

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

Hashemiparast M.S., PhD¹, Sedigian M., BS², AsghariJafarabadi M.,³, Allahverdipour H., PhD⁴

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, allahverdipour@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

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

مینا سادات هاشمی پرست^۱، مريم صدیقیان^۲، محمد اصغری جعفر آبادی^۳، حمید الهوردي پور^۴

۱. استادیار گروه بهداشت عمومی، دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مراغه، مراغه، ایران.
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، 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 روانپژوهشی، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (مؤلف مسؤول)، تلفن ثابت: ۰۴۱-۳۳۳۴۷۷۲۱؛ allahverdipour@tbzmed.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: رفتارهای پر خطر و محافظت نشده جنسی به عنوان یکی از عوامل تهدید کننده سلامت، سبب انتقال بیماری‌های مقاربتی نظری HIV/AIDS و هپاتیت در میان افراد جامعه و به ویژه جوانان می‌گردد. لذا مطالعه حاضر به تبیین دلایل انجام رفتارهای پر خطر و محافظت نشده 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.

یافته‌ها: 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 دهنده رفتار جنسی پر خطر"، "بازدارنده‌های استفاده از کاندوم"، "نقسان 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 واژه‌ها: رفتار محافظت نشده جنسی، جوانان، مطالعه کیفی
وصول مقاله: ۰۵/۱۰/۲۰ اصلاحیه نهایی: ۱۵/۱/۹۶ پذیرش: ۲۳/۲/۹۶

مقدمه

در سال‌های اخیر جامعه ایرانی با تغییرات تدریجی در ارزش‌های سنتی 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 پر خطر و محافظت نشده جنسی به عنوان یکی از عوامل تهدیدکننده‌ی سلامت آنان مواجه ساخته است. سازمان ملی جوانان در مطالعه‌ای بر روی جوانان ۱۸-۲۹ سال که تجربه ۴۰ تماس جنسی پیش از ازدواج داشته‌اند نشان داد که فقط درصد از آنان در تماس‌های جنسی خود از کاندوم استفاده نموده‌اند و به دلیل اهمیت حفظ بکارت در برخی دختران، روابط جنسی مقدی جایگزینی برای روابط جنسی واژینال شده است (۴). پیامد خطرناک این گونه رفتارها، افزایش چشمگیر بیماری‌های مقابله‌ی نظری اچ. آی. وی / ایدز در میان افراد جامعه و به ویژه جوانان است (۵). براساس آمار جمع‌آوری شده از دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور، تا فروردین ماه سال ۱۳۹۴، ۲۹ 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). در حال حاضر با توجه به شواهد موجود، الگوی انتقال ویروس HIV در ایران از اعتیاد تزریقی به سمت روابط جنسی پر خطر و محافظت نشده در حال تغییر است که گسترش روابط جنسی پر خطر و

محافظت نشده در این سینه عاملی برای آغاز شکل‌گیری موج سوم ایدز در ایران به شمار می‌آید (۷). مروری بر ایدمیولوژی این بیماری در ایران نیز نشان می‌دهد که بیش‌ترین موارد آلودگی به ویروس HIV (۴۶/۱ درصد) مربوط به گروه‌های سنی ۲۵-۳۴ سال است که هشداری جدی 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 کترلی پایین همراه گردد اتخاذ رفتارهای پر خطر تهدید کننده‌ی سلامت به ویژه رفتارهای پر خطر جنسی از سوی جوانان افزایش خواهد داشت (۹). مطالعات در زمینه رفتارهای پر خطر 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 (۱۰ و ۱۱).

علاوه بر باور آسیب ناپذیری، ویژگی یا مهارت خود کترلی 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 کترلی با رفتارهای پر خطر نظری مصرف سیگار، الکل و روابط جنسی پر خطر ارتباط دارد. در این تئوری، خود کترلی کم با ریسک پذیری بالا و قدرت پیش‌بینی کنندگی پایین رابطه دارد (۱۳). در مطالعه‌ی لانگرنج و همکاران (۱۹۹۹) نیز مشخص گردید که میان خودکترلی و بزهکاری رابطه‌ی قوی وجود دارد (۱۴).

