

Analyzing the Role of Religion and Religious Institutions in Policymaking on AIDS in Iran

Rahim Khodayari-Zarnaq¹, Hamid Ravaghi², Ali Mohammad Mosaddeghrad³, Khorshid Mobasseri^{4*}

1- Tabriz health services management research center, Iranian Center of Excellence in Health Management, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

2- Department of health services management, School of Health Management and Information Sciences, Iran university of medical sciences, Tehran, Iran.

3- Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- Nursing Education Department, Nursing and Midwifery School, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

*Correspondence should be addressed to Mrs. Khorshid Mobasseri; Email: Khorshid.m69@gmail.com

Article Info

Received: Nov 21, 2016

Received in revised form:

Jul 22, 2017

Accepted: Aug 1, 2017

Available Online: Sep 6, 2017

Keywords:

AIDS

HIV

Policymaking

Policy analysis

Religion

Religious institutions

Abstract

Background and Objective: HIV is a social phenomenon whose investigating needs to take culture, traditions, and religious beliefs of the society into account. Given that, the aim of this study is examining the role of religion in policies made to control AIDS in Iran.

Method: This qualitative study adopted the content analysis technique with inductive approach in which 30 policymakers, key informants, stakeholders and AIDS patients were given semi-structured interviews and also 21 documents on related policies were analyzed considering factors influencing AIDS policymaking. Then, the data were analyzed using framework method and MAXQDA. In this study, the ethical issues were all considered and the authors declared no conflict of interest.

Results: After coding, approximately 300 primary codes were extracted. These codes were checked again and then categorized into three areas: the functions of religion and its preventive and encouraging factors in the related policies; different roles of the clergy as religious authorities, politicians and advisors; and the way religious institutes and organizations play their roles in AIDS policymaking process.

Conclusion: Religion and its corresponding ideology have critical encouraging and preventive functions in implementing plans for control and prevention of AIDS. Neglecting religious aspects of the Iranian society in policymaking has led to less effectiveness of policies and failure in controlling AIDS.

Please cite this article as: Khodayari-Zarnaq R, Ravaghi H, Mosaddeghrad A M, Mobasseri K. Analyzing the Role of Religion and Religious Institutions in Policymaking on AIDS in Iran. J Res Relig Health. 2017; 3(4): 89- 102.

Summary

Background and Objectives: AIDS is currently one of the most important social and economic health issues of human and is one of the biggest concerns of numerous countries in the world which is unfortunately spreading rapidly both in scope and dimension (1). At the present time, about 90% of HIV-infected people live in developing countries, particularly in Africa and Asia and unfortunately it is increasing at an alarming rate in these regions (2). Iran has been exposed to this

global phenomenon in recent years and is currently faced with a significant number of people infected with HIV/AIDS (3). HIV/AIDS is a decidedly social phenomenon (4); thus, the latent factors in the attitude and beliefs of Iranian society about AIDS, which stem from their culture and tradition, have a huge impact on AIDS policymaking (5). Therefore, this study set out to analyze the role of religion in AIDS control policies in Iran.

Method: An inductive approach was adopted in this qualitative study and via content analysis, health policies related to religion, its functions, and effective religious institutions in AIDS policymaking were

analyzed. Semi-structured interviews with 30 policy makers, key informants, AIDS stakeholders, and patients were conducted; besides, 21 relevant policy documents were investigated. To conduct the interviews, open-ended questions about the factors influencing AIDS policy in Iran, the role of factors related to culture, religion and tradition, the role of stakeholders and those involved in the field of AIDS policy, and their contributions to policymaking were asked. In the related documents, these factors were also examined. The data were analyzed using a framework method (6) by MAXQDA and PolicyMaker software.

Results: In this study, about 300 initial codes were extracted. After going through the investigations for the second time, they were classified into three categories, namely the role of religion, the role of the clergy and the role of religious institutions:

A-The role of religion: Religion in the Iranian society can be discussed in both positive and negative aspects. The positive aspect, which is in fact the most fundamental function of religion, is to emphasize the divine message of religion and to promote the good deeds and the use of wisdom of the Quran and the hadiths of the Prophet and the Imams to prevent sin and evil and immoral deeds. But the negative aspect is related to taking advantage of religion by misusing or misinterpreting religion for personal interests and beliefs.

B- The role of the clergy: In the fight against HIV, the clergy have three particular roles in the Iranian society: religious authorities; politicians; and reliable advisors.

C- The role of religious institutions: A large number of AIDS stakeholders in the country, despite their potential for AIDS controlling policies, have no contributions or active participations in practice as for AIDS policymaking. Unfortunately, most of them are religious institutions with great potential for AIDS control in the country, but they actually play no role in the policymaking process and executive actions.

Conclusion: The study showed that religion and its ideology can result in powerful functions in religious societies. Therefore, AIDS policymakers need to pay careful attention to the powerful functions of religion and its ideology in the Iranian society at all stages of policymaking process as well as the content of policies to combat AIDS. This is because religious institutions have a decisive role in AIDS policymaking. It seems that neglecting religious aspects of the Iranian society in policymaking has led to low effectiveness of policies, thus failing to achieve satisfactory results in controlling AIDS.

References

1. Beyrer C, Karim A. The changing epidemiology of HIV in 2013. *Current Opinion in HIV and AIDS*. 2013; 8(4): 306-10.
2. Kaur K, Kay T, Auwal Sg, Salma A, Kamal A, Faisal I, et al. A COMPARISON OF HIV/AIDS HEALTH POLICY IN SELECTED DEVELOPED

AND DEVELOPING COUNTRIES. *International Journal of Public Health and Clinical Sciences*, 2016; 3(3): 45-58.

3. Jamshidi Makiani M, Hossiny-Rad M, Khanaliha Kh, Tavkoli Sh, Sohrabi S, Ahmadian H et al. Prevalence of HIV Infection among Individuals Referred to Consult Center of Behavior Diseases, West Health Center in Tehran, Iran. *Infection, Epidemiology and Medicine*. 2017; 3(2): 56-59.

