

بسم الله الرحمن الرحيم

راهنمای مداخلات معنوی در پیشگیری از ایدز

Spiritual interventions for prevention of HIV/AIDS

مبصری:

دکتر نادره معماریان

تاریخ ارائه:

بهار ۱۳۹۲

تدوین کنندگان:

دکتر نادره معاریان

زینب قائم پناه

مصطفی کوچک زایی

همکاران اصلی:

دکتر جعفر بوالهری

مهرداد کاظم زاده عطوفی

زهرا غلامی پور

اعضای شرکت کننده در پنل اجماع و دلفی:

دکتر مریم منتظری اخلاق پزشکی عضو هیئت علمی دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر جمیله زارعی روانشناسی سلامت عضو هیئت علمی دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران

حجت الاسلام دکتر عباس پسندیده علوم قرآن و حدیث عضو هیات علمی دانشگاه قرآن و حدیث، رئیس پژوهشکده اخلاق و روانشناسی اسلامی

دکتر جعفر بوالهری روانپزشکی عضو هیئت علمی دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، رئیس مرکز تحقیقات سلامت معنوی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

مریم ریحانی بهداشت مدارس کارشناس مسئول سلامت دفتر سلامت و تندرستی وزارت آموزش و پرورش

رقیه سادات میرجلیلی روانشناسی دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس

دکتر سید روح الله موسوی زاده اخلاق اسلامی دپارتمان معارف اسلامی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

دکتر محمد حسین شریفی نیا روانشناسی مذهبی عضو هیات علمی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه

زهرا غلامی پور مدیریت خدمات بهداشتی درمان کارشناس برنامه کنترل، ایدز، اداره کنترل بیماری های واگیر، دانشگاه علوم پزشکی ایران

مصطفی کوچک زایی مشاور خانواده مدیر پژوهش تربیت و رسانه مرکز مطالعات راهبردی تربیت اسلامی

دکتر کامبیز محضری پزشک عمومی مشاور امور ایدز، مرکز توسعه و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور

محبوبه عزالدین کارشناسی ایدز مرکز بهداشت غرب تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران

پریناز کتابی مشاور بیماری های رفتاری کلینیک والفجر، مرکز بهداشت غرب تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر مریم بیگلری پزشکی اجتماعی مرکز توسعه بیمارستان درمانی آموزشی فیروزگر، دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر نادره معماریان پزشکی اجتماعی عضو هیئت علمی دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران

ناهید امجدیان مددکاری باشگاه مثبت، مرکز بهداشت غرب تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران

فرشته گودرزی فراهانی روانشناسی مرکز زنان، مرکز بهداشت غرب تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر پروین افسر کازرونی پزشکی، مدیریت سلامت عمومی رئیس اداره کنترل ایدز، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ایران

دکتر حمیرا فلاحی پزشکی، دکتری سلامت باروری اداره کنترل ایدز، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ایران

دکتر مژگان صلواتی روانشناس بالینی مدیر مرکز مشاوره خصوصی رهایی

زینب قائم پناه سلامت معنوی مرکز تحقیقات سلامت معنوی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

مهرداد کاظم زاده عطوفی روانشناسی دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر شهر بانوقهاری روانشناسی عضو هیئت علمی دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران

الله فرشاد نیا بهداشت روان گروه بهداشت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران

سایر همکاران:

دکتر محمدمهدی احمدی فراز، دکتر عباس علی واشیان، حجت الاسلام ابراهیم ترابی، سوسن مقدسی

حمایت کنندگان:

واحد دانش بالینی سلامت معنوی، مرکز تحقیقات سلامت معنوی، دفتر مطالعات اسلامی در بهداشت روان، دانشکده علوم

رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران

Contents

پیشگفتار ۵

اپیدمیولوژی ایدز ۷

اپیدمیولوژی ایدز در ایران ۸

پیشگیری از انتقال HIV از طریق ارتباط جنسی ۸

برنامه های پیشگیری از ایدز در دنیا ۹

برنامه های پیشگیری از ایدز در ایران ۹

مطالعات مرتبط با معنویت / مذهب و ایدز ۱۰

مطالعات مرتبط با معنویت/مذهب در بین افراد مبتلا به ایدز ۱۲

منابع این بخش ۱۴

اهداف راهنما ۱۶

سوالاتی که راهنما به آنها پاسخ خواهد داد ۱۶

روش کار ۱۶

جدول ۱: نمونه راهنماهای یافت شده (مرتبط با موضوع) و الگو برداری شده ۱۷

جدول ۲: سطوح شواهد برای تدوین توصیه ها ۱۷

واژه نامه ۱۹

نتایج ۲۰

توصیه های راهنما (گایدلاین) ۲۰

بحث ۲۷

نتیجه گیری ۲۹

سایر منابع ۳۰

ضمیمه ۳۱

استناد به شواهد مداخلات بر مبنای آیات قرآن کریم ۳۱

پیشگفتار

ایدز بزرگ ترین بیماری عفونی کشنده که به عنوان "طاعون قرن^۱" شناخته شده، از عوامل اصلی موانع توسعه جوامع بوده و بیشتر جمعیت فعال و مولد جامعه را در بر گرفته است(۱). آمارهای سازمان بهداشت جهانی نشان می دهند که تا سال ۲۰۱۶ حدود ۳۶,۷ میلیون نفر از جمعیت دنیا به این ویروس آلوده بودند(۲). در ایران نیز شیوع HIV در مصرف کنندگان تزریقی مواد حدود ۱۳,۰۷٪ (۳) و نرخ شیوع از طریق رابطه جنسی از سال ۱۹۸۶ تا ۲۰۱۴ بین ۱۴,۱٪ - ۳۶,۸٪ گزارش شده(۴) که بر اساس پیش بینی سازمان جهانی بهداشت، میزان آلودگی ویروس ایدز در ایران تا سال ۲۰۲۰ به ده درصد خواهد رسید (۳). با وجود تلاش های موثر رسانه های گروهی برای اطلاع رسانی به افراد جامعه ایرانی، و دانش و اطلاعات خوب مردم در مورد ایدز در ایران (۵، ۶) اما سهم موارد شناسایی شده ابتلا از راه انتقال جنسی، به طور مداوم افزایش یافته است و نشانه هایی از رخداد روابط جنسی پر خطر در بین جوانان نیز مشاهده می شود (۱، ۳، ۷)؛ این در حالی است که رشد همه گیری در مصرف کنندگان تزریقی مواد، با اقداماتی که در پیش گرفته شد، کند گردید(۳). از این رو برنامه ریزی برای پیشگیری از رفتارهای پرخطر جنسی، پرهیز از رفتار جنسی به خصوص در بین جوانان و نوجوانان و نیز کاهش میزان تن فروشی لازم و ضروری به نظر می رسد (۸).

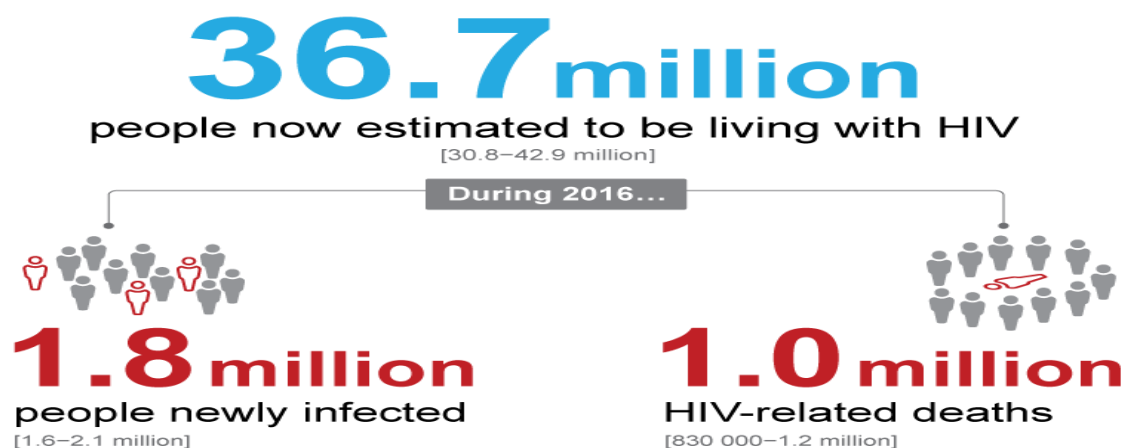
برای این منظور سازمان ها، و موسسات بهداشتی و سلامت، برنامه های مختلفی را برای پیشگیری از این بیماری تدوین و اجرا می نمایند که همسو با آن، نهاد های مذهبی نیز برای کمک به اجرای این برنامه ها به روش های گوناگون همکاری می کنند که علاوه بر مساعدت در نایل آمدن به اهداف مشترک، با در نظر گرفتن ابعاد روانی و معنوی افراد و کسب مهارت های لازم، رشد روانی و معنوی آنها را فراهم آورده و همچنین با کمک این نیروها از انحراف و رفتاری های پرخطر جلوگیری می کنند (۹). برای مثال در بین جوامع افریقایی امریکای جامع ترین برنامه از طریق سازمان های وابسته ایمان^۲ برای کاهش ایدز گام های موثر برداشته است. این سازمانها در بین افراد جامعه آموزه های بهداشتی و رفتاری برای کاهش این بیماری را منطبق بر برنامه سلامت کشور اجرا می کنند(۱۰) در این راستا نیز محققان بسیاری لزوم اجرا و اثرگذاری آن را اظهار داشته اند و باور به اینکه معنویت و نهاد های مذهبی می توانند در کاهش ایدز موثر باشند مورد تایید است(۱۱-۱۳). هرچند هنوز مبلغین مسلمان در اجرای آن مشارکت دارند اما آموزه های آن برای این دین قابل تعمیم نیست و نیازمند تدوین و برنامه وابسته

¹ the plague of the century'

² Faith-based organization

به دین و فرهنگ است. به عنوان نمونه، پایبندی به آموزه های اسلامی در مورد رابطه جنسی - *بالا*تر از همه پرهیز از رابطه جنسی برای افراد مجرد و وفاداری جنسی برای افراد متاهل - هنوز توسط مسلمانان به عنوان بهترین گزینه برای جلوگیری از گسترش HIV دیده می شود (۱۴). از این رو تدوین و توسعه برنامه های وابسته به ادیان مختلف که مبتنی بر برنامه های بهداشتی و سلامت آن جامعه و نیز باور ها و ارزشهای آنها باشد اثرگذاری بیشتر را به همراه دارد. از دهه ۸۰ شمسی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران و به تبع آن دانشگاههای علوم پزشکی و سازمانهای مرتبط در این امر از جمله سازمان بهزیستی کشور، برنامه های متعددی در راستای پیشگیری از ایدز طراحی و اجرا نموده اند که طبق جستجوی ما هیچ یک از آنها به بعد معنوی/دینی توجهی نداشته اند. به این منظور تحقیق حاضر با هدف طراحی مداخلات دینی/معنوی برای پیشگیری از ایدز و تعیین بهترین گیرندگان و ارائه دهندگان این مداخلات و همچنین عرصه های مناسب ارائه آنها انجام گرفت. و از آنجائیکه مفاهیم دینی/معنوی وابسته به فرهنگ و اعتقادات است (۱۵) مداخلات طراحی شده در این مطالعه بر پایه دستورات و آموزه های اسلامی می باشد.

طبق آخرین گزارش سازمان بهداشت جهانی تا پایان ۲۰۱۶، ۳۶/۷ میلیون نفر در جهان مبتلا به ایدز بوده اند. که به تفکیک سن، جنس، بروز و مرگ در شکل های ذیل آورده شده است.



Number of people living with HIV in 2016	Total 36.7 million [30.8 million – 42.9 million]
	Adults 34.5 million [28.8 million – 40.2 million]
	Women 17.8 million [15.4 million – 20.3 million]
	Men 16.7 million [14.0 million – 19.5 million]
	Children (<15 years) 2.1 million [1.7 million – 2.6 million]

People newly infected with HIV in 2016	Total 1.8 million [1.6 million – 2.1 million]
	Adults 1.7 million [1.4 million – 1.9 million]
	Children (<15 years) 160 000 [100 000 – 220 000]

AIDS deaths in 2016	Total 1.0 million [830 000 – 1.2 million]
	Adults 890 000 [740 000 – 1.1 million]
	Children (<15 years) 120 000 [79 000 – 160 000]

Source: UNAIDS/WHO estimates.

