقیق کیفی ارایه شد تا روند کدگذاری مورد تأیید قرار گیرد و از نظرات تکمیلی آن‌ها استفاده شد. برای تأیید قابلیت انتقال^۵ جزئیات روش تحقیق، شرح داده شد (۱۵).

ملاحظات اخلاقی پژوهش، مطابق اعلامیه هلسینکی به ترتیب ذیل رعایت شد:

- کسب رضایت شفاهی و آگاهانه در فرایند پژوهش (بیان هدف مطالعه، نحوه همکاری، فواید و معایب شرکت در پژوهش، روش‌های جمع‌آوری و ضبط داده‌ها، نقش پژوهشگر و مشارکت‌کنندگان در پژوهش)

- محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات (حذف نام و هر شناسه دیگر از متون، بیانات و نوشتارها)

- داشتن حق کناره‌گیری مشارکت‌کنندگان از پژوهش در هر زمان دلخواه، در اختیار گذاشتن نتایج پژوهش در صورت درخواست مشارکت‌کنندگان و در نهایت، کسب معرفی‌نامه‌ها و طی مراحل قانونی از طریق اخذ مجوز از مراکز بهداشتی تحت پوشش و معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس

در نهایت ۶۱ بیمار مبتلا، یک بار مورد مصاحبه قرار گرفتند. مدت هر مصاحبه با توجه به جریان و موقعیت آن، ۹۰-۲۰ دقیقه طول کشید. در ۸ مورد، مصاحبه در دو نوبت صورت گرفت. مصاحبه‌ها تا حد امکان در محیط خلوت، آرام و در شرایط مساعد صورت گرفت. بعد از مصاحبه، برداشت‌ها با اساتید و بیماران چک گردید.

مورد مصاحبه قرار گرفتند. مصاحبه‌ها تا مرحله اشباع داده‌ها ادامه یافت. سؤالات مصاحبه، نیمه‌سازمان‌یافته و عمیق بود و به صورت باز پرسیده شد.

کلیه مصاحبه‌ها ضبط و سپس کلمه به کلمه نوشته و تایپ شد تا مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد. برای این منظور، پژوهشگر مصاحبه‌ها را در چند نوبت به دقت گوش داد و متن پیاده شده آن‌ها را چندین بار مرور نمود. متن هر مصاحبه چندبار مطالعه شد و با شکستن هر متن، مضمون‌ها یا درونمایه‌ها^۱ به‌عنوان کوچکترین واحدهای تشکیل‌دهنده معنادار استخراج، کدبندی و طبقه‌بندی شد. از نرم افزارهای Onenote برای ورود و طبقه‌بندی داده‌ها و از SPSS14 برای تحلیل خصوصیات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان استفاده شد. در صورت لزوم از پرونده‌های بیماران، اطلاعات لازم اخذ و پاسخ‌ها با پرونده تطبیق داده شد.

گوبا و لینکولن^۲ به معیارهایی برای ارزشیابی یافته‌های کیفی اشاره می‌کنند که در تحقیق حاضر مدنظر قرار گرفت. برای بررسی مقبولیت یا قابلیت پذیرش^۳ دیدگاه مشارکت‌کنندگان، متن مصاحبه‌ها به صورت تصادفی به تعدادی از نمونه‌ها داده شد تا مشخص گردد که تفسیر نتایج، مشابه نظر آن‌ها است. همچنین درگیری طولانی مدت پژوهشگر و تخصیص زمان کافی از جمله موارد دیگر بود. برای افزایش قابلیت تأیید^۴، موارد متضاد و منفی واریسی شد تا دلیل این تناقض در یافته‌ها مشخص گردد. همچنین متن مصاحبه‌های اولیه به تعدادی

1. Themes

2. Guba and Lincoln

3. Credibility

4. Confirmability

5. Transferability

یافته‌ها

میانگین سنی مشارکت‌کنندگان ۲۹ سال و ۸ ماه در محدوده سنی ۲۱-۴۲ سال بود. ۶۲/۳ درصد از آن‌ها مرد و بقیه زن بودند. بیشتر آن‌ها تحصیلات در حد راهنمایی یا دبیرستان داشتند. ۴۲/۶ درصد آن‌ها مجرد و بقیه متأهل بودند. در این مطالعه، افرادی مجرد تلقی شدند که تا به حال ازدواج رسمی نداشتند. از نظر مراحل بیماری، ۴۵ بیمار در مرحله HIV مثبت و ۱۶ نفر در مرحله ایدز بودند. طبق بندی این مراحل، طبق سطح CD4 بیماران و شروع درمان (HAART) است (جدول ۱).

با ۶۱ بیمار (۴۵ بیمار HIV مثبت و ۱۶ بیمار مبتلا به ایدز) مصاحبه فردی به عمل آمد. تحلیل داده‌ها نشان داد که می‌توان تجربیات مشارکت‌کنندگان را در مورد بیماری به دو بخش عمده الف- ادراک و ب- رفتارها تقسیم نمود. بخش اول، مربوط به سؤالاتی است که باورها و ادراکات بیماران را می‌سنجد و بخش دوم، مربوط به سؤالاتی است که رفتارهای بیماران را مورد پرسش قرار می‌دهد.

الف: ادراکات

۱. راه‌های ابتلای مورد تصور بیماران

در پاسخ به سؤال "چه شد که به بیماری مبتلا شدید؟" به ترتیب اهمیت، راه انتقال تزریقی و ارتباط با همسر ذکر گردید و بعد از آن بیماران به راه‌های دیگری اشاره کردند که جزء راه‌های غیرمعمول انتقال بود. راه‌های انتقال اشاره شده به ترتیب اهمیت و تعدد موارد در ذیل آمده است.