4. Khodayari-Zarnaq R. HIV/AIDS policy analysis in Iran [Thesis]. Tehran University of Medical Sciences-School of Public Health. 2015. (Full Text in Persian)

5. Khodayari-Zarnaq R, Ravaghi H, Mosadeghrad A, Sedaghat A, Mohraz M. HIV/AIDS policy agenda setting in Iran. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2016; 30: 392-99

6. Ritchie J, Lewis J, Nicholls C, Ormston R. *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. 2013: Sage.

تحليل عن دور الدين والمؤسسات الدينية في وضع سياسة مكافحة الإيدز في إيران

رحيم خداياري زرنق^١، حميد رواقي^٢، علي محمد مصدق راد^٣، خورشيد مبصري^{٤*}

١- مركز دراسات إدارة الخدمات الصحية والعلاجية، مركز التميز في تعليم الإدارة الصحية في إيران، جامعة تيريز للعلوم الطبية، تيريز، إيران.

٢- قسم إدارة الخدمات الصحية والعلاجية، كلية الإدارة والإعلام الطبي، جامعة ايران للعلوم الطبية، طهران، ايران.

٣- قسم العلوم الإدارية واقتصاد السلامة، كلية الصحة، جامعة طهران للعلوم الطبية، طهران، ايران.

٤- قسم التمريض الداخلي_الجراحي، كلية التمريض والأمومة، جامعة تيريز للعلوم الطبية، تيريز، ايران.

* المراسلات موجهة إلى السيدة خورشيد مبصري؛ البريد الإلكتروني: Khorshid.m69@gmail.com

الملخص

معلومات المادة

خلفية البحث وأهدافه: إن فيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز) تلك الظاهرة الاجتماعية التي ينبغي في دراستها الالتفات إلى دور الثقافة والتقاليد والمعتقدات الدينية للمجتمع. لذلك، اجريت هذه الدراسة بغرض تحليل دور الدين في وضع سياسة القضاء على الإيدز في إيران.

منهجية البحث: تمت هذه الدراسة النوعية بطريقة تحليل المضمون متخذاً المنهج الاستقرائي وأجريت الدراسة من منظور العوامل المؤثرة على وضع السياسات، مع ٣٠ شخصاً من واضعي السياسة والخبراء والمعنيين والمرضى، كما أنه تمت دراسة ٢١ وثيقة السياسات. تم تحليل المعطيات وتحزنتها باستخدام تحليل الإطار مستعينا ببرنامج (MAXQDA). تمت مراعاة جميع الموارد الاخلاقية في هذا البحث وازافة الى هذا فإن مؤلفي المقالة لم يشيروا الى تضارب المصالح.

الكشوفات: بعد عملية الترميز، تم استخراج حوالي ٣٠٠ رمزا مبدئياً. وانقسمت هذه الرموز بعد إجراء دراسات عديدة الى المجالات الثلاثة التالية: دور الدين في السياسات وعوامل التعزيز والوقاية منه. الادوار المختلفة للرجال الدين كمصدر ديني وخبير سياسي ومستشار، وكذلك كيفية أداء دور المراكز والمؤسسات الدينية في عملية وضع السياسات المرتبطة بفيروس الإيدز.

النتيجة: للدين والأيدولوجية الناشئة عنه، مهام كثيرة في تعزيز أو منع تنفيذ برامج مكافحة الإيدز والوقاية منها، فتجاهل الجانب الديني للمجتمع الإيراني، يؤدي إلى تقليل فعالية السياسات وبالتالي عدم الحصول على نتيجة مناسبة في القضاء على الإيدز.

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Khodayari-Zarnaq R, Ravaghi H, Mosaddeghrad A M, Mobasseri K. Analyzing the Role of Religion and Religious Institutions in Policymaking on AIDS in Iran. J Res Relig Health. 2017; 3(4): 89- 102.

تحلیل نقش دین و نهادهای دینی در سیاست‌گذاری ایدز در ایران

رحیم خدایاری زرنق^۱، حمید رواقی^۲، علی محمد مصدق‌راد^۳، خورشید مبصری^{۴*}

- ۱- مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، قطب علمی آموزش مدیریت سلامت ایران، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
 ۲- گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
 ۳- گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
 ۴- گروه پرستاری داخلی-جراحی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
 مکاتبات خطاب به خانم خورشید مبصری؛ پست الکترونیک: Khorshid.m69@gmail.com

اطلاعات مقاله

دریافت: ۱ آذر ۹۵

دریافت متن نهایی: ۳۱ تیر ۹۶

پذیرش: ۱۰ مرداد ۹۶

نشر الکترونیکی: ۱۵ شهریور ۹۶

واژگان کلیدی:

اچ‌آی‌وی

ایدز

تحلیل سیاست

دین

سیاست‌گذاری

نهادهای دینی

چکیده

سابقه و هدف: بیماری ایدز پدیده‌ی اجتماعی است که در بررسی آن باید به فرهنگ، سنت و باورهای دینی جامعه توجه خاصی کرد. از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف تحلیل نقش دین در سیاست‌گذاری کنترل ایدز در ایران صورت گرفته است.

روش کار: این پژوهش، کیفی از نوع تحلیل محتوا و با رویکرد استقرایی است که در آن از منظر عوامل مؤثر بر سیاست‌گذاری؛ با ۳۰ نفر از سیاست‌گذاران، افراد مطلع کلیدی، ذی‌نفعان و بیماران؛ مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته صورت گرفت و حدود ۲۱ سند سیاستی بررسی شد. داده‌های به‌دست‌آمده نیز به‌روش تحلیل چارچوب و با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA تجزیه و تحلیل شد. در این پژوهش همه‌ی موارد اخلاقی رعایت شده است. علاوه‌براین، نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی گزارشی نکرده‌اند.

یافته‌ها: بعد از فرایند کدگذاری، حدود ۳۰۰ کد اولیه استخراج شد. این کدها بعد از بررسی‌های مکرر در سه حیطة‌ی ذیل مجزا شد: نقش دین و عوامل پیش‌برنده و بازدارنده‌ی آن در سیاست‌ها؛ نقش‌های متفاوت روحانیت در قالب مرجع دینی، سیاست‌مدار و مشاور؛ و همچنین چگونگی ایفای نقش نهادها و مؤسسه‌های دینی در فرایند سیاست‌گذاری ایدز.

