

خانواده و نقش آن در بروز رفتارهای پرخطر ایدز: یک مطالعه کیفی

دکتر فاطمه رحمتی نجارکلانی^۱ - *دکتر شمس الدین نیکنامی^۲ (Ph D) - دکتر فرخنده امین شکروی^۲ (Ph D) - دکتر ربیع الله فرمانبر^۲ (Ph D) -
دکتر فضل الله احمدی^۲ (Ph D) - محمدرضا جعفری^۲ (Bs)

*نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده پزشکی، گروه آموزش بهداشت

پست الکترونیکی: niknamis@modares.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۸۹/۳/۳ تاریخ پذیرش: ۸۹/۹/۲۹

چکیده

مقدمه: آمار بیماران دچار HIV/AIDS در جهان در حال افزایش است و در کشورمان ایران نیز شاهد روند رو به رشد مبتلایان به این بیماری هستیم. مطالعات قبلی نشانگر نقش خانواده در بروز رفتارهای پرخطر است، بنابراین تبیین نقش خانواده در بروز رفتارهای پرخطر منجر به ایدز می‌تواند بیانگر چگونگی حل مشکل و ارایه راهکارهای پیشگیری از رفتارهای پرخطر باشد.

هدف: بررسی نقش خانواده در بروز رفتار پرخطر ایدز.

مواد و روش‌ها: این پژوهش به روش تحلیل درون‌مایه‌ای (Thematic Analyze) با رویکرد کیفی و به مدت ده ماه در دو مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری شهر تهران، کلینیک غرب و بیمارستان امام خمینی و بخش عفونی آن صورت گرفت. شیوه انتخاب مشارکت کنندگان به صورت هدفمند بوده و داده‌ها از طریق مصاحبه عمیق فردی و نیمه‌ساختار جمع‌آوری شد. برای تحلیل نتایج، واحدهای معنی‌دار استخراج، کدبندی و طبقه‌بندی شد.

نتایج: از کل ۶۱ بیمار، ۴۵ بیمار HIV مثبت و ۱۶ بیمار در مرحله ایدز بودند. این بیماران در محدوده سنی ۲۱ تا ۴۲ سال با میانگین سنی ۲۹/۷ سال و انحراف معیار ۴/۸۶ قرار داشتند. ۶۲/۳ مرد نمونه‌ها بودند. تقریباً همه آن‌ها مجرد بوده و تحصیلات در حد راهنمایی یا دبیرستان داشتند. درون‌مایه‌های این مقاله به شرح زیر بود: ۱- کارکرد ناسالم خانواده ۲- ساختار آسیب‌زای خانواده ۳- هنجارهای خانوادگی مخاطره‌زا.

نتیجه‌گیری: ضعف حمایتی و نداشتن حمایت کافی از سوی خانواده، نقطه تمرکز اصلی مطالعه حاضر است و این خانواده مخاطره‌زا است که بیش از سایر عوامل فرد رابه سوی رفتار پرخطر می‌کشاند. بنابراین با افزایش حمایت خانواده از نوجوانان و با مداخلات خانواده محور می‌توان در آینده شاهد کاهش رفتارهای پرخطر و ایدز بود.

کلید واژه‌ها: ایدز/ خانواده/ رفتار

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیستم شماره ۷۷، صفحات: ۸۰-۶۹

مقدمه

قابل توجهی از جوانان رفتارهای پرخطری دارند که آنها را در معرض عفونت قرار می‌دهد (۵). در نتیجه پیشگیری از رفتارهای پرخطر مربوط به ایدز در جوانان از جمله اولویت‌های بهداشت عمومی است (۶). در کشور ما نیز، بررسی‌های انجام شده توسط وزارت بهداشت، بیانگر سرعت افزایش رفتارهای پرخطری است که می‌تواند زمینه‌ساز ابتلا به ایدز باشد. به عبارتی افزایش سن ازدواج در سال‌های اخیر و کمتر شدن تمایل جوانان به ازدواج در سن پایین‌تر سبب افزایش رفتارهای پرخطر شده‌است و از سویی ایران از لحاظ جغرافیایی در وضعیت بسیار پرخطری قرار دارد؛ زیرا در مسیر ترافیک مواد مخدر واقع شده‌است (۷). این حقایق ما را بر آن می‌دارد تا در زمینه عوامل مسبب بروز رفتار پرخطر تأمل و تفکر بیشتری بنماییم. عوامل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و فردی در افزایش خطر و آسیب‌پذیری جوانان به

سندرم نقص ایمنی انسانی AIDS که عامل آن ویروس نقص ایمنی انسانی HIV (Human Immune deficiency Virus) است؛ برای اولین بار در سال ۱۹۸۱ در آمریکا توسط مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری با گزارش موارد غیرمعمول ذات‌الریه ناشی از پنوموسیستیس کارینی (Pneumocystis carinii pneumonia) و سارکوم کاپوسی (Kaposi's sarcoma) در مردان همجنس‌باز شناسایی شد (۱). از آن سال تاکنون ۲۹ سال گذشته است و طی این سال‌ها، ۲۵ میلیون نفر بر اثر این بیماری فوت نموده‌اند (۲). همچنین مطابق برآوردهای (UNAIDS) هر روز ۶۰۰۰ جوان بین سنین ۱۵ تا ۲۴ سال در جهان به (HIV) مبتلا می‌شوند (۳).

مروری بر داده‌های اپیدمیولوژی درباره بیماران مبتلا به ایدز تأییدکننده آن است که در اکثر موارد عفونت با بیماری در طول دوره نوجوانی و جوانی کسب شده‌است (۴)؛ زیرا بخش

فرهادی روی بیماران نشان داد که میزان حمایت اجتماعی خانواده از افراد HIV مثبت ضعیف بوده و افرادی که دارای حمایت اجتماعی کمتری بودند نسبت به پیشگیری از ابتلا به سایرین احساس مسئولیت کمتری می‌کردند (۱۵) با این وجود، در زمینه نقش خانواده در بروز رفتار پرخطر تا به حال مطالعه کیفی صورت نگرفته است.

برای تحقیق پیرامون چنین موضوعاتی که ابعاد آنها به درستی شناخته نشده است و برای دستیابی به تجربیات غنی در مورد رفتار انسان، محققان نیازمند استفاده از روش کیفی هستند (۱۶). بنابراین مطالعه حاضر به منظور تبیین عوامل خانوادگی منجر به ایدز و با استفاده از روش کیفی انجام شد تا شناخت تازه‌ای نسبت به این عوامل خانوادگی حاصل شود. سوء مصرف مواد و تزریق مواد مخدر، رفتار جنسی بدون حفاظت با غیر از همسر به عنوان رفتارهای پرخطر ایدز در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفت.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک تحقیق کیفی به روش تحلیل درون‌مایه‌ای (Thematic Analysis) یا تحلیل درون‌مایه است. یک روش شناسایی تحلیل و گزارش درون‌مایه‌های داده‌ها است که به میزان وسیعی مورد استفاده قرار گرفته است (۱۷).

