Explaining risky and unprotected sexual behaviors among young people and related reasons: A qualitative study

Hashemiparast M.S., PhD[1], Sedigian M., BS[2], AsghariJafarabadi M., [3], Allahverdipour H., PhD[4]
1. Assistant Professor, Public Health Department, Maragheh University of Medical Sciences, Maragheh, Iran.
2. Department of Health Education & Promotion, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.
3. Medical Education Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.
4. Research center of psychiatry and behavioral sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
(Corresponding Author), Tel:+98-41-33344731, allahverdipourh@tbzmed.ac.ir

ABSTRACT

Background and Aim: Risky and unprotected sexual behaviors are among the health threatening factors which can increase the risk of transmission of HIV/AIDS and hepatitis especially in young people. This qualitative study aimed to explore the reasons of unprotected sexual behaviors among young people, based on low self-control characteristics.

Materials and Methods: The study was designed as a qualitative content analysis. Eleven individuals who had unprotected sexual contact were selected by purposeful sampling method. Data were collected by semi-structured interviews and analyzed concurrently.

Results: According to the results of this study impellent belief about risky sexual behavior, barriers to condom use and lack of knowledge were cited by the participants as the main reasons beyond the risky and unprotected sexual behaviors.

Conclusion: Adoption of the safe and protected sexual behaviors is dependent on reinforcement of the beliefs, perceptions and attitudes towards sexually transmitted disease (STD) and effectiveness of preventive behaviors.

Key words: Unprotected sexual behaviors, Young people, Qualitative study
Received: Jan 9, 2017 **Accepted:** May 13, 2017

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22102/22.4.111]

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان / دوره بیست و دوم / مهر و آبان ۱۳۹۶ /۱۲۴-۱۱۱

تبیین رفتارهای پرخطر و محافظت نشده جنسی جوانان و دلایل مرتبط با آن: یک مطالعه کیفی

مینا سادات هاشمی‌پرست[۱]، مریم صدیقیان[۲]، محمد اصغری جعفر آبادی[۳]، حمید اله‌وردی‌پور[۴]

۱. استادیارگروه بهداشت عمومی، دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مراغه، مراغه، ایران

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاءسلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

۳. مرکز تحقیقات آموزش پزشکی ، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

۴. استاد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و روانپزشکی، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (مولف مسوول)، تلفن ثابت:۳۳۳۴۴۷۳۱-۰۴۱، allahverdipourh@tbzmed.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: رفتارهای پرخطر و محافظت نشده جنسی به عنوان یکی از عوامل تهدیدکننده‌ی سلامت،سبب انتقال بیماری‌های مقاربتی نظیر HIV/AIDS و هپاتیت در میان افراد جامعه و به ویژه جوانان می‌گردد. لذا مطالعه حاضر به تبیین دلایل انجام رفتارهای پرخطر و محافظت نشده‌ی جنسی جوانان با ویژگی خودکنترلی پایین پرداخته است.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی است که با رویکرد تحلیل محتوای قراردادی انجام شده است. مشارکت کنندگان یازده نفر از جوانان دارای تجربه تماس‌های جنسی محافظت نشده و با ویژگی خودکنترلی پایین بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف دعوت به شرکت در مطالعه شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته، گردآوری و به طور همزمان تحلیل شد.

یافته ها: بر اساس تحلیل داده‌ها، جوانان دلایل متعددی را در توضیح تماس‌های جنسی محافظت نشده خود اظهار کردند که در سه طبقه اصلی شامل "باورهای سوق دهنده‌ی رفتار جنسی پرخطر"، "بازدارنده‌های استفاده از کاندوم"، "نقصان آگاهی" و زیرطبقات مرتبط با هر یک دسته‌بندی شده است.

نتیجه گیری: اتخاذ رفتارهای محافظت کننده جنسی در جوانان منوط به تقویت باورها و ادراکات آنان در خصوص احتمال ابتلا به بیماری‌های منتقله از طریق تماس جنسی محافظت نشده و اثر بخشی رفتارهای پیشگیرانه می‌باشد.

کلید واژه ها: رفتار محافظت نشده جنسی، جوانان، مطالعه کیفی

وصول مقاله:۹۵/۱۰/۲۰ اصلاحیه نهایی:۹۶/۱/۱۵ پذیرش:۹۶/۲/۲۳

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22102/22.4.111]

مقدمه

در سال‌های اخیر جامعه ایرانی با تغییرات تدریجی در ارزش‌های سنّتی حاکم بر جامعه مواجه بوده است که این تغییرات تبعات اجتماعی متعددی بر رفتارهای جوانان داشته است. یکی از این تبعات، افزایش سن ازدواج جوانان به ویژه در شهرهای بزرگ است (۱). از آن‌جایی که ازدواج در ایران تنها راه مشروع ارضای نیازهای جنسی می‌باشد، به تأخیر افتادن این پدیده باعث پیدایش الگوی جدیدی از رفتار تحت عنوان روابط جنسی پیش از ازدواج شده که در پاسخ به نیازهای درونی ارضاء نشده شکل گرفته است (۲).

پژوهش‌های اخیر، حاکی از افزایش روابط جنسی پیش از ازدواج در ایران است که خود پیامد افزایش فاصله‌ی بین سن بلوغ و سن ازدواج در بین جوانان می‌باشد (۳). از سوی دیگر گسترش این نوع روابط، جوانان را با رفتارهای پرخطر و محافظت نشده جنسی به عنوان یکی از عوامل تهدیدکننده‌ی سلامت آنان مواجه ساخته است. سازمان ملی جوانان در مطالعه‌ای بر روی جوانان ۲۹ -۱۸ سال که تجربه تماس جنسی پیش از ازدواج داشته‌اند نشان داد که فقط ۴۰ درصد از آنان در تماس‌های جنسی خود از کاندوم استفاده نموده‌اند و به دلیل اهمیت حفظ بکارت در برخی دختران، روابط جنسی مقعدی جایگزینی برای روابط جنسی واژینال شده است (۴). پیامد خطرناک این‌گونه رفتارها، افزایش چشمگیر بیماری‌های مقاربتی نظیر اچ.آی.وی/ ایدز در میان افراد جامعه و به ویژه جوانان است (۵). براساس آمار جمع‌آوری شده از دانشگاه‌های علوم‌پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور، تا فروردین ماه سال ۲۹،۱۳۹۴ هزار و ۴۱۴ نفر مبتلا به HIV/AIDS در کشور شناسایی شده‌اند که ۸۸ درصد آنان را مردان و ۱۲ درصد را زنان تشکیل می‌دهند(۶) . درحال حاضر با توجه به شواهد موجود، الگوی انتقال ویروس HIV در ایران از اعتیاد تزریقی به سمت روابط جنسی پرخطر و محافظت نشده در حال تغییر است که گسترش روابط جنسی پرخطر و محافظت نشده در این سنین عاملی برای آغاز شکل‌گیری موج سوم ایدز در ایران به شمار می‌آید (۷). مروری بر اپیدمیولوژی این بیماری در ایران نیز نشان می‌دهد که بیش‌ترین موارد آلودگی به ویروس HIV (۴۶/۱ درصد) مربوط به گروه‌های سنی ۳۴-۲۵ سال است که هشداری جدّی برای متولیان عرصه سلامت به شمار می‌رود (۸).