نتیجه‌گیری: دین و طرز تفکر (ایدئولوژی) برآمده از آن، کارکردهای پیش‌برنده و بازدارنده‌ی پر قدرتی در اجرای برنامه‌های کنترل و پیشگیری از ایدز دارد. بی‌توجهی به جنبه‌ی مذهبی جامعه‌ی ایرانی، سبب اثربخشی اندک سیاست‌ها و به‌دست نیامدن نتیجه‌ی مناسب در کنترل ایدز شده است.

استناد مقاله به این صورت است:

Khodayari-Zarnaq R, Ravaghi H, Mosaddeghrad A M, Mobasseri K. Analyzing the Role of Religion and Religious Institutions in Policymaking on AIDS in Iran. *J Res Relig Health*. 2017; 3(4): 89- 102.

بیماری ایدز^۱ در حال حاضر یکی از مهم‌ترین مسائل بهداشتی،

مقدمه

^۱ Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)

سال ۱۳۹۴، در مجموع حدود ۳۰۱۸۳ نفر مبتلا به ویروس اچ.آی.وی، به‌طور رسمی در بانک اطلاعاتی وزارت بهداشت ثبت شده‌اند (۷)؛ اما تخمین‌های سازمان‌های بین‌المللی مسئول گویای آن است که حدود ۱۱۰ تا ۱۲۰ هزار ناقل ویروس اچ.آی.وی در ایران زندگی می‌کنند. البته بر اساس گزارش سازمان سلامت جهانی، اگرچه از نظر شیوع عمومی (کمتر از یک درصد با تکیه بر آمار رسمی)، ایران در زمره‌ی کشورهای با شیوع پایین طبقه‌بندی می‌شود؛ اما احتمال آلودگی گروه‌های در معرض خطر همچون معتادان تزریقی و زنان خیابانی بالا است (پنج درصد و بیشتر) (۴ و ۸). از این رو، باید به اندازه‌ی کافی به این بیماری و ابعاد آن در جامعه‌ی ایرانی توجه شود.

ماهیت ایدز؛ فرایند سیاست‌گذاری آن؛ و همچنین سیاست‌های وضع‌شده، اجرا، ارزشیابی و بازبینی آنها؛ همه در زمینه‌ی از عوامل متعدد اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، مدیریتی، سیاسی و بین‌المللی روی می‌دهد. هر جامعه‌ی بر مبنای باورهای سنتی و فرهنگی خاصی بنا شده؛ و صحبت از جامعه بدون پایه‌های فرهنگی و سنتی آن بی‌معنی است. فقط نقش و تأثیر این دو مقوله است که شاید در جوامع مختلف متفاوت باشد. برخی جوامع سنتی‌ترند و نقش فرهنگ عجین‌شده با دین در آنها پررنگ‌تر است. بدون تردید وقتی از چنین جوامعی صحبت می‌شود، نمی‌توان نامی از جامعه‌ی ایران نبرد. کشور ایران به‌دلیل فرهنگ و سنت‌های دیرینه و غنی و نیز باورهای پررنگ دینی، سرآمد کشورهایی است که در آنها فرهنگ، سنت و باورهای دینی تأثیر پررنگی در تمام شئون فردی و اجتماعی افراد جامعه از خود به جا می‌گذارد. از طرف دیگر بیماری ایدز پدیده‌ی به‌شدت اجتماعی است و این یعنی در صحبت از این بیماری باید از فرهنگ، سنت و باورهای دینی جامعه‌ی ایرانی سخن گفت (۹). عوامل پنهان در نگرش و باور جامعه‌ی ایرانی به ایدز که از فرهنگ و سنت برآمده است، تأثیر زیادی بر سیاست‌گذاری ایدز دارد و باید به‌دقت موشکافی و تحلیل شود. از این رو، این پژوهش با هدف تحلیل نقش دین در سیاست‌گذاری کنترل ایدز در ایران صورت گرفته است.

روش کار

این پژوهش، کیفی از نوع تحلیل محتوا و با رویکرد تحلیل سیاست‌های سلامت است که بخشی از یک پژوهش بزرگ‌تر با

اجتماعی و اقتصادی بشریت و از بزرگ‌ترین معضله‌ها و نگرانی‌های موجود در بسیاری از کشورهای جهان است که متأسفانه روزبه‌روز بر گستردگی و ابعاد آن افزوده می‌شود (۱). حدود ۳۳ سال است که این بیماری در جهان شناخته شده است. در طول این مدت نه چندان زیاد، ایدز در هر اقلیم و نقطه‌ی از جهان گسترده شده است (۲). به‌طوری‌که بر اساس آخرین گزارش برنامه‌ی مشترک سازمان ملل متحد درباره‌ی ایدز (یوان.ایدز)^۱ و همچنین گزارش سازمان سلامت جهانی^۲ که در سال ۲۰۱۵ منتشر شده است؛ تا پایان سال ۲۰۱۳ میلادی، ۷۸ میلیون نفر به این ویروس مبتلا شده‌اند و ۳۹ میلیون نفر بر اثر بیماری ایدز جان خود را از دست داده‌اند (۳ و ۴). فاجعه آنجا بغرنج‌تر می‌شود که بدانیم تعداد ۲/۱ میلیون نفر از این افراد در سال ۲۰۱۳ به این بیماری مبتلا شده‌اند و تعداد ۱/۵ میلیون نفر نیز در همین سال به‌علت این بیماری جان باخته‌اند. به‌طوری‌که هم اکنون ایدز چهارمین علت مرگومیر در جهان است و سهم آن از مرگومیر همچنان در حال افزایش است (۵). در چنین شرایطی باید این بیماری را بحرانی بی‌سابقه در سلامت جوامع انسانی تلقی کرد.

