

A Comparison of the Feeling of Hostility between Women with and without AIDS

مقایسه احساس خصومت در زنان با و بدون بیماری ایدز

Arezou Cheraghi, Maryam Esmaeilinasab, Seyed Kazem Rassoolzadeh Tabatabaee

آرزو چراغی^۱، مریم اسماعیلی نسب^۲، سید کاظم رسول زاده طباطبایی^۳

پذیرش نهایی: ۹۵/۲/۱۰

پذیرش اولیه: ۹۵/۲/۱۱

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۰/۱

Abstract

The purpose of this study was to compare the feeling of hostility between prostitutes affected with AIDS (active group), women get infected through their husbands (passive group) and the normal women. The study sample contained 90 women and of them 60 women admitted to Imam-Khomeini Hospital for AIDS. Of these 60 women, 30 of them got infected through their various sexual partners and the other 30 women got infected through their spouses. The rest of 30 women were without AIDS and like the other two groups had one children and had an educational degree ranging from dipolamo to bachelor. Redford- Williams Hostility Inventory (RWHI) was used to gather required data. To examine research hypothesis ANOVA & x2 were used. According to results, the feeling of hostility in the normal group was significantly less than the feeling of hostility in the active and passive groups. In addition, there was significant differences between the active and passive groups in terms of the feeling of hostility. Given the higher feeling of hostility in prostitutes and the possibility of resulting hostile acts and of not observing safe sex, it is necessary to pay more attention to these women, support them and provide the necessary helps for them. Furthermore, an appropriate planning is needed for providing medical, cultural and psychological services for this women and for increasing the knowledge of society.

Keywords: AIDS, Prostitute, women, Hostility

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه احساس خصومت در زنان روسپی مبتلا به ایدز (گروه ایدز فعال) و زنان مبتلا به ایدز ناشی از همسر (گروه ایدز منفعل) و زنان عادی بود. گروه نمونه شامل ۹۰ نفر زن که ۶۰ نفر آنان به دلیل ابتلا به ایدز به بیمارستان امام خمینی مراجعه داشتند و از این تعداد ۳۰ نفر به دلیل شرکای جنسی متعدد و ۳۰ نفر از طریق همسران خود مبتلا شده بودند. ۳۰ نفر باقیمانده فاقد ایدز و مانند دو گروه دیگر دارای حداقل یک فرزند و تحصیلات دیپلم تا لیسانس بودند. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه احساس خصومت رد فورد ویلیامز استفاده شد. به منظور ازمن فرضیه های پژوهش از آموتهای آماری خی دو و تحلیل واریانس یک راهه استفاده شد. بر اساس نتایج، احساس خصومت گروه عادی کمتر از گروه ایدز فعال و منفعل است. زنان مبتلا به ایدز فعال نسبت به زنان ایدز منفعل خصومت بیشتری تجربه می کنند. با توجه به بالاتر بودن احساس خصومت در زنان روسپی و احتمال تبدیل احساس خصومت به رفتار و عدم رعایت عمدی نکات ایمنی و خطرات ناشی از آن، لازم است جنبه های این موضوع در این زنان و حمایت ها و کمک های لازم برای آنها مورد توجه قرار گیرد. برنامه ریزی جهت ارائه خدمات پزشکی فرهنگی و روانشناسی جهت گروههای مبتلا و اطلاع رسانی و ارتقا سطح آگاهی جامعه ضروری می باشد.

کلیدواژه‌ها: ایدز، روسپی، زنان، خصومت

۱. کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۲. (نویسنده مسئول) استادیار روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس esmaeilinasab@modares.ac.ir

۳. دانشیار روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

* این مقاله برگرفته از پایان نامه نویسنده اول است.



مقدمه

ایدز به معنای سندرم نقص ایمنی اکتسابی و نمونه‌ای از عفونت‌های مخرب است که توسط ویروس نقص ایمنی انسانی یا HIV ایجاد می‌شود (الهی و کردانی، ۱۳۸۵). امروزه عفونت HIV یا ایدز به اندازه‌ای شیوع یافته است که در بیشتر جوامع بودجه‌های کلانی برای پیشگیری از این بیماری هولناک صرف می‌شود و کمتر کشوری را می‌توان یافت که موارد جدید آلودگی به این ویروس را گزارش نکرده باشد. عفونت HIV، ناشی از ویروسی است که از طریق خون، ترشح واژنی و شیر مادر منتقل می‌شود. ویروس HIV به سیستم ایمنی بدن حمله می‌کند؛ به مرور زمان، این ویروس سیستم ایمنی را به قدری ضعیف می‌کند که دیگر نمی‌تواند بدن را در برابر بیماری محافظت کند و این همان عفونت پیشرفته ویروس HIV، یعنی بیماری کشنده ایدز است. این بیماری دارای علائمی چون تورم غدد لنفاوی، تب و عرق شبانه، خستگی عمومی، لاغری، اسهال، ضایعات معمول پوستی، خارش، تمایل به خونریزی، سرفه و تنگی نفس است (دژکام، ۱۳۸۰).

