



نشریه شبکه تحقیقات اچ آی وی کشور

شماره هشتم اردیبهشت ۱۴۰۰

فهرست

آماده‌سازی افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی برای درمان

۱

نگاشت بدن (body mapping)

۲

آموزش بهداشت جنسی در مدارس

۳

روابط جنسی خارج از چارچوب خانواده

۵

نظریه شناخت اجتماعی و مصرف قلیان
در نوجوانان

۶

زندگی‌نامه آماندا بلیک

۶



آماده‌سازی افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی برای درمان

دکتر فاطمه مهربانی

مرکز تحقیقات مراقبت اچ‌آی‌وی و عفونت‌های آمیزشی، مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان



۱

که کلیه داروهای تجویز شده با دقت در دوز و زمان‌بندی تجویز شده توسط پزشک مصرف شوند. باید در نظر داشت که در مواردی مانند توبرکلوزیس (سل) و سرکوب ایمنی شدید که فرد در خطر مرگ بالایی قرار دارد تاخیر در شروع رژیم ضد‌رتروویروسی می‌تواند عواقب منفی داشته باشد.

اگرچه درمان ضد‌رتروویروسی تعهدی مختص به تمام دوران زندگی است، ماه‌های اول درمان اهمیت ویژه‌ای دارند. انتظار می‌رود با پذیرش درمان توسط افراد، بهبود بالینی و ایمنولوژیکی و سرکوب ویروس مشاهده گردد، هرچند که عفونت‌های فرصت طلب و سندرم بازسازی التهابی ایمنی (immune reconstitution inflammatory syndrome) و عوارض جانبی داروها مانند، hypersensitivity، خصوصاً در سه ماهه اول درمان ممکن است گسترش پیدا کنند. درمان ضد‌رتروویروسی به طور قابل ملاحظه‌ای مرگ‌ومیر کلی را کاهش می‌دهد اما مرگ در سه ماهه نخست درمان بالاترین میزان را دارد. این عوارض زمانی شایع‌تر هستند که فردی که رژیم ضد‌رتروویروسی را آغاز کرده است از قبل در مراحل پیشرفته اچ‌آی‌وی قرار دارد و نقص شدید سیستم ایمنی و عفونت‌های همراه، بیماری‌های همزمان، افت شدید هموگلوبین یا سوتغذیه شدید را تجربه می‌کند. پذیرش ضعیف در این مرحله با خطر شکست درمان و گسترش سریع مقاومت در آن‌ها مرتبط است.

باید به فرد مبتلا خاطرنشان کرد که بسیاری از عوارض جانبی که تجربه می‌کند موقتی و یا قابل درمان هستند و در اکثر موارد داروی دخیل در ایجاد عوارض می‌تواند با داروی دیگری جایگزین شود. در آماده‌سازی برای شروع درمان بسیار مهم است که نیازهای فرد به حمایت‌های روانی برای پذیرش مورد ارزیابی قرار گیرد. علاوه بر این فرد دریافت‌کننده درمان و مراقبت‌کننده باید مرتباً مورد سوال قرار بگیرند که آیا فرد مبتلا به ویروس به صورت همزمان هرگونه داروی دیگری اعم از داروهای گیاهی و مکمل‌های غذایی و دارویی را مورد مصرف قرار می‌دهد یا خیر.

با علم به اینکه آگاهی کادر درمان از مراحل آماده‌سازی بیمار برای درمان می‌تواند بار زیادی را از مراحل درمان بکاهد، باید در نظر داشت که جمعیت گسترده‌ای از کادر درمان به آموزش نیاز دارند. و تنها تعداد کمی از کشورها توانسته‌اند آموزش مفهومی، ممتد و عملیاتی به کارکنان مراکز درمانی ارائه دهند، این امر باید در برنامه‌ریزی‌های آینده مد نظر قرار بگیرد.

سلامتی مهم‌ترین نعمت خدادادی است و به خطر افتادن آن برای همه نگران‌کننده است و ابتلا به هیچ عفونت یا بیماری از این قاعده مستثنی نیست. در این بین برخی بیماری‌ها به دلیل این که زندگی انسان‌ها را تهدید می‌کنند علاوه بر اضطراب و نگرانی می‌تواند به ناامیدی فرد نیز منجر شود و در نتیجه همین یاس و ناامیدی فرد ممکن است زندگی خود را پایان یافته پندارد و اقدامی برای درمان خود نکند. مواردی از این دست در بیماران مبتلا به سرطان و برخی بیماری‌های مزمن مشاهده می‌شود، ابتلا به ویروس اچ‌آی‌وی نیز می‌تواند با چنین واکنش‌هایی همراه باشد.

آماده کردن افراد برای پذیرش درمان ضد‌رتروویروسی توسط فرد مبتلا به اچ‌آی‌وی یکی از چالش‌های این عفونت به شمار می‌آید. پذیرش درمان به تمایل فرد مبتلا به اچ‌آی‌وی برای پیگیری رژیم درمانی و استفاده از داروها به تعداد و تناوب تجویز شده اطلاق می‌شود. عدم پذیرش مناسب درمان توسط فرد مبتلا نهایتاً منجر به شکست رژیم درمانی اولیه می‌شود و روند درمان را در ادامه به مراتب دشوارتر می‌گرداند. آنچه پیش از شروع درمان ضد‌رتروویروسی اهمیت دارد این است که کادر درمانی موظفند تمایل و آمادگی فرد مبتلا برای شروع درمان را با جزئیات مورد بحث و بررسی قرار دهند. جزئیات این بررسی شامل گفتگو و آگاهی‌بخشی به فرد مبتلا در زمینه رژیم دارویی ضد‌رتروویروسی، دوز درمانی تعیین‌شده، زمان‌بندی مصرف داروها، فواید احتمالی، عوارض جانبی محتمل و جلسات ارزیابی و پیگیری می‌باشد. در مورد درمان کودکان مبتلا به اچ‌آی‌وی این گفتگو باید با والدین و یا قیم قانونی کودک مبتلا صورت گیرد و شامل شرح دادن وضعیت فعلی فرد مبتلا به ایشان باشد.