از سوی دیگر گزارش‌های رسمی نشان می‌دهد که هم اکنون حدود ۹۰ درصد افراد آلوده به ویروس اچ.آی.وی^۳ در کشورهای جهان سوم به‌ویژه کشورهای آفریقایی و آسیایی زندگی می‌کنند و متأسفانه شیوع این بیماری در این مناطق با شدت بیشتری در حال افزایش است (۴). بر اساس گزارش یوان.ایدز، بیشترین آمار ابتلا با حدود ۲۳ میلیون نفر در آفریقا دیده می‌شود. در منطقه‌ی خاورمیانه نیز حدود نیم میلیون نفر به بیماری ایدز مبتلا هستند که حدود ۶۰ هزار نفر آنان در سال ۲۰۱۰ به این بیماری مبتلا شده‌اند (۲).

کشور ما نیز به تبع قرار گرفتن در منطقه‌ی خاورمیانه، در سال‌های اخیر، در معرض این پدیده‌ی جهانی قرار گرفته و در حال حاضر با تعداد بسیاری از افراد آلوده و مبتلا به اچ.آی.وی مواجه است (۶). اولین مورد ابتلا به اچ.آی.وی در ایران در سال ۱۳۶۶ گزارش شده است. از آن پس تا سال ۱۳۷۴ در گزارش‌های سالیانه، موارد شناخته‌شده افزایشی اندک و تدریجی داشته است. در سال ۱۳۷۴، با شناسایی همه‌گیری در برخی از زندان‌های کشور، موارد شناخته‌شده به‌یکباره افزایش چشمگیری داشته، که این سیر صعودی تاکنون نیز ادامه دارد. طبق آخرین آمار وزارت بهداشت، تا اواسط پاییز

^۱ Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS)

^۲ World Health Organization (WHO)

^۳ Human Immunodeficiency Virus (HIV)

مشخصات کلی مصاحبه‌شوندگان؛ و جدول شماره‌ی ۲ فهرست اسناد بررسی شده را نشان می‌دهد.

عنوان «تحلیل سیاست‌گذاری ایدز در ایران» به‌شمار می‌رود. در این پژوهش عوامل مرتبط با دین و کارکردهای آن و نیز نهادها و مؤسسه‌های دینی مؤثر در سیاست‌گذاری ایدز (از تدوین تا اجرا و ارزشیابی سیاست‌ها) بررسی و تحلیل شده است. این نوع پژوهش کیفی که به‌تازگی در ادبیات تحقیقات کیفی به آن توجه شده، روش کیفی به‌نسبت منعطفی است که زمانی از آن استفاده می‌شود که مفهوم مورد نظر از نظر تخصصی بسیار مهم و ضرورت بررسی عمیق و جامع درباره‌ی آن وجود داشته باشد. در این رویکرد پژوهشگر می‌تواند از دیدگاه فلسفی خاصی (مانند گراند تئوری^۱، پدیدارشناسی^۲ یا قوم‌شناسی^۳) پیروی کند یا پژوهش خود را بر اساس رویکرد فلسفی خاصی بنا نکند (۱۰). از نظر روش نیز پژوهشگر می‌تواند به جای استفاده از تمامی جنبه‌های تحقیقات اصلی کیفی، فقط از روش‌های اصلی آن برای جمع‌آوری اطلاعات، تحلیل و اطمینان از صحت آنها استفاده کند. این تحقیقات نسبت به تحقیقات اصلی کیفی ارزش کمتری ندارد و می‌تواند اطلاعاتی غنی از مشارکت‌کنندگان فراهم کند (۱۱). همچنین باید گفت عمده‌ی مطالعات تحلیل سیاست‌گذاری سلامت^۴ معمولاً از این نوع روش برای پایه‌ریزی و انجام مطالعه بهره می‌برد.

با توجه به مرور مستندات و بر اساس مطالعه‌ی گزارش‌های موجود در این باره، همه‌ی افراد مطلع کلیدی و سازمان‌ها و نهادهای ذی‌نفع شناسایی شدند؛ و با آنان مصاحبه شد. در ضمن از طریق افراد مطلع کلیدی که در مراحل اولیه شناسایی شدند، دیگر افراد مطلع کلیدی و ذی‌نفعان نیز شناسایی؛ و به نمونه‌های پژوهش (برای مصاحبه) اضافه شدند. به تعبیر دیگر، در این مرحله از روش نمونه‌گیری گلوله‌برفی^۵ استفاده شد و این کار تا زمان اشباع ادامه پیدا کرد. در نهایت با ۳۰ نفر از سیاست‌گذاران، افراد مطلع کلیدی، ذی‌نفعان ایدز و بیماران؛ مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته صورت گرفت و تعداد ۲۱ سند سیاستی مرتبط بررسی شد. برای انجام مصاحبه، پرسش‌های بازی درباره‌ی عوامل مؤثر بر سیاست‌گذاری ایدز در ایران؛ نقش عوامل مربوط به فرهنگ، دین و سنت؛ و همچنین نقش ذی‌نفعان و بازیگران مختلف در عرصه‌ی سیاست‌گذاری ایدز و تأثیر آنان در سیاست‌گذاری پرسیده شد و در اسناد و متون مرتبط نیز این عامل‌ها بررسی شد. جدول شماره‌ی ۱

¹ Grounded Theory

² Phenomenology

³ Anthropology

⁴ Health Policy Analysis

⁵ Snowball sampling

جدول ۱. مشخصات مصاحبه‌شوندگان

نوع سازمان	نام سازمان	تعداد مصاحبه‌شوندگان (نفر)	ویژگی‌های دیگر
دولتی	وزارت بهداشت (ستاد مرکزی)	۴	مدیر عالی - مدیر میانی
	سازمان بهزیستی	۲	مدیر میانی - کارشناس
	وزارت رفاه	۱	مدیر میانی
	وزارت کشور	۱	مدیر میانی
	سازمان زندان‌ها	۲	مدیر عالی - کارشناس
	ستاد مبارزه با مواد مخدر	۲	مدیر میانی - کارشناس
	مجلس شورای اسلامی	۱	نماینده‌ی مجلس
نیمه‌دولتی	صدآ و سیما	۱	مدیر میانی
	مراکز تحقیقاتی	۲	پژوهشگر
	سازمان‌های مردم‌نهاد	۳	مدیر ارشد - مدیر میانی
غیردولتی	انجمن‌های اجتماعی	۲	مدیر ارشد
	بیماران	۳	۲ زن و ۱ مرد
بین‌المللی	برنامه‌ی سازمان ملل درباره‌ی ایدز (UNAIDS)	۱	مدیر عالی
جمع		۳۰	