ایدز، از جمله بیماریهایی است که به لحاظ ایجاد مشکلات اجتماعی فراوان، تفکرات سوء حاکم بر جامعه و انگ اجتماعی، نه تنها از جنبه سلامت جسمانی بلکه از بعد سلامت روانی و اجتماعی نیز وضعیت بیماران را متأثر کرده و منجر به بروز مشکلات عدیده در زندگی فردی و اجتماعی بیماران می‌شود (آراند و نارانجو، ۲۰۰۴). مسأله عمده‌ای که در مورد مبتلایان به ایدز وجود دارد طرد شدن آنها از اجتماع و انگ و تبعیض است که به نحوی تکامل فردی آنها را که ارتباط مستقیم با سلامت روانی دارد، تحت الشعاع خود قرار می‌دهد (کار و گراملینگ، ۲۰۰۴).

ابتلای زنان به این بیماری به دلیل انتقال به فرزند و آسیب‌پذیری‌های خاص آنها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بر اساس آمار در ایران، بیشتر زنان مبتلا به ایدز از طریق رابطه جنسی غیرایمن آلوده شده‌اند و احتمال انتقال ویروس از مرد به زن ۲۰ برابر بیشتر از احتمال انتقال آن از زن به مرد است، بیش از ۷۰٪ زنان متأهل نیز به وسیله همسرانشان

مبتلا شده‌اند و درصد زیادی از زنان از طریق رابطه جنسی و درصد زیادی از مردان به وسیله استفاده از دارو و مواد مخدر مبتلا شده‌اند (وزارت بهداشت، مرکز مدیریت بیماری‌ها، ۱۳۹۳). بنابراین در هله اول با گروهی از زنا مبتلا مواجهیم که از طریق همسران خود مبتلا شده‌اند. عموماً این دسته از زنان که به دلیل بودن همسر خود در زندان یا به دلیل اعتیاد و غیره، بی سرپرست و همراه با یک یا چند فرزند که ممکن است گاهی یکی از آنها هم به ایدز مبتلا شده باشد، حمایت عاطفی، اقتصادی مناسبی از طرف خانواده و جامعه نخواهند داشت که این خود منجر به ایجاد حس خصومت از زنان و مردانی می‌شود که بی تفاوت به مسائل او در کنار او در جامعه زندگی می‌کنند (ستار، ۱۳۹۳). از طرفی، هشدارهای اخیر در ایران، نشانگر آن است که موارد ابتلا به این بیماری در جریان رابطه جنسی رو به افزایش است. بنابراین دسته‌ای از زنان که بدین گونه بیش از همه در معرض مبتلا شدن و نیز انتشار بیماری از این طریق هستند، زنانی هستند که به اصطلاح روسپی نامیده می‌شوند.

فارلی و بارکان (۱۹۹۸) فرد روسپی را اینگونه تعریف کرده‌اند: "زنی (به ندرت مردی) است که مخارج زندگی خود را به طور کلی یا جزئی از طریق تسلیم خویش به دیگران، به طریق جنسی تأمین می‌کند. به علاوه این روابط جنسی بدون محبت و موقتی است و اگر رابطه عاطفی در کار باشد فحشاء نام نخواهد داشت. این اصطلاح تنها به کسانی اطلاق نمی‌شود که تمام عمر به فحشاء اشتغال دارند بلکه هر زنی یا مردی که در ضمن اشتغال به کارهای دیگر می‌پردازد و گاه گاهی با دریافت پول به ایجاد روابط جنسی اقدام می‌کند نیز روسپی نامیده می‌شود". اگر به روسپی‌گری و ایدز پرداخته نشود در آینده در کشور مشکلات سلامتی جدی به وجود خواهد آمد. خطر ابتلا به ایدز از این گروه به سایر گروه‌های جامعه وجود دارد. بسیاری از مردان، تمایلی به استفاده از وسایل پیشگیری از ایدز مانند کاندوم ندارند و این رفتار پرخطرشان هم می‌تواند باعث انتقال بیماری به زنان شود و هم خودشان را در معرض ابتلا به بیماری قرار دهد.