شروع درمان ضد‌رتروویروسی همیشه مستلزم در نظر گرفتن وضعیت غذایی، بیماری‌های هم‌زمان و سایر داروهای مصرفی می‌باشد تا به این وسیله بتوان تداخلات، منع مصرف‌ها، تنظیم دوزها و زمان‌بندی مصرف را در رژیم دارویی فرد تنظیم کرد. به صورت کلی تصمیم شروع و یا عدم شروع درمان همیشه با فرد مبتلا خواهد بود، اما در برخی موارد می‌توان با در نظر گرفتن مشکلات روحی که احتمالاً فرد مبتلا با آن دست و پنجه نرم می‌کند، مشکلات مربوط به مصرف مواد و یا سایر موانع بر سر پذیرش درمان توسط فرد مبتلا، حمایت لازم از فرد را به عمل آورد؛ تا بعد از کمک به حل مشکلات ذهنی و آماده‌سازی فرد در ملاقات‌های بعد با پزشک و یا مرکز درمانی، احتمال پذیرش درمان توسط وی افزایش یابد. افراد حاضر در شبکه فرد مبتلا به اچ‌آی‌وی نیز می‌توانند نقش به‌سزایی در آماده‌سازی او برای شروع درمان داشته باشند. در صورت عدم پذیرش، این آمادگی در جلسات بعدی نیز باید مورد سوال قرار بگیرد.

فرد مبتلا و مراقبت‌کننده او باید آگاه باشند که اولین رژیم درمانی ضد‌رتروویروسی (Initial antiretroviral regimen) بهترین فرصت برای سرکوب موثر ویروس، بهبود سیستم ایمنی و متعاقباً بهبود بالینی است. درمان ضد‌رتروویروسی موفق، نیازمند این است

منابع:

[Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection](#)

[CLINICAL GUIDELINES: ANTIRETROVIRAL THERAPY CHAPTER4-](#)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3632027>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1483909>

نگاشت بدن (Body Mapping)

غزال موسویان

مرکز تحقیقات مراقبت اچ‌آی‌وی و عفونت‌های آمیزشی، مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان



۲

در این روش، فرد در ابتدا بر روی یک کاغذ نقاشی بزرگ در اندازه واقعی بدن می‌کشد و یک طرح کلی از بدن خود رسم می‌کند. سپس از وی خواسته می‌شود تا اتفاقاتی که برای قسمت‌های مختلف بدن، ذهن و احساساتش افتاده است را با استفاده از کلمات و نقاشی بر روی بدن ترسیم شده رسم کند یا بنویسد (مثال: شکل ۱). داستان‌های منحصر به فردی که در این نگاشت‌های بدنی به تصویر کشیده می‌شوند، به خوبی اتفاقات زندگی یک فرد در دوره ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز و حتی هر بیماری دیگری را نشان می‌دهد. نگاشت‌های بدنی به شرکت‌کنندگان این قدرت را می‌دهد تا شجاعت و امید خود را با به اشتراک گذاشتن تجربیات شخصی خود با دیگران از طریق بیان احساسات و سرگذشتشان حفظ کنند. همچنین به دیگران این امکان را می‌دهد که تجارب و ابعاد مختلف زندگی افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی را بهتر درک کنند و گامی موثر در جهت از بین بردن انگ اجتماعی بردارند.

منابع:

<https://www.cdc.gov/healthyouth/whatworks/pdf/what-works-sexual-health-education.pdf>

هنر فرآیندی انعکاسی برای بازنمایی دنیای درونی و بیرونی انسان‌ها است. طی قرن‌های پیاپی، هنر ابزاری برای بیان اهداف، خواسته‌ها (مثل عدالت اجتماعی) و احساسات مردم و سایر مسائل مرتبط با زندگی بوده است. هنر به عنوان یک راه جایگزین ارتباطی موثر، برای انتقال عمق و پیچیدگی تجربیات و احساسات به شکلی مجسم و فراتر از محدودیت‌های کلمات شناخته می‌شود. به همین دلیل، محققان، هنرهای ادبی، نمایشی و تجسمی را به عنوان روش‌هایی برای کاوش در تجربیات و تعاملات اجتماعی در نظر گرفته و از آن استفاده می‌کنند. استفاده از روش‌های تحقیق مبتنی بر هنر، به مرور زمان در جوامع تحقیقاتی به رسمیت شناخته شده‌اند.