اپیدمیولوژی ایدز در ایران

طبق گزارش کار گروه کشوری ایدز^۳ شیوع HIV در ایران در جمعیت عمومی هنوز پایین است. اما شیوع HIV در مصرف کنندگان تزریقی مواد حدود ۱۳,۸٪ است. بنابر این شیوع HIV در این زیر گروه جمعیتی از حد ۵٪ گذشته است و همه گیری HIV در ایران در مرحله متمرکز قرار دارد. از سوی دیگر انتقال جنسی HIV در ایران در چند سال اخیر در حال افزایش است. به گونه ای که سهم موارد شناسایی شده ابتلا از راه انتقال جنسی، به طور مداوم افزایش یافته است. شیوع HIV در زنان تن فروش نیز به ۴,۵٪ رسیده است. روابط جنسی پر خطر در جوانان نادر نیست و ۱۹,۵٪ جوانان ۲۰ تا ۲۹ ساله رابطه خارج از ازدواج داشته اند. همچنین در چند سال اخیر، مشاهده افزایش شیوع مصرف ترکیبات شبه آمفتامینی و افزایش رفتار های جنسی پر خطر به دلیل استفاده از این ترکیبات نیز موجب نگرانی های بسیار شده است. به همین علت برای کنترل همه گیری HIV، در پیش گرفتن مداخلاتی که باعث کاهش روابط جنسی پر خطر گردد، ناگزیر است.

پیشگیری از انتقال HIV از طریق ارتباط جنسی

راههای انتقال عفونتهای آمیزشی و HIV شبیه هم هستند و افرادی که در معرض خطر این بیماریها قرار دارند تا حدود بسیار زیادی رفتارهای مشابه دارند. از طرف دیگر وجود یک عفونت آمیزشی، خطر ابتلا به HIV را افزایش میدهد. به طوری که خطر انتقال HIV در یک زوج جنسی که یکی از آنها مبتلا به نوعی از عفونتهای آمیزشی است ده برابر بیشتر از زمانی است که هیچ یک از طرفین، مبتلا به عفونت آمیزشی نیستند. پر واضح است که ارتباطات جنسی محافظت نشده علاوه بر انتقال HIV میتواند باعث انتشار بیش از 30 بیماری آمیزشی شناخته شده نظیر سوزاک، سیفلیس و ..شود. متأسفانه در طی سالهای اخیر با افزایش شیوع مصرف مواد روانگردان و صنعتی به ویژه در میان جوانان و نوجوانان، ابتلا به این بیماریها شیوع بیشتری داشته است.

رابطه جنسی نا امن دومین و مهم ترین عامل خطر برای ناتوانی و مرگ در جوامع فقیر جهان و نهمین عامل مهم در کشورهای توسعه یافته است. این در حالی است که مداخلات موثر ارزان و در دسترس برای جلوگیری از حاملگی ناخواسته، کمک به زنان برای آسایش روانی در زمان بارداری و تولد فرزند، و نیز پیشگیری و درمان بیماری های مقاربتی وجود دارد(۱۶).

³ <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2015countries/>

برنامه های پیشگیری از ایدز در دنیا

اکثر همکاران جدید بهداشت عمومی برای پیشگیری از ایدز، نهاد ها و رهبران مذهبی هستند که به طور فزاینده در جهت تغییر این امر در بین جوامع سیاه و سفید آفریقایی و آمریکایی لاتین و نیز تغییر نگرش و بدبینی نسبت به افراد مبتلا تلاش می کنند. (۱۷) موسسات و رهبران مذهبی آنها در این جوامع بسیار مورد احترام، ارزش، و با نفوذ هستند. رهبران مذهبی معمولاً به عنوان منابع معتبر اطلاعاتی و راهنما حتی برای مسائل مربوط به سلامت به حساب می آیند. این رهبران اغلب قادرند با جمعیتی که به طور مستقیم به سختی می توان با آنها در تماس بود ارتباط برقرار کنند. از این رو، رهبران و نهاد های مذهبی در استراتژی ملی ایدز نقش حیاتی در (۱) کاهش نابرابری سلامت وابسته به ایدز (۲) کاهش تعداد موارد جدید ابتلا از طریق حمایت بدون قضاوت از افراد در معرض خطر ایدز و نیز عنوان منابع اطلاعات قابل اعتماد برای جوامع تحت پوشش آنها دارند. (۱۸)

برنامه های مرتبط با سلامت در کلیساهای آفریقایی آمریکایی به موضوعات متنوعی مانند بررسی نگرش ها و باورها در مورد فعالیت های مبتنی بر کلیسا در ارتقاء سلامت، پیشگیری از بیماری های قلبی، و آگاهی از سرطان سینه پرداخته اند. دلایل بسیاری برای اینکه چرا کلیسا آفریقایی آمریکایی محل مناسبی برای برگزاری برنامه های پیشگیری از HIV / ایدز است وجود دارد، به عنوان مثال، این کلیسا دارای شبکه های اجتماعی و سیستم های پشتیبانی است که ارائه فرصت برای برنامه ریزی ارتقاء سلامت را فراهم می کند. (۱۹) علاوه بر این، جمعیت آفریقایی آمریکایی کلیسا و رهبری به یک رابطه قوی بر اساس اعتماد متقابل تمایل دارند. نتیجتاً، توصیه در مورد مسائل مربوط به سلامت که از منبر ابلاغ می شود توجه اعضا را به خود جلب می کند این در حالی است که رهبری کلیسا اغلب به عنوان یک منبع قابل اعتماد برای اطلاعات در نظر گرفته می شود و در ارتباط با گروه های محروم است (۲۰). هرچند که در ابتدا مراکز مذهبی نگرش منفی به این بیماری داشت و آن را ناشی از روابط نامشروع و انحطاط اجتماعی دانست، اما با افزایش و شیوع آن، کلیسا نتوانست سکوت کند و در راستای آن برنامه های پیشگیری و حمایتی برای بیماران با حمایت دانشگاه ها برپا نمود. بنابراین لزوم مشارکت مراکز و سازمانهای مذهبی در مبارزه با ایدز ضروری به نظر رسید و اذعان داشتند که این مراکز به دلیل وظیفه شان در ارائه خدمات اخلاقی و دلسوزانه به اقشار آسیب پذیر و محروم برای ارائه حمایت ماموریت دارند (۲۱). اجرای برنامه های پیشگیرانه توسط این سازمانها سبب، کاهش تعداد والدین غیرقانونی، افزایش سن آغاز رابطه جنسی در نوجوانان بوده است. (۲۲)

برنامه های پیشگیری از ایدز در ایران

به منظور کاهش خطر انتقال در تماسهای جنسی، استراتژیهای مختلفی از برنامه کشوری شامل آموزش و اطلاع رسانی به گروههای مختلف، کاهش آسیب در بین مصرف کنندگان تزریقی، پیشگیری از انتقال جنسی با توزیع

کاندوم، مراقبت و درمان بیماریهای آمیزشی، و برنامه های مراقبت و درمان برای مبتلایان به این موضوع پرداخته است. بصورت کلی دو محور اصلی این فعالیتها، آموزش و اطلاع رسانی و ترویج رفتار جنسی سالم تر بوده است. در همین راستا مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری خدماتی نظیر آموزش و اطلاع رسانی و ترویج رفتارهای جنسی سالم را برای مبتلایان و افراد خانواده آنها ارائه میکنند.

به منظور کاهش انتقال HIV از راه تزریق موارد، برنامه سرنگ و سوزن، درمان نگهدارنده مواد، پیشگیری از انتقال جنسی از مصرف کنندگان تزریقی مواد، آموزش و اطلاع رسانی ویژه مصرف کنندگان تزریقی مواد، توسط کلینیکهای مثلثی، برنامه های سیار، مراکز درمان اعتیاد، مراکز آموزش جامعه مدار، زندانها، مراکز گذری و سازمانهای مردم نهاد ارائه می شود.

ارائه درمان ضدتروویروسی به منظور پیشگیری از انتقال HIV از مادر به نوزاد از سال 1385 در دستورالعمل کشوری مراقبت و درمان گنجانده شده است. با ایجاد مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری ارائه خدمات سلامت باروری، درمان ضدتروویروسی به منظور درمان و یا پیشگیری از انتقال مادر به کودک و نیز مراقبت و درمان کودکان مبتلا در بسته خدمات این مراکز گنجانده شد.⁴

مطالعات مرتبط با معنویت / مذهب و ایدز

در بسیاری از تحقیقات، رابطه بین مذهب/معنویت با پیشگیری از ایدز مورد بررسی قرار گرفته است. اکثر این بررسی ها بر روی جامعه جوان و نوجوان انجام گرفته است تا با در نظر گرفتن ابعاد مختلف در راستای برنامه های پیشگیرانه بتوان گام برداشت. از جمله این مطالعات توسط هولدر به منظور ارزیابی رابطه بین ابعاد معنویت و فعالیت های جنسی صورت گرفته است. ابعاد معنویت در این مطالعه حضور مذهبی در کلیسا، اهمیت مذهبی، انگیزه مذهبی درونی و بیرونی، اعتقاد به خدا، اعتقاد به حمایت الهی، ابعاد وجودی معنویت و ارتباط متقابل معنوی در نظر گرفته شده است. نتیجه حاکی از آن است که بالا بودن ابعاد معنوی ذکر شده با فعالیت های جنسی کمتر همراه است که شاید به دلیل آن است که معنویت و تعاملات اجتماعی در بین نوجوانان خلق معنا و هدف از زندگی را در آنها ایجاد می کند و این به تعاملات درونی معنوی بیشتری نیز منجر می شود که از رفتار های آسیب پذیر بر حذر می شوند.^(۲۳) البته مطالعه ای مغایر بر این یافته نشان داده که دینداری دختران با روابط جنسی و عدم روابط آنها مرتبط نبوده است اما میزان شرکت در مراسم های مذهبی با به کارگیری روش های جلوگیری از ایدز در روابط جنسی مرتبط بوده است که ممکن است ناشی از آموزش های ارائه شده در این شبکه ها باشد. گرچه، محقق این تحقیق اذعان می دارد که نوجوانانی که پایبندی سفت و سختی در عدم رابطه جنسی دارند، راهکارهای کمتر و ضعیف تری برای مقابله با روابط جنسی خطرناک و اجباری و نیز کنترل بارداری دارند.^(۲۴) این عدم یکپارچگی در نتایج محققین دور از انتظار نیست و تفاوت های فرهنگی و اجتماعی می تواند تبیین کننده این

⁴ <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2015countries/>

موضوع باشد. اما آنچه مسلم است اکثر پژوهش‌ها به اثربخشی معنویت/ مذهب در سلامت رفتاری اشاره دارد. حتی هویت مذهبی هم در بین نوجوانان از آنها برای انجام رفتارهای پرخطر جنسی محافظت می‌کند. نوجوانانی که هویت درونی و بیرونی مذهبی پایین دارند رفتاری های جنسی بیشتری را انجام می‌دهند. (۲۵) این در حالیست که نمرات دینداری بالاتر در آنها به طور قابل توجهی سبب خودکارآمدی بیشتری در مورد رابطه جنسی با هر دو شرکای جدید و ثابت در مورد بیماریهای مقاربتی، HIV، و پیشگیری از بارداری و نیز امتناع از رابطه جنسی پرخطر می‌شود. علاوه بر این، شروع رابطه جنسی آنها نیز در سنین بالاتری بوده، (۲۳) و نگرش بهتری نسبت به استفاده از کاندوم دارند. زنان با اعتقادات قوی مذهبی رفتارهای جنسی پرخطر کمتری نسبت به از زنان با اعتقادات دینی ضعیف دارند. (۲۶) مذهب بعنوان یک سپر مهم در برابر شیوع ایدز عمل می‌کند و علاوه بر این سبب رفتاری‌ها ممانعتی و نیز پیشگیرانه نیز می‌شود. حضور در کلیسا و رفتارهای های محافظتی و دینداری از عوامل مهم در پیشگیری رفتاری پرخطر جنسی هستند. (۲۷-۲۹). این امر در بین دانشجویان ایرانی نیز صادق است و مذهبی بودن سبب امتناع از رابطه جنسی در بین آنها میشود (۳۰). حتی نگرش گذرا و سرسری در دین نیز به عنوان یک عامل محافظتی برای تعدادی از رفتارهای پرخطر عمل می‌کند. حتی مشارکت جوانان در برنامه های مذهبی به شکل گیری هویت قومی مثبت، روابط با نقش پذیری، مهارت های تحصیلی و کاری، کاهش استرس و روابط مثبت پایدار در ارتباط است. این در حالی است که میزان بالای درجه تحصیلی نوجوانان با حضور مذهبی بیشتر آنها هم گزارش شده است. متغیر های مذهبی سبب کاهش رفتارهای پرخطر، فعالیت جنسی، استفاده از ماری جوانا، سیگار کشیدن مصرف مواد مخدر و الکل نیز هست. ساختار مذهبی در ذهن افراد می تواند در مرزبندی های شفاف برای آنها کمک کننده باشد و پذیرش برخی محدودیت ها را تسهیل نماید. این در حالی است که مذهبی بودن و حمایت خانوادگی هم با کاهش رفتاری پرخطر در ارتباط است (۲۸) تناوب دعا، مدیتیشن، مناجات و سطح فرهنگ پذیری هم پیش بینی کننده مهمی برای نوجوانان در استفاده از کاندوم و خویشتن داری تا ازدواج به حساب می آید (۳۱). با توجه به اینکه حتی حضور در کلیسا به طور منظم پیش بینی کننده مهمی برای تعداد موضوعات سلامت جنسی مورد بحث با دوستان و شرکای جنسی است (۳۲) از این رو لزوم استمرار و وجود برنامه های وابسته به ایمان برای رفتار های سالم و پیشگیرانه وجود دارد. (۲۹)