با توجه به ساختار جوان جمعیت کشور و اهمیت حفظ سلامت جوانان به عنوان نیروهای فعال در عرصه‌های اجتماعی و اقتصادی، لزوم شناسایی ریشه‌های رفتار پر خطر

رایت)، میانگین نمره خودکنترلی پایین در تماس‌های جنسی خود داشتند. برای انتخاب مشارکت کنندگان از روش نمونه‌گیری هدفمند و از نوع حداقل تنواع 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 مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته انفرادی استفاده شده است. در طی مصاحبه‌ها که توسط نویسنده اول مقاله انجام شده است، از مشارکت کنندگان درخواست می‌شد تا در مورد تجاریشان در زمینه روابط جنسی و نیز استفاده از وسایل محافظتی نظری کاندوم صحبت کنند. برخی از این سوالات عبارت بودند از: "لطفاً در مورد روش‌هایی که برای محافظت از خودتان در حین رابطه جنسی به کار می‌برید صحبت کنید"، "چه چیزی باعث می‌شود نتوانید در رابطه جنسی خود از وسایلی نظری کاندوم استفاده کنید". جریان مصاحبه با استفاده از سوالات تکمیلی و مبتنی بر پاسخ‌های مشارکت کنندگان ادامه می‌یافتد و سوالاتی نظری "لطفاً در این مورد بیش تر توضیح بدھید" به عنوان سوالات عمقدهنده و اکتشافی (Probing questions) پرسیده می‌شد.

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

جنسی در این گروه سنی بیشتر است. از سوی دیگر، در بررسی پدیده‌ی پیچیده ای چون رفتارهای جنسی پرخطر، پژوهش کمی از فهم بستر اجتماعی که رفتار افراد در آن شکل می‌گیرد ناقص 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 می‌تواند 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 می‌دهد.

از سوی دیگر، خلاً مطالعات به دلیل تابو بودن روابط جنسی بیش از ازدواج نیز سبب شده تا آموزش دهنده‌گان 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 خودکنترلی پایین و با رویکرد کیفی انجام شده است تا 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 در سال‌های ۹۵-۹۴ انجام شده است. این مطالعه به تبیین دلایل انجام رفتارهای جنسی محافظت نشده‌ی جوانان با ویژگی خودکنترلی پایین پرداخته است. مشارکت کنندگان پژوهش، ۱۱ نفر از جوانان دارای تجربه تماس‌های جنسی محافظت نشده بودند (۴ دختر و ۷ پسر) که در مرحله کمی مطالعه شرکت کرده و بر اساس پرسشنامه خودکنترلی (گیبسون و

مقبولیت داده‌ها را افزایش دهد. برای تأیید انتقال پذیری داده‌ها نیز، جزئیات روش تحقیق همراه با چگونگی شکل‌گیری طبقات اصلی شرح داده 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 محترمانه نگه داشتن تمامی اطلاعات اعم از نام مشارکت کنندگان، فایل‌های مصاحبه، نوشتارها و توضیح حق کناره‌گیری مشارکت کنندگان 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 مشارکت کنندگان 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 مشارکت کنندگان 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 داده‌ها ۵۷۰ کد اولیه استخراج گردید که در ۷ زیر طبقه و سه طبقه اصلی دسته بنده شد. در پژوهش حاضر، سه طبقه اصلی شامل باورهای سوق دهنده‌ی رفتار جنسی پرخطر، بازدارنده‌های استفاده از کاندوم و نقسان آگاهی به عنوان دلایل تماس‌های جنسی محافظت نشده دختران و پسران جوان به شرح زیر ارائه شده است (جدول ۱).

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 مشارکت کنندگانی 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 می‌شد تا درک کلی از صحبت‌های مشارکت کنندگان حاصل گردد. تحلیل با فرآیند کدگذاری اولیه و تخصیص کد به واحد‌های 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. نهایتاً با پیشرفت فرآیند تحلیل، ارتباط میان دسته‌ها مشخص و سپس طبقات اصلی استخراج گردید. مدیریت کدهای استخراج شده از طریق نرم افزار سازماندهی داده‌های متغیر MAXQDA نسخه ۱۰ انجام شد.