جدول ۲. فهرست اسناد تحلیل شده

عنوان سند
۱- اولین برنامه‌ی راهبردی ۵ ساله (۸۰ - ۸۵)
۲- دومین برنامه‌ی راهبردی ۳ ساله (۸۶ - ۸۸)
۳- سومین برنامه‌ی راهبردی ۵ ساله (۸۹ - ۹۳)
۴- گزارش پایش برنامه‌ی ملی کنترل ایدز در سال ۱۳۸۷؛ مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر
۵- گزارش فعالیت‌ها و دستاوردها درباره‌ی ایدز در ایران، ۱۳۸۵؛ مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر
۶- پیش‌نویس سیاست‌های جمهوری اسلامی ایران در زمینه‌ی اچ.آی.وی و ایدز
۷- آیین‌نامه‌ی سازمان بهزیستی درباره‌ی پیشگیری از ایدز
۸- آیین‌نامه‌ی شورای عالی برنامه‌ریزی کشوری درباره‌ی پیشگیری از ایدز
۹- آیین‌نامه‌ی کمیته‌ی فنی حمایت‌های اجتماعی ایدز
۱۰- اساسنامه‌ی کمیته‌ی کشوری و کمیته‌های فنی زیرمجموعه
۱۱- سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد، ۱۳۹۰؛ ستاد مبارزه با مواد مخدر
۱۲- مجموعه برنامه‌های توسعه و سند چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران؛ ۱۳۸۹
۱۳- سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر، ابلاغیه‌ی مقام معظم رهبری؛ ۱۳۸۵
۱۴- نقشه‌ی تحول نظام سلامت ایران؛ ۱۳۹۰
۱۵- سیاست‌های کلی سلامت، ابلاغیه‌ی مقام معظم رهبری
۱۶- گزارش‌های ایران به یوان ایدز. برای پایش اعلانیه‌ی تعهد سازمان ملل؛ سال‌های ۸۴، ۸۶، ۸۸، ۹۰، ۹۲ و ۹۳
۱۷- دستاوردها، چالش‌ها و افق‌های پیش روی نظام سلامت ایران؛ شورای سیاست‌گذاری سلامت وزارت بهداشت
۱۸- سلسله گزارش‌های سلامت در جمهوری اسلامی ایران؛ گزارش اقدامات، دستاوردها و چالش‌ها درباره‌ی ایدز، ۱۳۸۸؛ مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر
۱۹- سند تحول بنیادین آموزش و پرورش؛ ۱۳۹۰
۲۰- راهبردهای کلان دولت یازدهم؛ ۱۳۹۲
۲۱- بسته‌ی راهبردی حوزه‌ی اجتماعی وزارت کشور در سال ۱۳۹۳؛ مرکز امور اجتماعی و فرهنگی وزارت کشور

داده‌های به‌دست آمده به‌روش تحلیل چارچوبی و از طریق Policy Maker تجزیه و تحلیل شد. تحلیل چارچوب^۱ نوعی تحلیل محتوای کیفی^۱ است که داده‌ها را در شیوه‌ی

فرایند کدگذاری باز، با استفاده از نرم‌افزارهای MAXQDA و

^۱ Framework Analysis

یافته‌ها

در این پژوهش حدود ۳۰۰ کد اولیه به‌دست‌آمد که بعد از بررسی‌های مکرر اولیه، سرانجام در سه بخش نقش مذهب، نقش روحانیت و نقش و تأثیر نهادها و مؤسسه‌های دینی طبقه‌بندی شد:

الف- نقش و موارد مرتبط با مذهب

مذهب در جامعه‌ی ایرانی از دو جنبه‌ی مثبت و منفی قابل بحث است. جنبه‌ی مثبت آن که در حقیقت همان کارکرد اصلی و ذاتی دین تلقی می‌شود، تأکید بر پیام رحمانی و ترویج معروف و همچنین استفاده از آموزه‌های قرآن و احادیث پیامبر و ائمه‌ی معصوم برای جلوگیری از گناه و اقدامات غیراخلاقی و مخرب است و اما جنبه‌ی منفی که مرتبط با نحوه‌ی بهره‌برداری و استفاده از آن است، عبارت است از سوء استفاده یا تعبیرهای نادرست از دین در جهت منافع و عقاید شخصی.

کارکرد پررنگ مذهب در جامعه‌ی ایرانی؛ استفاده از ظرفیت دین برای جلوگیری از گناه، رفتارهای غیراخلاقی و اعمال مفسده‌برانگیز است. از آنجایی که بیشتر مردم ایران مسلمانند و یا اعتقاد به مذاهب ابراهیمی دارند؛ این مسئله همچون دژی محکم در مقابل انجام گناه است. فرد مسلمان و معتقد از فحشا، منکرات و موارد این‌چنینی که خود موجب به‌وجود آمدن معضلات متعددی در جامعه می‌شود، دوری می‌کند. علاوه‌براین، آموزه‌های دینی و قرآنی به‌دنبال ترویج اخلاق، خویش‌داری، ازدواج قانونی، کسب روزی حلال برای خانواده و نیز نفی روابط جنسی خارج از چارچوب ازدواج، عمل لواط، بیکاری و فقر است. وقتی مشخص است که اعتیاد و ایدز در جامعه در چنین اعمالی ریشه دارد، به اهمیت استفاده از آموزه‌های دینی برای مبارزه با آنها بیشتر پی برده می‌شود. ضمن آنکه دین کارکردهای بهداشتی نیز دارد. نمونه‌های بارز آن که مرتبط با موضوع ایدز است، شایع بودن عمل ختنه‌ی مردان است. یکی از مدیران شاغل در سازمان‌های بین‌المللی ایران در این باره گفت: «به‌خاطر دین ما ختنه در کشور رایج است و نشان داده شده که ختنه‌ی مردان یکی از عوامل بیولوژیک کاهش خطر ایدز در دنیا است و یوان ایدز به‌دنبال تشویق ختنه‌ی مردان در جاهایی است که ختنه صورت نمی‌گیرد»^۹.