به طور کلی مذهب به عنوان عامل مؤثر بر عقاید و رفتارها، تأثیر به سزایی در پیشگیری، کنترل بیماری و عوارض ناشی از آن دارد. خوشبختانه بسیاری از اصول ثابت شده علمی در پیشگیری از گسترش بیماری های منتقل شده جنسی، با موازین و ارزش های دینی مطابقت دارد و به ویژه دین اسلام که به عنوان کامل ترین دین همواره مایه مباحث بسیاری از جهانیان بوده است، با اصولی بنیادین و علمی در زمینه بیماری ها نیز توانسته مزیت های خود را بر سایر ادیان به نمایش بگذارد. لذا مبلغان مذهبی و رهبران دینی در سطوح مختلف می توانند نقش مؤثر خود را در مورد این پدیده اجتماعی ایفا نمایند. (۳۳)

مطالعات مرتبط با معنویت/مذهب در بین افراد مبتلا به ایدز

معنویت به عنوان منبع انرژی درونی ریشه در دین دارد که مفاهیم معنا در زندگی، امید، خود فراروی، و آیین ها و مناسک را در برمی گیرند. معنویت منبع بسیار مهمی برای افراد مبتلا به بیماری های مزمن از جمله ایدز برای کنار آمدن با آن است. افراد مبتلا به ایدز به طور معمول از استراتژی های مربوط به این دو مولفه اساسی معنویت برای مقابله استفاده می کنند. از این رو برای کمک به افراد HIV مثبت برای مقابله با چالش های بیماری خود باید از مفاهیم معنویت مدد جست. مداخلات پرستاری شامل ترویج امید، آموزش، به اشتراک گذاری اطلاعات، و ایجاد یک احساس توانمندی در افراد مبتلا به ایدز برای رسیدگی به مسائل معنوی است. افرادی که برای آنها دین مهم است با یک قدرت بالاتر در ارتباط هستند و برای مقابله با مشکلات دعا، عبادت، خواندن مطالب مذهبی، طلب آموزش از یک قدرت بالاتر، و بحث در مورد نگرانی های را با خانواده و دوستان که اعتقادات مذهبی مشابه دارند کمک می گیرند. دیگر افراد، از رویکرد وجودی برای کنار آمدن با مشکلات خود استفاده می کنند. این افراد به ایجاد روابط بین فردی معنی دار و به طور معمول استفاده از مراقبه، تصویرسازی ذهنی، و / یا تجسم تمدد و آرامش اعصاب و تامل را بکار می گیرند. (۳۴) مبتلایان به عامل ایدز با گرایش به خدا و معنویات ممکن است فرصت هایی را به دست آورند که نگاه منفی و انگ اجتماعی را از آن ها بردارد. در چنین شرایطی آن ها وابستگیشان از نظر عاطفی و هیجانی به آرامش بیشتری دست یافته و حمایت های مضاعفی را از جانب دیگران دریافت خواهند نمود. زیرا آنان نیز با رویکردی مثبت در تعامل با دیگران قرار گرفته و از این وضعیت به عنوان یکی از راهبردهای مناسب خود مراقبتی بهره می جویند، به گونه ای که در مسیری هدفمند به راهکارهای کنترل عفونت نزد خود و دیگران همت گماشته و حتی برخی از علایم و عوارض آزاردهنده ناشی از بیماری را نیز تحت سیطره خود در می آورند. (۳۵) این افراد اغلب از سازگاری مذهبی / معنوی برای پیدا کردن هدف و معنی در زندگی، برای کنار آمدن با مفاهیم احساس گناه و شرمساری و برای مقابله با سوگ و داغدیدگی ناشی از بیماری استفاده می کنند. معنویت یکی از مهم ترین منابع کاهش احساس رنج و بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ایدز نیز هست. که لزوم توجه به این موضوع مهم برای کنار آمدن با مشکلات روانی و معنوی ناشی از بیماری را ضروری می سازد. همچنین، نهادینه شدن باورهای معنوی مذهبی و تقویت آنها در این بیماران موجب می شود که آنها مشکل خود را در متن گسترده ای قرار دهند، بیماری خود را بیشتر پذیرا باشند، خود باوری و عزت نفس خود را افزایش دهند و همه اینها در نهایت موجب بهبود کیفیت زندگی و کاهش احساس رنج بیماران می شود. (۳۶) چرا که افراد با فکر به خدا و مسایل معنوی و اعتقادات، مشکلاتی چون احساس تنهایی، افسردگی شدید، افکار تهدیدآمیز در مورد خود و دیگران را کمتر احساس و تجربه نموده و با اعتقاد به سرنوشت، امتحان الهی و پاک شدن گناهان و خواست خدا شرایط موجود خود را راحت تر می پذیرند. معنویت گرایی، توجه و تأکید بر باورهای اعتقادی - مذهبی و توجه به خدا سبب می شود که اولاً افراد برخی از مشکلات و تعارضات را به درجات بسیار کمتری تجربه نمایند، ثانیاً با تکیه بر موارد فوق به عنوان منابع مهم در حل مشکلات و کنار آمدن

با معضلات موجود در زندگی شان بهره بگیرند.(۳۳) مطالعه کیفی با ۱۹ فرد مبتلا به ایدز، نشان داده که مواجهه با پدیده مورد بحث برای بعضی از افراد منجر به گرایش مجدد به خداوند، کاوش معنویت و گرایش به اعتقادات و ارزش های معنوی و مذهبی شده است . به عبارت دیگر آن ها با بازگشت به اصل خود و بسیاری از ارزش های فراموش شده، دیگر بار با تعمق و بازنگری در وضعیت گذشته، وضعیت حال و آینده خود ، با تأکید بر مسایل معنوی و مذهبی، به سمت تکامل گرایی سوق یافته اند .برخی از آن ها با در پیش گرفتن رفتارهای نوع دوستانه، کمک به دیگران و به ویژه مبتلایان دیگر و روی آوردن به فعالیت های مذهبی و دعا و نیایش در مسیر ارتقا و تکامل فردی قرار گرفته بودند. تعدادی از آن ها که حتی سابقه ای از بزهکاری، اعمال ضد اخلاقی و خلاف قانون داشتند، با ابراز پشیمانی و نگاهی جدید به زندگی، رفتاری شایسته، منطبق بر ضوابط و اخلاق در پیش گرفته و سعی در جبران و تلافی گذشته خویش داشتند. لذا طی فرآیند تحلیل داده ها سه درون مایه اصلی در این زمینه ظهور یافته که عبارتند از " بازیابی مذهب و بازگشت به خدا ، جبران (جبران و تلافی نقایص و کاستی های گذشته) و تکامل یافتگی".(۳۳) در مجموع همانطور که مطالعه مروری مقالات بین سالهای ۱۹۸۰ تا ۲۰۱۶ نشان داده که ۶۷ درصد مطالعات رابطه مثبت بین معنویت یا مذهب و پیامد های بالینی ایدز را گزارش نمودند. ۱۳ درصد به عدم رابطه و رابطه منفی اشاره نمودند. تعهدات مذهبی یا معنوی در بیماران به عنوان یک جزء مهم برای مراقبت از این بیماران است. مطالعات و مداخلات طولی بیشتری برای روشن شدن تاثیر بالقوه دین و معنویت در نتایج بالینی ایدز مورد نیاز است (۳۶).

1. Haghdoost AA, Mostafavi E, Mirzazadeh A, Navadeh S, Feizzadeh A, Fahimfar N, et al. Modelling of HIV/AIDS in Iran up to 2014. *Journal of AIDS and HIV Research*. 2011;3(12):9-231
2. Organization WH, Department HA. HIV/AIDS. Data and statistics 2017[cited 2017]. Available from: <http://www.who.int/hiv/en/>
3. National AIDS Committee Secretariat MoHaME. Islamic Republic of Iran AIDS Progress Report. .2015
4. Lewis G, Gouya MM. Together for health the islamic republic of iran with global fund UNDP. .2014
5. Montazeri A. AIDS knowledge and attitudes in Iran: results from a population-based survey in Tehran. *Patient education and counseling*. 2005;57(2):203-199
6. Salehi L, Salehi F, Shakibazadeh E. Education-based needs assessment: a step toward effective prevention of AIDS. *JQUMS*. 2009;13(1):8-73
7. Control CfD, Prevention. CDC HIV/AIDS fact sheet: A glance at the HIV/AIDS epidemic. Retrieved January. 2007;:10:2007
8. Organization WH. HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations consolidated guidelines. Geneva: World Health Organization. .2014
9. Derose KP. The role of faith-based organizations in HIV prevention and care in Central America: Rand Corporation; .2010
10. Francis SA, Liverpool J. A review of faith-based HIV prevention programs. *Journal of religion and health*. 2009;48(1):15-6
11. Liebowitz J. The impact of faith-based organizations on HIV/AIDS prevention and mitigation in Africa. .2002
12. Sachs WL. Empowered by faith: Collaborating with faith-based organizations to confront HIV: Family Health International Arlington, VA; .2008
13. Williams TT, Pichon LC, Davey-Rothwell M, Latkin CA. Church attendance as a predictor of number of sexual health topics discussed among high-risk HIV-negative Black women. *Archives of sexual behavior*. 2016;45(2):8-451
14. Balogun AS. Islamic perspectives on HIV/AIDS and antiretroviral treatment: the case of Nigeria. *African Journal of AIDS research*. 2010;9(4):66-459
15. Mmaryan N, Rassouli M, Mehrabi M. Spirituality Concept by Health Professionals in Iran: A Qualitative Study. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2016;2016:9
16. Glasier A, Gülmezoglu AM, Schmid GP, Moreno CG, Van Look PF. Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *The Lancet*. 2006;368(9547):1595-607.
17. Derose KP, Griffin BA, Kanouse DE, Bogart LM, Williams MV, Haas AC, et al. Effects of a Pilot Church-Based Intervention to Reduce HIV Stigma and Promote HIV Testing Among African Americans and Latinos. *AIDS and Behavior*. 2016;20(8):1692-705.
18. Sutton MY, Parks CP. HIV/AIDS prevention, faith, and spirituality among black/African American and Latino communities in the United States: strengthening scientific faith-based efforts to shift the course of the epidemic and reduce HIV-related health disparities. *Journal of Religion and Health*. 2013;52(2):514-30.
19. Liebowitz J. The impact of faith-based organizations on HIV/AIDS prevention and mitigation in Africa. 2002.
20. Sachs WL. Empowered by faith: Collaborating with faith-based organizations to confront HIV: Family Health International Arlington, VA; 2008.

