مقایسه احساس خصومت در زنانِ با و بـــدون بیماری ایدز

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

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

Arezou Cheraghi, Maryam Esmaeilinasab, Seyed Kazem Rassoolzadeh Tabatabaee

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۰/۱ پذیرش اولیه: ۹۵/۲/۱۱ پذیرش نهایی: ۹۵/۲/۱۰

چکیده

هدف از پژوهش حاضرمقایسه 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 ۹۰نفرزن 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 ازمون فرضیه های پژوهش از آمونهای 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 وروانشناسی جهت گروههای مبتلا واطلاع رسانی وارتقا سطح اگاهی جامعه ضروری می باشد.

کلیدواژها: ایدز، روسپی، زنان، خصومت

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 signifcantly 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 hosility 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 pyschological services for this women and for increasing the knowledge of society.

Keywords: AIDS, Prostitute, women, Hostility

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.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.3.7]

[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.32]

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 عفونتHIV یا ایدز به اندازه‌ای شیوع یافته است که در بیشتر جوامع بودجه‌های کلانی برای پیشگیری از این بیماری هولناک صرف می شود 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 ویروسHIV، 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 متاثر کرده و منجر به بروز مشکلات عدیده در زندگی فردی و اجتماعی بیماران می‌شود (آراندا و نارانجو ، ۲۰۰۴). مسأله عمده ای که در مورد مبتلایان به ایدز وجود دارد طرد شدن آنها از اجتماع وانگ وتبعیض است که به نحوی تکامل فردی آنها را که ارتباط مستقیم با سلامت روانی دارد، تحت الشعاع خود قرار می دهد (کار وگراملینگ،۲۰۰۴).

ابتلای زنان به این بیماری به دلیل انتقال به فرزند و آسیب پذیری های خاص آنها از اهمیت ویژه ای برخوردار است. بر اساس آمار درایران، 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 شده ند و درصد زیادی از زنان از طریق رابطه جنسی و درصد زیادی از مردان به وسیله استفاده از دارو و مواد مخدر مبتلا شده اند (وزارت بهداشت، مرکز مدیریت بیماری‌ها، ۱۳۹۳). بنابراین در هله اول با گروهی از زنا مبتلا مواجهیم که از طریق همسران خود مبتلا شده اند. 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 یاچند فرزند که ممکن است گاهی یکی از انها هم به ایدز مبتلا شده باشد، حمایت عاطفی ، اقتصادی مناسبی از طرف خانواده وجامعه نخواهند داشت که این خود منجر به ایجاد حس خصومت از زنان ومردانی می‌شود که بی‌تفاوت به مسائل او در کنار او در جامعه زندگی می‌کنند (ستار،۱۳۹۳) .از طرفی،هشدار های اخیر در ایران، نشانگر آن است که موارد ابتلا به این بیماری در جریان رابطه جنسی رو به افزایش است. بنابراین دسته ای 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 می شوند.

فارلی و بارکان (۱۹۹۸) فرد روسپی را اینگونه تعریف کرده اند: "زنی (به ندرت مردی) است که مخارج زندگی خود را به طور کلی یا جزئی از طریق تسلیم خویش به دیگران، به طریق جنسی تامین می کند. 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 می پردازد و گاه گاهی با دریافت پول به ایجاد روابط جنسی اقدام می کند نیز روسپی نامیده می شود". اگر به روسپی گری 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 رفتارپرخطرشان هم می‌تواند باعث انتقال بیماری به زنان شود و هم خودشان را در معرض ابتلا به بیماری قرار دهد.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.3.7]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.32]

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 تنیدگی‌زاست. 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 هیجان‌های 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، اُلسک، 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 روسپی 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 ویروسHIV و مبتلا به ایدز که در سال ۹۳ تحت پوشش مرکز بیماریهای رفتاری بیمارستان امام خمینی شهر تهران بودند، تشکیل می‌دادند .