این تحقیق 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 است و تقریباً تمامی بیماران از نقاط مختلف جغرافیایی شهر را تحت پوشش قرار می‌دهد. مدت زمان پژوهش از اسفند ۸۶ تا آذر ۸۷ به مدت ۱۰ ماه بود به نحوی که پژوهشگر به‌طور مداوم با بیماران مبتلا ارتباط داشته و حتی‌الامکان در جلسات آموزشی و مشاوره‌های درمانی بیماران مشارکت می‌نمود. سعی شد تا حد امکان مشارکت‌کنندگان (Participants) با حداکثر تنوع به شیوه هدفمند (purposeful) انتخاب و از بین هر دو جنس و با سطح اجتماعی اقتصادی متفاوت انتخاب شوند. در نمونه‌گیری هدفمند، محقق بر اساس هدف خود و سودمندی بیشتر نمونه‌ای را انتخاب می‌کند که بتواند به سوالات تحقیق پاسخ

ایدز مشارکت دارد (۸). در میان این عوامل، نقش عامل خانواده در کشور ما، ایران باید برجسته‌تر از سایر عوامل مورد بررسی قرار گیرد. خانواده نخستین نهاد اجتماعی است که تأمین‌کننده نیازهای جسمانی و روانی افراد است. عملکرد خانواده در رشد بهنجار و نابهنجار فرد نقش دارد (۹). مطالعات نشان داده است که خانواده در خطر ابتلا به HIV در نوجوانان به چهار طریق تأثیر می‌گذارد: ۱- نظارت و کنترل ۲- رفتارهای عاطفی والدین (ملایمت / حمایت) ۳- نگرش‌های والدین در مورد رابطه جنسی ۴- ارتباط بین والدین و فرزندان. کنترل ناکافی و ناسازگاری بین والدین و نوجوانان همه با رفتارهای پرخطر مربوط به HIV/STD در ارتباط است (۱۰). نقش خانواده در بروز رفتار پرخطر در مطالعات خارج از کشور نیز بارز است. به عنوان مثال، در مطالعه کیفی Christianson که به منظور بررسی چگونگی ابتلا به ایدز و رفتارهای جنسی پرخطر در افراد بیمار در سوئد انجام شد بر اهمیت نظارت والدین به عنوان یکی از عوامل مسبب اشاره شده است (۱۱). در مطالعه‌ای که توسط مرکز مدیریت بیماری‌ها در آمریکا انجام شد، مشخص شد که بی‌خانمانی خطر عفونت را به طور محسوسی افزایش می‌دهد. رفتارهای جنسی و مصرف مواد اعتیادآور در میان این نوجوانان شایع است و این نوع رفتارها احتمال عفونت‌های مقاربتی از جمله HIV را افزایش می‌دهد (۱۲). همچنین یافته‌های مطالعه Kong و Wong که به منظور تشریح فرایند شکل‌گیری عوامل مؤثر در شروع فعالیت جنسی در میان همجنس‌بازان انجام شد، مشخص نمود که ارتباط جنسی می‌تواند به عنوان فرایند مذاکره با خود، خانواده و جامعه تحلیل شود و بخصوص در مناطق روستایی چین نقش خانواده بسیار بارز است (۱۳).

در کشور ما نتیجه مطالعه زارعی با عنوان "بررسی رابطه بین شیوه‌های فرزندپروری والدین با ارتکاب نوجوان به رفتارهای پرخطر بر اساس مقیاس کلونینگر" مشخص نمود که بین شیوه‌های فرزندپروری والدین و رفتارهای سازنده و مخرب فرزندان به دلیل نقش برجسته و با اهمیت والدین رابطه معنی‌دار وجود دارد، طوری که شیوه فرزندپروری آزادگذار زمینه را برای بروز آسیب فراهم می‌کند (۱۴) همچنین مطالعه

همچنین به منظور تأیید قابلیت انتقال (Transferability) جزئیات روش تحقیق شرح داده شد (۱۹). کسب رضایت شفاهی، توجه به حریم خصوصی افراد، محرمانه نگهداشتن اطلاعات و داشتن حق کناره‌گیری مشارکت‌کنندگان از پژوهش در هر زمان دلخواه، کسب معرفی‌نامه‌ها و طی مراحل قانونی از طریق اخذ مجوز از مراکز بهداشت تحت پوشش از جمله ملاحظات اخلاقی پژوهش بود. همچنین پژوهش حاضر حاصل پایان‌نامه دکترای دانشگاه تربیت مدرس است و تأمین مالی آن از سوی دانشگاه انجام شد. در نهایت ۶۱ بیمار مبتلا یک بار مورد مصاحبه قرار گرفتند. مدت هر مصاحبه ۹۰-۲۰ دقیقه و به جریان و موقعیت مصاحبه بستگی داشت و ۸ مورد مصاحبه در دو نوبت صورت گرفت. بعد از مصاحبه در صورت امکان برداشت‌ها با اساتید و بیماران چک شد.

نتایج

در چند بخش به ترتیب ارایه می‌شود:

مشخصات مشارکت‌کنندگان:

مشارکت‌کنندگان بیماران بزرگسال در محدوده سنی ۲۱-۴۲ سال با میانگین سنی ۲۹/۷ سال و انحراف معیار ۴/۸۶ بودند اکثریت مرد و قریب به اتفاق آن‌ها تحصیلات در حد راهنمایی یا دبیرستان داشتند. از نظر مراحل بیماری ۴۵ بیمار در مرحله HIV مثبت و ۱۶ نفر در مرحله AIDS بودند. طبقه بندی این مراحل طبق سطح cd4 بیماران و شروع درمان (HAART) است (مطابق جدول ۱):

با ۴۵ بیمار HIV مثبت و ۱۶ بیمار AIDS و در مجموع ۶۱ بیمار مصاحبه فردی به عمل آمد. نکته‌ای که در همه مصاحبه‌ها مشخص شد، مسأله فقدان حمایت و نارسایی حمایت از سوی خانواده است. به نحوی که از داده‌ها بر می‌آید، ساختار و کارکرد نارسای خانواده از جمله بنیادی‌ترین عوامل مسبب بروز رفتار پرخطر در این افراد بوده است.

درون‌مایه‌های اخذ شده:

درون‌مایه‌های حاصل از این مقاله به شرح زیر است:

الف- کارکرد ناسالم خانواده ب- ساختار آسیب‌زای خانواده ج- هنجارهای خانوادگی مخاطره‌زا

دهد(۱۸). محیط مصاحبه‌ها اتاق مشاوره و انتظار برای ویزیت و کلاس آموزشی بیماران بود.

بیمارانی انتخاب شدند که اولاً در زمینه بیماری HIV/AIDS با توجه به سابقه بیماری و همکاری با پرسنل درمانی دارای تجربیات غنی بوده و ثانیاً علاقمند به مشارکت و بیان واضح آن باشند که این امر از طریق پرسش شفاهی از آنها مشخص شد. مشارکت‌کنندگان بر اساس نیاز محقق به اطلاعات مورد مصاحبه قرار گرفتند و مصاحبه‌ها تا مرحله اشباع داده‌ها و عدم‌دستیابی به اطلاعات جدید ادامه یافت. سؤالات مصاحبه به صورت عمیق و بدون ساختار در ابتدا و در ادامه به صورت نیمه سازمان یافته و با سؤالات باز پرسیده شد. به عنوان مثال داستان زندگی خود را در رابطه با رفتار پرخطر و دلیل بروز آن تعریف کنید؟ خانواده چه نقشی در بروز رفتار پرخطر در شما داشت؟ چه قدر خانواده مانع رفتار پرخطر در شما شد؟ تجربه خود را در این زمینه بیان کنید.