21. Wooster J, Eshel A, Moore A, Mishra M, Toledo C, Uhl G, et al. Opening up their doors: Perspectives on the involvement of the African American faith community in HIV prevention in four communities. *Health promotion practice*. 2011;12(5):769-78.
 22. Green EC. Faith-based organizations: contributions to HIV prevention. 2003.
 23. Holder DW, DuRant RH, Harris TL, Daniel JH, Obeidallah D, Goodman E. The association between adolescent spirituality and voluntary sexual activity. *Journal of adolescent health*. 2000;26(4):295-302.
 24. Miller L, Gur M. Religiousness and sexual responsibility in adolescent girls. *Journal of Adolescent Health*. 2002;31(5):401-6.
 25. Zaleski EH, Schiaffino KM. Religiosity and sexual risk-taking behavior during the transition to college. *Journal of adolescence*. 2000;23(2):223-7.
 26. Gold MA, Sheftel AV, Chiappetta L, Young AJ, Zuckoff A, DiClemente CC, et al. Associations between religiosity and sexual and contraceptive behaviors. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*. 2010;23(5):290-7.
 27. Cotton S, Zebracki K, Rosenthal SL, Tsevat J, Drotar D. Religion/spirituality and adolescent health outcomes :A review. *Journal of Adolescent Health*. 2006;38(4):472-80.
 28. Sinha JW, Cnaan RA, Gelles RJ. Adolescent risk behaviors and religion: Findings from a national study. *Journal of adolescence*. 2007;30(2):231-49.
 29. McCree DH, Wingood GM, DiClemente R, Davies S, Harrington KF. Religiosity and risky sexual behavior in African-American adolescent females. *Journal of adolescent health*. 2003;33(1):2-8.
 30. Shirazi KK, Morowatisharifabad MA. Religiosity and determinants of safe sex in Iranian non-medical male students. *Journal of religion and health*. 2009;48(1):29-36.
 31. Chin JJ, Neilands TB. Chinese Immigrant Religious Institutions' Variability in Views on Preventing Sexual Transmission of HIV. *American journal of public health*. 2016;106(1):110-8.
 32. Williams TT, Pichon LC, Davey-Rothwell M, Latkin CA. Church attendance as a predictor of number of sexual health topics discussed among high-risk HIV-negative Black women. *Archives of sexual behavior*. 2016;45(2):451-8.
۳۳. محمد پور ع، پارسا یکتا ز، نیک بخت نصرآبادی ع. معنویت گرایی در مبتلایان به HIV/AIDS: یک مطالعه پدیدار شناسی. *حیات*. 1390;17(2).
34. McCormick DP, Holder B, Wetsel MA, Cawthon TW. Spirituality and HIV disease: An integrated perspective. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2001;12(3):58-65.
 35. Chou F-Y ,Holzemer WL, Portillo CJ, Slaughter R. Self-care strategies and sources of information for HIV/AIDS symptom management. *Nursing Research*. 2004;53(5):332-9.
 36. Doolittle B, Justice A, Fiellin D. Religion, Spirituality, and HIV Clinical Outcomes: A Systematic Review of the Literature. *AIDS and Behavior*. 2016:1-10.

اهداف راهنما

این راهنما ابزاری برای ظرفیت سازی و کمک به سیاست گذاران و برنامه ریزان، همچنین ارائه دهندگان خدمت در حوزه ایدز در ایران است که توسط مرکز تحقیقات سلامت معنوی دانشگاه علوم پزشکی ایران و دفتر مطالعات اسلامی در بهداشت روان دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران و زیر نظر دفتر استانداردها سازی و راهنماهای بالینی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ جهت الگو سازی مداخلات معنوی در پیشگیری از ایدز طراحی شده است.

سوالاتی که راهنما به آنها پاسخ خواهد داد

در این بخش سوالات اساسی که این پروژه به دنبال پاسخ به آن ها بوده و نتایج بر اساس پاسخ به این سوالات مرتب شده اند عبارتند از:

- ۱) گروه هدف این راهنما چه کسانی هستند؟
- ۲) اجزای اصلی (محتوای) مداخلات معنوی در پیشگیری از ایدز کدامند؟
- ۳) چه افرادی کاندید دریافت مداخلات معنوی طراحی شده هستند؟
- ۴) چه افرادی کاندید دریافت این مداخلات نیستند؟
- ۵) چه کسانی مداخلات را ارائه می دهند؟
- ۶) در چه عرصه/هایی ارائه این مداخلات امکان پذیر است؟

روش کار

به منظور بررسی مطالعات و تحقیقات انجام گرفته در زمینه پیشگیری از ایدز با کمک مداخلات معنوی، جستجوی منابع کتابخانه ای و اینترنتی معتبر به بررسی در زمینه بیماری ایدز، پیشگیری از روابط جنسی، معنویت/مذهب، مداخلات معنوی در پیشگیری از ایدز با استفاده از کلمات کلیدی مربوطه در پایگاههای SID, magiran, WHO, UNAIDS, google scholar, pubmed انجام شد. همچنین جستجو در پایگاههای داده ای که راهنماهای بالینی را نمایه می کنند، مانند NGC,GIN,NICE,SIGN؛ همچنین سازمانهای بین المللی مانند WHO,UNAIDS,UNFPA برای یافتن الگوهای موجود صورت پذیرفت. در جدول ۱ الگوها و نمونه های یافت شده فهرست می گردد.

علاوه بر این برای کسب اطلاع از برنامه های در حال اجرا و نیز مطالعات صورت گرفته در ایران، سایت سازمان های مرتبط از جمله وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی و پایگاه اطلاع رسانی مرکز ملی

پیشگیری از ایدز ایران، و مرکز تحقیقات ایدز ایران و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی با هدف اطلاع از نتایج تحقیقات و انتشارات آنها مورد بررسی قرار گرفتند. همچنین جلسه ای حضوری با شرکت ریاست و کارشناسان اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی در وزارت بهداشت برگزار گردید و اطلاعات جامع از برنامه های پیشگیری ایدز در کشور، ارگان ها و سازمان های مجری کسب گردید و نیز افراد کلیدی در این امر معرفی شدند.

جدول ۱: نمونه راهنماهای یافت شده (مرتبط با موضوع) و الگو برداری شده

عنوان راهنما	آدرس الکترونیکی
PRACTICE GUIDELINE FOR THE Treatment of Patients With HIV/AIDS/ American Psychiatric Association	https://academiccommons.columbia.edu
CONSOLIDATED GUIDELINES ON HIV PREVENTION, DIAGNOSIS, TREATMENT AND CARE FOR KEY POPULATIONS World Health Organization	http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations
STANDARDS FOR PSYCHOLOGICAL SUPPORT FOR ADULTS WITH HIV	https://www.ashm.org.au
Engaging Faith-based Organizations in HIV Prevention	https://www.cabdirect.org

با توجه به در دسترس نبودن راهنمایی با عنوان این طرح پژوهشی، ضمن بهره گیری و الگو برداری از راهنماهای فوق این پژوهش با روش اجماع کارشناسان (Expert consensus) نهایی گردید. جدول ۲ استحکام شواهد و توالی استفاده از شواهد مختلف را در تدوین راهنماها نمایش می دهد. و لذا با توجه جدید بودن مداخلات طراحی شده در این راهنما، سطح شواهد توصیه ها در این راهنما IV خواهد بود.

جدول ۲: سطوح شواهد برای تدوین توصیه ها

I	At least one randomized controlled trial with clinical or biological endpoints, or several relevant high-quality scientific studies
II	At least one randomized controlled trial with surrogate markers, at least one high-quality study or several adequate studies
III	Observational cohort data, or at least one case-controlled or analytic study adequately conducted
IV	<i>Expert opinion based on evaluation of other evidence</i>

Source: World Health Organization Department of HIV/AIDS

مراحل کار شامل:

- انتخاب کارشناسان و خبرگان (مشارکت کنندگان) Selection of participants: معیارهای انتخاب کارشناسان و خبرگانی که در طرح از آنها نظر خواهی شد (در نشست تخصصی و راندهای دلفی) بر اساس معیارهای ذیل بود: داشتن دانش، تجربه و یا فعالیت در این موضوع، علاقه مندی و اعلام تمایل به همکاری، حضور در بخش های برنامه ریزی و اجرایی سازمانهای مرتبط.

- انتخاب موارد اولیه Selection of preliminary items: بر اساس مصاحبه با خبرگان و متخصصین علوم دینی و تحلیل متون دینی و مصاحبه های انجام گرفته؛ جستجوی منابع و الگوهای موجود دنیا و بهره گیری از سایر برنامه های اجرا شده در کشور، پیش نویسی از توصیه ها به عنوان " سناریوهای " پژوهشی برای پاسخ به سوالات مطرح شده و بر اساس اهداف اختصاصی طرح تهیه گردید.

- نشست تخصصی Expert panel: در نشست تخصصی، موضوعات مطرح شده در پیش نویس اولیه تک به تک و با توجه به دستیابی به اهداف اختصاصی طرح؛ با کارشناسان انتخاب شده به صورت حضوری بحث و بررسی گردید. بدین صورت که سرپرست تدوین متن، سناریوهای مربوط به هر یک از محورهای مداخله را به ترتیب خوانده و ضمن اینکه متن در اختیار شرکت کنندگان نیز قرار داشت برای هر بخش فرصتی در اختیار شرکت کنندگان گذاشته می شد و سپس نظرخواهی می شد. پیشنهادات جمع آوری و نکات مورد نیاز اضافه و یا تصحیح می گردید .

- انجام دلفی Delphi survey: سناریو های اصلاح شده در نشست کارشناسی به منظور دریافت نقطه نظرات نهایی و رسیدن به اجماع به خبرگان شناسایی شده در زمینه مرتبط ارائه شد. افرادی که برای این مرحله انتخاب شدند، علاوه بر مشارکت کنندگان در نشست تخصصی ، افرادی دیگری از حوزه های متعدد مرتبط با موضوع نیز بودند تا دریافت حداکثری نقطه نظرات صورت پذیرد.

- آنالیز Analysis: میانه نمرات هر یک از سناریوها محاسبه شد به این ترتیب که در مقابل سناریو ها گزینه های مطلوبیت و قابلیت اجرا با نمره دهی کم ، متوسط و خوب وجود داشت. لذا هر یک از سناریو ها که در واقع توصیه های ما بودند می توانستند از ۱ تا ۹ نمره کسب کنند. اگر میانه نمرات بین ۱ تا ۳ بود به معنی نامناسب بودن سناریو، بین ۷ تا ۹ مناسب و بین ۴ تا ۶ عدم قطعیت تصمیم گیری بود. که در مجموع با دو راند دلفی به اجماع در مورد پاسخ تمامی سوالات مطرح شده در طرح رسیدیم.

نتایج این پژوهش به صورت توصیه های استخراج شده با سطح شواهد IV، ارائه می گردد. و بنیان های نظری استخراج توصیه ها در قالب آیات قرآن کریم در ضمیمه ۱، پیوست گزارش می شود.

واژه نامه

راهنمای سلامت (guideline): مجموعه ای از توصیه ها و بیانیه هایی که در راستای ارائه خدمات در سیستم سلامت تعریف می شود (Haroon, 2015). آنچه مسلم است راهنمای سلامت با راهنمای بالینی (clinical guideline) که توصیه های ارائه خدمات درمانی میدهد، متفاوت است.

مداخلات معنوی (spiritual intervention): مداخلات معنوی گستره وسیعی از خدمات را شامل می شوند که می تواند از یک مشاوره ساده تا رواندرمانی پیچیده را دربرگیرد و ناظر به نیازهای معنوی گیرندگان خدمت می باشد (Memaryan, 2017).

ایدز (HIV/AIDS): ویروس نقص ایمنی انسانی (Human immunodeficiency virus) است که باعث بیماری AIDS (Acquired immune deficiency syndrome) می شود. که با علائم نقص ایمنی چون کاهش وزن بیش از ۱۰٪، اسهال طول کشیده بیش از یکماه و تب طول کشیده بیش از یکماه بروز می کند (WHO).

پیشگیری (prevention): گستره پیشگیری در طول زمان تغییر کرده است. از اولین بار که در سال ۱۹۶۷ تعریف شد؛ تا ۱۹۷۸ که تمایز بین انواع پیشگیری گسترش یافت. که پیشگیری اولیه ارتقاء سلامت قبل از توسعه بیماری تعریف شد و پیشگیری ثانویه تشخیص زودرس بیماری.