برای تأمین اعتبار و مقبولیت داده‌ها (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 داده‌ها، کنترل داده‌ها توسط برخی از مشارکت کنندگان (Member Check) و جستجوی توافق بین اعضای تیم تحقیق (Peer review) در روند کدگذاری و تحلیل صورت گرفت. همچنین محقق تلاش کرد با استفاده از روش نمونه گیری حداقل تنوع و انتخاب مشارکت کنندگان دارای دیدگاه‌های متفاوت،

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

طبقات اصلی	طبقات از کدها	زیر طبقات
۱. باورهای سوق دهنده رفتار		۱،۱. آسیب ناپذیری در ک شده
	قوی بودن بدن مانع بروز بیماری	
	مصنون بودن از بیماری به خاطر مقاومت بدنی	
	قابل شناسایی بودن علائم بیماری	
	مشخص شدن بیماری از ظاهر شریک جنسی	۱،۲. ظاهر سالم؛ معیار تشخیص بیماری
	هیچ علامت مریضی نداره	
	خیلی بهش مطمئنم	
	اطمینان به خود در انتخاب شرکای جنسی سالم	۱،۳. اعتماد متقابل
	توجه داشتن شریک جنسی به سلامتی خود	
	کمتر شدن لذت جنسی در صورت استفاده از کاندوم	
۲. بازدارنده های استفاده از کاندوم		۱،۱. کاهش لذت جنسی
	مصنوعی شدن رابطه با کاندوم	
	عدم تمايل شریک جنسی در استفاده از کاندوم	۱،۲. عدم تمايل شریک جنسی در استفاده از کاندوم
	خجالت در تهیی کاندوم	۱،۳. احساس خجالت در تهیی کاندوم
۳. نقصان آگاهی		۱،۴. فشار همسالان؛ مانعی برای مصرف کاندوم
	مستعد نبودن افراد غیر معتمد به بیماری های آمیزشی	

هر گونه بیماری را از خود دفع می نماید. آنها به طور اغراق آمیزی خود را مقاوم تصور کرده و هیچ ترسی از ابتلا به بیماری نداشتند. یکی از مشارکت کنندگان که پسری ۲۲ ساله بود می گفت: " من خیلی قوی و مقاومم، هیچ اتفاقی برای نمی افته. از بچگی خیلی قوی بودم، حالا هم مریض نمیشم ". مشارکت کننده 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 ".

۱. باورهای سوق دهنده رفتار جنسی پرخطر: این طبقه اشاره به عقاید و باورهای نادرستی دارد که در شکل گیری 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 در ک شده اکثر مشارکت کنندگان به ویژه پسران جوان خود را در برابر ابتلا به بیماری‌های مقابله‌ی مصنون می‌دانستند و معتقد بودند که شرایط جسمانی و نیروی بدنی آنها به گونه‌ای است که

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. مشارکت کننده‌ای می‌گفت: "امکان نداره دوست من مبتلا به هر کادوم یکی از این بیماری‌ها باشه، خیلی سالمه هر روز ورزش میکنه خیلی به فکر خودشه اونقدر مواظبه که حتی سرما هم نمی‌خوره".

یکی از دختران جوان در این زمینه می‌گوید: "جوانی‌ای الان خیلی سالم من مثل قدیم که نیست همه بهداشت و رعایت می‌کنم خیلی از وقت و پولشون را هم صرف رسیدن به سلامت خودشون میکنم".

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

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

"من با هر کسی رابطه برقرار نمی‌کنم و با آدم حسابی‌ها رابطه دارم. دوست‌های من روسپی نیستن که هزار جور مرض داشته باشن".

یکی دیگر از مشارکت کنندگان می‌گفت: "آدم یک کم هم باید زرنگ باشه و بدونه که کمی رو و اسه دوستی انتخاب می‌کنه و با کمی می‌خواهد رابطه داشته باشه اگه زرنگ باشی می‌توئی دخترایی رو که سالم تر و تمیز را انتخاب کنی و اسه دوستی و بعد که کمی باهشون نشست و برخاست داشته باشی می‌فهمی که چه جور آدم‌هایی هستن و اونوقت احتیاجی به نگرانی نیست."

پسروی ۲۴ ساله می‌گفت: "من اهل این سوسوں 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 رقمم، کاملاً سالمه سالمم".

۱.۲. ظاهر سالم؛ معیار تشخیص بیماری
یکی دیگر از باورهای نادرست جوانان در خصوص بیماری‌های آمیزشی به ویژه اج 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 اج 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: "هر کی ایدز داشته باشه مشخص می‌شه، آدم خنگ نیست که می‌فهمه. من شنیلیم علامت داره. یه ایدزی همچین رنگ پریله و شدیداً لاغر میشه سرفه هم زیاد میکنه، میگن سرماخوردگی یا همچین علامتی داره".