نگاشت بدنی به عنوان یکی از اشکال نسبتاً جدید هنر درمانی شناخته می‌شود. نگاشت بدنی، فرآیندی برای ایجاد نقاشی‌هایی در اندازه واقعی است که نشان‌دهنده هویت افراد در زمینه‌های اجتماعی آن‌ها می‌باشد. در واقع این روش با استفاده از طراحی، نقاشی و یا سایر تکنیک‌های هنری راهی برای نمایش بصری جنبه‌های زندگی شخصی، جسمی و دنیایی که افراد در آن زندگی می‌کنند را فراهم می‌نماید. این روش را می‌توان ابزاری برای به اشتراک‌گذاری تجارب فیزیکی و احساسی افراد از تعارضات، خشم‌ها، خشونت‌ها و همچنین سوءاستفاده‌هایی که در زندگی شخصی خود به دلیل ابتلا به یک عفونت یا بیماری داشته‌اند، دانست. نگاشت بدنی نخستین بار در سال ۲۰۰۲ در کشور آفریقای جنوبی به عنوان یک ابزار درمانی برای زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی در جهت کمک و حمایت از آن‌ها مورد استفاده قرار گرفت. در واقع نگاشت بدنی از پروژه جعبه حافظه (Memory Box) که توسط جاناتان مورگان روانشناس بالینی دانشگاه Cape Town، آفریقای جنوبی طراحی شده بود، تکامل یافت؛ سپس این پروژه توسط جین سولومون، هنرمند اهل آفریقای جنوبی، به یک هنر درمانی منجر شد که به موجب آن زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز از تصاویر و کلمات برای روایت تجارب زندگی خود استفاده می‌کردند. نگاشت بدنی را می‌توان معنا بخشیدن به تجارب زندگی یک فرد از ابتلا به یک بیماری خاص دانست. همچنین می‌توان از آن برای به دست آوردن تاریخچه پزشکی افراد و درک بهتر از زندگی شخصی فرد استفاده کرد. همین امر می‌تواند به نوبه خود، اطلاعات تکمیلی ارزشمندی در جهت درمان و آموزش به فرد مبتلا از سوی او در اختیار تیم درمانی قرار دهد.





آموزش بهداشت جنسی در مدارس

سهیل مهباندوست

مرکز تحقیقات مراقبت اچ‌آی‌وی و عفونت‌های آمیزشی، مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

۳

از جمله ویژگی‌های مهم آموزش جنسی در مدارس می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- از طریق معلم‌ها و پرسنل آموزش‌دیده به دانش‌آموزان منتقل شود.
- از روش‌هایی در آموزش استفاده شود که دانش‌آموزان را به صورت فعال درگیر یادگیری کنند.
- به نحوی طراحی شوند که به نیازهای تمامی گروه‌ها (اعم از اقلیت‌های جنسیتی) توجه گردد.
- دانش‌آموزان را به خدمات بهداشت جنسی و سایر خدمات بهداشتی که در مدارس ارائه می‌شود متصل نماید.
- با همکاری والدین، خانواده‌ها و انجمن اولیا و مربیان صورت گیرد.
- ارتباط مثبت و موثری بین نوجوانان و افراد بالغ ایجاد کند.
- بتوانند دانش و مهارت کافی را در نوجوانان ایجاد کنند؛ به نحوی که منجر به ارتقای رفتارهای سالم شده و از رفتارهای پرخطر اجتناب گردد.

از جمله موارد مهمی که باید به آن توجه داشت این است که پس از آموزش، باید به دانش‌آموزان زمان کافی داد تا از مهارت‌ها استفاده کنند، استفاده از آن‌ها را در شرایط احتمالی بروز رفتارهای پرخطر ارزیابی نموده و نسبت به این مهارت‌ها واکنش نشان دهند. این امر می‌تواند به ایجاد و تقویت استقلال، تفکر نقادانه و مهارت حل مسئله در نوجوانان کمک کند.

دانش‌آموزان باید طی این مراحل بیاموزند که چگونه:

- تأثیرات خانواده، افراد همسان و فضای مجازی را بر سلامت خود تجزیه و تحلیل کنند.
- به منابع اطلاعاتی و خدمات معتبر و قابل اعتماد در زمینه اچ‌آی‌وی و سایر عفونت‌های آمیزشی دسترسی پیدا کنند.
- در رابطه با مسائلی که بر سلامتی آن‌ها تأثیرگذار است با خانواده، افراد همسان و معلم‌های خود ارتباط برقرار کنند.
- تصمیم‌های آگاهانه و منطقی در رابطه با سلامت خود بگیرند.
- نسبت به سلامتی خود و سایرین مسئولیت‌پذیر باشند.

آموزش بهداشت جنسی همواره یکی از چالش‌برانگیزترین موضوعات در زندگی هر فردی به شمار می‌آید. این امر در جوامع سنتی و مذهبی نمود ویژه‌ای می‌یابد. نوجوانان در دوران بلوغ خود با سوالات فراوانی رو به رو می‌شوند که باید پاسخ مناسبی برای آن‌ها بیابند؛ اما چالش از آن‌جایی آغاز می‌شود که صحبت کردن در مورد چنین مسائلی با والدین عمدتاً برای نوجوانان سخت است و یک نوع تابو به حساب می‌آید. همین امر باعث می‌شود تا نوجوانان به دنبال مسیری جایگزین برای پاسخ دادن به سوالات خود باشند. در نتیجه امکان دارد که نوجوانان به هر منبع اطلاعاتی در دسترس، فارغ از معتبر بودن یا نبودن آن‌ها اطمینان کنند. با توجه به این امر که در دنیای امروز اینترنت نقش به‌سزایی در زندگی همه مردم بازی می‌کند و به عنوان یکی از اولین و ساده‌ترین منابع اطلاعاتی در دسترس در ذهن‌ها ثبت شده است، این احتمال چندان دور از ذهن نیست که نوجوانان نیز برای یافتن پاسخ سوالات خود به این بستر وسیع مراجعه کنند. اما سوال مهمی که در اینجا مطرح می‌شود این است که تا چه اندازه این احتمال وجود دارد که نوجوانان جامعه ما با مراجعه به منابع غیرمعتبر به شکل نادرستی در مورد بهداشت جنسی آموزش ببینند؟