از سوی دیگر ریسک پذیری و باور آسیب ناپذیر بودن به عنوان یک ویژگی غیر قابل انکار در جوانان آنان را در معرض تهدید بیش‌تری قرار می‌دهد. در صورتی که این باور با درک خطر و سطح خود کنترلی پایین همراه گردد اتخاذ رفتارهای پرخطر تهدید کننده‌ی سلامت به ویژه رفتارهای پرخطر جنسی از سوی جوانان افزایش خواهد داشت (۹). مطالعات در زمینه رفتارهای پرخطر جنسی جوانان حاکی از آن است که جوانان علیرغم درگیری در روابط جنسی پر خطر و محافظت نشده، خود را در معرض خطر نمی‌دانند و پیامدهای خطرناک بیماری را انکار می‌کنند که این باور آنان را بیش از پیش در معرض خطر قرار می‌دهد (۱۱و۱۰).

علاوه بر باور آسیب ناپذیری، ویژگی یا مهارت خود کنترلی نیز می‌تواند به عنوان عاملی مهم در محافظت یا گرایش جوانان به انجام رفتارهای پر خطر و انحرافی باشد (۱۲). بر اساس تئوری عمومی جرم، خود کنترلی با رفتارهای پرخطر نظیر مصرف سیگار، الکل و روابط جنسی پر خطر ارتباط دارد. در این تئوری، خود کنترلی کم با ریسک پذیری بالا و قدرت پیش بینی کنندگی پایین رابطه دارد (۱۳).در مطالعه ی لانگرنج و همکاران (۱۹۹۹) نیز مشخص گردید که میان خودکنترلی و بزهکاری رابطه‌ی قوی وجود دارد (۱۴).

با توجه به ساختار جوان جمعیت کشور و اهمیت حفظ سلامت جوانان به عنوان نیروهای فعال در عرصه های اجتماعی و اقتصادی، لزوم شناسایی ریشه های رفتار پرخطر

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22102/22.4.111]

جنسی در این گروه سنی بیش‌تر است. از سوی دیگر، در بررسی پدیده‌ی پیچیده ای چون رفتارهای جنسی پرخطر، پژوهش کمّی از فهم بستر اجتماعی که رفتار افراد در آن شکل می‌گیرد ناتوان است و استفاده از مطالعات عمیق در حوزه رفتارهای جنسی مخاطره‌آمیز می‌تواند به آشکار شدن درون مایه‌ها و مضامین اصلی موجود در تجارب جوانانی که دارای رفتارهای پرخطر جنسی بوده اند کمک کند. هم چنین با در نظر گرفتن این موضوع که روابط پرخطر جنسی می تواند بسته به عوامل مرتبط با سن،جنسیت، فرهنگ و بستر اجتماعی معانی مختلفی داشته باشد، مطالعه کیفی غنا و پیچیدگی تجارب ذهنی را دربستر اجتماعی بیشتر توضیح می دهد.

از سوی دیگر، خلأ مطالعات به دلیل تابو بودن روابط جنسی پیش از ازدواج نیز سبب شده تا آموزش دهندگان سلامت از درک پیچیدگی‌های مربوط به این واقعیت اجتماعی غافل مانده و دلایل پنهان شکل‌گیری این رفتار را درنیابند؛ لذا مطالعه حاضر به منظور تبیین دلایل انجام رفتارهای پرخطر و محافظت نشده‌ی جنسی جوانان با ویژگی خود کنترلی پایین و با رویکرد کیفی انجام شده است تا از این طریق بتواند به فهمی عمیق‌تر از لایه‌های پنهان رفتار دست یابد.

روش بررسی

پژوهش حاضر بخشی از یک مطالعه ترکیبی توضیحی متوالی است که مرحله کیفی آن با استفاده از رویکرد تحلیل محتوای قراردادی، در استان زنجان و درسال های ۹۵-۱۳۹۴ انجام شده است. این مطالعه به تبیین دلایل انجام رفتارهای جنسی محافظت نشده‌ی جوانان با ویژگی خود کنترلی پایین پرداخته است. مشارکت‌کنندگان پژوهش، ۱۱ نفر از جوانان دارای تجربه تماس‌های جنسی محافظت نشده بودند(۴ دختر و ۷ پسر) که در مرحله کمّی مطالعه شرکت کرده و بر اساس پرسشنامه خودکنترلی (گیبسون و رایت)،میانگین نمره خودکنترلی پایین در تماس‌های جنسی خود داشتند. برای انتخاب مشارکت‌کنندگان از روش نمونه‌گیری هدفمند و از نوع حداکثر تنوع در متغیرهای زمینه‌ای شامل سن و جنسیت استفاده شد تا توصیف جامع-تری از تجارب و باورهای آنان به دست آید.

به منظور گردآوری اطلاعات با توجه به حساسیت موضوع، از مصاحبه های نیمه ساختاریافته انفرادی استفاده شده است. در طی مصاحبه‌ها که توسط نویسنده اول مقاله انجام شده است، از مشارکت کنندگان درخواست می شد تا در مورد تجاربشان در زمینه روابط جنسی و نیز استفاده از وسایل محافظتی نظیر کاندوم صحبت کنند. برخی از این سؤالات عبارت بودند از: "لطفا در مورد روش هایی که برای محافظت از خودتان در حین رابطه جنسی به کار می برید صحبت کنید"، "چه چیزی باعث می شود نتوانید در رابطه جنسی خود از وسایلی نظیر کاندوم استفاده کنید". جریان مصاحبه با استفاده از سؤالات تکمیلی و مبتنی بر پاسخ های مشارکت‌کنندگان ادامه می‌یافت وسوالاتی نظیر "لطفا در این مورد بیش تر توضیح بدهید" به عنوان سوالات عمق دهنده و اکتشافی (Probing questions) پرسیده می‌شد.

در این پژوهش زمان و مکان مصاحبه براساس توافق بین محقق و مشارکت‌کننده، محلی که برای مشارکت‌کننده راحت‌تر بود انتخاب شد؛ لذا مصاحبه‌ها در مکان‌هایی نظیر پارک های عمومی شهر، کافی شاپ، کتابخانه یا محوطه دانشگاه انجام شده است. با توجه به حساسیت موضوع، تعدادی از مشارکت‌کنندگان که به شرکت در مطالعه به صورت حضوری تمایلی نداشتند با توافق خودشان به صورت تلفنی به همکاری در مصاحبه پرداختند. مدت زمان مصاحبه‌ها با توجه به تمایل جوانان برای صحبت در مورد تجاربشان از ۳۰ تا ۶۰ دقیقه متغیر بود. هر مصاحبه با کسب اجازه از مشارکت‌کنندگان، ضبط و سپس کلمه به کلمه پیاده شد. مصاحبه‌ها به‌طور همزمان با تحلیل انجام می‌شد، به طوری که هر مصاحبه جهت مصاحب بعدی را تعیین می

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22102/22.4.111]

کرد. مصاحبه و جمع آوری اطلاعات تا اشباع داده‌ها و زمانی که هیچ داده جدید یا معناداری پدیدار نگردد ادامه یافت. همچنین به منظور رفع برخی ابهامات و اشباع طبقات، تعدادی مصاحبه تکمیلی با مشارکت‌کنندگانی که در ابتدای پژوهش با آنان مصاحبه شده بود نیز به عمل آمد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوای قراردادی استفاده شده است. پیش از کدگذاری، متن مصاحبه چندین بار مطالعه می شد تا درک کلی از صحبت های مشارکت کنندگان حاصل گردد. تحلیل با فرآیند کدگذاری اولیه و تخصیص کد به واحد های معنی (قطعات معنی دار مرتبط با هدف مطالعه) آغاز شد. در ادامه‌ی روند تحلیل، مطالعه مکرر کدهای استخراجی به تشخیص شباهت‌ها و تفاوت‌های بین آن‌ها و ایجاد طبقات کمک کرد. نهایتا با پیشرفت فرآیند تحلیل، ارتباط میان دسته‌ها مشخص و سپس طبقات اصلی استخراج گردید. مدیریت کدهای استخراج شده از طریق نرم افزار سازماندهی داده‌های متنی MAXQDA نسخه ۱۰ انجام شد.