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 بارها مرور نمود. متن هر مصاحبه چندین بار مطالعه شد و با شکستن هر متن مضمون‌ها یا درون‌مایه‌ها (themes) به عنوان کوچک‌ترین واحدهای تشکیل دهنده معنی‌دار استخراج، کدبندی و طبقه‌بندی شد. از نرم‌افزار Word ۲۰۰۷ و Onenote برای طبقه‌بندی داده‌ها و از نرم‌افزار Spss نسخه ۱۴ برای تحلیل خصوصیات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان استفاده شد. در صورت لزوم از پرونده‌های بیماران اطلاعات لازم اخذ شد و پاسخ‌ها با پرونده تطبیق داده شد.

گوبا و لینکولن (Guba and Lincoln) به معیارهایی برای ارزشیابی یافته‌های کیفی اشاره می‌کنند که در تحقیق حاضر مدنظر قرار گرفت. برای افزایش قابلیت تأیید (Confirmability)، موارد متضاد و منفی بررسی شد تا دلیل این تناقض در یافته‌ها مشخص شود. همچنین حضور طولانی مدت پژوهشگر و تخصیص زمان کافی از جمله موارد دیگر افزایش قابلیت تأیید بود. همچنین متن مصاحبه‌های اولیه به تعدادی از اساتید تحقیق کیفی ارایه شد تا روند کدگذاری مورد تأیید قرار گیرد و از نظرات تکمیلی آن‌ها استفاده شد.

الف. کارکرد ناسالم خانواده

این درون‌مایه خود به درون‌مایه‌های کنترل نامتعادل، حمایت تربیتی و مذهبی ناکافی و حمایت اقتصادی نامتعادل تقسیم شد.

۱. کنترل نامتعادل (از عدم کنترل تا سلب اختیار)

کنم. برگشت گفت بنشین در خانه نمی‌خواهم بروی سرکار، نمی‌خواهم کار کنی. از خانه نمی‌خواهم بیرون بروی. بنشین من تریاک بهت میدهم هر چقدر می‌خواهی می‌دهم دست مادرت. ولی خوب نرو بیرون. (بیمار ۲۸ ساله مرد)

از سویی عده قلیلی بر نظارت بیش از حد و حتی زندانی نمودن آنها برای کنترل رفتار پرخطر تأکید داشتند. یکی از دلایل این امر، بدبینی والدین نسبت به فرزندان بود. همچنین خانواده‌ها برای زنان مطلقه و بیوه محدودیت زیادی در معاشرت و رفت و آمد قایل بودند. به عنوان نمونه سخنان یکی از زنان جالب بود: "اذیتم می‌کردند. بهم می‌گفتن بیرون حق نداری بروی. باید خانه بمانی. هیچ‌جا، مهمانی حق نداری بیایی. بعدش تو خانه زندانیم می‌کردند. یعنی این جوروی به شما بگویم من از روی دیوار در رفتم. در را به رویم می‌بستند. شکاک به من بودند. این شکاک بودنشان من را عذاب می‌داد." (زن ۲۸ ساله بیوه)

جالب آن که در تعدادی از شرکت‌کنندگان نظارت در حد متعادل منجر به عدم ارتکاب رفتارهای پرخطر شده بود. همچنین راهنمایی و کمک والدین و توجه به امور زندگی فردی کودکان اهمیت بسیاری دارد و این نقش پررنگ‌تر از خود نظارت است.

۲. حمایت تربیتی و مذهبی ناکافی

مسأله دیگر حمایت تربیتی است که باید از سوی خانواده اعمال شود. مشارکت‌کنندگان بر اهمیت فرهنگ و تربیت خانوادگی تأکید داشتند و بر راهنمایی و نصیحت والدین به فرزندان اشاره می‌نمودند به طوری که تربیت خانوادگی خوب را مانع بروز رفتار پرخطر محسوب می‌نمودند. بیانات یکی از بیماران مرد مبتلا ۳۴ ساله و متأهل این گونه بود:

"وقتی خانواده نبود من را حمایت کند، رو آوردم به کسی که من را تأیید کند. امثال دوستان. آنها دستشان تو مواد و اینها بود. من با همین‌ها زندگی می‌کردم. در جوانی هیچ حامی و راهنمایی نداشتم. پدرم شاغل بود می‌رفت سر کار. مادرم نسبت به ما بی‌اهمیت بود. نمیدانست به کدام برسد."

جالب آن که به نظر می‌رسد راهنمایی نادرست می‌تواند زمینه‌ساز مشکلات بیشتری شود. به عنوان مثال، در یک مورد والدین مواد مخدر را به فرزند خود معرفی نموده و موجب

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان

مشخصات	تعداد (درصد)	
جنس	زن	۲۳ (۳۷/۷)
	مرد	۳۸ (۶۲/۳)
وضعیت تاهل	متاهل	۲۴ (۳۹/۳)
	مجرد	۲۶ (۴۲/۶)
	مطلقه	۷ (۱۱/۵)
	همسرفوت شده	۴ (۶/۶)
تحصیلات	ابتدایی	۹ (۱۵/۸)
	راهنمایی	۱۹ (۳۳/۳)
	دبیرستان	۲۵ (۴۳/۹)
	دانشگاه	۴ (۷)
	نامشخص	۴ (۷)
مرحله بیماری HIV مثبت	فاز AIDS (شروع درمان HAART)	۱۶ (۲۶/۲)
	فاز AIDS مثبت	۴۵ (۷۳/۸)

(HAART): High active antiviral therapy

یکی از وظایف والدین در خانواده نظارت و کنترل بر فرزندان است. اکثر مشارکت‌کنندگان بر نبود نظارتی از سوی والدین برای کنترل رفتار پرخطر خود تأکید داشتند به نحوی که آنها به راحتی در خانه رفتارهای پرخطر مرتکب می‌شدند. اکثریت مشارکت‌کنندگان بر لزوم و اهمیت مراقبت و کنترل فرزندان از سوی والدین تأکید داشتند. به عنوان نمونه یکی از بیماران گفت:

"زمانی که پدرم متوجه شد، دارم هرویین تزریق می‌کنم، من بچه او بودم. آن زمان باید جوروی با من رفتار می‌کرد که من برترسم از مواد. جرات نکنم بیشتر پیش بروم، همان جا قطعش

می‌کردم که ننگه برم خونه، کاری کنه ... ولی شده که بگم باشه می‌آم. مثلاً گفتم: پول بده من ببرم بدم خونه مادر بزرگم یا خالم می‌آم باهات. ولی برم دیگه برنگردم. بیشتر این جور ی یا این که موبایل، چیزی ورمی داشتم."

ب. ساختار آسیب‌زای خانواده

درون‌مایه ساختار آسیب‌زای خانواده خود به زیردرون‌مایه‌های بافت آسیب‌پذیر خانواده، ارتباط ناسالم در خانواده تقسیم می‌شود.