روسی به دلیل سایر مشکلات روانشناختی همراه که جنبه زمینه ساز هم داشته باشند، بالاتر باشد. با توجه به خلا پژوهش در داخل و خارج کشور، این سوال باقی می ماند که آیا بین میزان احساس خصومت در زنان مبتلا به ایدز از طریق همسر با زنان مبتلا به ایدز از طریق روسپی گری تفاوت وجود دارد؟

روش

پژوهش حاضر از نوع طرح های علی-مقایسه ای است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان آلوده به ویروس HIV و مبتلا به ایدز که در سال ۹۳ تحت پوشش مرکز بیماریهای رفتاری بیمارستان امام خمینی شهر تهران بودند، تشکیل می دادند. گروه نمونه شامل ۹۰ نفر زن دارای حداقل یک فرزند و تحصیلات دیپلم تا لیسانس می باشد که ۳۰ نفر آنان از جامعه زنان مبتلا به ایدز مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی که علت ابتلا آنان داشتن شرکای جنسی متعدد و ۳۰ نفر آنان از جامعه زنان مبتلا به ایدز مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی که علت ابتلا آنان به دلیل ابتلا از همسر بود و ۳۰ نفر زنان عادی ساکن در مناطق مختلف تهران که به صورت تصادفی انتخاب شدند. سعی گردید شرایط شرکت کنندگان از حیث سن، تحصیلات و شرایط اقتصادی-اجتماعی همتاسازی شود.

حجم نمونه مورد مطالعه ۶۰ نفر (۳۰ زن ایدز فعال و ۳۰ زن ایدز منفعل) تعیین شد. نمونه مورد مطالعه به صورت نمونه گیری هدفمند و از نوع در دسترس از بین زنانی که از تاریخ ۱۳۹۳/۴/۱ لغایت ۱۳۹۳/۹/۱ به مرکز بیماری های رفتاری بیمارستان امام خمینی مراجعه کرده (تحت پوشش مرکز) و علت ابتلا آنان به دلیل رفتار پرخطر و تعدد شرکای جنسی و یا به علت ابتلا از طریق همسر بود، انتخاب شد. محقق پس از شناسایی و انتخاب کلیه زنان مبتلا به بیماری ایدز که به مرکز بیماری های رفتاری بیمارستان امام خمینی مراجعه کردند، بعد از توضیحاتی در خصوص پرسشنامه ها و اهداف پژوهش، به افراد این اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی آنها محرمانه مانده و نیازی به ذکر نام نیست و سپس از آنها خواسته شد در نهایت دقت و

افراد مبتلا به این عفونت با محدودیتهای زیادی در محیط اجتماعی و فرهنگی روبه رو هستند. این افراد با تجربه هایی مواجه می شوند که اغلب تنیدگی زاست. پیامدهای وخیم اجتماعی و روانشناختی ناشی از تشخیص ایدز در بیماران مبتلا به HIV نیز به عنوان عامل مهمی در گسترش این عفونت یاد می شود (اسمیت و لارسون، ۲۰۰۳). پژوهش بعضی نویسندگان مطالعه حاضر، نشان داد بین میزان احساس حمایت اجتماعی در دو گروه زنان مبتلا به ایدز از طریق همسر و از طریق روسپیگری تفاوت معناداری وجود ندارد (کلانتری، رسول زاده طباطبایی و اسماعیلی نسب، ۲۰۱۵). بنابراین به نظر می رسد فارغ از نحوه ابتلا زنان، پیامدهای منفی اجتماعی بسیار و به تبع آن هیجان های منفی توسط آنان تجربه می شود. به نظر می رسد هیجان های منفی تجربه شده در این بیماران مانند خشم، افسردگی، اضطراب و ناامیدی یکی از عوامل اصلی انتقال این بیماری به دیگران است (پیراسته مطلق، نیک منش و اکبری علی آباد، ۱۳۹۳).