● تزریق مشترک: بیشتر بیماران، راه ابتلای خود را تزریق مشترک با وسایل آلوده ذکر کردند. تعداد زیادی از بیماران مرد، سابقه زندان و مصرف مواد مخدر یا محرک داشتند و در زندان نیز به مصرف مواد مخدر به صورت مشترک ادامه داده بودند. بیشتر بیماران، سابقه مصرف مواد مخدر داشتند که تداوم مصرف در آن‌ها، موجب استفاده از روش تزریقی شده بود.

● رابطه با همسر: بیشتر بیماران زن، دلیل ابتلای خود را همسر خود می‌دانستند، با این وجود به بی‌احتیاطی خود نیز اشاره می‌کردند. به عنوان نمونه، یک بیمار زن ۲۸

جدول ۱- مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه‌های مورد مطالعه

متغیرها	تعداد	درصد
زن	۲۳	۶۲/۳
مرد	۳۸	۳۷/۷
مشخصات	متأهل	۲۴
جمعیت‌شناختی	مجرد	۴۲/۶
مطلقه	۷	۱۱/۵
فوت شده	۴	۶/۶
ابتدایی	۹	۱۵/۸
راهنمایی	۱۹	۳۳/۳
تحصیلات	دبیرستان	۲۵
دانشگاه	۴	۷
نامشخص	۴	۷
HIV مثبت	۴۵	۷۳/۸
مرحله بیماری	فاز AIDS (شروع)	۱۶
درمان (HAART)	۲۶/۲	

"نمیدونم جراحی ریه‌ام بود، دندان‌پزشک بود، نمیدونم چی بود. به هرکی بگی HIV، میگن معتاد تزریقی بودی" (بیمار مرد ۲۷ ساله مجرد).

یکی دیگر از بیماران، علاوه بر موارد بالا به دیالیز نیز اشاره می‌کرد. یک بیمار مرد، دلیل ابتلای خود را تزریق خون آلوده، در جریان جراحی خارج نمودن ترکش معرفی می‌کرد، اما در پرونده‌اش، سابقه استفاده از مواد مخدر تزریقی ذکر شده بود. جالب آن که یک بیمار خانم، سقط جنین را به‌عنوان عامل ابتلا به ایدز ذکر می‌کرد:

"مبتلا شدنم رو نمی‌دونم. ولی آفت دهن داشتم. مقاوم شده دهنم. اون خانم دکتری که می‌رفتم پیششون بهم گفت این آزمایش رو بدم. آزمایش رو دادم، فهمیدم مثبتم. (فکر می‌کنی علت ابتلات چی بوده؟) یه کورتاژ داشتم من." (بیمار زن متأهل ۳۲ ساله با همسر و کودک سالم)

تعدادی از بیماران نیز نمی‌دانستند که از کدام راه‌ها مبتلا شده‌اند. به‌عنوان مثال، یکی از آن‌ها این‌گونه بیان می‌کرد:

"خود من، (م) عاملشو نمی‌دونم. یه بارم با سرنگ یکی دیگه زدم، ولی ضد عفونی‌اش کردم، نمیدونم از چی گرفتم. خانم دکتر که میگه شاید از تیغ اصلاح گرفتی. اون یکی میگه، شاید از خال‌کوبی، اون یکی میگه، شاید از خودزنی. نمیدونم از چی گرفتم." (بیمار مرد ۲۵ ساله مجرد)

● استفاده از وسایل تیز و برنده آلوده: دو مورد از بیماران، دلیل ابتلای خود را خال‌کوبی ذکر نمودند. همچنین یکی از بیماران به ابتلا از طریق تیغ مشترک اصلاح، اشاره نمود و خود را مقصر ابتلا می‌دانست.

ساله، چگونگی ابتلای خود و همسرش را اینگونه مطرح می‌کرد:

"از شوهرم گرفتم. شوهرم فکر کنم معتاد تزریقی بود. ازش راضی بودم. شوهرم مریض شد. یک سری، دو ماه آزمایش دادن فهمیدیم این مریضی رو داره. بعد خودم آزمایش دادم، آزمایش خودم مثبت شد. بعد یک سال که اینجا رفت و آمد می‌کردیم به خاطر سل ریوی، شوهرم فوت کرد..."

● تعدد راه ابتلا به بیماری (راه‌های متصور اثبات نشده): تعدادی از بیماران، با شک و شبهه، تعدد عوامل متعددی را به عنوان راه ابتلا ذکر می‌کردند و به یک راه ابتلا اطمینان نداشتند. آن‌ها در کنار راه‌های اصلی ابتلا، راه‌های اثبات نشده‌ای را ذکر می‌کردند. سه نفر از بیماران، به دندانپزشکی اشاره کردند. به‌عنوان مثال، مرد مجرد ۲۷ ساله‌ای می‌گفت:

"من از دندان‌پزشکی جراحی دندون گرفتم. تو شیرینی‌پزی، پزشک تجربی می‌آمد پیشمون. جراحی کرد. چون من اعتیاد نداشتم و ندارم. سابقه زندانم اصلاً ندارم. حدود ۲-۳ ماه از اون وقت گذشته بود. احساس کردم کم‌اشتهام، بی‌حالم، گرفتگی عضلات بود، بعد رفتیم آزمایش دادم"

دو مورد از بیماران، عمل جراحی بینی، جراحی ریه یا حجامت را نیز ذکر نمودند:

"چه می‌دونم مطب گردن دکتر و بگیرم. نمیدونم آخر مشکل از کجا پیش اومده. همیشه تشخیص داد. بینی‌ام را عمل کردم، شاید مال حجامت بوده، معلوم نیست" (بیمار مرد ۲۳ ساله مجرد).