خانواده‌ها به خوبی از تأثیر منفی آموزش نادرست بر فرزندان خود آگاه هستند، اما گاهی پرده شرم و حیایی که بین والدین و فرزندان در جامعه ما وجود دارد، مانع می‌شود تا والدین شخصاً اقدام به آموزش فرزندان خود کنند. در اینجا باید به نقش مدرسه به عنوان خانه دوم دانش‌آموزان اشاره نمود و از آن به عنوان یکی از ارکان مهم در زندگی هر نوجوان یاد کرد. آموزش بهداشت جنسی مناسب می‌تواند دانش و مهارت کافی را برای دانش‌آموزان فراهم کند تا بتوانند به شکل موثری از خود در برابر مشکلات این دوره از زندگی مراقبت کرده و همچنین از ابتلای خویش به اچ‌آی‌وی و سایر عفونت‌های آمیزشی پیشگیری کنند. این آموزش‌ها باید از نظر علمی دقیق، از نظر قابلیت اجرایی مناسب و سازگار با ساختارهای فرهنگی جامعه باشد. همچنین لازم به ذکر است که این آموزش‌ها باید با سن دانش‌آموزان مطابقت داشته باشد و برنامه‌ریزی برای انتقال اطلاعات به گونه‌ای صورت گیرد که بتواند بر رفتارهای کلیدی اثر بگذارد و منجر به ارتقای سلامت جنسی نوجوانان گردد. آموزش‌ها نباید تنها به یک مقطع زمانی خاص محدود شود، بلکه باید به صورت مستمر و بر پایه تحقیقات علمی باشد.

۳) استفاده از نیروهای دوره‌دیده با دانش و مهارت کافی جهت انتقال مطالب

- ایجاد و استفاده از برخی صلاحیت‌ها مثل دانش کافی و مهارت آموزش برای افرادی که اقدام به آموزش خواهند کرد.
- دریافت بازخورد از معلم‌ها، دانش‌آموزان، پرسنل و مدیران مدارس در خصوص دانش و مهارت‌های مورد نیاز برای انتقال مطالب آموزشی به بهترین نحو ممکن نیز از اهمیت فراوان برخوردار است.
- استفاده از صلاحیت‌های آموزشی تعیین شده برای طراحی، اجرا و ارزیابی پرسنل و معلم‌ها جهت فراهم کردن آموزش‌های مورد نیاز. این آموزش‌ها می‌تواند دانش و مهارت مورد نیاز برای آموزش بهداشت جنسی را در معلم‌ها و پرسنل تقویت کند.

۴) جلب همکاری والدین

- ایجاد دفاتر شورای بهداشت مدارس، راهنماهایی در سطح منطقه درخصوص برنامه بهداشت مدارس برای دانش‌آموزان و پرسنل را به صورت منظم فراهم می‌کند.
- استفاده از استراتژی‌هایی برای جلب همکاری فعال خانواده‌ها و انجمن اولیا و مربیان در برنامه آموزشی، به ویژه دریافت بازخورد از آن‌ها در خصوص آموزش بهداشت جنسی طی مدت شرکت در این دوره‌ها که از اهمیت به‌سزایی برخوردار است.

منابع:

<https://www.cdc.gov/healthyouth/whatworks/pdf/what-works-sexual-health-education.pdf>

مزایای آموزش بهداشت جنسی در مدارس

آموزش بهداشت جنسی با روش درست می‌تواند تاثیر مثبتی بر سلامتی دانش‌آموزان داشته باشد. نتایج نشان می‌دهد که دانش‌آموزانی که با این سیستم آموزش دیده‌اند در مقایسه با سایرین این تفاوت‌ها را داشته‌اند:

- آغاز رابطه جنسی در سنین بالاتر
 - داشتن شرکای جنسی کمتر
 - داشتن روابط جنسی محافظت نشده کمتر
 - افزایش احتمال استفاده از کاندوم
 - بهبود در عملکرد علمی و تحصیلی به دلیل خود مراقبتی
- علاوه بر موارد ذکر شده، در کنار این آموزش‌ها می‌توان آموزش‌های مکملی نیز در مورد خطرات مصرف مواد مخدر و همچنین آموزش‌هایی جهت پیشگیری از خودکشی و اجتناب از بروز خشونت و یا مورد خشونت واقع شدن در دانش‌آموزان ارائه نمود.
- برای عملی کردن آموزش بهداشت جنسی در سطح قابل قبول، مدارس به سیاست‌های حمایتی، محتوای مناسب، پرسنل آموزش‌دیده و همکاری والدین نیاز دارند.