برای تـأمین اعتبـار و مقبولیـت داده هـا (Credibility)، از درگیری مستمر و طولانی مدت استفاده شد؛ به طوری که این پژوهش در طول یک سال در ارتباط با جوانان صورت گرفت تا به درک بهتری از تجربیات آنان نائل گردد. به منظور افزایش اعتبار داده ها، کنترل داده ها توسط برخی از مشارکت کنندگان (Member Check) و جستجوی توافق بین اعضای تیم تحقیق (Peer review)در روندکدگذاری و تحلیل صورت گرفت. همچنین محقق تلاش کرد با استفاده از روش نمونه گیری حداکثر تنوع و انتخاب مشارکت کنندگان دارای دیدگاه‌های متفاوت، مقبولیت داده ها را افزایش دهد. برای تأیید انتقال پذیری داده ها نیز، جزئیـات روش تحقیق همراه با چگونگی شکل‌گیری طبقات اصلی شرح داده شده است.

این مطالعه حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد است که پروتکل آن در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز مورد تأیید قرار گرفته است. اخلاق پژوهش در مرحله کیفی مطالعه با محرمانه نگه داشتن تمامی اطلاعات اعم از نام مشارکت کنندگان، فایل‌های مصاحبه، نوشتارها و توضیح حق کناره‌گیری مشارکت‌کنندگان در هر مرحله از پژوهش تأمین گردید.

یافته‌ها

از ۱۱ مصاحبه انجام شده با جوانان، ۴ نفر آن‌ها زن و ۷ نفرشان مرد بودند. حداقل سن مشارکت‌کنندگان ۲۱ و حداکثر سن آنان ۲۸ سال، با میانگین سنی ۲۲/۸ سال بود. اکثر آن‌ها مجرد و دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. از نظر وضعیت اشتغال، کلیه مشارکت‌کنندگان دانشجو و در حال تحصیل بودند. در رابطه با وضعیت استفاده از کاندوم در آخرین تماس جنسی، تنها یک نفر از مردان در تماس جنسی اخیر خود از کاندوم استفاده کرده بود.

در جریان تحلیل داده ها ۵۷۰ کد اولیه استخراج گردید که در ۷ زیر طبقه و سه طبقه اصلی دسته بندی شد. در پژوهش حاضر، سه طبقه اصلی شامل باورهای سوق دهنده‌ی رفتار جنسی پرخطر، بازدارنده‌های استفاده از کاندوم و نقصان آگاهی به عنوان دلایل تماس‌های جنسی محافظت نشده دختران و پسران جوان به شرح زیر ارائه شده است (جدول ۱).

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22102/22.4.111]

جدول ۱. طبقات و زیرطبقات دلایل انجام رفتارهای جنسی محافظت نشده جوانان

طبقات اصلی	زیر طبقات	منتخبی از کدها
۱.باورهای سوق دهنده رفتار	۱،۱.آسیب ناپذیری درک شده	قوی بودن بدن مانع بروز بیماری
		مصون بودن از بیماری به خاطر مقاومت بدنی
		قابل شناسایی بودن علائم بیماری
	۲،۱.ظاهر سالم؛ معیار تشخیص بیماری	مشخص شدن بیماری از ظاهر شریک جنسی
		هیچ علامت مریضی نداره
		خیلی بهش مطمئنم
	۳،۱.اعتماد متقابل	اطمینان به خود در انتخاب شرکای جنسی سالم
		توجه داشتن شریک جنسی به سلامتی خود
۲.بازدارنده های استفاده از کاندوم	۱،۲.کاهش لذت جنسی	کمتر شدن لذت جنسی در صورت استفاده از کاندوم
		مصنوعی شدن رابطه با کاندوم
	۲،۲.عدم تمایل شریک جنسی در استفاده از کاندوم	عدم استفاده از کاندوم به خاطر شریک جنسی
	۳،۲.احساس خجالت در تهیه‌ی کاندوم	خجالت برای تهیه کاندوم
	۴،۲. فشار همسالان؛ مانعی برای مصرف کاندوم	بچه ها کاندومو سوسول بازی میدونن
		قابل درمان بودن بیماری های منتقله جنسی
۳. نقصان آگاهی	-	مستعد نبودن افراد غیر معتاد به بیماری های آمیزشی

۱. باورهای سوق دهنده‌ی رفتار جنسی پرخطر: این طبقه اشاره به عقاید و باورهای نادرستی دارد که در شکل‌گیری رفتارهای جنسی پرخطر و محافظت نشده‌ی جوانان نقش به سزایی داشته و از ۴ زیرطبقه به شرح زیر انتزاع گردیده است:

۱،۱. آسیب ناپذیری درک شده

اکثر مشارکت‌کنندگان به ویژه پسران جوان خود را در برابر ابتلا به بیماری‌های مقاربتی مصون می‌دانستند و معتقد بودند که شرایط جسمانی و نیروی بدنی آن‌ها به گونه‌ای است که هرگونه بیماری را از خود دفع می‌نماید. آن‌ها به طور اغراق آمیزی خود را مقاوم تصور کرده و هیچ ترسی از ابتلا به بیماری نداشتند.

یکی از مشارکت‌کنندگان که پسری۲۲ ساله بود می‌گفت: " *من خیلی قوی و مقاومم، هیچ اتفاقی برام نمی افته. از بچگی خیلی قوی بودم، حالا حالا هم مریض نمی شم*".

مشارکت‌کننده دیگری معتقد بود: *"به نظرم اگر آدم بدنشو تقویت کنه و قوی بشه، مریض نمیشه و نیازی به نگرانی نیست چون آدم قوی آهنو آب می کنه چه رسد به یه مریضیه کوچیک."*

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22102/22.4.111]

پسری ۲۴ ساله می‌گفت: *"من اهل این سوسول بازیا (استفاده از کاندوم) نیستم. اگه مقاومت بدن آدم بالا باشه هیچیش نمیشه. من تا الان این همه رابطه جنسی داشتم یادم نمیاد کی دکتر رفتم ،کاملا سالمه سالمم "*.

۲،۱.ظاهر سالم؛ معیار تشخیص بیماری

یکی دیگر از باورهای نادرست جوانان در خصوص بیماری‌های آمیزشی به ویژه اچ آی وی/ ایدز که آنان را به سمت تماس‌های جنسی پر خطر و محافظت نشده سوق می‌داد، باور به قابل شناسایی بودن بیماری از ظاهر افراد بود. از نظر جوانان، افراد مبتلا به اچ آی وی/ ایدز دارای نشانه‌های قابل تشخیص بوده و به‌طور حتم قابل شناسایی هستند، به طوری که با مشاهده ظاهر بیمارگونه این افراد می‌توان از آنان دوری جست و از خود در برابر ابتلا به بیماری محافظت نمود.