بودند. یکی از آن‌ها می‌گفت:

"اونو شنیده بودم که HIV ایدز بیماری خطرناکیه، هر کسی بگیره، می‌میره" (بیمار مرد متأهل ۳۴ ساله).

جالب آن که، دو مورد از بیماران فکر می‌کردند که بعد از تشخیص، قرنطینه و یا توسط نیروی انتظامی دستگیر می‌شوند. یکی از بیماران مبتلا به بیماری را به‌عنوان مجازات الهی تلقی می‌نمود.

همچنین بیماران به آموزش‌های ضعیف در مورد بیماری در دبیرستان و دانشگاه اشاره کردند. به‌عنوان مثال یکی از آن‌ها می‌گفت:

"اون وقت اصلاً صحبت HIV نبود. زیاد تو عرف نبود. نمی‌دونستم، زیاد اطلاعات نداشتم. دبیرستان نگفته بودن" (بیمار مرد مجرد ۲۹ ساله).

● راه‌های انتقال: بیشتر بیماران در مورد راه‌های انتقال بیماری، اطلاعات ناقصی داشتند به نحوی که این مسأله در آلوده شدن آن‌ها به بیماری نیز نقش داشته بود.

۷ نفر از بیماران، فقدان و نرساندن اطلاعات را دلیل بیماری ذکر نمودند. فقط ۵ نفر از بیماران اعلام کردند که از بیماری اطلاع کامل داشتند. بیماران اظهار می‌کردند که بعد از مبتلا شدن، اطلاعات بیشتری در مورد بیماری کسب نمودند چون با بیماری درگیر و به آن مبتلا شده بودند. آن‌ها بر لزوم اطلاع‌رسانی بیشتر در زمینه بیماری تأکید می‌کردند و در مواردی نیز به دیگران آموزش می‌دادند. حتی یکی از بیماران، خود را در مبتلا شدن فرد جدید به دلیل کوتاهی در آموزش به آن‌ها، مقصر می‌دانست.

● راه‌های پیشگیری: تعدادی از بیماران، قبل از

به غیر از بیمارانی که از همسر خود مبتلا شدند، سه نفر از بیماران مرد، سابقه هیچ‌گونه رفتار پرخطری را ذکر ننمودند. دو مورد از بیماران زن نیز با وجود همسر و کودک سالم، سابقه هیچ‌گونه رفتار پرخطری را ذکر نکردند. بنابراین باید در مورد روش‌های دیگر ابتلا، بررسی‌های بیشتری صورت گیرد.

● مقصر کیست؟ در پاسخ به سؤال "مقصر بیماری را چه کسی می‌دانید؟" بیشتر بیماران مرد با سابقه تزریق، خود را مقصر رفتار پرخطر و ابتلا به بیماری می‌دانستند، در صورتی که بیشتر بیماران زن، همسر خود را مقصر بیماری معرفی می‌کردند. معدودی نیز به خانواده، پدر و جامعه اشاره می‌کردند. یک نفر از بیماران، هیچ‌کسی را مقصر نمی‌دانست. دو مورد از بیماران هموفیلی، عوامل آلوده را مسئول بیماری می‌دانستند. یکی از بیماران که مرد ۲۶ ساله مجردی بود می‌گفت:

"دوستام رو می‌بینم همه ازدواج کردن، می‌گم خودت کردی تقصیر کسی نیست. خودم مقصر رو می‌بینم و میاندازیم گردن خدا یا اطرافیان".

۲. نقصان آگاهی در مورد راه‌های انتقال و پیشگیری از بیماری ایدز

در پاسخ به این سؤال که "قبل از ابتلا چه اطلاعی از بیماری داشتید؟" بیشتر بیماران اذعان نمودند که قبل از تشخیص، هیچ اطلاعی از ایدز و ماهیت آن نداشتند. آن‌ها ذکر نمودند که فقط اسم بیماری و خطرناک بودن و مرگ‌آور بودن آن را می‌دانستند و علاقمند به خواندن مطلب در زمینه بیماری نبودند. از سویی، آن‌ها خود را در معرض خطر بیماری ندیده و تهدید آن را حس نکرده

یک رفتار پرخطر، خود، زمینه‌ساز رفتار پرخطر دیگر در آن‌ها شده بود. با همه وجود، این افراد به شدت از رفتارهای خود پشیمان بودند و اظهار ندامت می‌کردند. اعتقادات مذهبی در جای جای زندگی می‌تواند زمینه‌ساز برگشت افراد به سوی خدا و دین اسلام باشد و این بیماران نیز با وجود ابتلا به چنین بیماری، راه ندامت، توبه و بازگشت به سوی خدا را در پیش گرفته بودند. این مسأله به صراحت در گفته‌های آن‌ها بارز بود.

تعدد رفتارهای پرخطر مانند اعتیاد تزریقی، رابطه جنسی با جنس مخالف و دیگر موارد، تشخیص راه قطعی انتقال بیماری را پیچیده‌تر می‌کند. ذکر این نکته مهم است که به‌دلیلی مسایل فرهنگی، انکار رفتارهای پرخطر، به‌خصوص روابط جنسی، بارز است.