مشارکت کننده دیگری چنین اذعان داشت:
"فکر نمی‌کنم اینجور که میگن کاملاً بدون علامته بدون علامت باشه. نمی‌شه. من شنیلیم این آدم‌ها خیلی ضعیف می‌شن. کسی که ایدز داره اصلاً معلوم میکنه، از رنگ و رخش هم مشخص میشه".

یکی از پسران جوان گفت: "در مورد ایدز من خوننم که طرف سرماخوردگی داره و بی‌حاله و ضعیف می‌شه و از اونجا می‌شه فهمید. در ضمن طرف مقابل اگه مريض باشه اصلاً نميشه تمایلات جنسی داشته باشه".

۱.۳. اعتماد متقابل
یکی دیگر از باورهایی که مشارکت کنندگان جوان را مستعد درگیری در تماس‌های جنسی پر خطر و محافظت

بشناسیشون بدونین آدم سالمی هستن یا نه. دیگه آدم باید خیلی گیج باشه که با رفت و آمد های مکرر طرف مقابلاش روشناسه".

برخی از مشارکت کنندگان نیز معتقد بودند که شریک جنسی آنان با فرد دیگری به جز او رابطه جنسی ندارد یا اولین رابطه جنسی خود را با آنان تجربه کرده است؛ لذا اعتماد مقابله به فادراری شریک جنسی به ویژه در دختران جوانی که با دوست خود ارتباط طولانی و ثابت داشتند مهم ترین دلیل برای عدم استفاده از کاندوم در تماس های 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 اوناییه که هر روز با یکی هستن".

مشارکت کننده دیگری می گفت: "بعد از این که دیدم تو رابطه ای اولم، دوست پسرم با دختر دیگه ای هم دوسته، همیشه یه حس ترس داشتم تا این که 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. بازدارنده های استفاده از کاندوم

یکی دیگر از دلایلی که مشارکت کنندگان در توضیح تماس های جنسی محافظت نشده خود به آن اشاره نمودند موافع و چالش های استفاده از کاندوم به عنوان وسیله ای برای پیشگیری از بیماری بود که در مطالعه حاضر تحت عنوان بازدارنده های استفاده از کاندوم از آن یاد شده است و به شرح زیر است:

۱.۲. کاهش لذت جنسی

به بیان مشارکت کنندگان، مهم ترین مانع در استفاده از کاندوم کاهش لذت جنسی در حین برقراری رابطه جنسی بود. جوانان اظهار داشتند که رابطه جنسی با استفاده از کاندوم سبب مصنوعی شدن رابطه و خروج آن از حالت طبیعی می شود؛ به طوری که یکی از مشارکت کنندگان

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

از سوی دیگر بیش تر مشارکت کنندگان، طول مدت رابطه و مدت زمان آشنازی را دلیلی برای شناخت کافی نسبت به شریک جنسی و در نتیجه اعتماد نسبت به سلامت وی می دانستند. آنان احساس می کردند که نسبت به شریک خود شناخت کافی دارند و این احساس شناخت و اعتماد، زمینه ساز ورود آنان به رابطه 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 شناسم 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".

مشارکت کننده دیگری می گفت: "مثلا یکی که تو خیلی وقتی باهاش دوستی و همه چیزش رو می دونی و بهش مطمتنی مشکلی نداره که باهاش رابطه داشته باشی و گرنه 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 با هم 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 مقابله خوب بشناسی نیازی به نگرانی نیست، آدم می تونه راحت آدم های دیگه رو بشناسه، یکم فقط هوش می خواهد که

" یه بار یکی رو دوستام بهم معرفی کردن تو یه موقعیتی هم قرار گرفتم که نتوانستم از کاندوم استفاده کنم، خیلی ناجور بود بچه ها کاندوم مو سوسول بازی می دوستن منم اون موقع یه کوچولونگران شدم ولی بعدا دیگه بهش زیاد فکر نکردم چون دوستام باهم بودن نمی توانستم از کاندوم استفاده کنم آدم باید یه جوارایی نشون بده که خیلی قویه و پیش دوستاش کم نیاره ".

۳. نقصان آگاهی

بر اساس بیانات مشارکت کنندگان 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 دلیل برای درگیری در تماس‌های جنسی محافظت نشده خود و عدم استفاده از کاندوم ذکر کردند.

پسرو 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 شناختیم".