به طور کلی استفاده از چهار عامل زیر می‌تواند برای ارائه آموزش بهتر موثر واقع شود:

۱) ایجاد سیاست‌هایی که محیط مناسب برای آموزش بهداشت جنسی را فراهم می‌کند

- شناسایی شرایط کنونی، محدودیت‌ها و سیاست‌های مدارس برای آموزش بهداشت جنسی
- ایجاد یک دوره آموزشی مهارت‌محور برای کلیه دانش‌آموزان مقطع راهنمایی و دبیرستان

۲) استفاده از محتوای علمی دقیق، با قابلیت اجرای مناسب، سازگار

با ساختار فرهنگی جامعه و مبتنی بر دانش روز

- ایجاد یک محدوده مشخص و متوالی از آموزش به منظور شناسایی رفتارها و پیامدهای حاصل از آموزش در بین تمامی دانش‌آموزان مقطع راهنمایی و دبیرستان
- ایجاد یا گزینش دوره آموزشی مورد تأییدی که شامل دروس آموزشی، فعالیت‌های دانش‌آموزی، منابع و ارزیابی استراتژی‌ها باشد.
- ارتقای استفاده از ابزارها و منابع آموزشی همچون راهنمای گام‌به‌گام و طرح درس به منظور ارتقای مطالب آموزشی.





روابط جنسی خارج از چارچوب خانواده

سهیل مهباندوست

مرکز تحقیقات مراقبت اچ‌آی‌وی و عفونت‌های آمیزشی، مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

باشد؛ لذا شناسایی عوامل موثر بر روابط جنسی خارج از چارچوب خانواده در بین جوانان ایران می‌تواند نقش موثری برنامه‌ریزی موثر برای پیشگیری از عواقب این پدیده داشته باشد. در همین راستا به نتایج حاصل یک مطالعه که توسط محمودی و همکاران به منظور تعیین عوامل موثر بر اولین رابطه جنسی خارج از چارچوب ازدواج در ایران صورت گرفته است خواهیم پرداخت.

در این مطالعه که بر روی ۳۰۲۶ فرد شرکت‌کننده در رده سنی ۱۹ تا ۲۹ سال در ایران انجام گرفت. براساس نتایج به دست آمده از این مطالعه شیوع وزن‌دهی شده روابط جنسی خارج از چارچوب خانواده در جوانان ایران برابر ۱۶/۲٪ برآورد شده است. براساس یافته‌های این مطالعه میانگین سن اولین رابطه جنسی خارج از چارچوب خانواده زیر ۲۰ سال بوده که این مسئله در بین زنان و مردان مشابه بود.

از جمله یافته‌های مهم این پژوهش می‌توان به پایین‌تر بودن سن اولین رابطه جنسی خارج از چارچوب خانواده در گروه سنی ۱۹ تا ۲۴ سال اشاره کرد که این امر نشان‌گر افزایش روابط جنسی خارج از چارچوب خانواده در گروه‌های سنی جوان‌تر در ایران می‌باشد. علت زمینه‌ساز این روند را می‌توان ناشی از تغییرات همچون شهری‌شدن جوامع، مهاجرت و افزایش چشمگیر استفاده از فضای مجازی در گروه‌های سنی پایین‌تر دانست. وجود شواهدی مبنی بر کاهش سن شروع رابطه جنسی در جامعه می‌تواند زنگ خطری برای سلامت عمومی جامعه باشد. چرا که عدم آگاهی کافی در رابطه با بهداشت جنسی می‌تواند آثار مخربی بر روی قشر جوان جامعه داشته باشد. بنابراین لزوم برنامه‌ریزی در سنین مناسب برای قشر جوان جامعه را می‌توان یکی از اولویت‌ها دانست.

همچنین یافته‌ها حاکی از آن بود که سابقه مصرف اکستازی و شیشه نیز ارتباط معناداری با کاهش سن اولین رابطه جنسی خارج از چارچوب خانواده داشته است. این نکته نیز می‌تواند نقش بسیار زیادی در افزایش رفتارهای پرخطر در جوانان داشته باشد؛ چراکه در مطالعات مختلف ارتباط معناداری بین مصرف مواد و رفتارهای پرخطر مشاهده شده است.

به طور کلی براساس نتایج حاصل می‌توان عنوان کرد که بخش قابل توجهی از جوانان ایران روابط جنسی خارج از چارچوب خانواده را تجربه کرده‌اند و با توجه به سن پایین شروع این نوع روابط نیاز به مداخلات ویژه‌ای مثل آموزش بهداشت جنسی برای رده‌های سنی جوانان و نوجوانان مورد نیاز می‌باشد.

جوامع انسانی و تمدن‌ها همواره در حال تغییر و دگرگونی بوده‌اند. ساختارها و عقاید مختلفی همواره سعی داشته‌اند تا انسان‌ها را در کنار هم جمع کنند و جوامعی را تشکیل دهند؛ اما این جوامع همیشه پایدار نبوده‌اند و بعضاً در طول تاریخ منحل شده و یا کارایی خود را از دست داده‌اند. اما در این بین خانواده را می‌توان به عنوان قدیمی‌ترین اجتماع انسان‌ها دانست که حتی با وجود گذشت قرن‌ها همچنان قدرت خود را حفظ کرده و به عنوان یکی از اساسی‌ترین ارکان جامعه بشری پا برجاست. جوامع مختلف با وجود تفاوت در فرهنگ‌ها همواره از خانواده به عنوان یک بنیاد مقدس و مهم یاد می‌کنند. خانواده نیز به عنوان یک بنیاد در جامعه می‌تواند دستخوش تغییرات شود که این تغییرات گاه مفید و سازنده بوده و در برخی موارد منجر به آسیب به بنیاد خانواده می‌شود. یکی از جمله مواردی که می‌تواند آسیب جدی به بنیاد خانواده و همین‌طور جامعه وارد کند روابط جنسی خارج از چارچوب خانواده است.