قابل ذکر است، با توجه به این که مسأله اعتیاد تزریقی در کشور ما با بیماری ایدز عجین شده است، بیمارانی که از راه اعتیاد تزریقی مبتلا شده بودند بیماری را حق خود می‌دانستند اما افرادی که از راه‌های جنسی یا همسر، مبتلا شده بودند، ابتلا به بیماری را حق خود نمی‌دانستند و درضمن، تشخیص دوره بحران طولانی‌تری را گذرانده بودند. به‌عنوان مثال یکی از بیماران، این‌گونه به انجام تزریق مشترک اشاره می‌کرد:

"من به مدت تزریقی بودم. بعد چندین بار دفعات زیادی ام زندان رفته بودم. توی زندانم دوباره همین کارو با وسایل مشترک انجام داده بودم. بعد پاهام خیلی عفونت می‌کرد و حالت تیرگی زیاد پیدا کرده بود. بعد نمی‌دونستم از چیه. گفتم پیام چکاپ بدم بینم چیه. دلیلش چیه. اومدم بعد از این که آزمایش دادم فهمیدم

تشخیص، از نقش کاندوم در زمینه پیشگیری از بیماری مطلع نبودند و فقط آن را وسیله جلوگیری از بارداری می‌دانستند. عدم آگاهی از راه‌های حفاظت از خود در مقابل بیماری، بی‌خیالی نسبت به مبتلا شدن و انجام رفتار پرخطر با هدف مرگ و رهایی از زندگی تحت سیطره مواد از جمله موارد ذکر شده بود.

● نقصان آگاهی بعد از تشخیص بیماری: ادراک نادرست مربوط به ایدز، بعد از ابتلا به بیماری همچنان وجود داشت. یافته جالب آن بود که دو نفر از بیماران روبروسی و درآغوش گرفتن را راه انتقال بیماری تصور می‌کردند و یکی از بیماران به‌دلیل ترس از مبتلا نمودن فرزند خود، از در آغوش گرفتن و بوسیدن او خودداری می‌نمود. این بیمار می‌گفت:

"به‌خاطر این که به موقع کوچک‌ترین چیزی از من نگیره بغلش نمی‌کنم... حالا که منفی شده و خدا بزرگی کرده و لطف کرده، من چرا به کاری کنم مبتلا شه." (بیمار زن متأهل ۲۵ ساله با همسر و کودک سالم)

با وجودی که از طریق استفاده از ظروف مشترک، بیماری قابل انتقال نیست، تعدادی از بیماران به‌منظور انتقال ندادن بیماری به دیگران، ظرف غذا یا قاشق خود را جدا می‌گذاشتند.

■ ب: رفتارها

۱- تعدد رفتارهای پرخطر

بیشتر بیماران، قبل از تشخیص بیماری، رفتارهای پرخطر متعددی مرتکب شده بودند و علاوه بر مسأله اعتیاد تزریقی، رابطه جنسی بدون حفاظت نیز داشتند. ارتکاب

تحقیر و سرزنش خود، توسط دیگران اشاره می‌کردند. بدیهی است که ابتلا به چنین بیماری در یک کشور اسلامی، همراه با تحقیر و سرزنش باشد.

● ترس از ناراحتی اعضای خانواده و طرد شدن: تعدادی از بیماران، از ترس مورد ترحم قرار گرفتن، بیماری را پنهان می‌کردند. در تعداد زیادی نیز مسأله ناراحتی اعضای خانواده ذکر گردید.

"هیچ‌کسی از خانواده نمیدونه، با خودم فکر کردم دلیلی نداره بدونن فقط غصه می‌خورن. خودشونم ناراحت می‌شن. خیلی وقتا دوست دارم بگم.. آدم مریضه، همیشه دوست داره یکی نازشو بکشه، پیگیری کنه، ولی خوب وسوسه، سعی می‌کنم غالب بشم. اونا غصه می‌خورن، اطلاعات اونا زیاد نیست." (بیمار زن متأهل ۲۸ ساله)

● ترس از قطع ارتباط: ترس از قطع ارتباط از دیگر موارد ذکر شده بود:

"خونوادم نمی‌دونن. بهشون نگفتم.. ممکنه فامیلون قطع ارتباط کنن باهامون. برا پسر خوب نیست." (بیمار زن متأهل ۳۲ ساله)

۳. عدم استفاده از وسایل حفاظتی

بیشتر بیماران، قبل از تشخیص بیماری، در رابطه جنسی خود از وسایل پیشگیری استفاده نمی‌کردند و دلیل آن را بیشتر کاهش احساس مرتبط با رفتار پرخطر ذکر می‌نمودند، همچنین مصرف مواد مخدر، زمینه را برای عدم استفاده از وسایل حفاظتی مهیا کرده بود.

"تا قبل از مریضی اصلاً هیچ وقت کاندوم استفاده نمی‌کردم، خوشم نمی‌اومد. برام جا نیافتاده بود... آدم می‌افته تو اعتیاد به هیچ‌چی توجه نمی‌کنه، فقط هدفش

هم HIV مثبتم هم هیاتیت c دارم." (بیمار مرد مجرد ۳۱ ساله)

۲. پنهان نمودن بیماری

در پاسخ به این سؤال که "آیا به دیگران ابتلا به بیماری را اطلاع می‌دهد و مواظب انتقال بیماری به آنها هستید؟" جواب‌های جالبی مطرح می‌شد.

بیشتر مشارکت‌کنندگان، به دلیل ترس از طرد شدن، انگ بیماری، خجالت کشیدن و ناراحت شدن اعضای خانواده، وجود بیماری را به آنها اطلاع نمی‌دادند و از قضاوت نادرست آنها می‌هراسیدند. بیماران، حتی در مواردی بیماری را به همسر خود اطلاع نمی‌دادند. این در حالی است که آگاهی از بیماری، حق همسر آنهاست.