اما از ۱۹۹۸، WHO ترم کلی از پیشگیری تعریف کرد که نه تنها بر بیماری که بر ریسک فاکتور هم تاکید دارد. بدین ترتیب که کاهش ریسک فاکتورها هم اقدام پیشگیرانه محسوب می شود. ولی برخی از سازمانهای مرتبط با بهداشت عمومی مانند Australian National Public Health Partnership اصرار به تقسیم بندی مداخلات پیشگیرانه دارند. و این در حالیست که فرهنگ لغت سلامت عمومی Dictionary of Public Health هم که در سال ۲۰۰۶ همچنان سطح بندی پیشگیری را بیان کرده، اظهار می دارد که این سطح بندی بیشتر از آنچه که واقعی باشند ساختگی و عاریه هستند. حتی بتدریج سطوح دیگری نیز توسط سازمانهای دیگر تعریف شد.

در این تحقیق ما تعریف سازمان جهانی بهداشت که در سال ۲۰۰۰ منتشر گشته را می پذیریم که پیشگیری شامل "همه فعالیت هایی است که هدف اصلی آن ترویج، بازگرداندن و حفظ سلامتی باشد."

نتایج

نتایج این طرح به صورت توصیه در هر جعبه، و ذیل هر جعبه منطق همان توصیه، پیاده سازی توصیه و شاخص های دستیابی به آن تنظیم گردیده است، مطابق با گایدلاین شماره ۳ در جدول ۱ (Australasian Society for HIV)

توصیه های راهنما (گایدلاین)

در مجموع در چهار حیطة : گیرندگان ، اجزای اصلی ، ارائه دهندگان و عرصه های ارائه مداخلات معنوی ؛ توصیه ها تنظیم گردیده است. در ادامه هر حیطة و توصیه های مربوط به آنها می آیند.

در این راهنما ارائه مداخلات معنوی برای پیشگیری از ایدز امری ضروری در نظر گرفته شده است.

توصیه اصلی (Main statement)

ارائه مداخلات معنوی برای پیشگیری از ایدز ضروری است.

منطق Rational

سازمان ها و موسسات بهداشتی و سلامت برنامه های مختلفی را برای پیشگیری از ایدز اجرا می نمایند که همسو با آن، نهاد های مذهبی نیز برای کمک به اجرای این برنامه ها به روش های گوناگون همکاری می کنند. که علاوه بر مساعدت در نایل آمدن به اهداف مشترک، با در نظر گرفتن ابعاد معنوی / مذهبی افراد و کسب مهارت های لازم ، رشد معنوی آنها را فراهم آورده و همچنین با کمک این نیروها از انحراف و رفتاری های پرخطر جلوگیری می شود.

پیاده سازی Implication

مداخلات معنوی بصورت یکپارچه با سایر مداخلات پیشگیرانه و یا به تنهایی نیز امکان پذیر است.

شاخص های دستیابی Auditable indicators

تعداد برنامه های مداخله ای معنوی پیشگیرانه ابلاغ شده در عرصه های ارائه خدمات سلامت

حیطه گیرندگان مداخلات معنوی در پیشگیری از ایدز: توصیه ها

۱. نوجوانان و جوانان ۱۱-۲۵ سال آسیب پذیر ایدز HIV افراد مناسبی برای دریافت مداخلات هستند.
۲. ارزیابی اولیه به منظور تمایل افراد برای دریافت مداخله ضروری است.
۳. افرادی که حاضر به دریافت مداخلات نیستند، کاندید مناسبی نیستند.

منطق Rational

با وجود تلاش های موثر رسانه های گروهی برای اطلاع رسانی به افراد جامعه ایرانی، و دانش و اطلاعات خوب مردم در مورد ایدز، اما سهم موارد شناسایی شده ابتلا از راه انتقال جنسی، به طور مداوم افزایش یافته است و نشانه هایی از رخداد روابط جنسی پر خطر در بین جوانان نیز مشاهده می شود؛ از این رو برنامه ریزی برای پیشگیری از رفتارهای پرخطر جنسی، پرهیز از رفتار جنسی به خصوص در بین جوانان و نوجوانان و نیز کاهش میزان تن فروشی لازم و ضروری به نظر می رسد.

پیاده سازی Implication

به جهت مشارکت حداکثری گیرنده مداخلات، ارزیابی اولیه بر اساس پرسش از تمایل فرد برای دریافت مداخلات مبتنی بر معنویت در همان مرکز و توسط ارائه دهندگان سایر خدمات به ایشان، ضروری است.

شاخص های دستیابی Auditable indicators

تعداد افراد دریافت کننده مداخلات معنوی در هر مرکز منتخب ارائه مداخلات معنوی
تعداد افرادی که با وجود راهنمایی اولیه برای دریافت مداخلات معنوی، تمایل به دریافت آن نداشتند

حیطه اجزای اصلی مداخلات معنوی در پیشگیری از ایدز: توصیه ها

۱. مداخلات معنوی در پیشگیری از ایدز در سه سطح هیجانی، شناختی و رفتاری ارائه می گردد.
۲. مولفه های مورد توجه در سطح هیجانی شامل:

- ایجاد انگیزش به منظور آمادگی دریافت مداخلات
- تنظیم لذت، رغبت و انتظارات

منطق Rational

نظام ارزشی و شناختی، رفتارها و هیجانات افراد بایستی مد نظر قرار گرفته شود. هیجان به عنوان یک نظام معنادار اولیه، می تواند برای سازگاری افراد موثر واقع شود. در حقیقت احساس که برای تولید معنای رویداد اهمیت دارد نتیجه پردازش تجربه هیجانی در مغز است و کارکرد صحیح آن موجب افزایش سازگاری فرد می شود. افکار و باورهای ما تاثیر نیرومندی بر رفتارها و هیجانات ما دارند و این سه (هیجان-شناخت-رفتار) بر یکدیگر اثر تعاملی دارند.

پیاده سازی Implication

انگیزش حضور برای دریافت مداخلات معنوی و مهمتر از آن ادامه جلسات، نیازمند تنظیم سطح هیجانی مراجعین که در سنین نوجوانی و جوانی هستند، می باشد. پاسخ صحیح و منطقی به سوالات در مورد لذات و انتظارات افراد از زندگی و پیش رو آوردن موارد مورد رغبت آنان، از ابزار مفید مشارکت و اثربخشی مداخلات است.

شاخص های دستیابی Auditable indicators

تعداد جلسات اختصاص یافته به مولفه های هیجانی از مجموع جلسات مداخله
تعداد افرادی که پس از جلسات مربوط به بخش هیجانی، ادامه دریافت مداخله داشته اند

(ادامه) حیطة اجزای اصلی مداخلات معنوی در پیشگیری از ایدز: توصیه ها

۱. مداخلات معنوی در پیشگیری از ایدز در سه سطح هیجانی، شناختی و رفتاری ارائه می گردد.
۲. مولفه های مورد توجه در سطح شناختی شامل:

- آشنایی با خداوند و معنویت
- تاکید بر ارزش های وجودی انسان، احترام و کرامت انسانی
- تاکید بر ایمان، معنایابی و هدفمندی زندگی
- تاکید بر ارزش مندی زندگی

منطق Rational

توجه به ابعاد شناختی معنویت می تواند معنای زندگی و سبک مقابله ای افراد را تحت تاثیر قرار دهد. شناخت ها به مجموعه افکار، باورها، آگاهی ها و ارزش ها و تفسیر های فرد نسبت به رویداد ها و پدیده هایی که به طور روزمره با آنها مواجه می شود، اطلاق می گردد. دستیابی به نظام ارزشی و باورهای معنوی فطری و وجودی در افراد، سازگاری با چارچوب های پیشنهادی را به همراه دارد.

پیاده سازی Implication

آشنایی با خداوند و معنویت، ارزش های وجودی انسان و کرامت او؛ با هدف کسب ایمان، دستیابی به معنا و هدف در زندگی ارزش مند به عنوان مولفه های شناختی بنیادین در نظر گرفته می شود که پس از ایجاد انگیزه برای مراجعین به منظور دریافت خدمات، مورد آموزش و بحث با آنها قرار خواهند گرفت.

شاخص های دستیابی Auditable indicators

تعداد جلسات اختصاص یافته به مولفه های شناختی از مجموع جلسات مداخله
تعداد افرادی که پس از جلسات مربوط به بخش شناختی، ادامه دریافت مداخله داشته اند

(ادامه) حیطه اجزای اصلی مداخلات معنوی در پیشگیری از ایدز: توصیه ها

۱. مداخلات معنوی در پیشگیری از ایدز در سه سطح هیجانی، شناختی و رفتاری ارائه می گردد.
۲. مولفه های مورد توجه در سطح رفتاری شامل:

- تعریف رفتارهای مطلوب و نامطلوب
- یادآوری پیامدهای رفتارهای پرخطر
- توصیه به رفتارهای مثبت شامل ورزش، کمک به دیگران، گفتگو با خداوند، انتخاب هم نشین مناسب، حضور در طبیعت، حضور در مکان ها و جمع های معنوی
- توصیه به رفتارهای کنترلی شامل مراقبت از خود، تنظیم معاشرت و مدیریت روابط جنسی

منطق Rational

با الگوسازی و طرح ریزی رفتارهای همسو با ابعاد شناختی و هیجانی بر نظام شخصیتی و چارچوب کلی زندگی افراد، می توان موثر بود. هر چند این ابعاد به طور مستقل و جداگانه ارزیابی و توصیف می شوند، اما میان آنها ارتباطات و تعاملات پیچیده ای برقرار است.

پیاده سازی Implication

ارائه رفتارهای مطلوب به عنوان الگو و مخصوصا ذکر پیامدهای رفتارهای پرخطر در سنین مخاطبان این راهنما می تواند سودمند باشد که البته تثبیت توصیه ها با تمرین های عملی منظم و برنامه ریزی شده و دریافت یازخورد از آنها می بایست همراه باشد.

شاخص های دستیابی Auditable indicators

تعداد جلسات اختصاص یافته به مولفه های رفتاری از مجموع جلسات مداخله
تعداد برنامه های عملی (که همراه با جدول زمانبندی باشد) توصیه شده به هریک از مراجعان دریافت کننده
مداخله

حیطه ارائه دهندگان مداخلات معنوی در پیشگیری از ایدز: توصیه ها

۱. ارائه مداخلات توصیه شده نیازمند گذراندن دوره آموزشی لازم است.
۲. برای گذراندن دوره آموزشی از بین کارشناسان سلامت علاقه مند، افرادی منتخب می شوند.
۳. ارزیابی دوره ای و اخذ بازخورد از ارائه دهندگان مداخلات ضروری است.

منطق Rational

بهره گیری از موازین اسلامی به منظور توانمندی سازی چند جانبه افراد از نظر هیجانی، رفتاری و شناختی در راستای برنامه های بهداشتی و سلامت کشور می تواند کمک کننده باشد و همسو با برنامه استراتژیک ملی کنترل عفونت اچ آی وی با کاهش رفتاری های جنسی پرخطر در پیشگیری از ایدز موثر واقع شود. اجرای برنامه یکپارچه و چند جانبه، کارشناسان کنترل و پیشگیری از ایدز را قادر به پاسخگویی به طیف وسیع تری از نیاز های مراجعین می کند تا خدمات به صورت موثرتر ارائه شود.

پیاده سازی Implication

ارائه خدمات نیاز به آموزش لازم در این زمینه را دارد که با توجه به زمان بر بودن این نوع از خدمات و نیازمند بودن به آمادگی معنوی افراد ارائه دهنده انتخاب از بین علاقمندان، اثربخشی مداخلات را ارتقاء خواهد بخشید. و سنجش و ارزیابی دوره ای ارائه دهندگان خدمات در بازه های دوسالانه و پیشنهاد به ثبت موارد ارائه خدمت معنوی؛ در بازبینی و رفع اشکالات احتمالی راهنما موثر است.

شاخص های دستیابی Auditable indicators

- تعداد کارشناسان سلامت آموزش دیده در زمینه مداخلات معنوی پیشگیری از ایدز
- تعداد دوره های آموزشی برگزار شده در این زمینه
- تعداد پایش های صورت گرفته از مراکز اخذ خدمت
- تعداد موارد مستندسازی شده از مداخلات ارائه شده در هر مرکز

حیطه عرصه های ارائه مداخلات معنوی در پیشگیری از ایدز: توصیه ها

در عرصه های ذیل امکان ارائه مداخلات وجود دارد:

باشگاه های سلامت، مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری، مراکز مشاوره ویژه زنان آسیب پذیر و سایر مراکزی که وزارت بهداشت و سازمانهای مرتبط توصیه می کنند.

