

مقاله‌ی پژوهشی

ویژگی‌های خانوادگی افراد دارای رفتارهای پرخطر جنسی

خلاصه

مقدمه: با توجه به نقش اساسی و مهم خانواده در شکل‌گیری رفتارهای آدمی، تحقیق حاضر با هدف شناخت ویژگی‌های خانوادگی افراد دارای رفتارهای پرخطر جنسی انجام شده است.

روش کار: در این پژوهش همبستگی، جامعه‌ی آماری شامل افراد دارای رفتار جنسی پرخطر و خارج از روابط ازدواج بود. برای نمونه‌گیری تعداد ۱۰۴ نفر از زنان دارای رفتار جنسی پرخطر از شهر تهران در سال ۹۰-۱۳۸۹ به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس، شناسایی و مورد مطالعه قرار گرفتند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه‌ی ارزیابی خطر ابتلا به ایدز (سیمپسون، ۱۹۹۷) برای سنجش میزان رفتارهای پرخطر و عوامل مرتبط با آن و پرسش‌نامه‌ی میزان رفتارهای پرخطر جنسی و مشخصات خانوادگی بودند. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و آزمون تی و تحلیل واریانس و ضریب همبستگی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از بررسی عوامل و متغیرهای خانوادگی مرتبط با میزان رفتارهای پرخطر جنسی نشان داد که بین وضعیت و چگونگی سکونت، وضعیت اشتغال، وضعیت زندگی، وضعیت حیات والدین و میزان صمیمیت در خانواده با میزان دفعات رابطه‌ی جنسی پرخطر، رابطه‌ی منفی معنی‌داری ($P < 0/05$) و بین تجارب بدررفتاری از سوی اعضای خانواده با میزان دفعات رابطه‌ی جنسی پرخطر رابطه‌ی مثبت معنی‌داری ($P < 0/05$) وجود دارد در حالی که بین وضعیت تاهل، وضعیت تحصیلات و میزان رابطه‌ی جنسی پرخطر، رابطه‌ی معنی‌داری وجود ندارد ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: بنا بر نتایج مبنی بر نقش و اهمیت خانواده در بروز رفتارهای پرخطر جنسی و از سویی دیگر گسترش این گونه رفتارها در جامعه‌ی امروزی، توجه به نقش خانواده برای پیشگیری از آن ضروری است.

واژه‌های کلیدی: ایدز، خانواده، رفتارهای پرخطر، روابط جنسی

مجید رضازاده

کمیته‌ی پیشگیری و کنترل ایدز سازمان بهزیستی، تهران، ایران

*خدابخش احمدی

مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه ... (عج)، تهران، ایران

محمد نفریه

کمیته‌ی پیشگیری و کنترل ایدز سازمان بهزیستی، تهران، ایران

زهرا اخوی

گروه مشاوره، دانشکده‌ی روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

محمدعلی زنگانه

کمیته‌ی پیشگیری و کنترل ایدز سازمان بهزیستی، تهران، ایران

حبیب موعودی فرید

کمیته‌ی پیشگیری و کنترل ایدز سازمان بهزیستی، تهران، ایران

هما صدقی جلال

گروه ارتباطات اجتماعی، دانشکده‌ی علوم ارتباطات، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه ... (عج)، تهران، ایران

*مؤلف مسئول:

مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه ... (عج)، تهران، ایران

kh_ahmady@yahoo.com

تاریخ وصول: ۹۳/۱/۱۸

تاریخ تایید: ۹۳/۹/۲۴

پی‌نوشت:

طرح حاضر بخشی از طرح ملی است که با همکاری برنامه‌ی توسعه‌ی سازمان ملل متحد، وزارت بهداشت و درمان، سازمان بهزیستی و با مسئولیت محققان در مرکز تحقیقات علوم رفتاری با هدف پیشگیری از شیوع ایدز در کشور ایران انجام شده است و لازم است از تمامی این سازمان‌ها و مراکز تشکر شود. لازم به ذکر است که منافع نویسندگان با نتایج طرح، رابطه‌ای نداشته است.

مقدمه

از زمان کشف اولین مورد ویروس نقص ایمنی^۱ در ۱۹۸۹، شیوع آن به طور منظم رو به افزایش بوده است (۱) و یکی از علل مرگ و میر در سنین ۲۰-۴۵ سالگی به شمار می‌رود (۲). ایدز نه فقط یکی از ویرانگرترین و ترسناک‌ترین بیماری‌های عصر حاضر است بلکه پدیده‌ی اجتماعی جدید و بی‌مانندی است که تقریباً تمام ابعاد زندگی اجتماعی و اقتصادی افراد را تحت تاثیر قرار داده (۳) و مسیر زندگی فرد را تغییر می‌دهد (۴). ایدز یک بحران جهانی است (۵) به طوری که مرزهای کشورهای جهان را از نظر ملیت، سن و جنس درنوردیده است (۶). مطابق برآوردهای برنامه‌ی مشترک سازمان ملل در مورد ایدز هر روز ۶۰۰۰ جوان بین سنین ۱۵ تا ۲۴ سال در جهان به ایدز مبتلا می‌شوند (۷). امروزه تخمین زده شده است که حدود ۳۶/۱ میلیون نفر با ایدز زندگی می‌کنند که حدود ۷۰ درصد آن‌ها در آفریقا هستند (۸). در آمریکا نزدیک به یک میلیون نفر به ایدز مبتلا هستند و هر ساله ۴۰۰۰۰ نفر به تعداد آن‌ها افزوده می‌شود (۵). در ایران نیز تعداد افراد مبتلا به ایدز در حال افزایش است، به طوری که در گزارش ۲۰۰۶ برنامه‌ی مشترک سازمان ملل در مورد ایدز تعداد مبتلایان به ایدز در ایران بین ۳۶ تا ۱۶۰ هزار نفر و به طور متوسط ۶۶۰۰۰ نفر، تخمین زده شده است و شیوع بیماری، در افراد ۱۵ تا ۴۹ سال، ۰/۲ درصد برآورد شده است (۷).