دلایل پنهان نمودن بیماری، به صورت اظهارات مشارکت‌کنندگان، در ذیل لیست شده است:

● ترس از انگ بیماری (خجالت و تحقیر): موارد متعددی از این بیماران به مسأله خجالت و ننگ ناشی از افشای بیماری اشاره می‌کنند. بیانات دو نفر از آنها این‌گونه بود:

"به کسی نگفتم که بدونه، دیگه نمیشه گفت. آدم چی بگه. آدم خودش خجالت می‌کشه، خانوادش خجالت می‌کشن، بچه‌ها ناراحت می‌شند دیگه.."(بیمار زن متأهل ۳۲ ساله)

"قبلاً اطلاع می‌دادم ولی از موقعی که فهمیدم چه جوری فکر می‌کنن دیگه نه. بیماری بدیه. پیش مردم بد جا افتاده"(بیمار مرد متأهل ۳۵ ساله)

همچنین مورد تمسخر قرار گرفتن از طرف دیگران جزء دلایل ذکر شده بود. تعدادی از بیماران به مسأله

اینه به موادش برسه." (بیمار مرد مجرد ۲۶ ساله).

۴. استفاده از وسایل حفاظتی بعد از تشخیص

بیماری

بیشتر بیماران، بعد از تشخیص بیماری از کاندوم استفاده نموده و دلیل آن را توصیه‌های مشاورین و به عبارتی افزایش آگاهی در این زمینه ذکر می‌کردند. موارد معدودی بعد از ابتلا از این روش استفاده نمی‌نمودند.

بحث

در این پژوهش ۶۱ بیمار مبتلا، از نظر رفتارهای پرخطر و ادراک مرتبط با بیماری، مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج پژوهش نشان داد که بیماران مورد بررسی، چند نوع رفتار پرخطر را تجربه کرده بودند. این رفتارها به صورت ذیل طبقه‌بندی شدند:

تعدد رفتارهای پرخطر، عدم استفاده از وسایل حفاظتی و پنهان نگه‌داشتن بیماری. همچنین در مورد ادراکات، بی‌اطلاعی از بیماری ایدز قبل از تشخیص و درک نادرست از راه‌های ابتلا از موارد دیگر حاصل از مطالعه بود.

● بخش ادراک

مشارکت‌کنندگان، درک نادرستی نسبت به بیماری، راه‌های ابتلا، انتقال و پیشگیری از آن داشتند. این ادراکات در زندگی آن‌ها عجین شده بود و در مواردی مانع فعالیت خانوادگی و اجتماعی بیماران می‌شد. به باورهای اجتماعی و اخلاقی جامعه نزدیک بوده و به نظر می‌رسد این درک، متأثر از کل جامعه و عوامل فرهنگی مشتق از آن است اما می‌تواند راهنمای مناسبی برای

تدوین یک الگوی پیشگیری از ایدز باشد. مطابق نتایج این مطالعه، آموزش به صورت مشاوره فردی، تأثیر زیادی روی کاهش رفتارهای پرخطر بیماران دارد.

مطالعات انجام شده در دیگر نقاط جهان نیز بر اهمیت مداخلات رفتاری و آموزش رفتارهای ارتقادهنده سلامت به این بیماران تأکید می‌کند (۱۸-۱۶). همچنین بر اهمیت تأثیر مداخلات روانشناسی بر تأمین منابع روانی مثبت و کاهش عوارض منفی بیماری تأکید شده است (۱۹). بیماران مورد بررسی نسبت به اطلاع‌رسانی ضعیف در مورد اماکن آموزشی مرتبط با بیماری شکایت داشتند و تعدادی از آن‌ها خود به دیگران آموزش می‌دادند. از این مسأله می‌توان به عنوان یک فرصت برای آموزش دیگر افراد جامعه استفاده نمود.

تاکنون در ایران مطالعه کیفی بر روی ادراک و نگرش بیماران مبتلا به ایدز انجام نشده اما مطالعات کمی در اقشار مختلف انجام شده و بر اهمیت آموزش و تبلیغ در مورد بیماری، تأکید و برکافی نبودن سطح ادراک، آگاهی و نگرش عموم جامعه اشاره کرده‌اند (۲۲-۲۰). در مطالعه مولوی و همکاران، بر ارائه خدمات جامعه‌نگر و مدل‌های مراقبتی چندجانبه در کنار مداخلات طبی، با هدف ارتقای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران ایدز تأکید شده است (۲۳). این یافته‌ها مشابه نتایج مطالعه حاضر است. این بیماران از راه اصلی انتقال بیماری اطلاع نداشتند و در هر حال به ابتلا از راه رابطه جنسی اشاره نمی‌کردند. به نظر می‌رسد ذکر راه‌های غیرمعمول انتقال، به علت ننگ و عار بیماری و روابط پرخطر جنسی در جامعه ما است. چرا که در جامعه ما موضوعات مربوط

بیماری به جداسدن کامل فرد بیمار از دیگران می‌انجامد (۲۷). مطالعه‌ای در آفریقای جنوبی بر اهمیت گنجاندن آموزش خوداظهاری بیماری و ذکر اهمیت خوداظهاری بر رفتار جنسی سالم تأکید می‌کند (۲۸). بی‌اطلاعی اعضای خانواده از بیماری، مسأله حمایت اجتماعی ناکافی را برای بیماران به دنبال دارد و به‌عنوان مانعی در مقابل اقدامات پیشگیری از بیماری عمل می‌کند. یک رویکرد مهم در کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز بیماران، مصاحبه انگیزشی^۲ (MI) است. این روش، یک نوع مشاوره مستقیم بدون قضاوت و مددجو محور است و به‌خصوص در مورد بیماران با سابقه مصرف مواد مخدر، مؤثر بوده است (۲۹). تمرکز این مشاوره‌ها باید به‌خصوص روی بیماران مبتلایی باشد که مصرف‌کننده تزریقی نیز هستند، چرا که این افراد بیشتر در معرض رفتارهای جنسی پرخطر و تزریق مواد قرار دارند (۳۰). با توجه به این که در کشور ما بیشترین راه انتقال بیماری از راه تزریق مواد مخدر است و بیشتر بیماران مبتلا به ایدز، معتادان تزریقی هستند، این روش مشاوره می‌تواند کارآمد باشد (۳۱).