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

برخی از جوانان اعتیاد تزریقی را به عنوان تنها راه انتقال بیماری اچ آی وی - ایدز می دانستند و به همین دلیل در روابط جنسی خود به ندرت از کاندوم استفاده می کردند: "خوب اون موقع من یه پسر نوجوانی بودم که آگاهی زیادی تو این زمینه نداشتم، فکر می کردم ایز 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 متغیر بودم ".

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

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 رونمی تونم تجربه کنم، لذتش کم تر میشه. به نظرم مصنوعی میشه ".

۲. عدم تمايل شريک جنسی در استفاده از کاندوم برخی از مشارکت کنندگان تمايلات شريک جنسی خود را برای استفاده از کاندوم در اولويت قرار می دادند:

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

یکی دیگر از مشارکت کنندگان که دختری ۲۸ ساله بود می گفت:

" من و دوستم هیچ کدام 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 پسرو 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 بشوون میاد ".

۳. احساس خجالت در تهیه کاندوم

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

۴. 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:

" 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 کاندوم استفاده کنیم. "

" من و دوستم هیچ کدام 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 تماس های جنسی می باشد که دلایل متعددی زمینه شکل گیری و بروز این رفتار پرخطر در آنان را فراهم نموده است. بنابر نتایج مطالعه حاضر، یکی از مهم ترین دلایل شکل گیری رفتارهای جنسی محافظت نشده، باورهای نادرست جوانان نسبت به بیماری های آمیزشی است. مشارکت کنندگان 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 مانع برای ابتلا به بیماری های آمیزشی می دانستند. 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، تمايل افراد برای این موضوع است که خود را در مقایسه با دیگران در انجام یک رفتار پرخطر کمتر در معرض خطر بینند.^(۹) یکی دیگر از مفاهیمی که به توصیف این یافته کمک می کند حساسیت درک شده در تئوری انگیزش محافظت به عنوان یکی از مهم ترین متغیرهای پیش بینی کننده انجام رفتارهای ایمن است. افراد دارای حساسیت و خطر درک شده پایین احتمالاً رفتارهای جنسی غیر ایمن بیشتری دارند و خود را کمتر از دیگران در معرض خطر دانسته و احساس آسیب می کنند.^(۵) اهمیت تهدید و خطر درک شده در مطالعات کیفی نیز تبیین شده است. در مطالعه ای در ایران

دختری ۲۱ ساله می گفت: " من فقط ۱۳ سال داشتم و بعد هم تامدت ها فکر می کردم ایدز و هپاتیت و سفلیس از طریق رابطه‌ی دهانی و مقدعی انتقال پیدا نمیکنم، البته می گم من تا به کسی اعتماد نداشتم و از ش مطمئن نمی شدم هیچ وقت رابطه برقرار نمی کردم. "

برخی از مشارکت کنندگان برقراری رابطه جنسی مقدعی و دهانی را برای پیشگیری از بیماری های آمیزشی مؤثر می دانستند و معتقد بودند داشتن چنین رابطه ای آنان را در مقابل بیماری محافظت می نماید، به طوری که این امر باعث شده بود نیازی برای استفاده از کاندوم احساس نکنند: " من رابطه‌ی مقدعی و دهانی داشته ام و به نظرم نیازی به کاندوم نبوده. "

یکی از دختران که در روابط جنسی خود از کاندوم استفاده نمی کرد در مورد آگاهی خود از ایدز چنین می گفت: " من فکر می کردم ایدز تو ایران نیست و تو خارج هم آدم های با سن بالا و تو کاباره ها میگیریں. یعنی من اصلاً فکر میکردم تو ایران مردها مبتلا میشین. "

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

در این راستا یکی از پسران می گفت: " 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 مشارکت کنندگان به ویژه دختران، کاندوم را تنها وسیله‌ای برای پیشگیری از بارداری می دانستند به طوری که معتقد بودند در صورت استفاده از سایر روش های پیشگیری نظری قرص لزومی به استفاده از کاندوم نیست:

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 بیماری های 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 علاوه و اعتماد، دلیلی برای عدم استفاده زنان و مردان از کاندوم می باشد (۲۰). دلیل مهم دیگری که برای رفتارهای جنسی محافظت نشده در پژوهش کیفی حاضر به کرات 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 دهنده کاندوم سلامت به خصوص در جوانان و گروه های پرخطر مورد توجه قرار گیرد (۲۱-۲۴). 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، در مطالعه 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 یافته های 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