دوره‌ی جوانی دوره‌ای از رشد است که در آن رفتارهای گوناگونی ممکن است سلامت فرد را به خطر بیندازد (۹). رفتارهای جنسی، نقطه‌ی عطف رشد بهنجار در این دوره می‌باشد (۱۰) و رفتارهای پرخطر به طور عمده در همین دوره شروع شده (۱۱) و تهدیدی جدی برای سلامتی و بهزیستی است (۱۲). مطابق تحقیقات انجام شده، ویژگی‌های زیستی، چرخه‌ی رشد، موقعیت اجتماعی-اقتصادی، ویژگی‌های خانوادگی، تاثیر همسالان و رسانه از جمله عوامل مهمی هستند که در فعالیت‌های جنسی پرخطر جوانان تاثیر به‌سزایی دارند (۱۳). علاوه بر این، عوامل شخصیتی (ارزش‌ها، انتظارات و عقاید)، عوامل رفتاری (ناهنجاری‌ها و بزهکاری)، قراردادهای اجتماعی و هنجارها و عوامل محیطی نیز در گرایش نوجوانان به رفتارهای پرخطر جنسی تاثیر گذار می‌باشند (۱۴).

در این میان توجه به نقش خانواده، بسیار اساسی و مهم است. خانواده، اولین آموزشگاهی است که فرد آن را تجربه می‌کند و غنا و محتوای آموخته‌های او ارتباط مستقیمی با عملکرد و محتوای محیط خانواده دارد (۱۵). مطالعات نشان داده است که والدین از ۵ طریق بر رفتارهای جنسی فرزندان تاثیر می‌گذارند (۱۶): ارتباط نزدیک والد-فرزند (۱۹، ۱۱-۱۷)، کنترل والدینی (۲۱، ۱۷، ۱۱-۱۹)، رفتارهای جنسی والدین، نارضایتی والدین نسبت به رفتارهای جنسی فرزندان و گفتگوهای پرخطر جنسی

والد-فرزند (۱۶). کیفیت روابط خانوادگی و کیفیت ارتباط والدین با فرزندان به ویژه مادر، تاثیر مهمی در اولین رابطه‌ی جنسی و رفتارهای جنسی نوجوانان دارد (۲۲). والدین می‌توانند از طریق ارابه‌ی پیام‌های مناسب درباره‌ی سطح رفتاری فرزندان، استفاده از فرصت‌های آموزشی و ارابه‌ی شرایط اخلاقی در ارتباط با رفتارهای جنسی آنان، به عنوان منبعی از حمایت و اطلاعات عمل کنند (۱۶). کنترل والدینی نیز با تصمیم‌گیری والدینی، قوانین، محدودیت‌ها و نظارت والدینی مشخص می‌شود (۱۱). بنابراین در دسترس نبودن والدین، حمایت کم و عدم نظارت بر فعالیت‌های فرزندان از جمله عواملی است که می‌تواند افراد را در خطر گرایش به رفتارهای پرخطر جنسی قرار دهد (۲۳، ۲۱). برخی مطالعات نشان می‌دهد که ارتباط و تفاهم والدینی نیز در رفتارهای جنسی فرزندان تاثیرگذار می‌باشد (۲۴). ازدواج ناموفق والدین و ارتباط ناسازگارانه‌ی آن‌ها فرزندان را از دوران کودکی و اوایل نوجوانی در معرض رفتارهای پرخطر قرار می‌دهد (۲۵). مطالعات نشان داده است که نوجوانان تک‌والدی به احتمال بیشتری به رفتارهای پرخطر روی می‌آورند (۲۶، ۲۲). بنابراین زندگی با هر دو والد می‌تواند عامل محافظتی مهمی باشد (۲۲). فقر (۹، ۱۸)، بدکارکردی و بی‌ثباتی، سوء مصرف مواد در والدین (۹)، تحصیلات پایین والدین، بیماری‌های روانی والدین و الکل‌ی بودن والدین (۲۵)، تاریخچه‌ی سوء استفاده‌ی جنسی (۲۰)، خشونت (۱۸)، ارتباط با همسالانی که دارای رفتارهای پرخطر جنسی هستند (۲۶) و ضعف در معنویت (۱۲) می‌توانند زمینه‌ساز گرایش نوجوانان به رفتارهای پرخطر جنسی باشند.

حال با توجه به افزایش آمارهای انتقال ویروس نقص ایمنی از طریق رفتارهای پرخطر جنسی و اهمیت نقش خانواده در این نوع رفتارها، تحقیق حاضر به دنبال بررسی رابطه‌ی متغیرهای خانوادگی با رفتارهای پرخطر جنسی است تا معلوم شود که چه متغیرهای خانوادگی و به چه میزانی با رفتارهای پرخطر جنسی در فرزندان ارتباط دارد.