روی مثبت مذهب استفاده از ظرفیت آن برای تبلیغ خویش‌داری و اخلاق و نهی از اعمال منکر است. روی منفی

موضوعی^۲، خلاصه و طبقه‌بندی می‌کند تا تحلیل آنها را تسهیل کند؛ محققان سیاست‌گذاری اجتماعی در بریتانیا تحلیل چارچوب را که رویکردی عمل‌گرایانه^۳ برای تحقیقات در دنیای واقعی محسوب می‌شود، ابداع کرده‌اند (۱۲). از این روش در حوزه‌های مختلف سلامت همچون مامایی، پرستاری و روان‌شناسی سلامت استفاده‌ی فراوانی شده است. برای ارزشیابی یافته‌ها و موثق بودن آنها از چهار معیار اعتبار^۴، قابلیت تأییدپذیری^۵، قابلیت اعتماد و ثبات^۶ و همچنین قابلیت انتقال‌پذیری^۷ استفاده شده است (۱۳ و ۱۴).

برای افزایش اعتبار داده‌ها، علاوه‌بر درگیری طولانی‌مدت ذهنی و فکری پژوهشگر با مطالعه^۸، شرکت‌کنندگانی وارد مطالعه شدند که تجربه‌ی کافی درباره‌ی موضوع اچ‌آی‌وی و سیاست‌های آن در ایران داشتند و در تمام مراحل پژوهش از جمله تنوع روش‌های گردآوری داده‌ها (مصاحبه و مشاهده‌ی نوشتار، اسناد و رسانه‌ها)، از روش تلفیق استفاده شده است. علاوه‌براین، برای افزایش قابلیت تأییدپذیری، موارد متضاد و منفی بررسی شد تا دلایل این تناقض در یافته‌ها کشف شود. همچنین حضور طولانی‌مدت پژوهشگران و تخصیص زمان کافی، دقیق بودن در تمام مراحل پژوهش و نیز روشن بودن روش پژوهش؛ به داده‌ها عینیت بخشید و قابلیت تأییدپذیری را افزایش داد. قابلیت ثبات و اعتماد با استفاده از نظرهای تکمیلی همکاران در کدگذاری و تحلیل متن مصاحبه به‌دست‌آمد و نتایج به‌دست‌آمده از مصاحبه‌ها به برخی از مصاحبه‌شوندگان داده شد تا بازخوردهای لازم از آنها دریافت شود. برای افزایش انتقال‌پذیری نیز، نمونه‌های مناسب مطالعه انتخاب شدند و جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها همزمان صورت گرفت و تلاش شد توصیفی غنی از داده‌ها به‌دست‌آید.

برای اجرای این پژوهش، مجوزهای لازم از معاونت آموزشی و پژوهشی کمیته‌ی اخلاق در پژوهش دانشگاه دریافت شد. حفظ احترام، رعایت حقوق و جلب اعتماد هر یک از شرکت‌کنندگان در پژوهش، تشریح هدف و ماهیت پژوهش برای آنان و حفظ محرمانگی و هویت شرکت‌کنندگان در نتایج تحقیق؛ از مواردی بود که برای رعایت ملاحظات اخلاقی به آنها توجه شد.

^۱ qualitative content analysis

^۲ thematic

^۳ Pragmatic Approach

^۴ Credibility

^۵ Conformability

^۶ Dependency

^۷ Transferability

^۸ Prolonged Engagement

^۹ مَطَّلِع کِلیدی شماره‌ی ۲۳

نهاد (سمن) و یک سازمان بین‌المللی مستقر در ایران، نظرها و فتوای‌های مراجع دینی درباره‌ی مسئله‌ی اچ‌آی‌وی/ایدز را در مجموعه‌ی با عنوان «فتاوی و آموزه‌های اسلامی در پیشگیری از اچ‌آی‌وی و حمایت از مبتلایان» منتشر کرده است.^۳ عمده‌ی تأکید مراجع به لزوم اقدامات مادی و معنوی برای جلوگیری از این بیماری، حفظ احترام و حقوق افراد مبتلا و حمایت از آنان، طرد نکردن آنان، استفاده از وسایلی مانند کاندوم برای پیشگیری و لزوم آموزش همگانی بوده است. برای مثال فتوای آیت ... صافی گلپایگانی به این صورت است: «حمایت مادی و معنوی این‌گونه افراد (افرادی که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند)، همانند دیگر نیازمندان جامعه لازم است».

یا فتوای آیت الله علوی بروجردی بر حفظ حقوق این بیماران و جلوگیری از شیوع بیماری استوار است: «طرد این‌گونه افراد (افرادی که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند) و حرمان آنان از حقوق اجتماعی، به هیچ وجه مشروع نیست و اهمیتی که در مورد آنان باید انجام پذیرد ایجاد شرایطی است که از سرایت و شیوع این بیماری‌ها در جامعه جلوگیری کند و طبعاً آموزش عام نقش اساسی در این مهم دارد».

فتاوی آیت‌الله حسینی حائری و آیت‌الله گرامی قمی نیز بر استفاده از کاندوم برای جلوگیری از انتقال این بیماری تأکید دارد: «در پیشگیری از این‌گونه بیماری‌ها (ایدز)، استفاده از وسایل پیشگیری‌کننده و کاندوم لازم است»؛ و «در صورت احتمال ابتلا به بیماری واجب است از چنین وسایلی (کاندوم) استفاده شود».

در مجموع، روحانیت که مرجع دینی به حساب می‌آید بر حمایت از مبتلایان، لزوم حفظ حقوق آنان و پیشگیری از انتقال بیماری و آموزش جامعه تأکید دارد.

کارکرد دیگر روحانیت در جامعه‌ی ایرانی مشارکت آنان در امور سیاسی و اداره‌ی کشور است. مهم‌ترین مزیت این کارکرد که یکی از مدیران ارشد فعال در حوزه‌ی بین‌المللی و یک مدیر دولتی بر آن تأکید داشتند، عبارت است از «آشنایی با کم و کیف مسائل و چالش‌های سیاست‌گذاری و مدیریتی کشور».