آقای ۲۴ ساله در این زمینه می‌گفت: *"هرکی ایدز داشته باشه مشخص می‌شه، آدم خنگ نیست که می فهمه. من شنیدم علامت داره. یه ایدزی همچین رنگ پریده و شدیدا لاغر میشه سرفه هم زیاد میکنه، میگن سرماخوردگی یا همچین علامتی داره "*.

مشارکت کننده دیگری چنین اذعان داشت: *"فکر نمی کنم اینجور که میگن کاملا بدون علامته بدون علامت باشه. نمی‌شه. من شنیدم این آدم ها خیلی ضعیف می شن. کسی که ایدز داره اصلا معلوم میکنه، از رنگ و رخش هم مشخص میشه "*.

یکی از پسران جوان گفت: *"در مورد ایدز من خوندم که طرف سرماخوردگی داره و بی حاله و ضعیف می شه و از اونجا می شه فهمید. در ضمن طرف مقابل اگه مریض باشه اصلا نمیتونه تمایلات جنسی داشته باشه "*.

۳،۱. اعتماد متقابل

یکی دیگر از باورهایی که مشارکت‌کنندگان جوان را مستعد درگیری در تماس‌های جنسی پرخطر و محافظت نشده می‌نمود، اعتماد به انجام رفتارهای سلامت محور شرکای جنسیشان بود؛ به طوری که اظهار می‌کردند شرکای جنسی آنان افرادی هستند که بهداشت فردی خود را رعایت کرده و نسبت به وضعیت سلامتیشان دقیق و حساس هستند.

مشارکت‌کننده‌ای می‌گفت: *"امکان نداره دوست من مبتلا به هر کدوم یکی از این بیماری ها باشه، خیلی سالمه هر روز ورزش میکنه خیلی به فکر خودشه اونقدر مواظبه که حتی سرما هم نمی خوره "*.

یکی از دختران جوان در این زمینه می‌گوید: *"جوونای الان خیلی سالمن مثل قدیم که نیست همه بهداشت و رعایت می کنن خیلی از وقت و پولشون را هم صرف رسیدن به سلامت خودشون میکنن "*.

پسر جوانی اذعان داشت: *" الان دیگه تو دانشگاه همه تو اینترنتن همه چی و میدونن ما که دایه بهتر از مادر نیستم. دائم دارن چکاپ میدن و تو مطب دکترهای رژیم و تغدیه هستن . بیمار بشن سریع میفهمن "*.

بیش‌تر افراد شرکت‌کننده، به توانایی و قوّه تشخیص خود در انتخاب شرکای جنسی سالم نیز اعتماد داشتند و بیان می‌کردند که با هرکسی رابطه برقرار نمی‌کنند. همچنین آنان معتقد بودند که بیماری‌های آمیزشی مختص افراد روسپی و تن فروشان خیابانی بوده و امکان ابتلا به این بیماری ها در سایر افراد بسیار نادر و حتی غیر ممکن است:

"من با هر کسی رابطه برقرار نمی کنم و با آدم حسابی ها رابطه دارم. دوست های من روسپی نیستن که هزارجور مرض داشته باشن ".

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان می‌گفت: *" آدم یک کم هم باید زرنگ باشه و بدونه که کی رو واسه دوستی انتخاب می کنه و با کی می خواد رابطه داشته باشه اگه زرنگ باشی می‌تونی دخترایی رو که سالم تر و تمیزن رو انتخاب کنی واسه دوستی و بعد که کمی باهاشون نشست و برخاست داشته باشی می‌فهمی که چه جور آدم هایی هستن و اونوقت احتیاجی به نگرانی نیست."*

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22102/22.4.111]

"الان همه با اونایی که آدم حسابی هستن رابطه برقرار میکنن. اونایی که من می بینم با معتاد جماعت و ولگردها اصلا نمی پرن. شاید هم یه عده آدم لاابالی با هم روابطی دارن که احتمالا اونا حتما از کاندوم و دارو و... استفاده میکنن".

از سوی دیگر بیش‌تر مشارکت‌کنندگان، طول مدت رابطه و مدت زمان آشنایی را دلیلی برای شناخت کافی نسبت به شریک جنسی و در نتیجه اعتماد نسبت به سلامت وی می دانستند. آنان احساس می‌کردند که نسبت به شریک خود شناخت کافی دارند و این احساس شناخت و اعتماد، زمینه ساز ورود آنان به رابطه‌ی جنسی محافظت نشده بود.

خانم ۲۱ ساله در مورد اعتماد به شریک جنسی خود چنین می گوید:

"دوست من پسر بسیار مطمئنیه و مطمئنم که هیچ بیماری نداره. اون پسر پاکیه دو ساله که اونو می شناسمش به خاطر همین بهش اطمینان دارم. خیلی پسر خوبیه. بعد یه مدت که اعتماد به وجود بیاد دیگه نیازی نیست که از کاندوم استفاده بشه".

مشارکت‌کننده دیگری می‌گفت: *" مثلا یکی که تو خیلی وقته باهاش دوستی و همه چیزش رو می دونی و بهش مطمئنی مشکلی نداره که باهاش رابطه داشته باشی وگرنه که تو نمی تونی بفهمی که اون طرف قصد و نیتش چیه، سالمه یا نه. به نظرم هیچ ایرادی نداره اگه کسی رو بشناسی باهاش رابطه داشته باشی"* .

پسری ۲۴ ساله اذعان داشت: *"الان مدت هاست که باهم دوست هستیم و رفت و آمد می کنیم و من مدت طولانی است که با او رابطه دارم و می بینم که سالمه"*.

یکی از پسران جوان معتقد بود: *"وقتی طرف مقابلتو خوب بشناسی نیازی به نگرانی نیست ،آدم می تونه راحت آدم های دیگه رو بشناسه،یکم فقط هوش می خواد که بشناسیشون بدونین آدم سالمی هستن یا نه. دیگه آدم باید خیلی گیج باشه که با رفت و آمد های مکرر طرف مقابلش رو نشناسه"*.

برخی از مشارکت‌کنندگان نیز معتقد بودند که شریک جنسی آنان با فرد دیگری به جز او رابطه‌ی جنسی ندارد یا اولین رابطه‌ی جنسی خود را با آنان تجربه کرده است؛ لذا اعتماد متقابل به وفاداری شریک جنسی به ویژه در دختران جوانی که با دوست خود ارتباط طولانی و ثابتی داشتند مهم ترین دلیل برای عدم استفاده از کاندوم در تماس‌های جنسی عنوان شد.

دختری ۲۲ ساله اذعان داشت: *"با کسی جز من رابطه نداره، خیلی بهش مطمئنم. ۷ ساله که اونو می شناسم و فقط با من رابطه داره. امکان نداره که او آلوده به بیماری ایدز باشه. ایدز مال اونایی که هر روز با یکی هستن"*.

مشارکت کننده دیگری می‌گفت: *"بعد از این‌که دیدم تو رابطه‌ی اولم، دوست پسرم با دختر دیگه‌ای هم دوسته، همیشه یه حس ترس داشتم تا این‌که رفتم و آزمایش دادم و مطمئن شدم که سالم هستم ولی الان نگران سالم بودن دوستم نیستم به من میگه که با دختر دیگه ای که دوست بوده رابطه ای نداشته و فقط با من رابطه جنسی داره"*.