روش کار

این مطالعه از نوع همبستگی و بخشی از پروژه‌ی ملی پیشگیری از ایدز برای افراد پرخطر با حمایت برنامه‌ی توسعه‌ی سازمان ملل^۲ می‌باشد که ایران از جمله کشورهایی است که به عنوان جامعه‌ی هدف انتخاب شده است. هدف این پروژه ملی، کمک به پیشگیری از رفتارهای پرخطر ایدز از طریق آموزش افراد پرخطر جنسی است. جامعه‌ی مورد مطالعه، افراد دارای رفتار جنسی پرخطر و خارج از روابط ازدواج بود. برای نمونه‌گیری تعداد ۱۰۴ نفر از زنان دارای رفتار جنسی پرخطر از شهر تهران در سال ۹۰-۱۳۸۹ به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس، شناسایی و مورد مطالعه قرار گرفتند. شناسایی و انتخاب افراد با کمک افراد هم‌

^۲United Nations Development Program^۱Human Immunodeficiency Virus

برای کمک به پیشگیری از ایدز در جامعه است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و روش‌های آماری آزمون تی، تحلیل واریانس و همبستگی استفاده شد.

نتایج

بررسی داده‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که از مجموع ۱۰۴ نفر از افراد دارای رفتارهای پرخطر مورد بررسی، ۵۵/۸ درصد مجرد و ۴۳/۳ درصد متاهل، ۹۲/۱۳ درصد دارای سطح تحصیلات دیپلم و پایین‌تر، ۴۴/۵ درصد ساکن در منازل استیجاری و ۲۹/۸ درصد فاقد شغل و ۲۸/۸ درصد دارای کار در شرکت‌های خصوصی، ۲۱/۲ درصد زندگی در کنار پدر و مادر و ۲۰/۲ درصد زندگی در کنار همسر، بودند. همچنین میانگین سنی افراد $29/66 \pm 7/34$ سال، حداقل و حداکثر سن ۱۶ و ۴۸ سال بود. تعداد دفعات روابط جنسی پرخطر (خارج از ازدواج) در طول یک ماه از یک مورد تا ۱۷۰ مورد و با میانگین ۲۵ مورد بود (جدول ۱).

بررسی برخی از عوامل و متغیرهای خانوادگی مرتبط با میزان رفتارهای پرخطر جنسی در گروه مورد بررسی نشان داد که در متغیرهای وضعیت تاهل، وضعیت تحصیلات و در قید حیات بودن والدین و میزان دفعات رابطه‌ی پرخطر جنسی تفاوت معنی‌داری ($P \leq 0/05$) مشاهده نشد در حالی که بین وضعیت و چگونگی سکونت، وضعیت اشتغال، وضعیت زندگی، وضعیت حیات والدین، تجربه‌ی بدرفتاری از سوی اعضای خانواده و میزان صمیمیت در خانواده با میزان دفعات رابطه‌ی جنسی پرخطر تفاوت معنی‌داری ($P < 0/05$) وجود دارد. بر این اساس ملاحظه شد افرادی که در منازل استیجاری و منزل پدری ساکن بودند بیش از دیگر افراد، رفتارهای پرخطر جنسی داشتند. همچنین افراد خانه‌دار و افرادی که در شرکت‌های خصوصی کار می‌کردند نسبت به افراد شاغل به تحصیل و افرادی که در منازل مشغول به کار بودند، رفتارهای پرخطر بیشتری داشتند. از سوی دیگر افرادی که با فرزندان خود زندگی می‌کردند نسبت به سایرین رفتارهای جنسی پرخطر بیشتری را نشان دادند. افرادی که مادران‌شان فوت شده بود نسبت به آن‌هایی که پدران‌شان را از دست داده بودند رفتارهای جنسی پرخطر بیشتری داشتند. کسانی که از سوی اعضای خانواده مورد بدرفتاری قرار گرفته بودند نسبت به آن‌هایی که در معرض چنین رفتارهایی قرار نداشته و یا به میزان کمی قرار داشتند، میزان رفتارهای پرخطر جنسی بیشتری داشتند. همچنین افرادی که از سوی نامادری، پدر و خواهر و برادر، مورد بدرفتاری قرار گرفته بودند، نسبت به افرادی که از سوی ناپدری و یا مادر در معرض بدرفتاری بودند، رفتارهای پرخطر جنسی بیشتری نشان دادند. علاوه بر این افرادی که در خانواده‌هایی با میزان صمیمیت پایین بزرگ شده بودند نسبت به افراد در خانواده‌های با صمیمیت بالا، رفتارهای پرخطر جنسی بیشتری داشتند (جدول ۲).