با وجود موارد ذکرشده، باید آموزش خوداظهاری بیماری در کشور با ظرفیت‌سازی بیماران و از طریق مصاحبه انگیزشی صورت گیرد. مطالعه‌ای بر لزوم تلفیق برنامه‌های کاهش ننگ و عار در برنامه‌های آموزشی ایدز تأکید می‌کند (۳۲). به‌نظر می‌رسد تلفیق رویکردهای پیشگیری با تئوری‌های تغییر رفتار و تئوری‌های انگیزشی با افزایش ظرفیت جامعه بتواند موفق‌تر عمل نماید.

به رابطه جنسی به‌عنوان تابو تلقی می‌شود (۲۴). از سویی، دلیل ذکر تعدد عوامل ابتلا را می‌توان به سوء برداشت‌های مشارکت‌کنندگان از سخنان مشاورین یا پزشکان در مورد راه‌های مختلف ابتلا نسبت داد. همچنین با وجود بیماران بدون رفتارهای پرخطر، بررسی بیشتر در زمینه چگونگی ابتلای بیماران ایرانی، ضروری به‌نظر می‌رسد.

● بخش رفتارها

نگرانی از فاش شدن بیماری، یکی از دغدغه‌های اصلی مشارکت‌کنندگان بود که در مواردی به پنهان نگه‌داشتن بیماری از دید خانواده و پرسنل پزشکی منجر شده بود. درک ننگ و تبعیض می‌تواند منجر به افزایش ترس از فاش‌سازی در بیماران شود (۲۵). بنابراین پنهان نگه‌داشتن بیماری در این مطالعه به دلایل فردی و اجتماعی اتفاق افتاده است و ریشه در ننگ^۱ بیماری ایدز دارد. ننگ، مفهومی وسیع و چند بعدی است که محور آن به انحراف از هنجار بر می‌گردد. شخصی که این برچسب را خورده، احساس متفاوت بودن از مقوله "بهنجار" را دارد (۲۶).

این بیماری، چهار مشخصه دارد که میزان ننگ را در آن افزایش می‌دهد. اول اینکه در این بیماری فرد، مسئول بیماری خود است، چراکه راه‌های انتقال بیماری رفتارهایی است که اجتناب‌پذیر و اختیاری است. همچنین ایدز، بیماری است که غیرقابل تغییر و کشنده است. سومین مسأله، سرایت بیماری که بیشترین میزان ننگ به آن وابسته است و در نهایت این که در مراحل پیشرفته

جنسی با افراد بیگانه در طی مسافرت از کاندوم استفاده نکرده بودند (۳۷). با توجه به مشکلات مربوط به خودگزارش دهی، باید در تفسیر و تعمیم نتایج این مطالعات محطاط بود. در این مطالعات باید محدودیت چنین مطالعاتی در بیان واقعیات مدنظر باشد. در مطالعه مقطعی که در سائوپاولو برزیل انجام شد، میزان استفاده از کاندوم در بیماران، قبل از تشخیص بیماری ۲۲/۶-۳۴/۷ درصد بوده است. بیشتر بیماران مورد بررسی در این مطالعه خود را در معرض خطر بیماری نمی دانستند. مانند مطالعه حاضر، قبل از تشخیص بیماری، میزان استفاده از کاندوم اندک بود (۳۸). بنابراین مسأله تشخیص زودرس می تواند مانع تداوم رفتارهای پرخطر در این بیماران گردد. بنابراین باید افراد در معرض خطر، تشویق گردند تا از نظر بیماری آزمایش شوند و این خود یکی از راه کارهای پیشگیری از بیماری است. سه راه کار برای کنترل بیماری وجود دارد که عبارت از پیشگیری، مراقبت و تحقیق است (۳۹). امید است کشور ما در هر سه عرصه با موفقیت گام بردارد. گرچه محققین، تمام تلاش خود را برای افزایش استحکام مطالعه به کار گرفتند، اما مطالعه حاضر دارای محدودیت هایی است. اولین محدودیت به نوع مطالعه برمی گردد. مطالعه حاضر از محدودیت های موجود در مطالعات کیفی مبرا نیست. یکی دیگر از محدودیت ها، محدود بودن حجم نمونه است. همچنین مشکلات فرهنگی مربوط به خودگزارش دهی از دیگر محدودیت های این مطالعه است. لازم است این محدودیت ها در تفسیر نتایج، مورد توجه قرار گیرد.