که با رویکرد کیفی و بر اساس تجربیات بیماران مبتلا به HIV/AIDS انجام 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 می باشد (۱۵). در مطالعه دیگری که با رویکرد کمی و بر روی نوجوانان انجام شده است، اگرچه نوجوانان در رابطه با بیماری ایدز و عواقب ناگوار آن آگاهی داشتند اما اکثر شان خود را در معرض خطر ابتلا به بیماری ندانسته و در تماس جنسی با شرکای جنسی متعدد یا برقراری رابطه جنسی بدون استفاده از کاندوم احساس خطر نمی کردند (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 می توان 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 تماس های جنسی محافظت نشده سوق می دهد، ظاهر سالم شریک جنسی می باشد؛ به طوری که نداشتن ظاهر بیمار گونه و علائم و نشانه های قابل رویت در شریک جنسی معیاری برای تشخیص سلامت آنان محسوب می شود. 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 می باشد. مشارکت کنندگان، دلایل اعتماد متقابل را طول مدت رابطه و احساس شناخت کافی نسبت به شریک جنسی، اعتماد به خود در انتخاب شریک جنسی

تصویر می کردند بیماری ایدز در ایران وجود ندارد. در مطالعه فلاحتی و همکاران که به بررسی دیدگاه مردان مبتلا به ایدز در خصوص مستعد بودن برای ابتلا به ایدز انجام شده، بیماران تصویر 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 نظیر مصرف 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 نمی کردند. 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 بیش از ازدواج در جوانان، یکی دیگر از محدودیت 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 نگرش های مرتبط با رفتارهای پیشگیرانه می باشد. چنانچه جوانان

محافظت از خود در برابر تحییر و تمسخر، به نمایش گذاشتن رفتارهای جسوسانه و مورد پذیرش واقع شدن از سوی اعضای گروه به پیروی از باورها و هنجرهای 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 تعیت از دوستانشان به رفتار جنسی محافظت نشده مبادرت می ورزند. بر اساس بیانات مشارکت کنندگان، این روند بیش تر در شرایطی نمود می یافت که همگی آنان به رابطه با یک شریک جنسی مشترک می پرداختند. 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 می تواند به تبیین تأثیر پذیری جوانان از دوستان و همسالانشان در استفاده یا عدم استفاده از کاندوم کمک کند، نقش هنجرهای انتزاعی به معنای باور شخص در مورد این که بیش تر افراد مهم در زندگی وی فکر می کنند او باید یا نباید به انجام رفتار مورد نظر پردازد است (۲۷ و ۲۸). همسو با یافته فوق، در سایر مطالعات نیز رفتارهای محافظت کننده جنسی جوانان از جمله استفاده از کاندوم تحت تاثیر هنجرهای انتزاعی قرار می گیرد (۲۸). بیش تر مشارکت کنندگان اظهار می کردند که آگاهی زیادی در مورد روش های انتقال و پیشگیری از بیماری های آمیزشی نداشتند در نتیجه در تماس های جنسی خود به ندرت از کاندوم استفاده می کردند. برخی از آنان استفاده از سرنگ مشترک در بین معتادان تزیقی را بیش ترین 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

نظام ارائه سلامت کشور برنامه های ملی و منطقه ای ترغیب و حساس سازی جامع برای گروه های سنی جوان را توسط اداره کل بهداشت جوانان برنامه ریزی نموده و به صورت منظم و پایدار به اجرا درآورد.

تشکر و قدردانی

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

احساس خطر کرده و باور داشته باشد که انجام رفتارهای پر خطر و محافظت نشده جنسی آنان را در معرض خطر بیماری و آسیب های جبران ناپذیر قرار می دهد با احتمال بیشتری اقدام به اتخاذ رفتارهای محافظت کننده خواهد کرد. همچنین در ک این موضوع که منافع استفاده از کاندوم در مقایسه با موانع متصور شده آن ارزش و پیامد مفیدتری دارد، به جوانان در انجام رفتارهای جنسی محافظت شده کمک خواهد کرد. از سوی دیگر انتقال دانش و ارائه آموزش های گستره در زمینه روش های انتقال و پیشگیری از بیماری در اصلاح باورها و به دنبال آن تغییر رفتارهای ناسالم راهگشا خواهد بود. بر این اساس پیشنهاد می گردد،

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.

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. Winskill 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.

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.