منطق Rational

اجرای برنامه یکپارچه و چند جانبه، توسط کارشناسان کنترل و پیشگیری از ایدز در همان مراکز ارائه خدمت به افراد مخاطب این راهنما؛ دسترسی بیشتر به مراجعین نیازمند مداخلات را فراهم می کند.

پیاده سازی Implication

برنامه های موجود در مراکز معرفی شده به نوعی همخوانی با مداخلات طراحی شده دارد و مخاطبین در دسترس هستند. در صورت تاسیس هر یک از مراکز مرتبط مجوز دار، ارائه خدمت را توسط کارشناسان آموزش دیده در آن مراکز نیز می توان پیاده کرد.

شاخص های دستیابی Auditable indicators

تعداد باشگاههای سلامت آماده دریافت مداخلات معنوی
تعداد مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری آماده دریافت مداخلات معنوی
تعداد مراکز مشاوره ویژه زنان آسیب پذیر آماده دریافت مداخلات معنوی

بحث

در این مطالعه با استفاده از رویکرد اجماع متخصصین و در چند مرحله، چهارچوب مداخلات معنوی به منظور پیشگیری از ایدز برای افراد در معرض خطر طراحی گردید. چندین ویژگی این مطالعه عبارتند از: اول، انتخاب این موضوع با وجود نبود مطالعات مشابه در خصوص طراحی بسته های مداخلات معنوی برای افراد در معرض خطر است، در ادبیات گزارش شده بیشترین فعالیت ها در سطح ارائه خدمات بهداشتی توسط تیم و اعضای سازمان های معنوی و مذهبی است و الگوی مداخلاتی معنوی را بصورت ادغام شده در برنامه های بهداشتی و سلامت در نظر نمی گیرند. دوم، تمرکز اصلی برای طراحی مداخلات معنوی با استفاده از آموزه های اسلامی و مخصوصاً متون قرآن کریم انجام گرفت. سوم، الگوی مداخلات معنوی طراحی شده در راستای برنامه جامع پیشگیری از ایدز وی است که محتوای آن ابعاد دینی/معنوی را پوشش می دهد. چهارم، انتخاب نوع مطالعه با استفاده از روش های چندگانه و متناسب که امکان جمع نظر و نیز استنباط جامع موضوع را براساس متون مذهبی و اعتقادی فراهم می کند. تجربه استفاده از این روش در طراحی بسته های خدماتی و آموزشی در حوزه معنوی در ایران وجود دارد (۱، ۲).

نتایج حاصل از این تحقیق حاکی از آن است که ارائه مداخلات معنوی برای پیشگیری از ایدز ضروری است. این در حالی است که در اکثر مطالعات نشان داده شده است که رابطه مثبتی بین معنویت / مذهب و عدم رفتار های پر خطر جنسی و نیز ابتلا به ایدز وجود دارد (۳-۵). مذهب بعنوان یک سپر مهم در برابر شیوع ایدز عمل می کند و علاوه بر این سبب رفتار های ممانعتی و نیز پیشگیرانه نیز می شود (۶). حضور در اماکن مذهبی، رفتار های محافظتی و دینداری از عوامل مهم در پیشگیری از رفتاری پرخطر جنسی هستند (۷). از این رو در راهنماهای بالینی معتبر در زمینه پیشگیری از ایدز نیز توصیه می کنند که ابعاد معنوی/ مذهبی در برنامه ها و خدمات بهداشتی در نظر گرفته شود (۸-۱۰).

در این پژوهش نوجوانان و جوانان آسیب پذیر ایدز HIV افراد مناسبی برای دریافت مداخلات هستند. این یافته همسو با برنامه های پیشگیرانه از جمله برنامه مبتنی بر ایمان است که عموماً بر روی جامعه نوجوان و جوان بوده است تا با در نظر ابعاد مختلف از جمله معنوی/مذهبی برنامه های آموزشی بهداشتی را اجرا کنند (۱۱، ۱۲). البته این برنامه ها در راستای اهداف آموزش الگو های رفتاری در جامعه هستند و برای جمعیت عمومی و در معرض خطر در نظر گرفته شده اند و با استفاده از قدرت معنوی افراد و نیز وابستگی آنها به مراکز مذهبی به اجرای برنامه های بهداشتی و سلامت در بین آنها می پردازند (۱۳، ۱۴). با این حال مبلغین و پیروان مسلمانان از ابتدا با این برنامه مخالف بودند، چرا که در این برنامه فقط به ترویج استفاده از کاندوم تاکید می شود و صحبت کردن در مورد روابط جنسی و تمایلات جنسی به صورت باز و راحت انجام میگیرد که خلاف آموزه های اسلام است (۱۵) از این رو، پایبندی به آموزه های اسلامی در مورد رابطه جنسی - بالاتر از همه پرهیز از رابطه جنسی برای افراد مجرد و وفاداری جنسی برای افراد متاهل هنوز توسط مسلمانان - به عنوان بهترین گزینه برای جلوگیری از گسترش ایدز دیده می شود (۱۶).

خوشبختانه بسیاری از اصول ثابت شده علمی در پیشگیری از گسترش بیماری های منتقل شده جنسی، با موازین و ارزش های دینی مطابقت دارد و به ویژه دین اسلام، با اصولی بنیادین و علمی در زمینه بیماری ها توانسته مزیت های خود را نشان دهد (۱۷). لذا بهره گیری از موازین اسلامی به منظور توانمندی سازی چند جانبه افراد از نظر هیجانی، رفتاری و شناختی در راستای برنامه های بهداشتی و سلامت کشور می تواند کمک کننده باشد و همسو با چهارمین برنامه استراتژیک ملی کنترل عفونت اچ آی وی جمهوری اسلامی ایران (۱۸) با کاهش رفتاری های جنسی پرخطر در پیشگیری از ایدز موثر واقع شود. زیرا اجرای برنامه یکپارچه و چند جانبه، کارشناسان کنترل و پیشگیری از ایدز را قادر به پاسخگویی به طیف وسیع تری از نیاز های مراجعین می کند تا خدمات به صورت موثرتر ارائه شود. بسیاری از محققان و ارائه دهندگان خدمات دریافته اند که خدمات چند جانبه با در نظر گرفتن ابعاد معنوی و مذهبی کارآمدی بیشتری دارد (۶). چرا که ارزش ها اساس یکپارچگی و انسجام هویت فردی و سازگاری او در اجتماع خواهند بود (۱۹). عنصر معنویت در حقیقت، نیروی عظیمی است که می تواند فرد را در یافتن مفهومی منسجم و هدفمند از دنیا و معنادار کردن زندگی یاری نماید (۲۰). از این رو، همانطور که ارائه دهندگان خدمات سلامت نگرش ها و عملکرد مراجعین را در مورد بهداشت جسمی شان مد نظر قرار می دهند، باید نظام ارزشی و شناختی، رفتارها و هیجانات آنها را نیز در نظر بگیرند. توجه به ابعاد شناختی معنویت می تواند معنای زندگی و سبک مقابله ای افراد را تحت تاثیر قرار دهد (۲۱) شناخت ها به مجموعه افکار، باور ها، آگاهی ها و ارزش ها و تفسیر های فرد نسبت به رویداد ها و پدیده هایی که به طور روزمره با آنها مواجه می شود، اطلاق می گردد (۲۲). دستیابی به نظام ارزشی و باورهای معنوی فطری و وجودی در افراد، سازگاری با چارچوب های اخلاقی و اجتماعی را به همراه دارد. (۲۳) همسو با بعد شناختی، هیجان نیز به عنوان یک نظام معنادار اولیه، می تواند برای سازگاری افراد موثر واقع شود. در حقیقت احساس که برای تولید معنای رویداد اهمیت دارد نتیجه پردازش تجربه هیجانی در مغز است و کارکرد صحیح آن موجب افزایش سازگاری فرد می شود. (۲۴) چون افکار و باورهای ما تاثیر نیرومندی بر رفتارها و هیجانات ما دارند و این سه بر یکدیگر اثر تعاملی دارند. به عقیده لازاروس بعد هیجانی را نمی توانیم مستقیماً دستکاری کنیم، از این رو برای تغییر آن باید از طریق سایر ابعاد مانند ابعاد زیستی یا شناختی اقدام نماییم (۲۵). در نهایت رفتارها به عنوان جلوه ظاهری و بیرونی درون روانی در تعامل با ساختار شناختی و هیجانی اند (۲۶). در این مطالعه نیز بر اساس آیات قران کریم و استخراج مفاهیم بنیادین که این ابعاد سه گانه را در بر می گیرند اجزای اصلی مداخلاتی طرح ریزی شده است. آشنایی با خداوند و معنویت (شوری ۲۸-۳۱)، ارزش های وجودی انسان و کرامت او (بقره ۳۰، اسراء ۷۰؛ فاطر ۱۰)، با هدف کسب ایمان، دستیابی به معنا و هدف در زندگی ارزش مند (بقره، ۱۷۷؛ مومنون، ۱۱۵؛ ملک، ۲)؛ به عنوان مولفه های شناختی بنیادین در نظر گرفته می شود که پس از ایجاد انگیزه برای مراجعین به منظور دریافت خدمات چندگانه که شامل مداخله معنوی نیز می شود، مورد آموزش قرار خواهند گرفت. آگاهی مراجعین از چگونگی تنظیم لذت ها، رغبت ها و انتظارات (حدید ۲۲ و ۲۳)، مبتنی بر تنظیم هیجان می تواند به پیشبرد اهداف مداخله کمک کند. نتیجتاً با ارائه الگوی رفتارهای مطلوب و نامطلوب (اعراف ۱۵۷) و نیز یادآوری پیامدهای رفتارهای پرخطر (اعراف ۳۳)، توصیه به رفتارهای مثبت (فصلت ۴۶) شامل ورزش (بقره ۲۴۷)، کمک به دیگران (آل عمران ۹۲)، گفتگو با

خداوند(بقره ۱۵۲)، انتخاب هم نشین مناسب(فرقان ۲۷-۲۹)، حضور در طبیعت(بقره ۱۶۴)، حضور در مکان ها و جمع های معنوی(اعراف ۲۹) و توصیه به رفتاری های کنترلی مانند مراقبت از خود(مائده ۱۰۵) تنظیم معاشرت (احزاب ۲۳) و مدیریت روابط جنسی(نور ۳۱) می توان با الگوسازی و طرح ریزی رفتاری همسو با ابعاد شناختی و هیجانی بر نظام شخصیتی و چارچوب کلی زندگی افراد موثر بود. هر چند این ابعاد به طور مستقل و جداگانه ارزیابی و توصیف می شوند، اما میان آنها ارتباطات و تعاملات پیچیده ای برقرار است. در مجموع از طریق بکارگیری این برنامه مداخله ای جامع و چند بعدی برای گروه آسیب پذیر نوجوان و جوان علاقه مند به دریافت مداخله در عرصه های سلامت، توسط کارشناسان دوره دیده سازمان های بهداشت و درمان کشور می تواند گام بزرگی برای کنترل و پیشگیری از اچ ای وی برداشته شود.

آنچه مسلم است علاوه بر تدوین و تهیه اینگونه دستورالعمل ها، آموزش و ایجاد انگیزه در ارائه دهندگان خدمات سلامت و بستر سازی ارائه خدمات معنوی از سوی سیاستگذاران حوزه سلامت، در پیاده سازی و اجرای در سطح گسترده اینگونه راهنماها ضروری است. بنابراین امکان اجرا و استفاده از این بسته و چارچوب مبتنی بر فرهنگ و نظام ارزشی جامعه ایرانی و مسلمان کمک شایانی به اثر گذاری و اجرای برنامه های آتی براساس این چارچوب فراهم می شود.

انجام مطالعات کاربردی و تدوین محتوی برنامه آموزشی مداخله معنوی در پیشگیری از ایدز در راستای این راهنما در عرصه های مختلف خدمت رسانی سلامت، پیشنهاد می شود. این امر به توسعه و تقویت راهنما کمک شایانی خواهد کرد.