بر اساس مطالعات صورت گرفته در دنیا، رفتارهای مخاطره آمیز جنسی در افراد مبتلا به ایدز، همچنان ادامه دارد و شرکای جنسی آنها و خود این افراد را در معرض HIV و دیگر بیماری های مقاربتی قرار می دهد (۳۳)، همچنین مصرف مواد مخدر و الکل در این بیماران شایع است (۳۴). بیشتر بیماران، رفتارهای پرخطر قبل از ابتلا را متذکر می شدند و بیان می کردند که بعد از ابتلا، رفتارهای پرخطر خود را ترک نموده اند. اظهار ندامت در گفته های این بیماران بارز بود. با این وجود چون بیشتر مجرد بودند، در صورت تداوم رفتارهای پرخطر، امکان دارد بیماری را به دیگر افراد جامعه سرایت دهند. به دلیل آن که بیماری از طریق رفتارهای مخاطره آمیز گسترش می یابد و با ایمن سازی قابل کنترل نیست، استراتژی های تغییر رفتار، بهترین روش در دسترس برای پیشگیری از انتشار آن است (۳۵). با توجه به این که رفتارهای پرخطر به طور پنهانی صورت می گیرد، از میزان این رفتارها در بیماران و دیگر افراد جامعه، اطلاعی در دست نیست. این مسأله، کنترل رفتارهای پرخطر را با چالش مواجه می کند. با توجه به محدودیت های فرهنگی موجود در زمینه کسب اطلاعات در مورد رفتارهای مخاطره آمیز بیماران و عموم افراد جامعه، مقایسه این داده ها تنها با گزارش های داخل کشور امکان پذیر است. در مطالعه مسعودی و فرهادی، بیشتر بیماران در روابط جنسی خود، همیشه از کاندوم استفاده می کردند و هنگامی که امکان انتقال آلودگی به دیگران وجود داشت مشکل خود را گوش زد می نمودند (۳۶). همچنین در مطالعه ضاربان و همکاران بر روی ملوانان چابهار، بیشتر آنها در برقراری رابطه

نتیجه گیری

با افزایش موارد بیماری و با توجه به جوان بودن بیماران مبتلا و احتمال تداوم رفتارهای پرخطر، در صورت عدم مداخله آموزشی، احتمال گسترش بیماری در کشور بیشتر خواهد بود. بنابراین باید برنامه‌های آموزشی مناسب بیماران با استفاده از نتایج نیازسنجی آموزشی، طراحی و اجرا گردد. این آموزش‌ها باید با تأکید بر ظرفیت‌سازی بیماران در مواجهه با مسایل خاص و ننگ و عار بیماری و چگونگی افشای بیماری به همسر خود و از طریق مشاوره فردی به صورت مصاحبه انگیزشی صورت گیرد. در این مشاوره‌ها باید خطر انتقال بیماری به دیگران را ذکر نموده و بر لزوم استفاده از وسایل حفاظتی و کاندوم تأکید نمود. همچنین افزایش مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری ایدز و مشاوره اعضای خانواده این بیماران، برای حمایت اجتماعی و آموزشی از آنها توصیه می‌شود.

با تداوم آموزش‌های خاص بیماران، مشاوره افراد دارای رفتارهای پرخطر و آموزش‌های خاص برای جوانان و نوجوانان با تأکید بر اصول مذهبی، می‌توان بستر مناسبی را برای اجرای برنامه‌های آموزشی ایدز فراهم نمود. از سویی، مشارکت این بیماران در برنامه‌های آموزشی، کاهش خطر انتقال بیماری و کاهش حس انزوای آن‌ها را به همراه دارد. در نهایت، تدوین برنامه‌های آموزشی و الگوهای بومی جامعه ایرانی برای آموزش بیماران و افراد در معرض خطر با استفاده از تحقیقات کیفی پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از تمام کارکنان زحمت‌کش مرکز مشاوره کلینیک غرب و بیمارستان امام خمینی و اساتید عفونی، جناب آقای دکتر عمادی و سرکار خانم دکتر حاج عبدالباقی و دیگر اساتید تشکر می‌کنند.

References:

1. UNAIDS. Uniting the world against [Cited 19 May 2009]. Available at URL:[http:// www.unaids.org](http://www.unaids.org).
2. Villarruel AM, Gallegos EC, Cherry CJ, Refugio de Duran M. La uniendo de fronteras: Collaboration to Develop HIV Prevention Strategies for Mexican and Latino Youth. *J Transcult Nurs* 2003; 14(3): 193-206.
3. Ministry of Health and Medical Education. Center control disease. [Report of activity about HIV/AIDS in Iran (Persian)]. Tehran; Seda publication 1385;2-5.
4. United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization (UNAIDS) .2006 Report on the Global AIDS Epidemic. Annex 1:Country profiles; 2006 update.
5. Abdul- karim SS, Abdul-karim Q. Global epidemiology HIV –AIDS. *Infect Dis Clin N Am* 2007; 21:1-17.
6. Gheiratmand R, Navipour R, Mohebbi MR, Mallik AK. Uncertainty on the number of HIV/AIDS patients: our experience in Iran. *Sex Transm Infect* 2005; 81(3):279-80.
7. Barta WD, Portnoy DB, Kiene SM, Tennen H, Abu-Hasaballah KS, Ferrer R. A daily process investigation of Alcohol-involved sexual risk behavior among economically disadvantaged problem drinkers living with HIV/AIDS. *AIDS Behav* 2008; 12(5):729-40.
8. Plowden KO, Fletcher A, Miller JL. Factors Influencing HIV-Risk behaviors among HIV-Positive Urban African American. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2005; 16(1):21-8.
9. Zekan S, Novotny TE, Begovac J. Unsafe sexual behavior among HIV-infected patients in Croatia 2006: prevalence and associated factors. *AIDS Behav* 2008; 12(4 Suppl):S86-92.
10. Krebs CP. High-risk HIV transmission behavior in prison and the prison subculture. *PJ* 2002; 82(1): 19-49.
11. Akpaka O. Qualitative research on education and HIV/AIDS. *Module 3;(3): 89-212*.
12. MacQueen KM. Introduction: enriching facts and figures family health international(FHI) Network 2002; 22 (2). [Cited 19 may 2009]. Available at URL:http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/Network/v22_2/NWvol22-2qualresrch.htm.
13. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 2006; 3: 77. [Cited 19 may 2009].available at: URL:http://www.QualResearchPsych.com/_/101/.
14. Marshall Martin N. Sampling for qualitative research. *Fam Pract* 1996; 13 (6) :522-5.
15. Guba EG, and Lincoln, Y S. *Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*; San Francisco, CA:Jossey-Bass : 1981:24-5.
16. Janssen RS, Holtgrave DR, Valdiserri RO, Shepherd M, Gayle HD, De Cock KM. The serostatus approach to fighting the HIV epidemic: prevention strategies for infected individuals. *Am J Public Health* 2001; 91(7):1019-24.
17. Margolin A, Avants SK, Warburton LA, Hawkins KA, Shi J. A randomized clinical trial of a manual-guided risk reduction intervention for HIV-positive injection drug users. *Health Psychol* 2003; 22(2):223-8.
18. Crepaz N, Marks G. Towards an understanding of sexual risk behavior in people living with HIV: a review of social, psychological, and medical findings. *AIDS* 2002; 16(2):135-49.
19. Carrico AW, Chesney MA, Johnson MO, Morin SF, Neilands TB, Remien RH, et al. Randomized Controlled Trial of a Cognitive-Behavioral Intervention for HIV-Positive Persons: An Investigation of Treatment Effects on Psychosocial Adjustment. *AIDS Behav* 2008 15. [Epub ahead of print].
20. Borzouei T, Jalalvandi M. [A comparative study of the effect of lecturing and poster presentation about HIV/AIDS on the Knowledge and Attitude of students (Persian)]. *Q J Nurs* 2006; 19(47):7-15
21. Jafari F, Kholdin N, Falale N, Mahmoudpour A. [factor related Knowledge and a attitude about AIDS (persian)]. *Daneshvar Med* 2007; 14(68):1-8.
22. Poursheykhaian M, Kazennajad E [Knowledge and Attitude of lab staff towards AIDS in Gilan (persian)]. *Feyz* 2004; 8(29):66-72.
23. Nojomi M, Anbary K, Ranjbar M. Health-related quality of life in patients with HIV/AIDS. *Arch Iran Med* 2008; 11(6):608-12.
24. Kalkhoran S, Hale L. AIDS education in an Islamic nation: content analysis of Farsi-language AIDS-education materials in Iran. *Promot Educ* 2008; 15(3):21-5.
25. Swaans K, Broerse J, Meincke M, Mudhara M, Bunders J. Promoting food security and well-being among poor and HIV/AIDS affected households: lessons from an interactive and integrated approach. *Eval Program Plann* 2009; 32(1):31-42.
26. Surlis S, Hyde A. HIV-positive patient's experiences of stigma during hospitalization. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2001; 12(6):68-77.
27. Lee RS, Kochman A, Sikkema KJ. Internalized stigma among people living with HIV-AIDS. *AIDS and Behavior* 2002; 6(4): 309-319.
28. Olley BO, Seedat S, Stein DJ. Self-disclosure of HIV serostatus in recently diagnosed patients with HIV in South Africa. *Afr J Reprod Health* 2004; 8(2):71-6.

29. Golin CE, Patel S, Tiller K, Quinlivan EB, Grodensky CA, Boland M. Start Talking About Risks: development of a Motivational Interviewing-based safer sex program for people living with HIV. *AIDS Behav* 2007; 11(5):S72-83.
30. Wilkinson JD, Zhao W, Santibanez S, Arnsten J, Knowlton A, Gómez CA, et al. Providers' HIV prevention discussions with HIV-seropositive injection drug users. *AIDS Behav* 2006; 10(6):699-705.
31. Montazeri A. AIDS knowledge and attitudes in Iran: results from a population-based survey in Tehran. *Patient Educ Couns* 2005; 57(2):199-203.
32. Andrewin A, Chien LY. Stigmatization of patients with HIV/AIDS among doctors and nurses in Belize. *AIDS Patient Care STDS* 2008; 22(11):897-906.
33. Kalichman SC, Rompa D, Cage M, DiFonzo K, Simpson D, Austin J, et al. Effectiveness of an intervention to reduce HIV transmission risks in HIV-positive people. *Am J Prev Med* 2001; 21(2):84-92.
34. Pence BW, Thielman NM, Whetten K, Ostermann J, Kumar V, Mugavero MJ. Coping strategies and patterns of alcohol and drug use among HIV-infected patients in the United States Southeast. *AIDS Patient Care STDS* 2008; 22(11):869-77.
35. James A. Swartz, Arthur J. Lurigio, Dana Aron Weiner. Programming correlates of HIV-risk behaviors among prison inmates: implications for tailored aids prevention. *Prison J* 2004; 84: 486-504.
36. Masodi M, Farhadi A [Family social support from HIV/AIDS patients (persian)]. *Yafteh* 2005;7(3-4):43-7.
37. Zareban I, Heydarnia AR, Rakhshani F, Jabbaribirami H, Abdollahi MA. [Efficacy of aids prevention training program on knowledge, attitude and practice of Chabahar sailors, IRAN (persian)]. *Tabibe-Shargh* 2006; 8(1):29-36.
38. Filipe EM, Batistella E, Pine A, Santos NJ, Paiva V, Segurado A, et al. Orientation, use of drugs and risk perception among HIV-positive men in São Paulo, Brazil. *Int J STD AIDS* 2005; 16(1):56-60.
39. Ben-Zur H, Breznitz S, Wardi N, Berzon Y. Denial of HIV/AIDS and preventive behaviour among Israeli adolescents. *J Adolesc* 2000; 23(2):157-74.