۱. بافت آسیب‌پذیر خانواده

در اکثر بیماران بافت خانواده گسسته و دارای ویژگی‌های مستعدکننده برای رفتارهای پرخطر. به عنوان نمونه، جدایی پدر و مادر و فقدان یا فوت یکی از والدین و ازدواج مجدد والدین، خانواده را از بافت مستحکم خود دور نموده‌بود و منجر به ایفای نقش ناقص خانواده شده‌بود. یکی از بیماران در این زمینه به فرزند طلاق بودن خود اشاره می‌کند:

" بچه طلاقم من. زبردست نامادری بودم. از شش سالگی پیش نامادری آمدم. همه‌اش از محیط خانه فراری بودم. همه‌اش دوست داشتم با دوستانم باشم. غرغرای زن بابام را نشنوم."

مسئله دیگر این که حتی با وجود قرار داشتن هر دو والد در کنار فرزندان، باز هم مشکلاتی در والدین ممکن است وجود داشته‌باشد که نتوانند به درستی از عهده نقش‌های والدی خود برآیند. به عنوان مثال یک مراجعه‌کننده خانم در این زمینه می‌گوید: "بابام عقب ماندگی ذهنی دارد. مادرزادی است. چون پدرم سرکار نمی‌رود، وضع مالی مان زیاد خوب نیست. از طرف مسجد محل کم و زیاد به ما می‌رسند."

همچنین سطح سواد پایین والدین از دیگر موارد مطرح شده بود. بیمار ۳۵ ساله ای در این باره می‌گوید:

"بی‌سوادی مادرم ازدواج کردنش، مالی‌ام مشکل داشتیم. نظارت نمی‌کرد. مادرم متوجه‌ام می‌شد نمی‌تونست چیزی بگه. فوقش همش دنبال شوهرش بود. نظارت نمی‌کرد نمی‌تونست نظارت بکنه گوشش سنگین بود.."

تعداد محدودی از آنها، وجود خانواده پرجمعیت را به عنوان مانع ارضای عاطفی و حمایت و کنترل خود اشاره نموده‌بودند. یعنی وجود خانواده گسترده و تعدد فرزندان

گرایش او به این امر شده بودند به عنوان نمونه یکی از مشارکت‌کنندگان گفت:

".. بزرگترها به مدت می‌گفتند: می‌بینی این بدبخت، این معتاده، این مثلاً نگاه کنین حشیشیه ، فلانه ، ..."

همچنین براساس نتایج مصاحبه‌ها، حمایت و پرورش مذهبی فرزندان که طبق نظر دین مبین اسلام از وظایف والدین است، از سوی این خانواده‌ها به درستی اعمال نشده‌بود. اکثر این خانواده‌ها دور از مذهب بوده و در نتیجه پرورش مذهبی و معنوی فرزندان به درستی ایفاد نشده بود. به طوری که اکثر مشارکت‌کنندگان خلاء بی‌خدایی و خلاء روحانی را ذکر نمودند. یکی از مشارکت‌کنندگان مرد مذکر ۳۱ ساله مجرد چنین می‌گوید:

"خلاء مو می‌خواستم نباشه. یه خلاء روحانی بود که الان بهش پی بردم. ارتباط با خدا نداشتم. اعتقاد داشتم، باور نداشتم یه نیرویی میتواند کمک کند که من را دوست دارد..."

۳. حمایت اقتصادی نامتعادل

در این پژوهش هر دو مورد فقر مالی یا حمایت مالی بیش از حد در والدین و خانواده‌های مشارکت‌کنندگان مطرح شده‌است و می‌توان نتیجه گرفت که هر دو مورد می‌تواند زمینه‌ساز رفتار پرخطر باشد. با این وجود، در اکثریت موارد وضعیت اقتصادی ضعیف خانواده و در نتیجه فرزند، یکی از دلایل مهم انجام رفتار پرخطر جنسی برای أخذ درآمد و پول بوده‌است. فردی که از حمایت‌های خانواده و حمایت مالی آن محروم است برای گذران زندگی به هر کاری تن می‌دهد تا بتواند از لحاظ مالی خود را تأمین کند و این مسئله منجر به سوق فرد به سوی رفتارهای پرخطر می‌شود و از سویی مصرف مواد مخدر نیز هزینه‌های اضافی را تحمیل می‌کند که فرد برای تأمین آن به سراغ بزه‌کاری اجتماعی مانند سرقت، زورگیری، خرید و فروش مواد مخدر، خودفروشی می‌رود. این چرخه نامعیوب فقر، رفتار پرخطر و در نتیجه نیاز مالی بیشتر باز هم ادامه می‌یابد.

به عنوان مثال دختری ۲۱ ساله و بیوه اظهار نمود:

" ... از نظر مالی می‌دیدم که آدم هزار تا راه کشیده می‌شود، آدم به خاطر مواد همه کار می‌کنه. اگه به اون جاهاش برسه.. مثلاً سوار یه ماشین می‌شدم سعی می‌کردم، تمام سعی‌ام و

منجر به رسیدگی ناکامل والدین به آنها شده و زمینه را برای بروز رفتار پرخطر فراهم نموده بود.

۱.۲. ارتباط ناسالم در خانواده

اکثراً جو این خانواده‌ها متشنج بوده و نزاع و کشمکش به وفور در آنها مشاهده می‌شد. مشارکت کنندگان به خشونت و بداخلاقی والدین و ضرب و شتم فرزند توسط والدین اشاره می‌نمودند. به عنوان نمونه یکی از بیماران مذکر گفت:

"پدرم من را خیلی می‌زد... سنم به ۲۰ سال که رسیده بود زورم می‌رسید پدرم را بزخم ولی اون وقتی دست رو من بلند میکرد، فقط دستم را می‌گذاشتم رو سرم، و اون فقط هر جای ما دیگه مشت می‌زد. یعنی اون مشت‌ها خدا بیامرزدش فوت کرد رفت، مشت‌هایی که زده، هنوز به قرآن، رگ‌ها هنوز درد آن مشت‌ها را دارد."

زنجیره ارتباط بین والدین و فرزندان و در کل اعضای خانواده در این خانواده‌ها گسسته بود و به نظر می‌رسد تنها اسم خانواده را می‌توان روی آن گذاشت. به نحوی که این افراد اکثراً با انزوای خود گرفته و از احساس تنهایی رنج می‌بردند. این احساس تنهایی حاصل ارتباط نامناسب در والدین و خانواده بوده و خلئی را در وجود این افراد شکل داده است.

موارد فوق منجر به شکل‌گیری عدم ارضای عاطفی در این افراد شده و فرد را از احساس آرامش روحی دور نموده و در نهایت منجر به سوق فرد به سمت دوستان و رفتارهای پرخطر شده است تا فرد بتواند با رفتار پرخطر این خلاء عاطفی را در وجود خود به شکلی ناسالم پر نماید و در جایی ناصحیح در جستجوی آرامش باشد. در حقیقت رفتار پرخطر به منزله پناهگاهی برای پرنمودن شکاف‌های موجود در زندگی برای این افراد بوده است. بیمار ۲۸ ساله مذکر این نکته را بیان نمود:

"سر بگومگوهایی که داشتم، هم با خانواده خودم، هم با خانواده زخم. سمت مواد مخدر رفتم، دیگه کار را ول کردم."