در مورد احساس خصومت به عنوان یک هیجان منفی، که به نظر می رسد با نوعی تمایل به تلافی جویی همراه است، در حد بررسی نویسندگان، مطالعه ای انجام نگرفته است. خصومت عبارت است از یک تنفر پایدار که با میل شدید به تلافی برای یک آسیب واقعی یا ذهنی ترکیب شده است (کورسینی، ۱۹۹۹). نتایج پژوهش های صورت گرفته نشانگر سطح پایین سلامت روانی و کیفیت زندگی در مبتلایان به ایدز به عنوان پیامد غیر قابل اجتناب این بیماری است (هولند، استورم، کرافورد، ما، گورت مارکر، آلسک، ۲۰۰۷). این عوارض در کنار سایر عوارض شدید جسمی و اجتماعی، در ابتدا این را به ذهن می رساند که شاید زنان مبتلا به ایدز ناشی از همسر که به نوعی قربانی فرد دیگر و منفعلانه درگیر چنین مساله سختی شده اند، احساس خصومت بالاتری داشته باشند. از طرف دیگر بعضی مطالعات بر وجود مشکلات روانشناختی دیگر در گرایش افراد به روسپیگری پرداخته اند که ممکن است بیانگر آن باشد که این احساس خصومت تنها به بیماری آنها مرتبط نباشد و در زنان



صدائق به سوال ها پاسخ دهند.

ابزار

۱. پرسشنامه خصومت رد فورد ویلیامز (RWHI) این پرسشنامه توسط رادفورد ساخته شده، دارای ۱۲ عبارت است و پاسخ دهی به این پرسشنامه در یک طیف پنج نقطه ای لیکرتی صورت می گیرد. بررسی پرسشنامه در ایران نیز بیانگر ضریب بازآزمایی گزارش شده ۰/۸۲. وضریب همسانی درونی ۰/۸۵. روایی محتوایی آن نیز مورد تأیید قرار گرفته است (به نقل از شکوهی یکتا، اکبری زردخانه و پوران، ۱۳۹۴).

توصیف داده های آماری از رسم جداول توزیع فراوانی، محاسبه شاخص های حد وسط و پراکندگی توزیع استفاده شد. برای بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش در هر گروه از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. برای مقایسه ی گروه های مستقل از جمله از تحلیل واریانس ANOVA و آزمون تعقیبی بونفرونی یا توکی بهره گرفته شد.

یافته ها

اطلاعات جدول شماره ۱ فراوانی و درصد سطح

جدول ۱. فراوانی مربوط به سطح خصومت شرکت کنندگان به تفکیک گروه				
میزان خصومت			گروه	
خصومت شدید (۹ و بالاتر)	خلق تند(۴-۹)	عدم خصومت(۰-۳)		
۰	۱۱	۲۱	فراوانی	عادی
٪۰	٪۳۴/۴	٪۶۵/۶	درصد	
۱۹	۹	۲	فراوانی	ایدز فعال
٪۶۳/۳	٪۳۰	٪۶/۷	درصد	
۱۰	۱۵	۷	فراوانی	ایدز منفعل
٪۳۱/۳	٪۴۶/۹	٪۲۱/۹	درصد	
$X^2=39/89$			آزمون خی دو	
$P=0/001$				

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره ی زنان مبتلا به ایدز فعال (روسی)، ایدز منفعل (از طریق همسر) و زنان عادی در مقیاس خصومت			
متغیرها	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
خصومت	عادی	۳/۳۷	۱/۳۶
	ایدز فعال	۸/۵۰	۲/۸۸
	ایدز منفعل	۲۶/۶	۳

خصومت آزمودنی ها را به تفکیک گروه نشان می دهد؛ همانگونه که ملاحظه می شود ۶/۶۵٪ (۲۱ نفر) از زنان عادی و ۹/۲۱٪ (۷ نفر) مبتلا به ایدز منفعل خصومت مرضی را تجربه نمی کنند. ۴/۳۴٪ (۱۱ نفر) از زنان عادی، ۳۰٪ (۹ نفر) از زنان مبتلا به ایدز فعال و ۹/۴۶٪ (۱۵ نفر) از زنان مبتلا به ایدز منفعل دارای خلق تند بودند. همچنین ۳/۶۳٪ (۱۹ نفر) از زنان مبتلا به ایدز فعال و ۳/۳۱٪ (۱۰ نفر) از زنان مبتلا به ایدز منفعل دارای خصومت بسیار بالا بودند. همچنین نتایج آزمون کای ۲ نشان می دهد که سطوح خصومت با نوع ابتلا به ایدز رابطه معنی داری دارد.