۲. بازدارنده‌های استفاده از کاندوم

یکی دیگر از دلایلی که مشارکت‌کنندگان در توضیح تماس‌های جنسی محافظت نشده خود به آن اشاره نمودند موانع و چالش‌های استفاده از کاندوم به عنوان وسیله‌ای برای پیشگیری از بیماری بود که در مطالعه حاضر تحت عنوان بازدارنده‌های استفاده از کاندوم از آن یاد شده است و به شرح زیر است:

۱,۲.کاهش لذت جنسی

به بیان مشارکت‌کنندگان، مهم‌ترین مانع در استفاده از کاندوم کاهش لذت جنسی در حین برقراری رابطه‌ی جنسی بود. جوانان اظهار داشتند که رابطه‌ی جنسی با استفاده ازکاندوم سبب مصنوعی شدن رابطه و خروج آن از حالت طبیعی می‌شود؛ به طوری که یکی از مشارکت کنندگان

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22102/22.4.111]

اذعان داشت: *" از کاندوم خوشم نمیاد یه جوری حالت طبیعی ارتباط جنسی رو بهم می زنه."*

پسر جوان ۲۴ ساله در این زمینه می گوید: *" من احساس می کنم که با کاندوم اون حس لذت رو نمی تونم تجربه کنم، لذتش کم تر میشه. به نظرم مصنوعی میشه "*.

۲،۲. عدم تمایل شریک جنسی در استفاده از کاندوم

برخی از مشارکت‌کنندگان تمایلات شریک جنسی خود را برای استفاده از کاندوم در اولویت قرار می‌دادند:

"اوایل دوستم همیشه از کاندوم استفاده می کرد خیلی هم نگران حاملگی و مریضی‌های جورباجور بود ولی بعدا که دوستم گفت کاندوم رو دوست نداره و باهاش اذیت می شه دیگه از کاندوم استفاده نمی‌کنیم".

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان که دختری ۲۸ ساله بود می گفت:

"من و دوستم هیچ کدوم از کاندوم خوشمون نمیاد، با هاش راحت نیستیم، اذیت میشیم به خاطر همین دیگه از کاندوم استفاده نمی کنیم ".

خانمی ۲۱ ساله می گفت: *"توی رابطه اگه یه پسری دوست نداشته باشه که از کاندوم استفاده کنه، یه دختر به هیچ وجه نمی تونه مجبورش کنه. خیلی از پسرا کاندومو دوست ندارن و ازش بدشون میاد"*.

۳،۲. احساس خجالت در تهیه‌ی کاندوم

از نظر مشارکت‌کنندگان جوان، احساس خجالت هنگام تهیه‌ی کاندوم عامل بسیار مهمی بود که برای عدم استفاده از این وسیله ذکر گردید: *"یکی از دلایلش اینه که کاندوم در دسترس نیست و خریدش یکم برا آدم مشکله یعنی برات سخته که بری تو داروخانه کاندوم بخری یه جورایی آدم خجالت میکشه"*.

۴،۲. فشار همسالان؛ مانعی برای مصرف کاندوم

از سوی دیگر برخی از پسران جوان، تحقیر از سوی دوستان و کمتر شدن وجه‌ی خود در میان همسالانشان را به عنوان یکی از دلایل عدم استفاده از کاندوم عنوان کرده‌اند :

" یه بار یکی رو دوستام بهم معرفی کردن تو یه موقعیتی هم قرار گرفتم که نتونستم از کاندوم استفاده کنم، خیلی ناجور بود بچه ها کاندومو سوسول بازی می دونستن منم اون موقع یه کوچولو نگران شدم ولی بعدا دیگه بهش زیاد فکر نکردم چون دوستام باهام بودن نمی تونستم از کاندوم استفاده کنم. آدم باید یه جورایی نشون بده که خیلی قویه و پیش دوستاش کم نیاره ".

۳. نقصان آگاهی

بر اساس بیانات مشارکت‌کنندگان بیش‌تر آنان اطلاعات درست و کافی در زمینه‌ی بیماری‌های آمیزشی، روش‌های انتقال و محافظت از خود در برابر بیماری نداشتند. آنان نقصان آگاهی و اطلاعات محدود از بیماری را به عنوان دلیلی برای درگیری در تماس های جنسی محافظت نشده خود و عدم استفاده از کاندوم ذکر کردند.

پسری ۲۴ ساله در این زمینه می گفت: *"اون زمان بیماری های خطرناک زیاد رواج نداشت، ما هم آگاهی لازم را نداشتیم. برای همین اون زمان‌ها هیچ وقت از کاندوم استفاده نکردیم و البته حتی نمی دونستیم و نمی شناختیمش"*.

مشارکت کننده دیگری می گفت: *"اون موقع آگاهیمون کم بود، اصلا نمی دونستیم که یه همچین چیزی (بیماری آمیزشی) وجود داره و از طرفی هم وقتی با دوستامون حرف می‌زدیم اصلا از احتمال بیماری و ... حرفی نمی شد"*.

برخی از جوانان اعتیاد تزریقی را به عنوان تنها راه انتقال بیماری اچ آی وی- ایدز می‌دانستند و به همین دلیل در روابط جنسی خود به ندرت از کاندوم استفاده می کردند:

"خوب اون موقع من یه پسر نوجوونی بودم که آگاهی زیادی تو این زمینه نداشتم ، فکر می کردم ایدز فقط از خون و یا اعتیاد منتقل میشه که منم خودمو سالم می دونستم و از کاندوم استفاده نمی کردم چون از اعتیاد و معتادا هم متنفر بودم".

از سوی دیگر اطلاعات نادرستی در مورد راه‌های انتقال بیماری مبنی بر این‌که تماس مقعدی باعث انتقال ایدز نمی شود در بین مشارکت کنندگان وجود داشت.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22102/22.4.111]

دختری ۲۱ ساله می‌گفت: *"من فقط ۱۳ سال داشتم و بعد هم تامدت‌ها فکر می‌کردم ایدز و هپاتیت و سفلیس از طریق رابطه‌ی دهانی و مقعدی انتقال پیدا نمیکنن، البته می‌گم من تا به کسی اعتماد نداشتم و ازش مطمئن نمی شدم هیچ وقت رابطه برقرار نمی‌کردم"*.

برخی از مشارکت‌کنندگان برقراری رابطه جنسی مقعدی و دهانی را برای پیشگیری از بیماری‌های آمیزشی مؤثر می‌دانستند و معتقد بودند داشتن چنین رابطه ای آنان را در مقابل بیماری محافظت می‌نماید، به طوری که این امر باعث شده بود نیازی برای استفاده از کاندوم احساس نکنند: *"من رابطه ی مقعدی و دهانی داشته ام و به نظرم نیازی به کاندوم نبوده"*.

یکی از دختران که در روابط جنسی خود از کاندوم استفاده نمی‌کرد در مورد آگاهی خود از ایدز چنین می‌گفت:

"من فکر می کردم ایدز تو ایران نیست و تو خارج هم آدم های با سن بالا و تو کاباره ها میگیرین. یعنی من اصلا فکر میکردم تو ایران مردها مبتلا میشن ".