صورت گرفت. هم‌تاها افرادی بودند که چند ویژگی داشتند: از تحصیلات لازم برخوردار بودند، سابقه‌ی رفتار پرخطر (تزریق مواد یا رفتار جنسی غیر ایمن) و دسترسی به افرادی با رفتار پرخطر داشتند، در حال ترک رفتار پرخطر بودند و یا ترک کرده بودند، از روابط اجتماعی و توان تاثیرگذاری برخوردار بودند و علاقه‌مند به کمک به هم‌معان برای پیشگیری از ابتلا به ایدز بودند. با توجه به این که فرایند نمونه‌گیری این گروه بسیار دشوار بود از آن جایی که این پروژه به روش آموزش گروه‌های هم‌تا صورت می‌گرفت، پژوهش نیز از این طریق اجرا شد. ابزار پژوهش

الف- پرسش‌نامه‌ی ارزیابی خطر ابتلا به ایدز (ARA)^۱: برای سنجش میزان رفتارهای پرخطر و عوامل مرتبط با آن که دارای ۴۵ سؤال است که توسط سیمپسون در سال ۱۹۹۷ ساخته و هنجاریابی شده است. این پرسش‌نامه، فراوانی، شدت و عوامل مرتبط با رفتارهای پرخطر برای ایدز را می‌سنجد و ابزار سنجش میزان و شدت رفتارهای پرخطر ایدز است که در بسیاری از برنامه‌های مرتبط با کاهش رفتارهای پرخطر مزبور استفاده شده است. پرسش‌نامه‌ی ارزیابی خطر ابتلا به ایدز شامل ابعادی از قبیل میزان رفتارهای جنسی، میزان رفتارهای جنسی پرخطر، انواع رفتارهای جنسی پرخطر، طرز نگرش به رفتارهای جنسی پرخطر، مدت زمان رفتارهای پرخطر جنسی و عوامل و علل بروز رفتارهای جنسی پرخطر می‌باشد (۲۷). این پرسش‌نامه در پژوهشی روی ۲۰۰۴ نفر از افراد جامعه‌ی ایرانی دارای رفتارهای پرخطر و نیز گروه‌های عادی اجرا شده و میزان روایی آن براساس روش همبستگی درونی بر مبنای آلفای کرونباخ $0/82$ به دست آمده است (۲۸).

ب- پرسش‌نامه‌ی اطلاعات جمعیت‌شناختی و خانوادگی: وضعیت خانوادگی، روابط بین اعضای خانواده، ساختار روابط خانوادگی، چگونگی زندگی و سوابق و وضعیت رفتارها و تجارب جنسی قبلی در این پرسش‌نامه گنجانده شده است. برای تهیه‌ی آن مقیاس‌های ارزیابی انطباق‌پذیری و همبستگی خانوادگی، رابطه‌ی ولی-فرزندی و صمیمیت استفاده شد (۲۹). پرسش‌نامه‌ها پس از تدوین و ارزیابی دقیق توسط پرسشگران آموزش‌دیده و هم‌چنین گروه هم‌تایان آموزش‌دیده اجرا شدند. در تدوین پرسش‌نامه‌ها و اجرای طرح نکات اخلاقی زیر رعایت شد: اطلاعات شخصی از قبیل نام، نام خانوادگی، آدرس و هر نوع مشخصه‌ای که ممکن است موجب شناسایی آزمودنی‌ها شود، دریافت نشده و اطلاعات به صورت گروهی و جمعی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و سایر اطلاعات دریافت شده کاملاً محرمانه تلقی شد. تمامی نکات اخلاقی که لازم بود رعایت شود به پرسشگران، آموزش داده شد. به تمام آزمودنی‌ها توضیح داده شد که این بررسی فقط جنبه‌ی پژوهشی داشته و

¹AIDS Risk Assessment

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد دارای روابط جنسی پرخطر

نوع متغیر	سطح	فراوانی	درصد	
وضع تاهل	مجرد	۵۸	۵۵/۸	
	متاهل	۴۵	۴۳/۳	
	سطح تحصیلات	مشخص نشده	۷	۱
		بی سواد	۱۷	۱۶/۳
		ابتدایی	۱۵	۱۴/۴
		راهنمایی	۲۳	۲۳/۱
		دبیرستان	۱۹	۱۸/۱۳
		دیپلم	۲۱	۲۰/۲
		کاردانی و بالاتر	۹	۸/۷
		شخصی	۱۴	۱۳/۵
وضعیت مسکن	استیجاری	۴۹	۴۴/۵	
	منزل پدری	۳۰	۲۸/۸	
	منزل دوستان	۱۰	۹/۶	
	منزل اقوام	۳	۲/۹	
	مشخص نشده	۱	۱	
	وضعیت شغلی	شاغل به تحصیل	۹	۸/۷
		شغل آزاد	۱۶	۱۵/۴
		کارمند	۳	۲/۹
		فاقد شغل	۳۱	۲۹/۸
		خانه‌دار	۹	۸/۷
کار در منازل		۲	۱/۹	
کار در شرکت‌های خصوصی		۳۰	۲۸/۸	
مشخص نشده		۴	۳/۸	
وضعیت زندگی	تنها	۱۶	۱۵/۴	
	با پدر	۴	۳/۹	
	با مادر	۳	۲/۹	
	با پدر و مادر	۲۲	۲۱/۲	
	با همسر	۲۱	۲۰/۲	
	با فرزندان	۸	۷/۷	
	با دوستان	۲۱	۲۰/۲	
	با اقوام	۵	۴/۸	
مشخص نشده	۱	۱		

در بررسی رابطه‌ی همبستگی بین میزان رابطه‌ی جنسی پرخطر با سایر متغیرهای مورد بررسی ملاحظه شد که بین تعداد رابطه‌ی جنسی خارج از ازدواج با میزان رابطه‌ی جنسی بدون استفاده از کاندوم، رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/01$ و $t=0/69$). از سوی دیگر بین میزان رابطه‌ی جنسی خارج از ازدواج با سایر متغیرهای مورد بررسی از قبیل سن، ترتیب تولد فرزندان، تعداد خواهر و برادران، تعداد فرزندان و میزان تحصیلات، رابطه‌ی معنی‌داری ($P \leq 0/05$) دیده نشد (جدول ۳).