گروه نمونه شامل ۹۰ نفر زن دارای حداقل یک فرزند و تحصیلات دیپلم تا لیسانس می‌باشد که ۳۰ نفر آنان از جامعه زنان مبتلا به ایدز مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی که علت ابتلا آنان داشتن شرکای جنسی متعدد و۳۰ نفرآنان از جامعه زنان مبتلا به ایدز مراجعه‌کننده به بیمارستان امام خمینی که علت ابتلا آنان به دلیل ابتلا از همسر بود و۳۰نفر زنان عادی ساکن در مناطق مختلف تهران که به صورت تصادفی انتخاب شدند. سعی گردید شرایط شرکت‌کنندگان از حیث سن، تحصیلات وشرایط 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

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.3.7]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.32]

صداقت 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 ۸۲/. وضریب همسانی درونی ۸۵/. است. 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 شاخص‌های حد وسط و پراکندگی توزیع استفاده شد. برای بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش درهر گروه ازآزمون کلموگروف-اسمیرنف استفاده شد.و برای مقایسه‌ی گروههای مستقل از جمله از تحلیل واریانس ANOVA و آزمون تعقیبی بونفرونی یا توکی بهره گرفته شد.

یافته‌ها

اطلاعات جدول شماره۱فراوانی و درصد سطح خصومت آزمودنی ها را به تفکیک گروه نشان می دهد؛ همانگونه که ملاحظه می شود ۶۵/۶٪ (۲۱ نفر) از زنان عادی و ۲۱/۹٪(۷ نفر) مبتلا به ایدز منفعل خصومت مرضی را تجربه نمی‌کنند. ۳۴/۴٪ (۱۱ نفر) از زنان عادی، ۳۰٪(۹ نفر) از زنان مبتلا به ایدز فعال و ۴۶/۹٪(۱۵ نفر) از زنان مبتلا به ایدز منفعل دارای خلق تند بودند. همچنین ۶۳/۳٪(۱۹ نفر) از زنان مبتلا به ایدز فعال و ۳۱/۳٪(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 ۲و 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 ۱. فراوانی مربوط به سطح خصومت شرکت کنندگان به تفکیک گروه

گروه		میزان خصومت		
		عدم خصومت(۳-۰)	خلق تند(۹-۴)	خصومت شدید (۹ و بالاتر)
عادی	فراوانی	۲۱	۱۱	۰
	درصد	٪۶۵/۶	٪۳۴/۴	٪۰
ایدز فعال	فراوانی	۲	۹	۱۹
	درصد	٪۶/۷	٪۳۰	٪۶۳/۳
ایدز منفعل	فراوانی	۷	۱۵	۱۰
	درصد	٪۲۱/۹	٪۴۶/۹	٪۳۱/۳
آزمون خی دو			X^2=۳۹/۸۹ P=۰/۰۰۱	

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره‌ی زنان مبتلا به ایدز فعال(روسپی)، ایدزمنفعل(از طریق همسر) و زنان عادی در مقیاس خصومت

متغیر ها	گروه	آماره	
		میانگین	انحراف استاندارد
خصومت	عادی	۳/۳۷	۱/۳۶
	ایدز فعال	۸/۵۰	۲/۸۸
	ایدز منفعل	۲۶/۶	۳

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.3.7]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.32]

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس یک راهه روی میانگین خصومت

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجذور 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(روسپی) نسبت به زنان ایدز منفعل (از طریق همسر) خصومت بیشتری دارند.

بحث ونتیجه گیری

چهارمین ویراست تجدیدنظرشده راهنمای تشخیصی آماری بیماری های روانی، ایدز را در کنار سرطان از جمله بیماریهایی می داند که علاوه بر سایر عورض جسمی، فرد را در معرض اختلال استرس پس از ضربه قرار می دهدو از این رو بسته به تهدیدهایی که برای فرد و جامعه دارد، قابل بررسی و مطالعه است (اودیس، اوگانرین و اوگاینی۲۰۰۷، به نقل از مرادی، جباری، میر آقایی، پرهون، فروغی و مرادمند بادیه، ۱۳۸۹). گویی برای فرد مبتلا به ایدز، دنیا جایگاهی نا امن و غیر قابل کنترل و پیش‌بینی می شود چنین تجربه‌ای ذهنی می تواند به پیامد های 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 روسپیگیری، 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، علاه 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(ملااسماعیل شیرازی،نوربخش و محرز، ۱۳۹۱). بررسی شرایط زنان مبتلا به ایدز در مطالعه حاضر نیز نشانگر