از سوی دیگر بیش‌تر افراد معتقد بودند که به دلیل پیشرفت علم، بیماری‌های آمیزشی از جمله ایدز قابل درمان است. این باور باعث می‌شد که افراد درگیر در رفتارهای جنسی پرخطر هیچگونه نگرانی نسبت به ابتلا به بیماری های آمیزشی نداشته باشند و در زمینه پیشگیری نیز اقدامی انجام ندهند.

در این راستا یکی از پسران می‌گفت: "*مریضی که چیزی نیست با پیشرفت علم تا این حد اگه هم مشکلی پیش بیاد خیلی راحت درمانش میکنن. الان که علم پیشرفت کرده همه کاری می تونن بکنن*".

هم چنین برخی از مشارکت‌کنندگان به ویژه دختران، کاندوم را تنها وسیله‌ای برای پیشگیری از بارداری می‌دانستند به طوری که معتقد بودند در صورت استفاده از سایر روش های پیشگیری نظیر قرص لزومی به استفاده از کاندوم نیست:

" من از کاندوم زمانی استفاده می کنم که قرص پیشگیری نخورده باشم، اگه قرص بخورم از کاندوم استفاده نمی کنم، از اون گذشته دوستم از کاندوم خوشش نمی آید و دوست نداره توی رابطمون از کاندم استفاده کنیم ."

"من و دوستم هیچ کدوم از کاندوم خوشمون نمی آید، دلیلی هم واسه استفاده اش نمی بینیم چون من قرص پیشگیری می خورم".

بحث

پژوهش حاضر بیانگر استفاده اندک و نامنظم جوانان از روش های محافظتی در تماس‌های جنسی می‌باشد که دلایل متعددی زمینه شکل‌گیری و بروز این رفتار پرخطر در آنان را فراهم نموده است. بنابر نتایج مطالعه حاضر، یکی از مهم‌ترین دلایل شکل‌گیری رفتارهای جنسی محافظت نشده، باورهای نادرست جوانان نسبت به بیماری‌های آمیزشی است. مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر، باورهای اغراق آمیزی در خصوص آسیب ناپذیری و توان مقابله در برابر بیماری داشتند؛ به طوری که آنان مقاومت جسمانی و نیروی بدنی خود را مانعی برای ابتلا به بیماری‌های آمیزشی می‌دانستند. شاید بتوان این مفهوم را که در مطالعه حاضر تحت عنوان آسیب ناپذیری درک شده از آن یاد شده است، با خوش‌بینی غیر واقع بینانه (Optimistic bias) توضیح داد. منظور از خوش‌بینی غیر واقع بینانه، تمایل افراد برای این موضوع است که خود را در مقایسه با دیگران در انجام یک رفتار پرخطر کم‌تر در معرض خطر ببینند (۹). یکی دیگر از مفاهیمی که به توصیف این یافته کمک می‌کند حساسیت درک شده در تئوری انگیزش محافظت به عنوان یکی از مهم ترین متغیرهای پیش‌بینی کننده انجام رفتارهای ایمن است. افراد دارای حساسیت و خطر درک شده پایین احتمالا رفتارهای جنسی غیر ایمن بیشتری دارند و خود را کم‌تر از دیگران در معرض خطر دانسته و احساس آسیب می‌کنند (۵). اهمیت تهدید و خطر درک شده در مطالعات کیفی نیز تبیین شده است. در مطالعه ای در ایران

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22102/22.4.111]

که با رویکرد کیفی و بر اساس تجربیات بیماران مبتلا به HIV/AIDSانجام شده است، تهدید درک شده پایین، یکی از دلایل مهم بیماران در اتخاذ رفتارهای پرخطر منجر به ایدز ذکر شده است که با مطالعه حاضر همسو می‌باشد (۱۵). در مطالعه دیگری که با رویکرد کمّی و بر روی نوجوانان انجام شده است، اگرچه نوجوانان در رابطه با بیماری ایدز و عواقب ناگوار آن آگاهی داشتند اما اکثرشان خود را در معرض خطر ابتلا به بیماری ندانسته و در تماس جنسی با شرکای جنسی متعدد یا برقرای رابطه جنسی بدون استفاده از کاندوم احساس خطر نمی‌کردند (۱۶،۱۷). در مطالعه ای که در آفریقای جنوبی به بررسی ارتباط درک خطر مواجهه با ویروس HIV در جوانان ۱۴ تا ۲۲ ساله پرداخته بود، درک خطر پایین، زمینه ساز رفتارهای جنسی پرخطر و محافظت نشده در آنان گزارش شده است (۱۸). با ملاحظه و تفکر در این یافته می‌توان مقتضیات سنی را به عنوان دلیلی برای باورهای آسیب ناپذیری جوانان و نوجوانان ذکر نمود (۱۹).

موضوع دیگر در بحث عقاید و باورهای نادرست جوانان که آنان را به سمت تماس‌های جنسی محافظت نشده سوق می‌دهد، ظاهر سالم شریک جنسی می‌باشد؛ به‌طوری‌که نداشتن ظاهر بیمارگونه و علائم و نشانه‌های قابل رؤیت در شریک جنسی معیاری برای تشخیص سلامت آنان محسوب می‌شود. نتایج این پژوهش با نتایج سایر مطالعات هم خوانی دارد. در مطالعه ای که به تبیین موانع استفاده از کاندوم در زنان تن فروش در تهران پرداخته است، مشارکت کنندگان، ظاهر مشتری را معیار تشخیص ایدز می دانستند که بیانگر قضاوت افراد به سالم بودن اشخاص بر اساس ظاهرشان می باشد (۲۰).

یکی دیگر از دلایل ذکر شده برای عدم تمایل جوانان به استفاده از کاندوم در تماس های جنسی، اعتماد متقابل در میان جوانان می‌باشد. مشارکت کنندگان، دلایل اعتماد متقابل را طول مدت رابطه و احساس شناخت کافی نسبت به شریک جنسی، اعتماد به خود در انتخاب شریک جنسی سالم، اعتماد به وفاداری شریک جنسی و انجام رفتارهای سلامت محور از سوی شرکای جنسی خود عنوان نمودند. قابل ذکر است که اعتماد به وفاداری شریک جنسی از سوی دختران و اعتماد به شریک جنسی به دلیل انجام رفتارهای سلامت محور، بیش‌تر از سوی پسران عنوان شده است. بر اساس یافته های پژوهش، دلایل مذکور سبب شده جوانان نسبت به شرکای جنسی خود اعتماد پیدا کنند که این اعتماد متقابل و متعاقب آن عدم احساس نیاز به استفاده از کاندوم، این گروه را در معرض خطر بیماری‌های آمیزشی قرار داده است. همسو با یافته فوق، نتایج مطالعه کیفی در مبتلایان به HIV/AIDS در خصوص رفتارهای پیشگیرانه نشان داده است که آشنا بودن با شریک جنسی و احساس علاقه و اعتماد، دلیلی برای عدم استفاده زنان و مردان از کاندوم می‌باشد (۲۰). دلیل مهم دیگری که برای رفتارهای جنسی محافظت نشده در پژوهش کیفی حاضر به کرّات به آن اشاره شده است، کاهش لذت جنسی به عنوان مهم ترین مانع استفاده از کاندوم است. بیش‌تر مشارکت کنندگان جوان به ویژه مردان، کم شدن لذت جنسی و مصنوعی شدن رابطه را دلیلی برای عدم استفاده از کاندوم ذکر کردند. شواهد موجود در این زمینه نیز نشان دهنده قوی بودن این عامل بازدارنده در استفاده از کاندوم است که باید از سوی آموزش دهندگان سلامت به خصوص در جوانان و گروه‌های پرخطر مورد توجه قرار گیرد (۲۴-۲۱).از سوی دیگر عدم تمایل شرکای جنسی جوانان به استفاده از کاندوم به عنوان دلیلی تاثیر گذار در تماس های جنسی محافظت نشده عنوان شده است. همسو با یافته مذکور، درمطالعه‌ی وینسکل نیز تبعیت از شریک جنسی مبنی بر عدم تمایل شرکای جنسی به استفاده از کاندوم در روابط جنسی، در کشورهای آفریقایی و به دنبال آن تماس جنسی بدون استفاده از کاندوم گزارش شده است (۲۵).