بحث

با توجه به نقش و اهمیت خانواده در رفتارهای پرخطر جنسی در این پژوهش ارتباط انواع ویژگی‌های خانوادگی با رفتارهای پرخطر جنسی

مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به نتایج به دست آمده ملاحظه شد که اغلب متغیرهای خانوادگی با میزان رفتارهای پرخطر جنسی، رابطه‌ی معنی‌داری دارد. نتایج نشان داد که شرایط خانواده از قبیل نوع ارتباط والدین، نبود مادر، بدرفتاری با فرزندان و میزان پابندی از صمیمیت در بین اعضای خانواده، افراد را مستعد گرایش به رفتارهای پرخطر جنسی می‌کند. خانواده، اساسی‌ترین نهاد اجتماعی است (۳۰). عملکرد خانواده به ویژه در دوره‌ی نوجوانی در رشد بهنجار و نابهنجار فرد نقش ویژه‌ای دارد (۳). دوران نوجوانی و جوانی شامل انتقال به بلوغ جنسی، درگیر شدن در روابط والد-فرزندی، مدرسه، همسالان و توانایی‌های شناختی و هیجانی می‌باشد. به علاوه این دوره با افزایش رفتارهای پرخطر مشخص می‌شود. در این دوره افراد با تغییر نقش‌ها و تعریف مجدد جایگاه خود در اجتماع روبه‌رو می‌شوند که ممکن است به تعارض و برخورد با والدین بینجامد. والدینی خوب، شامل روابط نزدیک و منظم، نظارت و آموزش مهارت‌های کنار آمدن به فرزندان در کنترل خشم و برخورد با ناکامی‌ها کمک می‌کند (۳۱). خانواده‌ای که از توان و امکانات لازم برخوردار است تا وظایف والدینی را به نحو مطلوب و با موفقیت انجام دهد در هر یک از اعضایش احساس ایمنی، وابستگی و دوستی، احساس داشتن هدف و ارزش فردی ایجاد می‌کند (۳۲). روابط ضعیف والد-فرزندی زمانی آشکار می‌شود که والدین به جای آرایه‌ی اطلاعات مورد نیاز نوجوان با او به صورت تحکم‌آمیز صحبت می‌کنند و برای این که بیشتر او را تحت کنترل گیرند متوسل به تنبیه می‌شوند. تحقیقات نشان داده است که در خانواده‌هایی که روابط بین والد-فرزند ضعیف است، نظارت یا عدم نظارت والدین، رفتارهای پرخطر جنسی را افزایش می‌دهد (۳۳-۳۴). بنابراین میزان نظارت و کنترل والدین زمانی به حداکثر تاثیرگذاری خود نزدیک می‌شود که روابط خانوادگی از کمیت و کیفیت بالایی برخوردار باشد (۳۵). بر این اساس می‌توان گفت که سطوح پایین پیوند و صمیمیت بین اعضای خانواده به ویژه مادر و تعارض بین والد-فرزند، وی را درگیر رفتارهای پرخطر جنسی می‌کند (۳۶،۳۷،۱۶). از سویی دیگر نتایج تحقیق حاضر نشان داد که بین میزان رابطه‌ی جنسی پرخطر (خارج از ازدواج) با تعداد دفعات رابطه‌ی جنسی بدون استفاده از کاندوم، رابطه وجود دارد. بر اساس مطالعات انجام شده، فقط یک‌سوم افراد دارای رفتار پرخطر در روابط جنسی خود از کاندوم استفاده می‌کنند (۳۷).

با وجود سطوح بالایی از آگاهی در زمینه‌ی ایذ و سودمندی روابط جنسی محافظت‌شده و ایمن، عواملی از قبیل درک فرد از سلامتی و آسیب‌پذیری، همسالان، احساس لذت شریک جنسی و نقش‌های جنسیتی مرد و زن در جامعه و قدرت جنسیت در رابطه، موجب کاهش استفاده از وسایل ایمن می‌شوند (۳۸،۳۹).

جدول ۲- نتایج آزمون تحلیل واریانس برای مقایسه‌ی میزان دفعات رابطه‌ی جنسی پرخطر بر حسب متغیرهای خانوادگی