با توجه به اطلاعات جدول شماره ۲ و نتایج تحلیل واریانس جدول شماره ۳ می توان نتیجه گرفت که بین سه گروه در میانگین احساس خصومت تفاوت معنی داری وجود دارد.

براساس نتایج جدول شماره ۴ می توان نتیجه گرفت که بین میانگین تعدیل شده گروه عادی با گروه ایدز فعال و منفعل تفاوت معنی دار آماری وجود دارد. همچنین تفاوت بین گروه زنان مبتلا به ایدز فعال و منفعل در خصومت معنی دار است. لذا می توان چنین نتیجه گرفت که زنان مبتلا به ایدز



جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس یک راهه روی میانگین خصومت

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	مجدور میانگین	F	P
خصومت	بین گروهی	۴۲۰/۲۴۹	۲	۲۱۰/۱۲۵	۳۳/۰۶۹	۰
	درون گروهی	۵۷۸/۲۱۹	۹۱	۶/۳۵۴		
	کل	۹۹۸/۴۶۸	۹۳			

جدول ۴. نتایج مقایسه جفت میانگین های تعدیل شده خصومت به روش توکی

متغیر	گروه	گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	P
خصومت	عادی	فعال	-۵/۱۲۵۰	۰/۶۴۰۶۰	۰
	عادی	منفعل	-۳/۲۸۱۳	۰/۶۳۰۱۸	۰
	فعال	منفعل	۱/۸۴۳۸	۰/۶۴۰۶۰	۰/۰۱۴

فعال (روسی) نسبت به زنان ایدز منفعل (از طریق همسر) خصومت بیشتری دارند.

بحث و نتیجه گیری

چهارمین ویراست تجدیدنظرشده راهنمای تشخیصی آماری بیماری های روانی، ایدز را در کنار سرطان از جمله بیماریهایی می داند که علاوه بر سایر عوارض جسمی، فرد را در معرض اختلال استرس پس از ضربه قرار می دهد و از این رو بسته به تهدیدهایی که برای فرد و جامعه دارد، قابل بررسی و مطالعه است (اودیسی، اوگانرین و اوگاینی ۲۰۰۷، به نقل از مرادی، جباری، میرآقایی، پرهون، فروغی و مرادمند بادیه، ۱۳۸۹). گویی برای فرد مبتلا به ایدز، دنیا جایگاهی نا امن و غیر قابل کنترل و پیش بینی می شود چنین تجربه ای ذهنی می تواند به پیامدهای منفی جدی برای خود و دیگری بیانجامد. در سالهای اخیر بر افزایش انتقال ایدز از طریق روابط جنسی پرخطر هشدار داده شده است. در کنار ناآگاهی ها، عدم مراقبت عمدی (در قالب مفهوم احساس خصومت) می تواند این خطر را بیش از پیش برجسته سازد.

نتایج پژوهش حاضر، نشان داد احساس خصومت در هر دو گروه زنان مبتلا به ایدز این پژوهش (ناشی از همسر و ناشی از روسپیگری)، به طور معنی داری بالاتر از زنان عادی و در زنان مبتلا به ایدز ناشی از روسپیگری، بیشتر از زنان مبتلا به ایدز ناشی از همسر است. در تبیین بالاتر بودن احساس خصومت در زنان مبتلا به ایدز نسبت به زنان عادی، بیش از

همه می توان بر مفهوم ننگ اجتماعی یا استیگما در این بیکاری اشاره کرد. سازه ای که نه تنها در ایران بلکه در بسیاری از کشورها مورد بررسی قرار گرفته است. شدت نگاه منفی اجتماعی و حتی در کادرای درمانی، علاوه بر احساس غم و ناامیدی .. می تواند به احساس دیگری همچون خصومت بیانجامد. به ویژه وقتی فرد دیگران را به نوعی در ابتلای خود به بیماری مقصر ببیند. در ایران بر اساس پژوهش رحمتی نجارکلایی، نیکنامی، امین شکروی و رواری (۱۳۹۱)، احساس سرزنش، شرمندگی، طرد، دوری گزینی و ناامیدی تجربه شایع این دسته از بیماران در مورد احتمال فاش شدن بیماری خود بوده است. در این شرایط پیامدهای ننگ اجتماعی بر این افراد و روش مقابله با آن قابل توجه خواهد بود. ماکووا و همکاران (۲۰۰۸)، در بررسی روش های مقابله با ننگ اجتماعی نسبت به ایدز در پنج کشور آفریقایی نشان دادند، اگر چه این بیماران تمام تلاش خود را برای به کار گیری روش های مقابله مثبت مثل گرفتن مشاوره یا صحبت با دیگران دارند، به دلیل شدت پیامدهای استیگما، این روش ها خیلی کم در مورد آنها موثر است و در صورت امکان منجر به پنهان کردن بیماری می شود. مطالعه کیفی پیامدهای داغ ننگ در زنان مبتلا به ایدز در ایران نیز نشان داده است که این بیماران به دلیل تجربه ناخوشایند اجتماعی، سعی در پنهان نگاه داشتن بیماری خود دارند (ملاسماعیل شیرازی، نوربخش و محرز، ۱۳۹۱). بررسی شرایط زنان مبتلا به ایدز در مطالعه حاضر نیز نشانگر