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.3.7]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.32]

آنست که بسیاری از آنها، به ویـژه در صـورت مـرگ همسر، تحت پوشش کمتر سازمان حمـایتی دولتـی قـرار دارنـد و معمـولا از طـرف خـانواده هـم طـرد می‌شوند. اغلب دارای کودک مبـتلا بـه ایـدز بـوده و برای معیشت خود دچار مشکلات فراوانی می باشند. به دلیل عدم آگـاهی مـردم از راههـای انتقـال ایـدز اغلب از ارائه شغل به زنان مبتلا بـه ایـدز خـودداری کرده و آنها مجبورند بیماری خود را پنهـان نماینـد. در پـژوهش کلانتریـف رسـول زده طباطبـایی و اسماعیلی نسـب،۲۰۱۵)، بـا وجـود تفـاوت در روش ابتلا، تفاوت معنی داری در حمایت اجتماعی از ایـن دو گروه زنان وجود نـدارد. سـکوت افـراد مبـتلا بـه دلیل پیامدهای گوناگون آن، هم مردان و زنان را در معرض خطر بیشتری قرار می دهد.

اما وجود خصومت بالاتر در زنـان مبـتلا از طریـق روسپی گری، نشان مـی دهـد کـه کـه صـرف ایـن بیماری نیست که منجر بـه خصـومت شـده و سـایر عواملی که در گرایش به سمت روسـپی گـری نقـش دارند در بـروز احسـاس خصـومت نیـز دخیلنـد. بـه عنوان مثـال پـژوهش کلانتـری(۱۳۹۳)، نشـان داد سلامت معنوی زنان مبتلا به ایدزناشـی از همسـر از سلامت معنوی زنان مبتلا به ایدز فعال بالاتر اسـت. البته ممکن است ابتلای به بیماری بـه تشـدید ایـن احساس های منفی زنـان رسـپی، بیانجامـد و البتـه خطر تمایل به تلافی جویی از طریق انتشار بیمـاری را افزایش دهد . نکته ای که باید بـیش از پـیش در آموزش های همگانی مورد توجه جدی قرار گیرد.

در پایان همانطور کـه گفتـه شـد، متاسـفانه آمـار بیانگر افزایش شیوع بیماری به ویژه از طریق روابـط پرخطر جنسی می باشد و این امر لزوم بررسـی هـر چـه بیشـتر جنبـه هـای اجتمـاعی، روانشـناختی و پزشکی این معظل را بیش از پیش آشکار می سـازد. به همـان دلایـل احسـاس خطـر، احسـاس خشـم و خصـومت و ننـگ اجتمـاعی، افـراد مبـتلا همکـاری چندانی در امور پژوهشی ندارند. اگر چه در پـژوهش تلاش های زیادی برای ایجاد احساس ایمنی در این بیماران انجام شد و خوشـبختانه بـه افـزایش سـطح مشارکت آنها انجامید، امکان نمونه بیشـتر و بررسـی متغیرهـای مداخلـه گـر یـا میـانجی در احسـاس خصومت نبود که پیشنهاد می شود در بررسی هـای بعدی مدنظر قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

بر خود لازم مـی دانـیم از پرسـنل محتـرم مرکـز مشاوره رفتـاری بیمارسـتان امـام خمینـی وباشـگاه یاران مثبت این مرکز و همچنین افراد شرکت کننده در این پژوهش که نهایت همکاری را در دستیابی به نتایج دقیق تر داشتند تشکر وقدردانی نماییم.

منابع

Abdolahi Moghadam, M., Moradi, M. (20090). The composite of the self-defination 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

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.3.7]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.32]

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.

Makoae, 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.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.3.7]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.32]