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	F/T	سطح معناداری	وضعیت
وضعیت تاهل	۱- مجرد	۲۲/۹۱	۷/۸۰	۰/۶۵	۰/۵۱	-
	۲- متاهل	۲۷/۷۶	۸/۸۹			
وضعیت تحصیلات	۱- بی‌سواد	۳۲	۱۰/۹۶	۱/۰۲	۰/۴۱	-
	۲- ابتدایی	۱۵/۲۹	۷/۴۸			
	۳- راهنمایی	۳۴	۷/۰۹			
	۴- دبیرستان	۲۱/۵۰	۸/۹۹			
	۵- دیپلم	۱۴/۷۰	۷/۲۳			
	۶- کاردانی و بالاتر	۳۳/۵۶	۷/۸۳			
وضعیت مسکن	۱- شخصی	۱۸/۸۱	۱۰/۵۱	۳/۸۹	۰/۰۵	۲ و ۳ > ۴ و ۵
	۲- استیجاری	۳۴/۵۹	۷/۹۶			
	۳- منزل پدری	۲۵/۷۶	۹/۶۳			
	۴- منزل دوستان	۱۰/۳۳	۵/۳۸			
	۵- منزل اقوام	۱۴	۲/۲۸			
وضعیت اشتغال	۱- شاغل به تحصیل	۵/۲۰	۶/۱۴	۴/۱۸	۰/۰۴۲	۱ و ۵ > ۶ و ۷
	۲- شغل آزاد	۱۳/۸۹	۱۲/۵۱			
	۳- کارمند	۲۲/۶۷	۷/۵۳			
	۴- فاقد شغل	۲۶/۷۹	۷/۴۵			
	۵- خانه‌دار	۳۳/۵۰	۷/۱۵			
	۶- کار در منازل	۴/۶۷	۴/۵۵			
	۷- کار در شرکت‌های خصوصی	۳۸/۱۴	۹/۵۴			
وضعیت زندگی	۱- تنها	۲۴/۳۷	۱۰/۷۲	۳/۹۶	۰/۰۵	۶ و ۷ > ۴
	۲- با پدر	۲۵/۵۰	۶/۲۱			
	۳- با مادر	۵/۵۰	۴/۷۶			
	۴- با پدر و مادر	۳۷/۳۳	۱۰/۷۵			
	۵- با همسر	۲۷/۹۶	۸/۰۷			
	۶- با فرزندان	۴۷/۶	۸/۵۳			
	۷- با دوستان	۱۱/۷	۴/۷۲			
	۸- با اقوام	۱۴	۲/۰۷			
در قید حیات بودن والدین	۱- بله	۲۴/۵۲	۸/۲۳	۰/۳۲	۰/۷۵	-
	۲- خیر	۲۶/۹۵	۸/۵۰			
فوت والدین	۱- پدر	۱۱/۲۰	۵/۳۸	۳/۱۵	۰/۰۴۶	۲ > ۱
	۲- مادر	۳۴/۹۲	۸/۰۴			
	۳- هر دو	۲۲/۹۳	۸/۹۱			
میزان بدرفتاری از سوی اعضای خانواده	۱- هیچ	۱۵/۲۵	۸/۸۰	۴/۲۲	۰/۰۵	۳ و ۲ > ۱ و ۵
	۲- کم	۱۶/۸	۶/۷۵			
	۳- تا حدودی	۱۷/۶	۷/۸۹			
	۴- زیاد	۲۴/۳۱	۶/۵۰			
	۵- خیلی زیاد	۳۱/۸۶	۱۱/۱۲			
بدرفتاری از سوی هر یک از اعضای خانواده	۱- پدر	۱۴/۱۳	۷/۱۲	۶/۰۱	۰/۰۰۱	۳ و ۲ > ۴ و ۵
	۲- ناپدری	۷/۵۰	۷/۶۴			
	۳- مادر	۴/۶۷	۳/۳۸			
	۴- نامادری	۳۴/۵۷	۸/۱۱			
	۵- برادر یا خواهر	۵۰/۹۶	۸/۸۷			
میزان صمیمیت در خانواده	۱- خیلی زیاد	۲۲/۴۴	۸/۴۴	۲/۶۴	۰/۰۳۸	۳ و ۲ و ۱ > ۴ و ۵
	۲- زیاد	۱۸/۹۴	۸/۰۵			
	۳- تا حدودی	۲۰/۶۵	۸/۰۴			
	۴- کم	۴۰/۱۳	۹/۲۳			
	۵- هیچ	۶۱/۷۱	۹/۹۳			

زنان در ارتباط با جنس مخالف، سرمایه‌گذاری عاطفی بیشتری می‌کنند (۴۰). هم‌چنین ویژگی‌های جسمی و روانی زنان موجب شده است که به دلیل ترس از خشونت و یا طرد شدن از سوی شریک جنسی خود در داشتن یک ارتباط جنسی ایمن، خواسته‌های شریک جنسی خود را در اولویت قرار دهند (۳۲).

ملاحظه‌ی نتایج پژوهش نشان می‌دهد که نقش مادر در رفتارهای جنسی پرخطر برای فرزندان دختر، یک نقش مهم و اساسی است. هم‌چنان که دیده شد رفتارهای پرخطر در افرادی که مادرشان زودتر فوت کرده، بیشتر است. یعنی این گروه است ممکن است مورد سوءرفتار از سوی برادر و خواهر، نامادری و پدر قرار گیرند که مطابق یافته‌ی دیگر پژوهش در این گروه نیز رفتارهای جنسی پرخطر بیشتر است و باز ممکن است در بین آن‌ها میزان صمیمیت کاهش یابد و یا به دنبال فرصت‌هایی شغلی در محیط‌های نامناسب باشند. مطابق نتایج تحقیقات انجام‌شده، الگوی والدی، به ویژه الگوی والد هم‌جنس و نیز نظارت از سوی او، یک عامل اساسی در استحکام شخصیت، سلامت روان و رفتار سالم است (۲۱). در مجموع ملاحظه شد که کمبود محبت در خانواده، بدرفتاری از سوی نامادری، پدر و برادر و خواهران، زندگی با فرزندان، زندگی در منزل دوستان در رفتارهای جنسی پرخطر نقش دارند.

نتیجه‌گیری

بنا بر نتایج مطالعه‌ی حاضر مبنی بر نقش و اهمیت خانواده در بروز رفتارهای پرخطر جنسی و از سویی دیگر گسترش این گونه رفتارها در جامعه‌ی امروزی، توجه به نقش خانواده برای پیشگیری از آن ضروری است. این در حالی است که عمده‌ی برنامه‌های پیشگیری موجود، خانواده‌محور نیستند.