در مورد زندگی مشترک نیز ارتباطات ناسالم و تشنج در زندگی مشترک افراد متأهل به چشم می‌خورد که در نهایت منجر به جدایی زوجین شده بود. جدایی و تنهایی و وضعیت ضعیف مالی خود زمینه‌ساز رفتار پرخطر بوده است که باز هم این افراد را از حمایت کافی دور نموده بود.

همچنین کمبود حمایت عاطفی از سوی همسر و عدم پابندی و سهل‌انگاری در زندگی مشترک، خیانت، بی‌توجهی به وظایف زناشویی، توقعات زیاد از همسر، عدم صداقت در زندگی و طلاق و جدایی از جمله دیگر مسایل مطرح شده بود که باز هم این افراد را از کانون گرم خانوادگی و زندگی مشترک دور نموده بود. به عنوان نمونه بیمار ۲۸ ساله مرد گفت:

"زن من، من را تنها گذاشت. همان اولش تنها گذاشت. وقتی برگشتم خانه با یه خانه تنها، یه خانه بدون زن، تازه هنوز ازدواج کرده بودم. مدتی نبود که. من تنها بودم طبقه پایین"

ج- هنجارهای خانوادگی مخاطره‌زا

درون‌مایه هنجارهای خانوادگی مخاطره‌زا به زیردرون‌مایه‌های وجود الگوها و هنجارهای ناسالم در خانواده، همسر و هنجارها و الگوهای آشنایان و اقوام تقسیم می‌شود.

۱. الگوها و هنجارهای ناسالم در خانواده

وجود و رواج رفتار پرخطر در خانواده در اکثریت این افراد مشاهده شد که نشان از نقش والای خانواده در شکل‌گیری الگوها در فرزندان دارد. اکثر مشارکت‌کنندگان بیان نمودند که در خانواده آنها الگوهای انسانی دارای رفتار پرخطر وجود داشتند به نحوی که از آنها الگوبرداری نموده بودند و بالاخص تأثیر خاص رفتارهای پرخطر به‌ویژه اعتیاد والدین یعنی پدر و مادر در این زمینه بارز است. به عنوان مثال برخی اظهار نظرها به شرح زیر بود:

"چون پدرم مصرف می‌کردند می‌دیدم مصرف می‌کنند، هیچ اشکالی برای آنها پیش نمی‌آید، من هم پیش خودم یک خونسردی شده بودم می‌گفتم... آقای خودم مصرف می‌کند، هیچ مشکلی برایش پیش نمی‌آید. من هم مصرف کنم هیچ مشکلی پیش نمی‌آید. روی همان حساب دیگر مصرف کردن را شروع کردم." (بیمار مرد مجرد ۲۸ ساله)

"من اوایل از سیگار کشیدن شروع کردم. مثلاً می‌دیدم که بابایم سیگار می‌کشند، برای من هم خوب چیزی نمی‌دانستم الگوی رفتاری من آنها بودند. من از اینها الگوبرداری می‌کردم. من هم سیگار را دزدکی برمی‌داشتم می‌رفتم در بالکونمان یا در انباریمان حالا سرفه می‌کردم. حالم بد می‌شد. کاری ندارم. فقط دوست داشتم الگوبرداری از یک کاری که فکر می‌کردم

کار درستی است، انجام بدهم. فکر می‌کردم کار خوبی است." (بیمار مجرد مرد ۲۶ ساله)

۲. همسر

شایان ذکر است که اکثر خانم‌ها از طریق شوهر خود به مواد مخدر و در نهایت تزریق آن مبادرت نموده بودند به طوری که همسر را عامل اعتیاد خود می‌دانستند. در این گونه موارد بعد از مدتی زوجین با هم به این رفتارها روی می‌آوردند. بیمار زن ۲۹ ساله در باره اعتیاد خانوادگی اذعان نمود:

"با پدر و مادر درگیری داشتیم. پدرم معتاد است. در کنار شوهر قبلی ام یه بچه هم دارم. او به اعتیاد کشیده شد. دیدم زیادی می‌کشه، می‌خوابه، من هم گفتم می‌کشم دیگه نمی‌توانستم غصه بخورم، گفتم این کار را می‌کنم. عوض این که غصه بخورم این را می‌کشم دیگه غصه‌ام نمی‌خورم. به خاطر اعتیادش جدا شدیم. زمانی که فهمیدم ایدز دارم، تمایل پیدا کردم ترک کنم."

۳. هنجارها و الگوهای آشنایان و اقوام

در تعدادی از موارد مصرف مواد در اقوامی مانند عمو، پسرعمو و دایی وجود داشته است به عنوان مثال یکی از مشارکت‌کنندگان مرد ۳۱ ساله بیان نمود:

"ولی خوب فکر می‌کنم سوم راهنمایی بودم. اون موقع یکی از اعضای خانواده‌ام معتاد بود. البته نزدیک نبود عموم بود. اون خلاف می‌کرد، حشیش می‌کشید. من دفعه اول از اون دزدیدم. مصرف کردم. عموم بودش." تعارف و اصرار مصرف مواد در دفعه اول بیشتر از سوی آشنایان و دوستان فرد بوده است:

اولین بارم، یه پسرعموی ناتنی دارم تو محل، اون بهم چیزش کرد. پیشنهاد کردش شروع کردم. به کشیدن حشیش و اینا. " اقلیت نیز بیان نمودند که هیچ یک از اعضای خانواده آن‌ها دارای رفتار پرخطر نبودند که در این موارد بیشتر شروع رفتار پرخطر از طریق دوستان و آشنایان بود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این مطالعه کیفی تبیین نقش خانواده در بروز و شکل‌گیری رفتارهای پرخطر است. مطابق نتایج، شیوه فرزندپروری آزادگذار و یا سخت‌گیرانه (مقتدر) موجب بروز

رفتار پرخطر بیشتر در فرزندان شده‌بود و هر دو روش موجب نتایج منفی رفتاری شده‌بود. در مواردی سخت‌گیری موجب گریز از خانه شده‌بود. در مطالعه DiClemente که به منظور بررسی کنترل والدین روی رفتارهای پرخطر نوجوانان انجام شد، نوجوانانی که نظارت کمتری از والدین داشتند بیشتر احتمال ابتلا به بیماری مقاربتی، شرکای جنسی متعدد، عدم استفاده از کاندوم و عدم استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری داشتند که با مطالعه حاضر مطابقت دارد. نویسندگان بر تدوین الگوی تئوریک در توضیح تأثیر محیط خانواده و تدوین مداخلات سلامت در نوجوانان تأکید نموده است (۲۰). مطالعات نشان داده‌است، نوجوانانی که از خانه گریزان هستند یا بی‌خانمان بوده و در خیابان یا خانه‌های گروهی زندگی می‌کنند، در مقایسه با دیگر نوجوانان، در معرض خطر بیشتری برای عفونت (HIV) قرار دارند. مطالعه‌ای که توسط مرکز مدیریت بیماری‌ها در آمریکا انجام شد، بیانگر این است که بی‌خانمانی خطر عفونت را به طور محسوسی افزایش می‌دهد. رفتارهای جنسی و مصرف مواد اعتیاد آور در میان این نوجوانان شایع است و این نوع رفتارها احتمال عفونت‌های مقاربتی از جمله (HIV) را افزایش می‌دهد (۲۱). مشابه نتایج مطالعه حاضر در مطالعه Huebner و Howel نیز ارتباط مثبتی بین کنترل والدین، ارتباط والدین و نوجوانان و شیوه فرزند پروری والدین با رفتارهای جنسی پرخطر در نوجوانان آمریکایی مشاهده شد (۲۲).