بعدی مدنظر قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

بر خود لازم می دانیم از پرسنل محترم مرکز مشاوره رفتاری بیمارستان امام خمینی و باشگاه یاران مثبت این مرکز و همچنین افراد شرکت کننده در این پژوهش که نهایت همکاری را در دستیابی به نتایج دقیق تر داشتند تشکر و قدردانی نماییم.

منابع

Abdollahi Moghadam, M., Moradi, M. (2009). The composite of the self-definition of healthy and HIV/AIDS infected monolingual and bilingual people. *Research in psychological Health*, 2 (4), 37-45. [persian]

Aranda-Naranjo, B. (2004). Quality of life in the HIV-positive patient: implications and consequences. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 15(5), 20S-27S.

Behari, M., Srivastava, A. K., & Pandey, R. M. (2005). Quality of life in patients with Parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders*, 11(4), 221-226.

Carr RL, Gramling LF. (2004). Stigma: a health barrier for women with HIV/AIDS. *Journal of the association of the Nurses in AIDS Care*, 15(5):30-9.

Center for Disease Control (2014). Latest Statistics of infection of HIV / AIDS in the Islamic Republic of Iran; Ministry of Health and Medical Education.

Corsini, R J. (1999). *Dictionary of Psychology*. Psychology Press.

Dezhkam, M. (2001). *New knowledge about AIDS: AIDS*, tehran: dezh.

Elahi, N., & Kordani, M. (2006). Care of AIDS patients and HIV infection at home. *Ahvaz Jundishapur*. [Persian]

Farley, M., & Barkan, H. (1998). Prostitution, violence, and posttraumatic stress disorder. *Women & Health*, 27(3), 37-49.

Gheisari, A. (2009). *Contemporary Iran Economy, Society, Politics* (1st ed.). london: Oxford University Press.

Guaraldi, G., Murri, R., Orlando, G., Squillace, N., Stentarelli, C., Zona, S., ... Martinez, E. (2008). Lipodystrophy and quality of life of HIV-infected persons. *Aids Rev*, 10(3), 152-161.

Harding, R., & Molloy, T. (2008). Positive futures? The impact of HIV infection on achieving health, wealth and future planning. *AIDS Care*, 20(5), 565-570.

Howland, L. C., Storm, D. S., Crawford, S. L., Ma, Y., Gortmaker, S. L., & Oleske, J. M. (2007). Negative life events: risk to health-related quality of

آنست که بسیاری از آنها، به ویژه در صورت مرگ همسر، تحت پوشش کمتر سازمان حمایتی دولتی قرار دارند و معمولاً از طرف خانواده هم طرد می شوند. اغلب دارای کودک مبتلا به ایدز بوده و برای معیشت خود دچار مشکلات فراوانی می باشند. به دلیل عدم آگاهی مردم از راههای انتقال ایدز اغلب از ارائه شغل به زنان مبتلا به ایدز خودداری کرده و آنها مجبورند بیماری خود را پنهان نمایند. در پژوهش کلانتریف رسول زده طباطبایی و اسماعیلی نسب، ۲۰۱۵)، با وجود تفاوت در روش ابتلا، تفاوت معنی داری در حمایت اجتماعی از این دو گروه زنان وجود ندارد. سکوت افراد مبتلا به دلیل پیامدهای گوناگون آن، هم مردان و زنان را در معرض خطر بیشتری قرار می دهد.