نوجوانان در روابط جنسی با شریکانی که رابطه‌ی نزدیک و صمیمی با آن‌ها دارند نسبت به روابط دیگر کمتر از کاندوم استفاده می‌کنند (۳۲، ۴۰). بنابراین بیشتر سعی می‌کنند تا رابطه‌ی خود را حفظ کنند.

هم‌چنین در یک رابطه‌ی نابرابر، شریک جنسی که میل کمتری به صمیمیت دارد، توانایی تاثیرگذاری بیشتری بر نگرش‌ها و رفتارهای شریک خود در استفاده و یا عدم استفاده از کاندوم دارد.

جدول ۳- میزان رابطه‌ی همبستگی بین دفعات رابطه‌ی جنسی پرخطر

و متغیرهای خانوادگی

متغیرها	تعداد رابطه‌ی جنسی خارج از ازدواج	دفعات رابطه‌ی جنسی پرخطر (بدون استفاده از کاندوم)
دفعات رابطه‌ی بدون استفاده از کاندوم	۰/۶۹*	-
سن	۰/۰۰۱	-۰/۰۵
چندمین فرزند خانواده	۰/۲۵	۰/۶۰
تعداد خواهر	-۰/۰۸	-۰/۰۲
تعداد برادر	۰/۴۴	۰/۸۴
تعداد فرزند دختر	-۰/۰۸	۰/۱۵
تعداد فرزند پسر	۰/۳۸	۰/۲۰
میزان تحصیلات	-۰/۰۱۱	۰/۰۲
	۰/۳۷	۰/۸۱
	۰/۴۷	-۰/۰۸
	۰/۰۰۱	۰/۵۳
	۰/۳۴	-۰/۱۵
	۰/۰۱	۰/۲۴
	-۰/۰۷	-۰/۱۰
	۰/۵۷	۰/۲۸

References

1. Wang Deng X, Wang J, Wang X, Xu L. Substance use, sexual behaviors, and suicidal ideation and attempts among adolescents: Findings from the 2004 Guangzhou Youth Risk behavior Survey. *Public Health* 2009; 123(2): 116-21.
2. Ghorbani GH, Ranjbar R, Izadi M, Esfahani AA. [Evaluation of education effect of face to face and pamphlet on knowledge and attitude about AIDS in adult]. *Journal of military medicine* 2007; 9(1): 57-65. (Persian)
3. Rahmati Najarkolaie F, Niknami S, Shokravi F, Ahmadi F, Tavafian S, Hajizadeh E. [Individual factors predisposing HIV/AIDS high risk behaviors: A qualitative study]. *Payesh* 2011; 10(2): 205-15. (Persian)
4. Heydari A, Jaafari FA. [Comparison of the quality of life, social support and general health in persons with HIV/AIDS- infected and health persons in Ahvaz]. *New findings in psychology* 2008; 2(7): 47-60. (Persian)
5. Mead CS, Sikkema KJ. HIV risk behavior among adults with severe mental illness: A systematic review. *Clin Psychol Rev* 2005; 7(3): 166-72.
6. Jafari F, Kholdi N, Falah N, Mahmoodpour ATA. [Factors related to knowledge and attitude about AIDS]. *Daneshvar medicine* 2007; 14: 1-8. (Persian)
7. Rahmati Najarkolaie F, Niknami Sh, Amin Shokravi F, Farmanbar R, Ahmadi F, Jafari M. [Family system and its effects on HIV/AIDS high risk behavior: A qualitative study]. *Journal of Guilan University of Medical Sciences* 2011; 20: 69-80. (Persian)
8. Essien AB, Mgbere A, Osaro C, Monjok AE, Ekong EM, Holstad M, et al. Effectiveness of a video-based motivational skills-building HIV risk-reduction intervention for female military personnel. *Soc Sci Med* 2011; 72(1): 63-71.