نصیحت و راهنمایی فرزندان نیز مورد تأکید مشارکت کنندگان بود و این امر را می‌رساند که والدین باید راه درست و خطا را به فرزندان خود بیاموزند و در صورت پا گذاشتن فرزند به راه خطا آن‌ها را از عواقب کار بر حذر دارند. لازمه این امر اطلاع والدین از روش‌های تربیت صحیح فرزندان است که والدین این بیماران با توجه به سطح اقتصادی اجتماعی و سواد پایین از معلومات کافی در این زمینه برخوردار نبودند. بنابراین آموزش به اولیا و والدین در این زمینه باید توسط سازمان‌های دست‌اندرکار تعلیم و تربیت کشور اجرا شود تا شاهد فرزندانی این گونه در جامعه نباشیم. در این مطالعه اکثر افراد بیمار و خانواده‌های آن‌ها دیندار و متعهد به اصول مذهبی دین مبین اسلام نبودند. چه بسا در

والدین، ارتباط کودک و والد ضعیف بودند (۲۷). برخلاف مطالعه حاضر، در مطالعه Santelli بین وضعیت اقتصادی اجتماعی فرد و رفتار جنسی نوجوانان آمریکایی ارتباط معنی دار آماری وجود نداشت که احتمالاً حاکی از نقش برجسته تر سایر عوامل بهداشتی است (۲۸). در مجموع مسایل مالی در کشورهای در حال توسعه نقش مهمتری در رفتارهای مرتبط با سلامتی ایفا می کند که در نتیجه برای کاهش رفتار پرخطر باید ریشه کنی فقر و بهبود وضعیت رفاهی افراد در دهک پایین جامعه مد نظر مسولین کشور باشد. حضرت علی (ع) در کلامی گهربار فرزندشان را از فقر و عواقب شوم آن انداز می دهند و می فرمایند: *ای فرزندم! از فقر بر تو می ترسم پس از آن به خدا پناه ببر، چرا که فقر دین انسان را ناقص و عقل و اندیشه او را مشوش و مردم را نسبت به او و او را نسبت به مردم بدبین می سازد.*

طلاق و جدایی و دوری از هر دو والد در پژوهش حاضر، از دیگر خصوصیات این بیماران بود که موجب گسیختگی بنیان خانواده در آنها شده بود. پرواضح است که فرزندان طلاق بیشتر آسیب پذیر بوده و به لحاظ روانی و عاطفی در معرض صدمات بیشتری قرار دارند. بنابر این تحکیم بنیان خانواده با استفاده از روش های آموزشی و اجتماعی و با تقویت اصول تعهد به خانواده و همسر می تواند راه حلی برای این مشکل باشد.

هنجارها و الگوهای ناسالم در محیط زندگی و خانواده این افراد از دیگر یافته های مطالعه حاضر بود. صدها تحقیق آلبرت بندورا بیانگر این است که بخش بزرگی از یادگیری انسان از راه مشاهده و تقلید از رفتار دیگران آموخته می شود. بدون شک مشاهده الگوهای ناسالم موجب تقلید از رفتارهای نادرست آنها شده و تمایل آنها را به این رفتارها بیشتر می کند. ارتباط فرزندان با والدین و حتی ارتباط بین دو والد در این خانواده ها با خشونت، نزاع و ناسازگاری همراه بود به طوری که خانه را از محیط پر از امنیت به محیطی پر از کشمکش و تضاد تبدیل نموده بود. متأسفانه خانواده های این گونه امروزه در کشور ما کم نیستند و باید تحقیق بیشتر روی عوامل ایجادکننده ارتباط ناسالم در خانواده های آسیب پذیر صورت گیرد.

صورت متدین بودن دست به رفتارهای پرخطری مانند روابط پرخطر جنسی و مصرف مواد مخدر نمی زدند. مذهب متغیری است که روی رفتارهای پرخطر تأثیر می گذارد و مذهبی بودن مانع رفتارهای پرخطر می شود و بنابراین به عنوان مانع عفونت ایدز محسوب شده و می تواند حمایت هایی یا راهکارهایی برای انتخاب رفتار سالم ارایه نماید. آموزش دهندگان باید از تأثیر مذهب بر فرصت های رفتاری افراد آگاه باشند. با این وجود، مطالعات محدودی در زمینه تأثیر مذهب روی رفتارهای پرخطر در جهان و ایران صورت گرفته است (۲۳).

مسأله دیگر در پژوهش حاضر فقر مالی وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین اکثر خانواده های این افراد بوده است. فقر عامل مهمی است که روی خطر ایدز تأثیر می گذارد. همچنین فقر با بی عدالتی و وسایل پیشگیری محدود و مراقبت های بهداشتی مطلوب، درمان پزشکی صحیح و دسترسی به آزمایش ارتباط دارد (۲۴). هم سو با مطالعه حاضر بررسی های جدید در جوانان اتیوپی نشان داده است که سطح اقتصادی اجتماعی پایین تر و تحصیلات محدود، عامل خطر رفتارهای جنسی پرخطر در آنها بوده است. در مطالعه Li بر نوجوانان شانگهای نیز پنج متغیر با این رفتارهای پرخطر در ارتباط بود: سن بالا، درآمد خانوادگی پایین، سن پایین تر در اولین رفتار جنسی، آگاهی ضعیف تر در مورد ایدز و ارتباطات ضعیف تر. در میان این عوامل، درآمد خانوادگی پایین از همه مهم تر بود (۲۵). در یک مطالعه بین جوانان آمریکای لاتین، بین فقر، سطح آموزشی و رفتارهای پرخطر نوجوانان رابطه ای معنی دار وجود داشته است. به طوری که Marin از آن به "چرخه عدم توانمندی" یاد می کند که شامل عوامل فرهنگی، تجربی و اجتماعی است. ترکیب این عوامل موجب افزایش خطر عفونت (HIV) و مرگ در جوانان لاتینی می شود. محقق خاطر نشان می سازد، برای مؤثر بودن برنامه های پیشگیری باید به تمامی این عوامل توجه داشت (۲۶).

Dishion در مقدمه مقاله خود پاره ای از عوامل خطر مربوط به شروع فعالیت جنسی در سنین کم را ذکر نمود. این عوامل شامل: فقر، بزه کاری، استفاده از مواد اعتیادزا، موفقیت تحصیلی کم، بلوغ زودرس دین داری ضعیف، کنترل کم

جمله می‌توان به تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، تئوری یادگیری اجتماعی اشاره نمود.