نتیجه گیری

در مجموع بر اساس یافته های مطالعه پیش رو می توان گفت؛ بهره گیری از ظرفیتهای موجود در زمینه مداخلات معنوی در پیشگیری و کنترل بیماریها، به ویژه بیماریهایی نظیر ایدز که از اولویتهای بلامنازع دنیای کنونی محسوب می شود، امکان طراحی و اجرای مداخلات مرتبط را به بهترین نحو فراهم می آورد. در این خصوص با توجه به اهمیت و حساسیت موضوعی، لازم است کلیه جنبه ها از مخاطبین تا مجریان برنامه ها، در کنار عوامل زمینه ای نظیر زیرساختها و تسهیلات ارائه مداخلات، به دقت مورد ارزیابی و تحلیل قرار گیرد. نتایج این مطالعه می تواند راهگشای مسیر مطالعات تکمیلی مرتبط باشد. همچنین نویسندگان پیشنهاد می دهند که علاوه بر طراحی برنامه آموزشی، اثربخشی مداخلات طی مطالعات جداگانه ای به دقت بررسی شود و از بازخوردهای آن در ارتقای برنامه ها استفاده شود.

- .1 Memariyan N, Nahardani Sz, Rasooli M, Vahidshahi K. Developing Educational Goals and Expected Competencies for Teaching Spiritual Health to The Students of Medical Sciences. *Iranian Journal of Medical Education*. 2017;17(0):116-25.
- .2 Memaryan N, Jolfaei AG, Ghaempanah Z, Shirvani A, Vand HD, Ghahari S, et al. Spiritual Care for Cancer Patients in Iran. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*. 2016;17(9):4289-94.
- .3 Holder DW, DuRant RH, Harris TL, Daniel JH, Obeidallah D, Goodman E. The association between adolescent spirituality and voluntary sexual activity. *Journal of adolescent health*. 2000;26(4):295-302.
- .4 Miller L, Gur M. Religiousness and sexual responsibility in adolescent girls. *Journal of Adolescent Health*. 2002;31(5):401-6.
- .5 Doolittle B, Justice A, Fiellin D. Religion, Spirituality, and HIV Clinical Outcomes: A Systematic Review of the Literature. *AIDS and Behavior*. 2016:1-10.
- .6 Cotton S, Zebracki K, Rosenthal SL, Tsevat J, Drotar D. Religion/spirituality and adolescent health outcomes: A review. *Journal of Adolescent Health*. 2006;38(4):472-80.
- .7 Williams TT, Pichon LC, Davey-Rothwell M, Latkin CA. Church attendance as a predictor of number of sexual health topics discussed among high-risk HIV-negative Black women. *Archives of sexual behavior*. 2016;45(2):451-8.
- .8 Organization WH. HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations consolidated guidelines. Geneva: World Health Organization. 2014.
- .9 Organization WH, Department HA. HIV/AIDS. Data and statistics 2 017[cited 2017]. Available from: <http://www.who.int/hiv/en/>
- .10 Asia UNCsfROFS. FAITH-MOTIVATED ACTIONS ON HIV/AIDS PREVENTION AND CARE FOR CHILDREN AND YOUNG PEOPLE IN SOUTH ASIA: A REGIONAL OVERVIEW. 2003.
- .11 Francis SA, Liverpool J. A review of faith-based HIV prevention programs. *Journal of religion and health*. 2009;48(1):6-15.
- .12 Derose KP. The role of faith-based organizations in HIV prevention and care in Central America: Rand Corporation; 2010.
- .13 Bielefeld W, Cleveland WS. Defining faith-based organizations and understanding them through research. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*. 2013;42(3):0899764013484090.
- .14 Green EC. Faith-based organizations: contributions to HIV prevention. 2003.
- .15 Balogun AS. Islamic perspectives on HIV/AIDS and antiretroviral treatment: the case of Nigeria. *African Journal of AIDS research*. 2010;9(4):459-66.
- .16 Gray PB. HIV and Islam: is HIV prevalence lower among Muslims? *Social science & medicine*. 2004;58(9):1751-6.
- .17 Esack F, Chiddy S. Islam and AIDS: between scorn, pity and justice. 2011.
- .18 National AIDS Committee Secretariat MoHaME. Islamic Republic of Iran AIDS Progress Report. 2015.
- .19 Siegel K, Schrimshaw EW. The perceived benefits of religious and spiritual coping among older adults living with HIV/AIDS. *Journal for the scientific study of religion*. 2002;41(1):91-102.
- .20 Van Wagoner N, Elope L, Westfall AO, Mugavero MJ, Turan J, Hook EW. Reported Church Attendance at the Time of Entry into HIV Care is Associated with Viral Load Suppression at 12 Months. *AIDS and Behavior*. 2016;20(8):1706-12.
- .21 Pargament KI, McCarthy S, Shah P, Ano G, Tarakeshwar N, Wachholtz A, et al. Religion and HIV: A review of the literature and clinical implications. *Southern Medical Journal*. 2004;97(12):1201-10.
- .22 Beck AT. *Cognitive therapy of depression*: Guilford press; 1979.
- .23 Shaw SA, El-Bassel N. The influence of religion on sexual HIV risk. *AIDS and Behavior*. 2014;18(8):1569-94.
- .24 Gross JJ, Thompson RA. *Emotion regulation: Conceptual foundations*. 2007.
- .25 Lazarus RS. *Emotion and adaptation*: Oxford University Press on Demand; 1991.
- .26 Mesulam M-M. *Principles of behavioral and cognitive neurology*: Oxford University Press; 2000.

ضمیمه

استناد به شواهد مداخلات بر مبنای آیات قرآن کریم

آشنایی با خداوند و معنویت

هُوَ الَّذِي قَلَقَ لَكُمْ مَا فِي الْأَرْضِ جَمِيعًا ثُمَّ اسْتَوَىٰ إِلَى السَّمَاءِ فَسَوَّاهُنَّ سَبْعَ سَمَاوَاتٍ وَهُوَ بِكُلِّ شَيْءٍ عَلِيمٌ (بقره ۲۹)

اوست آن کسی که آنچه در زمین است همه را برای شما آفرید سپس به [آفرینش] آسمان پرداخت و هفت آسمان را استوار کرد و او به هر چیزی داناست.

هُوَ الَّذِي يُصَوِّرُكُمْ فِي الْأَرْحَامِ كَيْفَ يَشَاءُ لَّا إِلَهَ إِلَّا هُوَ الْعَزِيزُ الْحَكِيمُ (آل عمران ۶)

اوست کسی که شما را آن گونه که می خواهد در رحمها صورتگری می کند هیچ معبودی جز آن توانای حکیم نیست.

وَ هُوَ الَّذِي أَنْشَأَكُمْ مِنْ نَفْسٍ وَاحِدَةٍ فَمُسْتَقَرٌّ وَمُسْتَوْدَعٌ قَدْ فَضَّلْنَا الْآيَاتِ لِقَوْمٍ يَفْقَهُونَ (انعام ۹۸)

او کسی است که شما را از یک نفس آفرید، در عالی که بعضی از انسانها پایدارند (از نظر ایمان یا خلقت کامل) و بعضی ناپایدار، ما آیات خود را برای کسانی که می فهمند بیان نمودیم.

وَ هُوَ الَّذِي يُنَزِّلُ الْغَيْثَ مِنْ بَعْدِ مَا قَطُرُوا وَيَنْشُرُ رَحْمَتَهُ وَ هُوَ الْوَلِيُّ الْمُتَّقِينَ (شوری ۲۸)

او کسی است که باران نافع را بعد از آنکه ما بوسه شدند نازل می کند، و دامنه رحمت خویش را می گستراند، و او ولی و حمید است.

ارزش های و بهودی انسان و کرامت او

وَ إِذْ قُلْنَا لِلْمَلَائِكَةِ اسْجُدُوا لِآدَمَ فَسَجَدُوا إِلَّا إِبْلِيسَ أَبَىٰ وَ اسْتَكْبَرَ وَ كَانَ مِنَ الْكَافِرِينَ (بقره ۳۴)

و هنگامی که به فرشتگان گفتیم برای آدم سجده و فضع کنید، همگی سجده کردند جز شیطان که سر باز زد و تکبر ورزید (و به خاطر نافرمانی و تکبر) از کافران شد!

وَ لَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَ جَعَلْنَاهُمْ فِي الْبَرِّ وَالْبَحْرِ وَ رَزَقْنَاهُمْ مِنَ الطَّيِّبَاتِ وَ فَضَّلْنَاهُمْ عَلَىٰ كَثِيرٍ مِمَّنْ فَخَقْنَا تَفْضِيلًا (اسراء ۷۰)

ما بنی آدم را گرامی داشتیم و آنها را در خشکی و دریا (بر مرکبهای راهوار) حمل کردیم، و از انواع روزیهای پاکیزه به آنها روزی دادیم، و بر بسیاری از خلق خود برتری بخشیدیم.

معنا و هدف در زندگی

أَفَسِبِّتُمْ أَنَّمَا فَخَلَقْنَاكُمْ عَبَدًا وَ أَنْتُمْ إِلَيْنَا لَا تُرْجَعُونَ (مومنون ۱۱۵)

ولی آیا گمان کرده اید که ما شما را بیهوده آفریده ایم و به سوی ما بازگشت نتوانید کرد!

الَّذِي قَلَقَ الْمَوْتَ وَالْحَيَاةَ لِيَبْلُوَكُمْ إِيَّكُمْ أَنْ تُسَنُّوا عَمَلًا وَهُوَ الْعَزِيزُ الرَّحِيمُ (ملک ۲)

همان کسی که مرگ و حیات را آفرید تا شما را بیازماید که کدامیک بهتر عمل می‌کنید و او شکست ناپذیر و بخشنده است.

تنظیم لذت‌ها، رغبت‌ها و انتظارات

لِكَيْلَا تَأْسَوْا عَلَىٰ مَا فَاتَكُمْ وَلَا تَفْرَحُوا بِمَا آتَاكُمْ وَاللَّهُ لَا يُبِّدُ كُلَّ مَقْتَلٍ قَبُورٍ ﴿صدید ۱۲۱﴾

این به خاطر آن است که برای آنچه از شما فوت شده تأسف نفورید، و به آنچه به شما داده است دل‌بسته و شادمان نباشید، و خداوند هیچ متکبر فرفروشی را دوست ندارد.

رفتارهای مطلوب و نامطلوب

الَّذِينَ يَتَّبِعُونَ الرَّسُولَ النَّبِيَّ الْأُمِّيَّ الَّذِي يَجِدُونَهُ مَكْتُوبًا عِنْدَهُمْ فِي التَّوْرَةِ وَالْإِنْجِيلِ يَا مَرْهُمْ بِالْمَعْرُوفِ وَيَنْهَاهُمْ عَنِ الْمُنْكَرِ وَيُحِلُّ لَهُمُ الطَّيِّبَاتِ وَيُحَرِّمُ عَلَيْهِمُ الْفَبَاطِثَ وَيَضَعُ عَنْهُمْ إِصْرَهُمْ وَالْأَغْلَالَ الَّتِي كَانَتْ عَلَيْهِمْ قَالِ الَّذِينَ آمَنُوا بِهِ وَعَزَّرُوهُ وَنَصَرُوهُ وَاتَّبَعُوا النُّورَ الَّذِي أُنزِلَ مَعَهُ أُولَئِكَ هُمُ الْمُفْلِحُونَ ﴿اعراف ۱۵۷﴾

همانان که از این فرستاده پیامبر درس نتوانده که [نام] او را نزد خود در تورات و انجیل نوشته می‌یابند پیروی می‌کنند [همان پیامبری که] آنان را به کار پسندیده فرمان می‌دهد و از کار ناپسند باز می‌دارد و برای آنان چیزهای پاکیزه را حلال و چیزهای ناپاک را بر ایشان حرام می‌گرداند و از [دوش] آنان قید و بندهایی را که بر ایشان بوده است برمی‌دارد پس کسانی که به او ایمان آوردند و بزرگش داشتند و یاریش کردند و نوری را که با او نازل شده است پیروی کردند آنان همان رستگارانند.