روابط جنسی خارج از چارچوب خانواده پدیده جدیدی نبوده و تنها به فرهنگ‌های خاصی محدود نمی‌شود. هرچند که رفتارها و هنجارهای جنسی در فرهنگ‌های مختلف با هم تفاوت دارند، اما رابطه جنسی خارج از چارچوب خانواده برای افراد متاهل همواره به عنوان خیانت به همسر در نظر گرفته می‌شود. این روابط تنها به افراد متاهل محدود نمی‌شود و رابطه جنسی برای افراد مجرد نیز در قالب رابطه جنسی پیش از ازدواج تعریف شده است. این سبک از روابط می‌تواند اثرات منفی بر جامعه بگذارد که از جمله آن‌ها می‌توان به انتقال ویروس اچ‌آی‌وی و سایر عفونت‌های جنسی اشاره کرد. همین امر می‌تواند اهمیت بررسی عوامل زمینه‌ساز این نوع از روابط را آشکار سازد. سابقه بررسی و تحقیق بر روی روابط جنسی خارج از چارچوب خانواده به اواسط قرن ۲۰ میلادی باز می‌گردد و محققین در سراسر جهان به دنبال یافتن عواملی موثر بر بروز این پدیده بوده و هستند. با توجه به ساختار مذهبی و دینی حاکم بر کشورهای خاور میانه، مطالعات اندکی در خصوص عوامل موثر بر روابط جنسی خارج از چارچوب خانواده در این منطقه انجام گرفته است. در ایران نیز روابط جنسی تنها در قالب ازدواج به شکل قانونی و در چارچوب عقاید مذهبی پذیرفته شده است. اما صرف وجود باور به ناپسند و مضر بودن چنین روابطی مانع از بروز آن نمی‌شود.

از سوی دیگر سن شروع روابط جنسی خارج از چارچوب خانواده در سراسر جهان در حال کاهش است که همین امر شاخص مهمی برای حاملگی و مواجهه با اچ‌آی‌وی و سایر عفونت‌های آمیزشی است. همین نکته می‌تواند زنگ خطری برای ایران به عنوان کشوری که بخش قابل توجهی از جمعیت آن را جوانان تشکیل می‌دهند

منابع:

<https://sites.kowsarpub.com/ijhrba/articles/88266.html>



در یک مطالعه که با استفاده از همین نظریه بر روی نوجوانان رده سنی ۱۴ تا ۱۸ سال، در جنوب شرق ایران (استان کرمان و سیستان و بلوچستان) توسط رجب‌علی‌پور و همکارانش به منظور تعیین عوامل خطر ساز انجام شد. براساس یافته‌های این مطالعه ۴۳/۸٪ از پسران و ۲۷٪ از دختران سابقه مصرف قلیان داشته‌اند. نکته جالب توجه در یافته‌های این مطالعه این بود که ۶۰/۸٪ از افراد مصرف قلیان را برای نخستین بار در کنار خانواده خود تجربه کردند که این مقدار تقریباً دو برابر افرادی بود که مصرف قلیان را برای اولین بار در کنار دوستان خود تجربه کرده بودند. همین یافته می‌تواند پیام بسیار مهمی برای سیاست‌گذاران حیطه سلامت و نوجوانان داشته باشد؛ چرا که به نظر می‌رسد نگرش اشتباه خانواده‌ها نقش به‌سزایی در بروز چنین رفتارهای در نوجوانان دارد و بخش قابل توجهی از برنامه‌ریزی‌ها باید معطوف به خانواده‌ها باشد؛ زیرا خانواده و والدین همواره به عنوان اولین الگو در زندگی بوده‌اند. نتایج به دست آمده نشان داد که خانواده و دوستان مهمترین عوامل تاثیرگذار بر مصرف قلیان در نوجوانان شناخته شدند. در ساختار این نظریه، مصرف قلیان به عنوان بخش رفتاری، خانواده و دوستان در نقش محیط و دانش و باور نیز در نقش عوامل فردی ظاهر می‌شود. در کنار این موارد می‌توان به خودکارآمدی نیز اشاره کرد که از دو طریق می‌تواند موثر واقع شود: نخست از طریق تاثیر مستقیم خود بر سایر عوامل و دوم از طریق اهداف به طور کلی افرادی که خودکارآمدی بهتری دارند اهداف بزرگتری برای ساخت زندگی بهتر دارند، پس در نتیجه احتمال درگیر شدن چنین افرادی با مباحثی همچون مصرف قلیان کاهش می‌یابد. از دیگر عوامل محیطی موثر می‌توان به دسترسی ساده، قیمت ارزان و عدم وجود نگاه منفی در جامعه نسبت به مصرف قلیان اشاره کرد که مجموعه این عوامل نقش تسهیل کننده خواهند داشت.

به طور کلی مصرف قلیان در میان نوجوانان را نمی‌توان یک چالش تک‌بعدی پنداشت و باید برای مقابله با این معضل جنبه‌های زیادی را در نظر گرفت. همچنین به منظور دستیابی به مداخلات اثر بخش نیاز به انجام مجموعه مداخلاتی مثل مداخلات آموزشی، مداخلات فرهنگی و همچنین مداخلات محیطی به موازات یکدیگر وجود دارد، تا از این راه بتوان اثربخشی این مداخلات را افزایش داد و به راه حل مطمئنی دست یافت.