نتایج نشان می‌دهد، نداشتن حمایت کافی از سوی خانواده و در نتیجه احساس خلأ و ضعف درک شده دغدغه و مشکل اصلی مشارکت‌کنندگان باشد به نحوی که آن‌ها برای پرنمودن این شکاف دست به رفتار پرخطر زده‌اند. چالش‌های موجود در خانواده فرد را به سوی رفتار پرخطر می‌کشاند و خود منجر به حمایت‌های ناکافی فردی و شخصی می‌شود. مشارکت‌کنندگان به درستی شیوه زندگی صحیح را از والدین خود نیاموخته بودند و از تربیت مناسب خانواده محروم بودند. آن‌ها ارتباط مناسبی با والدین خود نیز نداشتند و نزاع و کشمکش شیوه مرسوم در خانواده بود. سیستم مراقبت اجتماعی شامل شبکه پویا و دینامیک از اعضای خانواده، دوستان، خدمات حمایتی رسمی است. این حمایت‌ها می‌تواند احساسی، اطلاعاتی و ابزاری باشند که تأمین آن شاخص مهم رفاه روانی فرد است (۳۳). مطالعات نشان داده‌است که خود حمایت اجتماعی می‌تواند تعیین‌کننده عادت‌های شیوه زندگی و عادت‌های بهداشتی وابسته مانند مصرف مواد مخدر الکل و تنباکو و... باشد (۳۴). بر این اساس اکنون مداخله خانواده محور از حمایت تجربی بسیار پایداری در درمان مسایل چالش برانگیز مانند سوء مصرف مواد مخدر در نوجوانان و بزهکاری برخوردار است. خانواده در شکل‌گیری مهارت‌های تصمیم‌گیری و درگیری در رفتارهای پرخطر نقش عمده‌ای دارد بنابراین منبع بالقوه تأثیر در پیشگیری و مداخلات (HIV) محسوب می‌شود. ما نیز در کشور خود به ایجاد برنامه‌های آموزشی خانواده محور نیاز داریم تا بتوانیم در زمینه پیشگیری از ایدز در کشور گام‌های مؤثری برداریم.

تشکر و قدردانی: بر خود لازم می‌دانیم از پرسنل زحمت‌کش کلینیک مشاوره بیمارستان امام خمینی و کلینیک غرب و بیماران محترم این مراکز قدردانی نماییم.

Teitelman در مطالعه خود، بر اهمیت ارتباط والدین-نوجوانان در زمینه این رفتارهای پرخطر تأکید دارد. همچنان که پاره‌ای از مطالعات، اهمیت ارتباط بین والدین و نوجوانان به خصوص مادر و دختر در زمینه کاهش رفتار مخاطره‌آمیز در نوجوانان دختر را نشان داده‌اند (۲۹). مطالعات نشان داده‌است که رفتارهای والدین و کیفیت ارتباطات در خانواده با شروع زود هنگام رفتار جنسی، داشتن شرکای جنسی متعدد و استفاده از کاندوم مربوط است. جوانانی که به نوعی با خانواده خود تعارض دارند، بیشتر احتمال دارد که درگیر رفتار پرخطر شوند و آن‌هایی که به نوعی پیوند عاطفی با خانواده احساس می‌کنند، کمتر درگیر رفتارهای مشکل‌ساز می‌شوند. بنابراین ارتباط نزدیک بین والدین و جوانان نقش مهمی در کاهش خطر بروز رفتار پرخطر ایفا می‌کند. هم‌چنین در مطالعات، کنترل رفتاری یعنی درگیری در تصمیم‌گیری روزانه زندگی نوجوانان با سطح پایین‌تر رفتارهای پرخطر در رابطه بوده است. در نتیجه کنترل رفتاری ناکافی، کودکان نمی‌توانند فرایند خودتنظیمی را یاد بگیرند و بنابراین تمایل به رفتارهای تکانشی و بدون اراده و پرخطر دارند و در برابر تأثیرات همسالان آسیب پذیر می‌شوند (۳۰).

در این مطالعه بیماران جدا از خانواده از همسالان و آشنایان خود نیز الگوبرداری کرده بودند. جوانان و شیوه زندگی آنها بسیار متأثر از همسالان آن‌ها است. این گرایش‌ها با شبکه‌های اجتماعی همسالانی که رفتارهای مخاطره‌آمیز مشابه دارند، مرتبط است (۳۱) و هنجارهای همسالان با شکل‌گیری مصرف مواد مخدر در جوانان و نوجوانان نمایان است (۳۲). مطالعات در کشورهای توسعه یافته نشان داده که جوانان تحت تأثیر نگرش جنسی و رفتارهای همسالان خود هستند. بعضی محققین معتقدند که انتخاب همسالان عامل بسیار مهمی در تصمیم‌گیری انجام رفتار پرخطر و تداوم رفتار است. تئوری‌های زیادی وجود دارند که پیشنهاد می‌کنند همسالان نقش مهمی در تعیین رفتار ایفا می‌کنند. به عنوان مثال از آن

منابع

1. Svenson L, Carmel S, Varnhagen C. A Review of the Knowledge, Attitudes and Behaviours of University Students Concerning HIV/AIDS. Health Promot Int Oxford University Press 1997; 12 (1):648.

2. Joint United Nations Programme On HIV/AIDS (UNAIDS) 2008. Report On The Global HIV/AIDS Epidemic 2008. WHO Library Cataloguing-In-