یک مدیر ارشد شاغل در یک سازمان بین‌المللی مستقر در ایران در این باره چنین اظهار نظری داشته است: «یک مورد دیگر که به نظر من بسیار مهم است، این است که روحانیت در حاکمیت ایران مشارکت دارد؛ بنابراین با خوب و بد مسائل اجرایی از نزدیک آشنا است. این بسیار خوب است، چون در بسیاری از

قضیه وقتی بروز می‌کند که برخی افراد از دین همچون ابزاری برای پوشاندن اشتباه‌ها یا تبلیغ عقاید خود بهره می‌برند. برای مثال یکی از کارشناسان مشاوره‌ی رفتاری در این باره بیان کرده است: «وقتی از بعضی افراد می‌پرسید که شما در چه شرایطی رابطه‌ی جنسی داشتید، کلاً اصل موضوع را انکار می‌کنند و می‌گویند مگر یک فرد مسلمان رابطه‌ی جنسی نامشروع دارد».^۱ می‌توان به این کار «پنهان شدن پشت نقاب دین» لقب داد. مورد دیگر از این دست، سوء استفاده از احکام مرتبط با ازدواج موقت است که ممکن است آسیب‌هایی در بروز رفتارهای جنسی به همراه داشته باشد. علاوه‌براین، بحث تبلیغ عقاید شخصی با استفاده از ابزار دین نیز ممکن است روی دهد. مثلاً یکی از مصاحبه‌شوندگان نظر جالبی در این باره داشت: «در رساله‌ی توضیح‌المسائل می‌بینید که مراجع تقلید به‌طور کامل احکام مربوط به مسائل جنسی و از این موارد را به‌خوبی باز کردند و گفتند. چون لازم است هر مسلمانی احکام خودش را بداند؛ ولی وقتی می‌گوییم همین مسائل باید آموزش داده شود، عده‌ی می‌گویند برخلاف دین است».^۲

این نقل قول به‌خوبی گویای این مسئله است که ممکن است افرادی با استناد به دین از مطرح‌شدن برخی موضوعات جلوگیری کنند و اجازه ندهند برخی اقدام‌ها صورت گیرد.

به اعتقاد افراد مطلع کلیدی مصاحبه‌شونده، دین کارکردهای پررنگی در جامعه‌ی ایرانی دارد و درک افراد و بازیگران مختلف عرصه‌ی سیاست از دین باید در سیاست‌گذاری‌ها بررسی و لحاظ شود. استفاده از ظرفیت دین و لزوم توجه به نظرهای کارشناسان مذهبی در سیاست‌گذاری‌ها، نکته‌ی دیگری بود که در این مطالعه مشخص شد.

ب- نقش روحانیت

نکته‌ی دیگر مربوط به مذهب در عوامل زمینه‌ی، توجه به نقش روحانیت در مبارزه با ایدز و رفتارهای ایجادکننده‌ی آن است. بر اساس یافته‌های حاصل از کدگذاری، روحانیت در زمینه‌ی مبارزه با اچ‌آی‌وی، به‌طور مشخص سه نقش در جامعه‌ی ایرانی دارد: مرجع دینی، سیاست‌مدار؛ و معتمد مردم.

نقش مرجعیت دینی روحانیت، در ابعاد وسیعی تأثیرگذار است. چراکه مردم شیعه مذهب از مراجع دینی تقلید می‌کنند و از رساله‌های توضیح‌المسائل یا استفتائات آنان به‌صورت رهنمودی برای زندگی‌شان بهره می‌برند. بررسی اسناد نشان داده که یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور با همکاری دو سازمان مردم

^۳ فتاوی و آموزه‌های اسلامی در پیشگیری از اچ‌آی‌وی و حمایت از مبتلایان، دانشگاه علوم پزشکی مشهد و همکاران

^۱ م.ک. ۲۵

^۲ م.ک. ۲۱

موارد واقع‌گرایانه برای کمک آمدند. مثال عینی آن نیز همان مورد آیت‌الله شاهرودی (رئیس وقت قوهی قضائیه) است که دستور اجرای سیاست‌های کاهش آسیب را صادر کرد^۱. اشاره‌ی مصاحبه‌شونده به بخش‌نامه‌ی رئیس وقت قوهی قضائیه‌ی کشور به حمایت از سیاست‌های کاهش آسیب در عرصه‌ی زندان‌ها است. حضور روحانیت در عرصه‌ی سیاست و مدیریت حوزه‌های مختلف موجب شده که آنان از نزدیک مشکلات را لمس کنند و به فکر چاره‌جویی باشند و یا بتوانند برخورد واقع‌گرایانه‌ی با مسائل داشته باشند. یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان با تأکید بر این مسئله اعتقاد داشت، حساس کردن روحانیون به موضوع ایدز و جلب حمایت آنان موجب می‌شود که گام‌های مثبت زیادی در جهت کنترل ایدز در کشور برداشته شود و اثرگذاری سیاست‌ها بیشتر شود.

روحانیت در ایران علاوه بر نقش مرجعیت دینی و حضور فعال در عرصه‌ی سیاست، یک کارکرد سنتی دیگر دارد و آن حضور در بین مردم در مقام مصلح اجتماعی و معتمد مردم برای کمک به حل مشکلات آنان است. بسیاری از روحانیون در مساجد به صورت امام جماعت حضور دارند و با مردم در ارتباطند. مردم نیز عمدتاً مشکلات دینی، اجتماعی و حتی مشکلات شخصی و خانوادگی‌شان را با آنان مطرح؛ و از آنان درخواست راهنمایی و کمک می‌کنند. تعدادی از روحانیون نیز در مورد مسائل مربوط به زناشویی و معضل‌های اجتماعی مشاوران خوبی محسوب می‌شوند. به اعتقاد برخی از افراد مطلع کلیدی مصاحبه‌شونده، می‌توان از این ظرفیت‌ها برای آگاه‌سازی مردم و کنترل ایدز در کشور بهره برد.