الگوی استفاده از تنباکو طی سال‌های گذشته با تغییراتی در جوامع همراه شده و میانگین سنی مصرف تنباکو کاهش یافته و در برخی کشورها به کمتر از ۱۵ سال رسیده است. ایران نیز از این امر مستثنی نبوده و میانگین سنی مصرف قلیان طی دهه‌های گذشته از ۱۸ تا ۲۰ سال به ۱۳ تا ۱۵ سال کاهش یافته است. مصرف قلیان در ایران به دلیل انگ کمتری که نسبت به سیگار در پی دارد در میان نوجوانان به عنوان یک تفریح رایج به شمار می‌آید. براساس آمار موجود ۴۰ الی ۶۰ درصد از پسران نوجوان و ۱۵ الی ۲۵ درصد از دختران نوجوان در ایران سابقه مصرف قلیان داشته‌اند. تمایل به تجربه هیجان در سنین نوجوانی و همچنین کنجکاوی از جمله مهمترین ویژگی‌هایی هستند که در سنین نوجوانی به اوج خود رسیده، چالش‌هایی را برای نوجوانان، خانواده‌های آن‌ها و جامعه ایجاد می‌کنند. عدم دانش کافی، فشارهای روحی روانی و همچنین اجتماعی که در این دوره بر نوجوانان وارد می‌شود، عدم مهارت کافی در حل مسائل، اعتماد به نفس پایین، افسردگی و نحوه نظارت والدین بر رفتار نوجوانان از جمله عواملی شناخته می‌شوند که می‌تواند یک نوجوان را به سمت مصرف قلیان سوق دهد. ممکن است برخی والدین مصرف قلیان را صرفاً یک تفریح ارزان قیمت برای فرزند خود بدانند که تا حدودی توسط جامعه نیز مورد پذیرش واقع شده است؛ اما ذکر این نکته خالی از لطف نیست که براساس نتایج مطالعات مختلفی مشخص شده است که مصرف دخانیات کم‌خطرتری همچون قلیان، می‌تواند مثل یک سکوی پرتاب به سمت مصرف مواد در نوجوانان عمل کند. بنابراین برنامه‌ریزی برای کاهش مصرف قلیان در بین نوجوانان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

استفاده از نظریه‌های تغییر رفتار و مدل‌هایی که می‌تواند به تعیین عوامل موثر بر مصرف قلیان در نوجوانان کمک کند یکی از جمله راه‌حل‌هایی است می‌تواند در حل این بحران گره‌گشا باشد. در ادامه این نوشتار به معرفی چارچوب‌های یک نظریه شناخت اجتماعی خواهیم پرداخت. این نظریه می‌تواند در شناسایی عوامل حفاظت کننده و ترغیب کننده نسبت به مصرف قلیان کاربرد داشته باشد. این نظریه به عنوان یکی از موثرترین نظریه‌ها برای پیش‌بینی و توجیه رفتارهای فردی و اجتماعی می‌باشد. یکی از جمله مواردی که در این نظریه به آن تاکید فراوان شده است، دو طرفه بودن روابط بین فرد و محیط است. از دیدگاه باندورا سه عامل محیط، فرد و رفتارها به صورت مداوم با یکدیگر در تعامل بوده و بر هم تاثیر می‌گذارند. اثر متقابل این عوامل می‌تواند بر رفتارهای یک فرد تاثیرگذار باشد.

منابع:

https://ijp.mums.ac.ir/article_13344.html

به طور کلی پایه‌های این نظریه عبارتند از:

- دانش
- محیط
- انتظارات نتیجه
- خودکارآمدی

زندگی نامه آماندا بلیک

نازنین جنتی

مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان



بلیک در زمان زندگی مشترک خود با فرانک گیلبرت یکی از اولین برنامه‌های موفق برای پرورش یوزپلنگ در اسارت را اجرا با همراهی همسرش اجرا کرد و آن‌ها موفق شدند تا هفت نسل یوزپلنگ را پرورش دهند. در سال ۱۹۷۴ بلیک فعالیت‌های هنری خود راه کاهش داد و بیشتر توجه و تمرکز خود را به فعالیت‌های حمایت از حیوانات معطوف کرد. همچنین او یکی از جمله معروف‌ترین موسسین لیگ رفاه حیوانات آریزونا بود که امروزه به عنوان قدیمی‌ترین و بزرگ‌ترین پناهگاه حیوانات «پدون کشتار» در این ایالت شناخته می‌شود. در سال ۱۹۸۵ او وی به تأسیس انجمن حمایت از حیوانات کمک کرد و در این زمینه تلاش‌های بسیاری نمود و وقت و هزینه زیادی را در این راه صرف کرد. در سال ۱۹۹۷ پناهگاه حیات وحش یادبود آماندا بلیک در پارک رانچوسکو در هرالده کالیفرنیا افتتاح شد. این پناهگاه برای حیات وحش ساق بلند آفریقایی است که بیشتر آن‌ها در اصل برای حراج حیوانات عجیب و غریب یا مزارع شکار فراهم شده بودند.

پس از ابتلای آماندا بلیک به سرطان دهان و انجام عمل جراحی در سال ۱۹۷۷ او به یکی از هواداران انجمن سرطان آمریکا تبدیل شد و برای جمع‌آوری کمک‌های مالی در سراسر کشور تلاش کرد. در سال ۱۹۸۴ وی موفق به دریافت جایزه سالانه جسارت جامعه شد و این جایزه را از دست‌ان رئیس جمهور وقت ایالات متحده آمریکا، رونالد ریگان دریافت کرد.