یکی از یافته‌های قابل توجه مطالعه حاضر، تاثیر پذیری جوانان از دوستان و همسالان خود در استفاده یا عدم استفاده از روش های محافظتی است. جوانان به دلایلی چون

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22102/22.4.111]

محافظت از خود در برابر تحقیر و تمسخر، به نمایش گذاشتن رفتارهای جسورانه و مورد پذیرش واقع شدن از سوی اعضای گروه به پیروی از باورها و هنجارهای دوستان و همسالان خود می پردازند. اغلب پسران جوان علیرغم آگاهی از نقش کاندوم در پیشگیری از بیماری های آمیزشی، هنگام قرار گرفتن در حلقه دوستان ترس خود از بیماری را کتمان کرده و به تبعیت از دوستانشان به رفتار جنسی محافظت نشده مبادرت می‌ورزند. بر اساس بیانات مشارکت‌کنندگان، این روند بیش‌تر در شرایطی نمود می یافت که همگی آنان به رابطه با یک شریک جنسی مشترک می‌پرداختند. تاثیر فشار منفی همسالان در رفتارهای پرخطر جنسی نظیر عدم استفاده از کاندوم و داشتن شرکای جنسی متعدد در مطالعات دیگر نیز آشکار شده است (۲۶). یکی دیگر از مفاهیمی که می‌تواند به تبیین تأثیر پذیری جوانان از دوستان و همسالانشان در استفاده یا عدم استفاده از کاندوم کمک کند، نقش هنجارهای انتزاعی به معنای باور شخص در مورد این‌که بیش‌تر افراد مهم در زندگی وی فکر می‌کنند او باید یا نباید به انجام رفتار مورد نظر بپردازد است (۲۷و۱۳). همسو با یافته فوق، در سایر مطالعات نیز رفتارهای محافظت کننده جنسی جوانان از جمله استفاده از کاندوم تحت تأثیر هنجارهای انتزاعی قرار می‌گیرد (۲۸). بیش‌تر مشارکت‌کنندگان اظهار می کردند که آگاهی زیادی در مورد روش‌های انتقال و پیشگیری از بیماری‌های آمیزشی نداشتند در نتیجه در تماس‌های جنسی خود به ندرت از کاندوم استفاده می‌کردند. برخی از آنان استفاده از سرنگ مشترک در بین معتادان تزریقی را بیش‌ترین راه انتقال HIV/AIDS می دانستند و تماس جنسی محافظت نشده به ویژه تماس مقعدی را به عنوان راه انتقال بیماری نمی شناختند. همسو با یافته مذکور، در مطالعه ملک افضلی و همکاران، آگاهی افراد در مورد HIV/AIDS به ویژه در افراد دارای رفتارهای مخاطره آمیز پایین بود (۸). مسئله دیگر در مورد فقدان آگاهی جوانان این بود که برخی از آنان ایدز را مختص افراد در خارج از کشور می دانستند و تصور می کردند بیماری ایدز در ایران وجود ندارد. در مطالعه فلاحی و همکاران که به بررسی دیدگاه مردان مبتلا به ایدز در خصوص مستعد بودن برای ابتلا به ایدز انجام شده، بیماران تصور می کردند که ایدز مختص مردان هم جنس باز و افراد ساکن خارج از کشور است (۱۴) که نشانگر توجه بیشتر سیستم های بهداشتی در ارائه پیام های بهداشتی و پیشگیری مناسب می باشد. علاوه بر موارد مذکور، به نظر می رسد ضعف اعتقادات و باورهای دینی نیز در اتخاذ رفتارهای پرخطر نقش داشته باشد. به عنوان مثال نتایج پژوهش ها ارتباط بین ضعف باورهای مذهبی و رفتارهای پرخطر نظیرمصرف سیگار، الکل و مواد مخدر را نشان داده اند (۳۱-۲۹). لذا تقویت باورهای دینی جوانان در پیشگیری از بروز رفتارهای مخاطره آمیز، از اهمیت زیادی برخوردار است.

از جمله محدودیت هایی که محقق در پژوهش حاضر با آن مواجه بوده است، عدم تمایل افراد برای شرکت در تحقیق و انجام مصاحبه بوده که بیش‌تر به ماهیت سوال پژوهش و حساسیت موضوع مورد مطالعه مربوط می شد تا عدم تمایل افراد برای مشارکت در تحقیق؛ به طوری که بیش تر مشارکت کنندگان در رابطه با سوال تحقیق احساس راحتی نمی‌کردند. لذا محقق تلاش نمود با بیان اهداف پژوهش و برقراری ارتباط مناسب، اعتماد جوانان را برای مصاحبه جلب نماید. منحصر کردن جمع آوری داده ها به مصاحبه های فردی و عدم استفاده از مصاحبه های گروهی به دلیل حساسیت فرهنگی موضوع مورد مطالعه در ایران و تابو بودن روابط جنسی پیش از ازدواج در جوانان، یکی دیگر از محدویت های مطالعه کیفی حاضر محسوب می شود.

نتیجه گیری

بر اساس پژوهش حاضر، نتیجه گیری نهایی دلالت بر این دارد که اتخاذ رفتارهای ایمن و محافظت کننده جنسی در جوانان منوط به اصلاح باورها، ادراکات و نگرش‌های مرتبط با رفتارهای پیشگیرانه می‌باشد. چنانچه جوانان

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22102/22.4.111]

احساس خطر کرده و باور داشته باشند که انجام رفتارهای پرخطر و محافظت نشده جنسی آنان را در معرض خطر بیماری و آسیب های جبران ناپذیر قرار می‌دهد با احتمال بیش‌تری اقدام به اتخاذ رفتارهای محافظت‌کننده خواهند کرد. هم‌چنین درک این موضوع که منافع استفاده از کاندوم در مقایسه با موانع متصور شده آن ارزش و پیامد مفیدتری دارد، به جوانان در انجام رفتار های جنسی محافظت شده کمک خواهد کرد. از سوی دیگر انتقال دانش و ارائه آموزش‌های گسترده در زمینه روش‌های انتقال و پیشگیری از بیماری در اصلاح باورها و به دنبال آن تغییر رفتارهای ناسالم راهگشا خواهد بود. بر این اساس پیشنهاد می‌گردد، نظام ارائه سلامت کشور برنامه‌های ملی و منطقه‌ای ترغیب و حساس سازی جامع برای گروه‌های سنی جوان را توسط اداره کل بهداشت جوانان برنامه ریزی نموده و به‌صورت منظم و پایدار به اجرا درآورد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه با مشارکت و همکاری دختران و پسران جوان انجام شده است. تمامی نویسندگان این مقاله، از همکاری صادقانه و ارزشمند این عزیزان در اجرای پژوهش تشکر و قدردانی می‌نمایند.