وَالَّذِينَ آمَنُوا وَعَمِلُوا الصَّالِحَاتِ لَا نُكَلِّفُ نَفْسًا إِلَّا وُسْعَهَا أُولَئِكَ أَصَابُ الْبُخْتِ هُمْ فِيهَا خَالِدُونَ ﴿اعراف ۱۴۲﴾

و کسانی که ایمان آوردند و عمل صالح انجام دهند – هیچکس را جز به اندازه توانایشش تکلیف نمی‌کنیم – اهل بهشتند و جاودانه در آن خواهند ماند.

پیامدهای رفتارهای پرنظر

قُلْ إِنَّمَا حَرَّمَ رَبِّيَ الْفَوَاحِشَ مَا ظَهَرَ مِنْهَا وَمَا بَطَنَ وَالْإِثْمَ وَالْبَغْيَ بَعِيرَ النَّعْيِ وَأَنْ تُشْرِكُوا بِاللَّهِ مَا لَمْ يُنَزَّلْ بِهِ سُلْطَانًا وَأَنْ تَقُولُوا عَلَى اللَّهِ مَا لَا تَعْلَمُونَ ﴿اعراف ۳۳﴾... وَالَّذِينَ كَذَّبُوا بِآيَاتِنَا وَاسْتَكْبَرُوا عَنْهَا أُولَئِكَ أَصَابُ النَّارِ هُمْ فِيهَا خَالِدُونَ ﴿اعراف ۳۶﴾

بگو خداوند تنها اعمال زشت را، چه آشکار باشد چه پنهان، حرام کرده است و (همچنین) گناه و ستم بدون عقی، و اینکه چیزی را که خداوند دلیلی برای آن نازل نکرده شریک او قرار دهید، و به خدا مطلبی نسبت دهید که نمی‌دانید. (۳۳)... و آنها که آیات ما را تکذیب کنند و در برابر آن تکبر ورزند اهل دوزخند، جاودانه در آن خواهند ماند. (۳۶)

توصیه به رفتارهای مثبت

مَنْ عَمِلَ صَالِحًا فَلِنَفْسِهِ وَمَنْ أَسَاءَ فَعَلَيْهَا وَمَا رَبُّكَ بِظَلَّامٍ لِلْعَبِيدِ ﴿فصلت ۴۶﴾

کسی که عمل صالحی بجا آورد نفعش برای خود او است و هر کس بدی کند به نوبشتن بدی کرده، و پروردگارت هرگز به بندگان ستم نمی‌کند.

ورزش

وَقَالَ لَهُمْ نَبِيُّهُمْ إِنَّ اللَّهَ قَدْ بَعَثَ لَكُمْ طَالُوتَ مَلِكًا قَالُوا أَنَّى يَكُونُ لَهُ الْمُلْكُ عَلَيْنَا وَنَحْنُ أَعْيُنُ بِالْمَلِكِ مِنْهُ وَلَمْ يُبْتَ سَعَةً مِنْ
الْمَالِ قَالِ إِنَّ اللَّهَ اصْطَفَاهُ عَلَيْكُمْ وَرَادَهُ بَسِطَةً فِي الْعِلْمِ وَالْجِسْمِ وَاللَّهُ يُؤْتِي مَن يَشَاءُ وَاللَّهُ وَاسِعٌ عَلِيمٌ ﴿١٢٤٧﴾

و پیامبرشان به آنها گفت: خداوند (طالوت) را برای زمامداری شما مبعوث (و انتخاب) کرده است، گفتند: چگونه او بر ما حکومت کند، با اینکه ما از او شایسته‌تریم، و او ثروت زیادی ندارد؟! گفت: خدا او را بر شما برگزیده، و او را در علم و (قدرت) جسم، وسعت بخشیده است. خداوند، ملکش را به هر کس بخواهد، می‌بخشد، و احسان خداوند، وسیع است، و (از لیاقت افراد برای منصبها) آگاه است.

کمک به دیگران

لَنْ تَنَالُوا الْبِرَّ حَتَّى تُنْفِقُوا مِمَّا تُحِبُّونَ وَمَا تُنْفِقُوا مِنْ شَيْءٍ فَإِنَّ اللَّهَ بِهِ عَلِيمٌ ﴿٩١﴾

هرگز به (حقیقت) نیکوکاری نمی‌رسید مگر اینکه از آنچه دوست می‌دارید (در راه خدا) انفاق کنید، و آنچه انفاق می‌کنید خداوند از آن با خبر است.

گفتگو با خداوند

فَاذْكُرُونِي أَذْكُرْكُمْ وَاشْكُرُوا لِي وَلَا تَكْفُرُونِ ﴿١٥١﴾

پس به یاد من باشید تا به یاد شما باشم، و شکر مرا گوئید و کفران (در برابر نعمتها) نکنید.

انتخاب هم نشین مناسب

وَيَوْمَ يَحْضُرُ الظَّالِمُ عَلَى يَدَيْهِ يَقُولُ يَا لَيْتَنِي اتَّخَذْتُ مَعَ الرَّسُولِ سَبِيلًا ﴿١٧٧﴾ يَا وَيْلَتَى لَيْتَنِي لَمْ أَتَّخِذْ فُلَانًا خَلِيلًا ﴿١٧٨﴾ لَقَدْ أَضَلَّنِي
عَنِ الذِّكْرِ بَعْدَ إِذْ جَاءَنِي وَكَانَ الشَّيْطَانُ لِلْإِنْسَانِ خَذُولًا ﴿١٧٩﴾

و به خاطر بی‌یاوری روزی را که ظالم دست نوبش را از شدت حسرت به دندان می‌گزد و می‌گوید: ای کاش با رسول خدا راهی برگزیده بوده، ای وای بر من! کاش فلان (شخص گمراه) را دوست خود انتخاب نکرده بودم! او مرا از یاد حق گمراه سافت، بعد از آنکه آگاهی به سراغ من آمده بود، و شیطان همیشه مغذول کننده انسان بوده است.

حضور در طبیعت

إِنَّ فِي فَلَقِ السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ وَاجْتِافِ اللَّيْلِ وَالنَّهَارِ وَالْفُلْكِ الَّتِي تَجْرِي فِي الْبَحْرِ بِمَا يَنْفَعُ النَّاسَ وَمَا أَنْزَلَ اللَّهُ مِنَ السَّمَاءِ
مِنْ مَاءٍ فَأَنْبَا بِهِنَّ الْأَرْضَ بِعَدَمِ مَوْتِهِنَّ وَبَثَّ فِيهَا مِنْ كُلِّ دَابَّةٍ وَتَصْرِيفِ الرِّيَّاحِ وَالسَّحَابِ الْمُسْتَقَرِّ بَيْنَ السَّمَاءِ وَالْأَرْضِ لآيَاتٍ لِقَوْمٍ
يَعْقِلُونَ ﴿١٦٤﴾

در آفرینش آسمانها و زمین، و آمد و شد شب و روز، و کشتیهائی که در دریا به سود مردم در حرکتند، و آبی که خداوند از آسمان نازل کرده، و با آن زمین را پس از مرگ زنده نموده و انواع جنبندگان را در آن گسترده و (همچنین) در تغییر مسیر بادها و ابرهائی که در میان زمین و آسمان معلقند، نشانه هائی است (از ذات پاک خدا و یگانگی او) برای مردمی که عقل دارند و می‌اندیشند.

ضهور در مکان‌ها و جمع‌های معنوی

قُلْ أُمِرْتُ بِالْقِسْطِ وَأَقِيمُوا وُجُوهَكُمْ عِنْدَ كُلِّ مَسْجِدٍ وَادْعُوهُ مُخْلِصِينَ لَهُ الدِّينَ كَمَا بَدَأَكُمْ تَعُودُونَ ﴿اعراف: ۱۵۹﴾

بگو پروردگارم به عدالت فرمان داده است، و توجه خویش را در هر مسجد (و به هنگام عبادت) به سوی او کنید و او را بفوانید و دین (خود) را برای او خالص گردانید (و بدانید) همانگونه که در آغاز شما را آفرید (بار دیگر در رستاخیز) بازمی‌گردید.

رققاری‌های کنترلی مانند مراقبت از خود

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا عَلَيْكُمْ أَنْفُسَكُمْ لَا يَضُرُّكُمْ مَنْ ضَلَّ إِذَا اهْتَدَيْتُمْ إِلَى اللَّهِ مَرْجِعُكُمْ جَمِيعًا فَيُنَبِّئُكُمْ بِمَا كُنْتُمْ تَعْمَلُونَ ﴿مائده: ۵۰﴾

ای کسانی که ایمان آورده‌اید مراقب خود باشید، هنگامی که شما هدایت یاقتید همراهی کسانی که گمراه شده‌اند به شما زیانی نمی‌رساند، بازگشت همه شما به سوی خدا است و شما را از آنچه عمل میکردید آگاه میسازد.

تنظیم معاشرت

وَقَرْنَ فِي بُيُوتِكُنَّ وَلَا تَبَرَّجْنَ تَبَرُّجَ الْبَاهِلِيَّةِ الْأُولَىٰ وَأَقِمْنَ الصَّلَاةَ وَآتِينَ الزَّكَاةَ وَأَطِعْنَ اللَّهَ وَرَسُولَهُ إِنَّمَا يُرِيدُ اللَّهُ لِيُذْهِبَ عَنْكُمُ الرِّجْسَ أَهْلَ الْبَيْتِ وَيُطَهِّرَكُمْ تَطْهِيرًا ﴿احزاب: ۳۳﴾

و در خانه‌های خود بمانید و همچون جاهلیت نداشتین (در میان مردم) ظاهر نشوید، و نماز را بر پا دارید و زکاة را ادا کنید، و خدا و رسولش را اطاعت نمائید خداوند فقط می‌خواهد پلیدی و گناه را از شما اهل بیت دور کند و کاملاً شما را پاک سازد.

مدیریت روابط جنسی

وَقُلْ لِلْمُؤْمِنَاتِ يَغْضُضْنَ مِنْ أَبْصَارِهِنَّ وَيَحْفَظْنَ فُرُوجَهُنَّ وَلَا يُبْدِينَ زِينَتَهُنَّ إِلَّا مَا ظَهَرَ مِنْهَا وَلَا يَضْرِبْنَ بِمُخْرِبِهِنَّ عَلَىٰ بِيُوتِهِنَّ وَلَا يُبْدِينَ زِينَتَهُنَّ إِلَّا لِبُعُولَتِهِنَّ أَوْ آبَائِهِنَّ أَوْ آبَاءِ بُعُولَتِهِنَّ أَوْ إِبْنَائِهِنَّ أَوْ إِبْنَاتِهِنَّ أَوْ بَنِي إِفْوَاهِهِنَّ أَوْ بَنِي إِفْوَاهِهِنَّ أَوْ نِسَائِهِنَّ أَوْ مَا مَلَكَتْ أَيْمَانُهُنَّ أَوِ التَّابِعِينَ غَيْرِ أُولَى الْأَرْبَةِ مِنَ الرِّجَالِ أَوِ الطِّفْلِ الَّذِينَ لَمْ يَظْهَرُوا عَلَىٰ عَوْرَاتِ النِّسَاءِ وَلَا يَضْرِبْنَ بِأَرْجُلِهِنَّ لِيُعْلَمَ مَا يُخْفِينَ مِنْ زِينَتِهِنَّ وَتُوبُوا إِلَى اللَّهِ جَمِيعًا أَيُّهُ الْمُؤْمِنُونَ لَعَلَّكُمْ تُفْلِحُونَ ﴿نور: ۳۱﴾

و به زنان با ایمان بگو چشمهای خود را (از نگاه هوس‌آلود) فرو گیرند، و دامان خویش را حفظ کنند، و زینت خود را جز آن مقدار که ظاهر است آشکار ننمایند، و (اطراف) روسریهای خود را بر سینه خود افکنند (تا گردن و سینه با آن پوشانده شود) و زینت خود را آشکار نسازند مگر برای شوهرانشان یا پدرانشان یا پسرانشان یا پسران همسرانشان یا برادرانشان یا پسران برادرانشان، یا پسران خواهرانشان، یا زنان هم کیششان یا بردگانشان (کنیزانشان) یا افراد سفیه که تمایلی به زن ندارند یا کودکانی که از امور جنسی مربوط به زنان آگاه نیستند، آنها هنگام راه رفتن پایهای خود را به زمین نزنند تا زینت پنهانشان دانسته شود. (و صدای خفقال که بر پا دارند به گوش رسد) و همگی به سوی خدا بازگردید ای مؤمنان تا رستگار شوید.