در روز ۱۶ اگوست ۱۹۸۹، بلیک در سن ۶۰ سالگی در بیمارستان عمومی در ساکرامنتو، کالیفرنیا درگذشت. چندی پس از مرگ آماندا بلیک رسانه‌های مشهور به طور گسترده‌ای گزارش دادند که پزشک معالج بلیک ادعا کرده است که وی حدود یک سال از بیماری ایدز رنج می‌برده است و علت اصلی مرگ او بیماری ایدز بوده است. راه ابتلای بلیک به عفونت ایدز وی همیشه یک راز باقی ماند. دوستان نزدیک او اصرار داشتند که وی مصرف کننده مواد مخدر نبوده و از نظر جسمی روابط سالمی داشته و ممکن است این ویروس از همسرش به او منتقل شده باشد. چرا که همسر چهارم بلیک، اسپیت، ۴ سال قبل از فوت او به علت ابتلا به ایدز درگذشته بود.

آماندا بلیک، بازیگر آمریکایی بود که در بورلی لوئیز نیویورک، در تاریخ ۲۰ فوریه ۱۹۲۹ به دنیا آمد. آماندا تنها فرزند جسی و لوئیز (نیوز پوکت) نیل بود. او پیش از حرفه بازیگری، اپراتور تلفن بود و برای مدت کوتاهی هم در کالج پومونا تحصیل کرد. آماندا بلیک بازیگری را با بازی در فیلم «Stars In My Crown» در سال ۱۹۵۰ شروع کرد و در نخستین سال کاری خود توانست در سه فیلم ایفای نقش کند. دو سال بعد برای اولین بار با نمایش «Schlitz Playhouse of Stars» در تلویزیون ظاهر شد. در سال ۱۹۵۵ بود که بلیک با حضور در سریال تلویزیونی «Gunsmoke» با بازی در نقش مالک سالن موهای قرمز «خانم کیتی راسل» بر سر زبان‌ها افتاد و توانست به اوج شهرت خود دست یابد. این سریال تلویزیونی که در زمان خود یکی از محبوب‌ترین برنامه‌ها بود به مدت ۱۹ سال از سال ۱۹۵۵ تا ۱۹۷۴ ادامه پیدا کرد. از جمله فعالیت‌های دیگر آماندا بلیک در این دوره می‌توان به چند فیلم هالیوودی مانند فیلم Cattle Town و بازی در نقش خائن رایین کروزو، که اقتباسی از رمان معروف رایینسون کروزو بود و همچنین فیلمی با عنوان «یک ستاره متولد شد» با نام مستعار «گریر گارسون جوان» نام برد.

فعالیت‌های آماندا بلیک در مقابل دوربین تنها به بازیگری در سینما و تلویزیون محدود نشد و در سال ۱۹۶۸ او تصمیم گرفت تا مجری‌گری را نیز تجربه کند. آماندا در سال ۱۹۶۸، به عنوان مجری برای اجرای نمایش‌های برگزار شده در تالار بزرگ غربی در موزه ملی گاوچران و میراث غربی در شهر اوکلاهما انتخاب شد. او سومین فردی بود که توانست این عنوان را کسب کند. پیش از او تام میکس و گری کوپر بودند که به ترتیب در سال ۱۹۵۸ و ۱۹۶۶ برای مجری‌گری این برنامه انتخاب شدند.

آماندا بلیک در سال ۱۹۶۴ با جیسون سیمور دی چوئیور ازدواج کرد و در سال ۱۹۶۷ از او جدا شد. سپس در همان سال با فرانک گیلبرت ازدواج کرد و پس از مدتی این زوج اما این ازدواج نیز دوام طولانی نیافت و این زوج در سال ۱۹۸۲ از یکدیگر جدا شدند. بعد از جدایی از فرانک گیلبرت، آماندا بلیک در سال ۱۹۸۴ با مارک ادوارد اسپات ازدواج کرد.

شناسنامه نشریه و اعضای تحریریه



دانشگاه علوم پزشکی کرمان

زمینه انتشار: علمی و اجتماعی

صاحب امتیاز: مرکز تحقیقات مراقبت اچ‌آی‌وی و عفونت‌های
آمیزشی، مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت، پژوهشکده
آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

مدیر مسئول: دکتر حمید شریفی

سردبیر: دکتر حمیدرضا توحیدی نیک

مدیر داخلی و مسئول هماهنگی: سهیل مهماندوست

اعضای هیئت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):

۱) دکتر پروین افسر کازرونی

۲) دکتر سمانه اکبرپور

۳) زهرا بیات

۴) دکتر حمیدرضا توحیدی نیک

۵) فاطمه توکلی

۶) دکتر علی اکبر حقدوست

۷) مهرداد خضری

۸) راضیه خواجه کاظمی

۹) دکتر فرداد درودی

۱۰) علی احمد رفیعی‌راد

۱۱) نوشین زارعی

۱۲) دکتر امید زمانی

۱۳) دکتر سید احمد سید علی نقی

در فضای مجازی نیز همراه

شما هستیم

Instagram: shataak.hiv

۱۴) دکتر آرمینا شاه اسماعیلی

۱۵) دکتر حمید شریفی

۱۶) دکتر نیما قلعه‌خانی

۱۷) دکتر کتابون طایری

۱۸) دکتر سنا عیب‌پوش

۱۹) دکتر کیانوش کمالی

۲۰) دکتر محمد مهدی گویا

۲۱) دکتر کامبیز محضری

۲۱) دکتر قباد مرادی

۲۳) دکتر مهدی مرادی

۲۴) غزال موسویان

۲۵) فاطمه مهرابی

۲۶) سهیل مهماندوست