- Publication Data. Available From: URI Http :
Www.Unaids.Org.32-33
3. Epstein H, Whelan D, Wijgert JV De, J Mane P Mehta S HIV/AIDS Prevention Guidance for Reproductive Health Professionals in Developing-Country Settings. New York; The Population Council And UNFPA; 2002:25.
 4. Mahajan P, Sharma N. Awareness Level of Adolescent Girls Regarding HIV/AIDS (A Comparative Study Of Rural And Urban Areas Of Jammu. *J Hum Ecol* 2005; 17(4) : 313-14.
 5. Blanchett WJ. Sexual Risk Behaviors of Young Adults With LD And The Need For HIV/AIDS Education. *Remedial Spec Educ* 2000; 2(6) : 336-345.
 6. Noar SM, Anderman EM, Zimmerman RS, Cupp PK. Fostering Achievement Motivation In Health Education: Are We Applying Relevant Theory To School-Based HIV Prevention Programs?. *J Psychol Human Sex* 2004; 16(4) :59-76
 7. Rahmati Najarkolaei F, Niknami SH.A.D, Amin Shokravi F, Ahmadi F.A, Jafari M.R, Rahnama P. The Implication of Health Belief Model In Planning Educational Programms For Preventing HIV/AIDS Among University Students. *Payesh* October-December 2009; 8(4):349-359. [Text in Persian]
 8. Abdullaheem IS . Young People's Sexual Risk Behaviors in Nigeria. *J Adolesc Res* 2009; 24(4): 505-527.
 9. Golchin M, Nasiri M, Najmi B, Bashar Doust N. Relationship Between Family Function and Some of Psychological Characters In Adolescents. *Journal of Research in Medical Sciences (JRMS)* 2002; 6(4):297-299. [Text In Persian]
 10. Marvel F, Rowe CL, Colon-Perez L, Diclemente RJ, Liddle HA. Multidimensional Family Therapy HIV/STD Risk-Reduction Intervention: An Integrative Family-Based Model For Drug-Involved Juvenile Offenders. *Fam Process* 2009; 48(1):69-84.
 11. Christianson M, Lalos A, Westman G, Johansson EE. "Eyes Wide Shut" - Sexuality And Risk In HIV-Positive Youth In Sweden: A Qualitative Study. *Scand J Public Health* 2007; 35(1): 55-61.
 12. Liverpool J, Mcghee M, Lollis C, Beckford M, Levine D. Knowledge, Attitudes, And Behavior Of Homeless African-American Adolescents: Implications For HIV/AIDS Prevention *J Natl Med Assoc* 2002; 94(4) :257-63
 13. Wong WC, Kong TS. To Determine Factors In An Initiation Of A Same-Sex Relationship In Rural China: Using Ethnographic Decision Model. *AIDS Care* 2007; 19(7) :850-7.
 14. Zarei E. The Comparison Of Parenting Styles With High Risk Behaviors In Adolescence Using The Cloninger Scale. *Journal Of Shaheed Sadoughi University Of Medical Sciences* 2010; High Risk Behavior Conference; 18(3), Suppl.1:220-24. [Text In Persian]
 15. Masoudi M, Farhadi A. Family Social Support Rate Of HIV Positive Individuals In KHORRAM ABAD. *YAFT-E Fall 2005-Winter 2006*; 7(3-4 (26)):43-47. [Text In Persian]
 16. Pope C. Qualitative Research: Reaching The Parts Other Methods Cannot Reach: An Introduction To Qualitative Methods In Health And Health Services Research. *British Medical Journal* 1995; 311:42-45.
 17. Braunv, 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/.
 18. Marshall Martin N. Sampling For Qualitative Research. *Fam Pract* 1996; 13 (6):522-25.
 19. Guba EG, And Lincoln, Y S. Effective Evaluation: Improving The Usefulness Of Evaluation Results Through Responsive And Naturalistic Approaches; San Francisco; CA: Jossey-Bass, 1981:24-25
 20. Diclemente RJ, Wingood GM, Crosby R, Sionean C, Cobb BK, Harrington K, Davies S, Hook EW 3rd, Oh MK. Pediatrics. Parental Monitoring: Association With Adolescents' Risk Behaviors 2001 Jun; 107(6):1363-8.
 21. Liverpool J, Mcghee M, Lollis C, Beckford M, Levine D. Knowledge, Attitudes, And Behavior Of Homeless African-American Adolescents: Implications For HIV/AIDS Prevention. *J Natl Med Assoc* 2002; 94(4) :257-63
 22. Huebner AJ, Howell LW. Examining The Relationship Between Adolescent Sexual Risk-Taking And Perceptions Of Monitoring, Communication, And Parenting Styles. *J Adolesc Health* 2003 Aug; 33(2):71-8.
 23. Agadjanian V. Gender, Religious Involvement, And HIV/AIDS Prevention In Mozambique. *Soc Sci Med* 2005; 60(7) :1529-39.
 24. Dennis MK. Risk And Protective Factors For HIV/AIDS In Native Americans: Implications For Preventive Intervention. *Soc Work* 2009; 54(2):145-54.
 25. Li S, Huang H, Cai Y, Xu G, Huang F, Shen X. Characteristics And Determinants Of Sexual Behavior Among Adolescents Of Migrant Workers In Shanghai (China). *BMC Public Health* 2009 19; 9:195.
 26. Lescano CM, Brown LK, Raffaelli M, Lima LA. Cultural Factors And Family-Based HIV Prevention Intervention For Latino Youth. *J Pediatr Psychol* 2009; 34(10):1041-52.
 27. Doran C. French And Thomas J. Dishion. Predictors Of Early Initiation Of Sexual Intercourse Among High-Risk Adolescents. *J Early Adolesc* 2003; 23 :295.
 28. Santelli JS, Lowry R, Brener ND, Robin L. The Association Of Sexual Behaviors With Socioeconomic

Status, Family Structure, And Race/Ethnicity Among US Adolescents. *Am J Public Health* 2000; 90(10): 1582-8.

29. Anne M. Teitelman, Sarah J. Ratcliffe And Julie A. Cederbaum. Parent-Adolescent Communication About Sexual Pressure, Maternal Norms About Relationship Power, And STI/HIV Protective Behaviors Of Minority Urban Girls. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2008; 14: 50

30. Kapungu CT, Holmbeck GN, Paikoff RL. Longitudinal Association Between Parenting Practices And Early Sexual Risk Behaviors Among Urban African American Adolescents: The Moderating Role Of Gender. *J Youth Adolescence* 2006; 36(5):783-94.

31. Ferrer L, Cianelli R, Guzman E, Cabieses B, Irrarrázabal L, Bernales M, Araya A. Chilean University

Students: Knowledge And Concern About HIV/AIDS. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2007;18(5):51-6.

32. Bailey SL, Ouellet LJ, Mackesy-Amiti ME, Golub ET, Hagan H, Hudson SM, Latka MH, Gao W, Garfein RS; DUIT Study Team. Perceived Risk, Peer Influences, And Injection Partner Type Predict Receptive Syringe Sharing Among Young Adult Injection Drug Users In Five U.S. Cities. *Drug Alcohol Depend* 2007 Nov;91 Suppl 1:S18-29.

33. Shippy RA, Karpiak SE. Perceptions Of Support Among Older Adults With HIV. *Res Aging* 2005; 27: 290.

34. Elsenbruch S, Benson S, Rütcke M, Rose M, Dudenhausen J, Pincus-Knackstedt MK, Klapp BF, Arck PC. Social Support During Pregnancy: Effects On Maternal Depressive Symptoms, Smoking And Pregnancy Outcome. *Hum Reprod* 2007;22(3):869-77.

Family System and Its Effect's on HIV/AIDS High Risk Behaviors: A Qualitative Study

Rahmati Najari kolaei F.(Ph D)¹- *Niknami Sh.(Ph D)²- Amin Shokravi F.(Ph D)²- Farmanbar R.(Ph D)³-
Ahmadi F. (Ph D)²- Jafari M(Bs)²

*Corresponding Address: Department of Health Education, Faculty of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran,
IRAN

E-mail: niknamis@modares.ac.ir

Received: 24 May/2010 Accepted: 20/Dec/2010

Abstract

Introduction: The statistics of HIV/AIDS patients are increasing in the world and Iran. Since previous studies indicated that family structure and communication had an important role in high risk behaviors engagement, Assessing role of family system in high risk behaviors would be help to explore solving problem and preventing high risk behaviors.

Objective: To determine the effect of family on high risk behaviors.

Materials and Methods: This thematic analysis study with qualitative approach was done during 10 months in Behavioral Counseling Clinic of Imam Khomeini Hospital and West Clinic in Tehran. The participated patient were selected by purposeful sampling and data was obtained from in dept and semi-structured interview with open end questions. Total interview was recorded and typed word to word. For analyses the results review of transcripts, themes gained from data and coded categorized were done.

Results: Among 61 HIV/AIDS patients 45cases were HIV positive and 16 cases were AIDS patients with range age 21-42 years old with average age of 29.7 ± 4.86 . There were 62.3% males and 37.7 were females. Majority of them was single with secondary and high school educational level. Themes consisted of: 1- defact in family function 2- vulnareble stacture of family 3- risky family norms.

Conclusion: This study showed that core variable was inadequate support of family. Then increasing support of family in adolescents and family base intervention can be reduce high risk bahevior and HIV/AIDS incidence.

Key words: Acquired Immunodeficiency Syndrome/ Behaviors/ Family

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 77, Pages: 69-80

1. Department of Health Education, Health Research Center, Baghiyatolah University, Tehran, IRAN
2. Department of Health Education, Faculty of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, IRAN
3. Faculty of Neursing and Midvifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, IRAN