9. Peres SA, Rutherford G, Borges G, Galano E, Hudes ES, Hearst N. Family structure and adolescent sexual behavior in a poor area of São Paulo, Brazil. *J Adolesc Health* 2008; 42(2): 177-83.
10. Akers AY, Gold MA, Bost JE, Adimora AA, Orr DP, Fortenberry JD. Variation in sexual behaviors in a cohort of adolescent females: The role of personal, perceived peer, and perceived family attitudes. *J Adolesc Health* 2011; 48(1): 87-93.
11. Roche KM, Ahmed S, Blum RW. Enduring consequences of parenting for risk behaviors from adolescence into early adulthood. *Soc Sci Med* 2008; 66(9): 2023-34.
12. Chamratrithirong A, Miller BA, Byrnes HF, Rhucharoenpornpanich O, Cupp PK, Rosati MJ, et al. Spirituality within the family and the prevention of health risk behavior among adolescents in Bangkok, Thailand. *Soc Sci Med* 2010; 71(10): 1855-63.
13. Hassan EA, Creatsas GC. Adolescent sexuality: A developmental milestone or risk-taking behavior? The role of health care in the prevention of sexually transmitted diseases. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2000; 13(3): 119-24.
14. Fisher HH, Eke AN, Cance JD, Hawkins SR, Lam WK. Correlates of HIV-related risk behaviors in African American adolescents from substance-using families: Patterns of adolescent-level factors associated with sexual experience and substance use. *J Adolesc Health* 2008; 42(2): 161-9.
15. Rajabi Gh, Chahardoie H, Attari Y. [The relationship of family functions and psycho-social atmosphere of the classroom with maladjustment among the high-school female and male students]. *Malayer journal of education and psychology* 2007; 14(1-2): 113-28. (Persian)
16. Hutchinson MK, Jemmott JB, Jemmott LS, Braverman P, Fong GT. The role of mother-daughter sexual risk communication in reducing sexual risk behaviors among urban adolescent females: A prospective study. *J Adolesc Health* 2003; 33(2): 98-107.
17. Elkington KS, Bauermeister JA, Brackis-Cott E, Dolezal C, Mellins CA. Substance use and sexual risk behaviors in perinatally human immunodeficiency virus-exposed youth: Roles of caregivers, peers and HIV status. *J Adolesc Health* 2009; 45(2): 133-41.
18. James S, Montgomery SB, Leslie LK, Zhang J. Sexual risk behavior among youth in child welfare system. *Child Youth Serv Rev* 2009; 31(9): 990-1000.
19. Wight D, Williamson L, Henderson M. Parental influences on young people's sexual behavior: A longitudinal analysis. *J Adolesc* 2006; 29: 473-94.
20. Le TN, Kato T. The role of peer, parent, and culture in risky sexual behavior for Cambodian and Lao/Mien adolescents. *J Adolesc Health* 2006; 38(3): 288-96.
21. Ahmadi K, Bigdeli Z. [The investigation of child control and supervising on military families]. *Journal of behavioral sciences* 2007; 1(1): 87-96. (Persian)
22. Parera N, Suri's JC. Having a good relationship with their mother: A protective factor against sexual risk behavior among adolescent females?. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004; 17(4): 267-71.
23. Smith MD. HIV risk in adolescents with severe mental illness: Literature review. *J Adolesc Health* 2001; 29(5): 320-9.
24. Aspy CB, Vesely SK, Oman RF, Rodine S, Marshall L, McLeroy K. Parental communication and youth sexual behavior. *J Adolesc* 2007; 30(3): 449-66.
25. Rew L, Horner SD. Youth resilience framework for reducing health-risk behaviors in adolescents. *J Pediatr Nurs* 2003; 18(6): 379-88.
26. DiIorio C, Dudley WN, Soet JE, McCarty F. Sexual possibility situations and sexual behaviors among young adolescents: The moderating role of protective factors. *J Adolesc Health* 2004; 35: 528.
27. Monique E, Wilson RP, Schwartz KE, O'Grady and Jerome H. Impact of interim methadone maintenance on HIV risk behaviors. *J Urban Health* 2010; 87(4): 586-91.
28. Ahmadi K, Rezaade M, Nafarie M, Moazen B, Yarmohmmadi Vassel M, Assari S. Unprotected sex with injecting drug users among Iranian female sex workers: Unhide HIV risk study. *AIDS Res Treat* 2012; 651070.
29. Sanai Zaker B, Alaghand S, Hooman A. [Family marriage scales]. Tehran: Besat; 2000: 29, 108, 150. (Persian)
30. Zarei E. [Relationship between parent child-rearing practices and high risk behavior on basis of Cloninger Scale]. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences* 2010; 18(Suppl 3): 220-4. (Persian)
31. Michael K, Ben-Zur H. Risk-taking among adolescents: Associations with social and affective factors. *J Adolesc* 2007; 30: 17-31.
32. Eaton L, Flisher AJ, Aar LE. Unsafe sexual behavior in South African youth. *Soc Sci Med* 2003; 56: 149-65.
33. Aalsma MC, Fortenberry JD, Sayegh A, Orr DP. Family and friend closeness to adolescent sexual partners in relationship to condom use. *J Adolesc Health* 2006; 38 :173-8.
34. Ahmadi K. [Cultural, social and educational vulnerability in adolescents and youths]. *J Behavioral Sci* 2010; 4(3): 241-8. (Persian)
35. Ahmadi Kh, Bigdeli Z, Moradi A, Seyed Esmaeili F. [Relation between belief in Hijab and individual, familial and social vulnerability]. *Journal of behavioral sciences* 2010; 4(2): 97-102. (Persian)

36. Bailey JA, Hill KJ, Meacham MC, Young SE, Hawkins JD. Strategies for characterizing complex phenotypes and environments: General and specific family environmental predictors of young adult tobacco dependence, alcohol use disorder, and co-occurring problems. *Drug Alcohol Depend* 2011; 118: 444-51.
37. Vukovic DS, Bjegovic VM. Brief report: Risky sexual behavior of adolescents in Belgrade: Association with socioeconomic status and family structure. *J Adolesc* 2007; 30: 869-77.
38. Aguirre VT, Santilla'n EA, Allen B, Llerenas AA, Valde'z AC, Ponce EL. Associations among condom use, sexual behavior, and knowledge about HIV/AIDS. A study of 13,293 public school students. *Arch Med Res* 2004; 35: 334-43.
39. McPhail C, Campbell C. I think condoms are good but, I hate those things: Condom use among adolescents and young people in a Southern African township. *Soc Sci Med* 2001; 52: 1613-27.
40. Tschann JM, Adler NE, Millstein SG, Gurvey JE, Ellen JM. Relative power between sexual partners and condom use among adolescents. *J Adolesc Health* 2002; 31: 17-25.