Reference

1. Farahani F, Shojaei J. The attitude of college students in Tehran towards the effect of premarital heterosexual relationships on marital satisfaction. Womens Strategic Studies (Ketabe Zanan) 2013;16:149-88. [In Persian]
2. Azadarmaki T, Sharifi saie M, Isari M, Talebi S. The Typology of Premarital Sex Patterns in Iran. Jame Pazhuhiy Farhangi 2011; 2:1-34. [In Persian]
3. Mohammad K, Farahani F, Mohammadi MR, Alikhani S, Zare M, Ramezani Tehrani F, et al. Sexual risk-taking behaviors among boys aged 15-18 years in Tehran. J Adolesc Health 2007; 4: 407-14.
4.Farahani F, Mehyar AH. The Role of Family in Premarital Heterosexual Relationships among Female University Students in Tehran. J Fam Res 2010;6: 449-68. [In Persian]
5. Zhang H, Stanton B, Li X, Mao R, Sun Z, Kaljee L, Clemens M, Ravendhran Sh, Qu M. Perceptions and attitudes regarding sex and condom use among Chinese college students: A qualitative study. AIDS Behav 2004;8:105-17.
6. Ministry of Health and Medical Education National AIDS Committee Secretariat, Islamic Republic of Iran. AIDS Progress Report, On Monitoring of the United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS. March 2015. Available from: http://www.khabaronline.ir/detail/439818/society/health.
7. Center for Disease Control, Office of the Deputy for Public Health, Ministry of Health and Medical Education of the IR Iran. HIV/AIDS in Iran (Cumulative Statistics). Tehran: Ministry of Health and Medical Education of the IR Iran. December 2013. Available from:http://port.health.gov.ir/mfdc.cdc.
8. Rahmati F, Khoobdel M, Ghasemi M, Farmanbar R, Jafari M, Khamalikhah T. Knowledge and high risk behaviors of newly entered students to Tehran University toward HIV/AIDS. J Holist Nurs Midwifery 2013;23:35-44.
9. Weinstein ND. Optimistic biases about personal risks. Science 1989;246:1232-3.
10. Blanchett WJ. Sexual risk behaviors of young adults with LD and the need for HIV/AIDS education. Remedial Spec Educ 2000; 21:336-45.
11. Mohammadi MR, Mohammad K, Farahani F, Alikhani S, Zare M, Tehrani F. Reproductive knowledge, attitudes and behavior among adolescent males in Tehran, Iran. Int Fam Plan Perspect 2006; 32:35-44.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22102/22.4.111]

12. Allahverdipour H, Hidarnia A, Kazamnegad A, Shafii F, Fallah PA, Emami A. The Status of Self-Control and Its Relation to Drug Abuse–Related Behaviors among Iranian Male High School Students. Soc Behav Personal 2006;34:413-24.
13. Allahverdipour H, Macintyre R, Hidarnia A, Shafii F, Kzamnegad A, Ghaleiha A. Assessing protective factors against drug abuse among high school students: Self-control and the extended parallel process model. J Addict Nurs 2007; 18:65-73.
14. LaGrange TC, Silverman RA. Low self-control and opportunity :Testing the general theory of crime as an explanation for gender differences in delinquency. Criminology 1999;37:41-72.
15. Rahmati F, Niknami Sh, Shokravi F, Ahmadi F, Tavafiyan S, Hajizadeh A. Individual factors contributing to HIV risk behaviors: a qualitative study. Payesh 2002;10:205-15. [In Persian]
16. Facente AC. Adolescents and HIV: knowledge, behaviors, influences, and risk perceptions. J Sch Nurs 2001; 17:198-203.
17. Harding AK, Anadu E, Gray L, Champeau D. Nigerian university students' knowledge, perceptions, and behaviours about HIV/AIDS: are these students at risk?. J R Soc Promot Health 1999;119:23-31.
18.Tenkorang EY, Rajulton F, Maticka-Tyndale E .Perceived risks of HIV/AIDS and first sexual intercourse among youth in Cape Town, South Africa. AIDS Behav 2009;13:234-45.
19.Iriyama S, Nakahara S, Jimba M, Ichikawa M, Wakai S. AIDS health beliefs and intention for sexual abstinence among male adolescent students in Kathmandu, Nepal: a test of perceived severity and susceptibility. Pub Health 2007;121:64-72.
20. Langeroudi Z, Rahimi movaghar A, Delbarpour Ahmadi Sh, Esmaeili M. Barriers of condom use among female sex workers in Tehran, a qualitative study. Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research (SJSPH) 2014; 12:25-37. [In Persian]
21. Razzaghi E, Rahimi Movaghar A, Mohammad K, Hosseini M. A qualitative study of risky sexual behavior in injecting drug users in Tehran. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research (SJSPH) 2004;2:1-10. [In Persian]
22. Tehrani F, Malek-Afzali H. Knowledge, attitudes and practices concerning HIV/AIDS among Iranian at-risk sub-populations. East Mediterr Health J 2008; 14:142-56.
23. Bogart LM, Kral AH, Scott A, Anderson R, Flynn N, Gilbert ML, et al. Condom attitudes and behaviors among injection drug users participating in California syringe exchange programs. AIDS Behav 2005; 9:423-32.
24. Falahi H, Dariyoshi Sh. Risk Factors and Prevalence of the Sexually Transmitted Infections including HIV, Syphilis and Hepatitis among Men Who Have Sex with Men. Hakim 2015; 18:139-145. [In Persian]
25. Winskell K, Obyerodhyambo O, Stephenson R. Making sense of condoms: Social representations in young people's HIV-related narratives from six African countries. Soc Sci Med 2011; 72:953-61.
26. Selikow TA, Ahmed N, Flisher AJ, Mathews C, Mukoma W. I am not``umqwayito": A qualitative study of peer pressure and sexual risk behaviour among young adolescents in Cape Town, South Africa. Scand J Public Health 2009;37:107-12.
27. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research, and practice. 4th ed. John Wiley & Sons; 2008.
28. Albarracin D, Johnson BT, Fishbein M, Muellerleile PA. Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: a meta-analysis. Psychol Bull 2001;127:142-61.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22102/22.4.111]

29. Mohammadpoorasl A, Abbasi-Ghahramanhoo A, Allahverdipour H, Modaresi Esfeh J. Prevalence of Hookah Smoking in Relation to Religiosity and Familial Support in College Students of Tabriz, Northwest of Iran. J Res Health Sci 2014; 14:268-71.
30. Farhadinasab A, Allahverdipour H, Bashirian S, Mahjoub H. Lifetime Pattern of Substance Abuse, Parental Support, Religiosity, and Locus of Control in Adolescent and Young MaleUsers.
Iranian J Publ Health 2008;37: 88-95.
31. Mohammadpoorasl A, Abbasi-Ghahramanhoo A, Allahverdipour H, Augner Ch. Substance abuse in relation to religiosity and familial support in Iranian college students. Asian J Psychiatr 2014;9: 41–4.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22102/22.4.111]