اما وجود خصومت بالاتر در زنان مبتلا از طریق روسپی گری، نشان می دهد که صرف این بیماری نیست که منجر به خصومت شده و سایر عواملی که در گرایش به سمت روسپی گری نقش دارند در بروز احساس خصومت نیز دخیلند. به عنوان مثال پژوهش کلانتری (۱۳۹۳)، نشان داد سلامت معنوی زنان مبتلا به ایدز ناشی از همسر از سلامت معنوی زنان مبتلا به ایدز فعال بالاتر است. البته ممکن است ابتلای به بیماری به تشدید این احساس های منفی زنان رسی، بیانجامد و البته خطر تمایل به تلاقی جویی از طریق انتشار بیماری را افزایش دهد. نکته ای که باید بیش از پیش در آموزش های همگانی مورد توجه جدی قرار گیرد.

در پایان همانطور که گفته شد، متأسفانه آمار بیانگر افزایش شیوع بیماری به ویژه از طریق روابط پرخطر جنسی می باشد و این امر لزوم بررسی هر چه بیشتر جنبه های اجتماعی، روانشناختی و پزشکی این معضل را بیش از پیش آشکار می سازد. به همان دلایل احساس خطر، احساس خشم و خصومت و ننگ اجتماعی، افراد مبتلا همکاری چندانی در امور پژوهشی ندارند. اگر چه در پژوهش تلاش های زیادی برای ایجاد احساس ایمنی در این بیماران انجام شد و خوشبختانه به افزایش سطح مشارکت آنها انجامید، امکان نمونه بیشتر و بررسی متغیرهای مداخله گر یا میانجی در احساس خصومت نبود که پیشنهاد می شود در بررسی های



life in children and youth with HIV infection. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 18(1), 3–11.

Kalantary, S. (1393). Comparison of mental health, mental health and social support in women with Active disease (through prostitution) and passive (through partners). *Seminars in Hearing. tarbiat modares.*[persian]

Kalantary, S., Rasoolzadeh Tabatabaee, SK., Esmaeilinasab, M. (2015). Comparison of social support in women with active(through prostitution) and passive (through the husband) AIDS. *Int. J. Rew. Lif. Sci.*, 5(5), 1388-1392.

Makoe, Lucia N., Greeff, M., Phetlhu, R D., Uys, L R., Naidoo, J R., Kohi, T W., Dlamini, P S., Chirwa, M L., Holzemer, W L. (2008). *J Assoc Nurses AIDS Care*. 19(2), 137-146.

Moradi A.R., Jabari H., MirAghaei A.M., & Parhon H., Forooghi M., & Moradmand-Badiee B. (2010). Autobiographical Memory performance among people with AIDS/HIV. *Iranian Journal of research on Psychological Health*. 3(4), 17-24.[Persian]

Molaesmaeil Shirazi, N., Noorbakhsh, SM., Mohraz, Minoo. (2012). Consequences of Stigma in women with AIDS, a qualitative research. *The Iranian Journal of Bioethics*. 2, (5), 99-128.[Persian]

Nadon, S. M., Koverola, C., & Schludermann, E. H. (1998). Antecedents to Prostitution Childhood Victimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 13(2), 206–221.

Rahmati Najarkolaei, F., Niknami, S., Amin Shokravi, F., Ravari, A. (2012). HIV/AIDS Patients's Experiences about Stigma: a Qualitative Study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 1(2), 71-81.[Persian]

Pirasteh Motlagh, A., Nikmanesh, Z., Akbari A., Abad, T. (2014). The Relationship of Spirituality and Awareness and attitude towards Disease with feeling of suffering in Patients with AIDS/HIV. *Research in Psychological Health*, 8(2), 43-52.[Persian]

Satar, P. (2014). Women with AIDS lived experience of social relations. *Women in Politics Birth*, 12, 38.

Sayles, J. N., Hays, R. D., Sarkisian, C. A., Mahajan, A. P., Spritzer, K. L., & Cunningham, W. E. (2008). Development and psychometric assessment of a multidimensional measure of internalized HIV stigma in a sample of HIV-positive adults. *AIDS and Behavior*, 12(5), 748–758.

Shokoohi Yekta, M. Akbari-Zardkhaneh, S. Puran. S. (2015). Effectiveness of psycho-social skill training packages for drivers on their emotional management and mental health. *Journal of Behavioral Sciences*. 9(2), 103-109.[Persian]

Smith, K. W., & Larson, M. J. (2003). Quality of life assessments by adult substance abusers receiving publicly funded treatment in Massachusetts. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(2), 323–335.