ج- نقش نهادها و سازمان‌های دینی

تعداد بسیاری از ذی‌نفعان عرصه‌ی ایدز در کشور، باوجود داشتن توانایی مناسب برای فعالیت در زمینه‌ی مبارزه با ایدز، به‌ویژه برنامه‌های وسیع پیشگیری، عملاً حضور و مشارکتی در عرصه‌ی سیاست‌گذاری ایدز در ایران ندارند. یافته‌های پژوهش بر مبنای اسناد موجود و همچنین نظرهای تکمیلی افراد مطلع کلیدی؛ سازمان‌ها، نهادها، انجمن‌ها و گروه‌هایی را مشخص کرد که باوجود اینکه می‌توانند تأثیرهایی در برنامه‌ها و سیاست‌ها داشته باشند، مشارکتی در عرصه‌ی سیاست‌گذاری ایدز در ایران ندارند. جدول شماره‌ی ۳ این نهادها و سازمان‌ها را نشان می‌دهد.

^۱ م.ک ۲۳

جدول ۳. ذی‌نفعان غایب و توانایی بالقوه‌ی آنان برای ایفای نقش در سیاست‌های ایدز

سازمان/ نهاد	نقش (توانایی بالقوه)
نهادهای دولتی: ستاد اقامه‌ی نماز ستاد نماز جمعه امور مساجد کشور سازمان تبلیغات اسلامی اقلیت‌های ادیان ابراهیمی کشور سازمان اوقاف و امور خیریه سازمان بنادر و کشتی‌رانی دفتر ترانزیت و پایانه‌های مرزی امور مهاجران فرمانداری‌ها امور اداری و استخدامی	تبلیغات و اطلاع‌رسانی در جهت پیشگری از بروز اچ‌آی‌وی/ ایدز و حمایت از مبتلایان تبلیغات و اطلاع‌رسانی در جهت پیشگری از بروز اچ‌آی‌وی/ ایدز و حمایت از مبتلایان تبلیغات و اطلاع‌رسانی در جهت پیشگری از بروز اچ‌آی‌وی/ ایدز و حمایت از مبتلایان تبلیغات و اطلاع‌رسانی در جهت پیشگری از بروز اچ‌آی‌وی/ ایدز و حمایت از مبتلایان تبلیغات و اطلاع‌رسانی در جهت پیشگری از بروز اچ‌آی‌وی/ ایدز و حمایت از مبتلایان تبلیغات و اطلاع‌رسانی در جهت پیشگری از بروز اچ‌آی‌وی/ ایدز و حمایت از مبتلایان آموزش، اطلاع‌رسانی و پایش وضعیت بروز و شیوع آموزش، اطلاع‌رسانی و پایش وضعیت بروز و شیوع آموزش، اطلاع‌رسانی و پایش وضعیت بروز و شیوع تبلیغات و اطلاع‌رسانی تهیه‌ی برنامه‌های آموزشی برای مدیران و کارکنان دولتی
نهادهای نیمه‌دولتی: شهرداری‌های کشور سازمان تأمین اجتماعی	مشارکت در آموزش شهروندان برنامه‌های پیشگیری، درمانی و بازتوانی و حمایتی در مجموعه‌های تحت مالکیت
نهادهای غیردولتی: شرکت‌های دارویی بیمه‌های خصوصی سازمان بسیج مستضعفان انجمن‌های علمی و سازمان‌های مردم‌نهاد (سمن‌ها) خبرگان، محققان و استادان دانشگاه سازمان‌های هنری و سینمایی باشگاه‌های ورزشی گروه مبتلایان و بیماران	مشارکت در سیاست‌گذاری و تأمین داروهای مورد نیاز پوشش بیمه‌ی خدمات و آزمایش‌هایی که تحت پوشش بیمه نیست آموزش و اطلاع‌رسانی فراگیر مشاوره، تولید شواهد و مشارکت در سیاست‌گذاری مشاوره، تولید شواهد و مشارکت در سیاست‌گذاری تبلیغات و اطلاع‌رسانی فراگیر در حوزه‌ی هنر تبلیغات و اطلاع‌رسانی فراگیر در حوزه‌ی ورزش مشارکت در تولید شواهد، سیاست‌گذاری و مشاوره در اجرا

همان‌طور که در جدول شماره‌ی ۳ مشخص است، بیشتر این سازمان‌ها و نهادها وابسته به امور دینی و مذهبی هستند و ظرفیت‌های بالایی در کنترل ایدز در کشور دارند، ولی عملاً در صحنه‌ی سیاست‌گذاری و برنامه‌های اجرایی حضوری ندارند. این در حالی است که مرور برنامه‌های آتی کشور درباره‌ی مبارزه با ایدز نیز نشان می‌دهد که متأسفانه باوجود این ظرفیت بالا، باز هم از نقش این نهادها غفلت شده و به نظر نمی‌رسد که سیاست‌گذاری کلان ایدز در ایران دست‌کم برای چند سال پیش‌رو برنامه‌ی جدید و تأثیرگذاری برای جلب مشارکت این نهادها در سیاست‌گذاری و اجرای وسیع برنامه‌های اجرایی داشته باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تحلیل نقش دین در سیاست‌گذاری کنترل ایدز در ایران صورت گرفته است. یافته‌های پژوهش از طریق

مصاحبه با افراد مطلع کلیدی و مرور و بررسی اسناد سیاستی به‌دست آمده است. همچنان‌که نتایج پژوهش نشان می‌دهد دین و طرز تفکر (ایدئولوژی) برآمده از آن، کارکردهای قدرتمندی در جوامع مذهبی دارد. در اینجا مجموعه‌ی از نکته‌های پیش‌برنده و بازدارنده در اجرای برنامه‌های کنترل و پیشگیری وجود دارد. از یک سو، دین با مذموم شمردن رابطه‌ی جنسی فرا ازدواجی و عمل لواط، عامل بازدارنده‌ی پرقدرتی درباره‌ی رواج چنین رفتارهای پرخطری محسوب می‌شود. از طرف دیگر گناه شمردن این اعمال موجب می‌شود که به افراد مرتکب‌شونده به چشم افرادی گناهکار که از دستور خدا سربچی کرده‌اند نگاه شود. نتیجه‌ی آن تهمت شدیدی است که این افراد با آن روبه‌رو هستند (۱۵). مورگان^۱ در رساله‌ی دکتری خود بحث می‌کند که در جامعه‌ی تانزانیا، کلیسا با گناه شمردن رابطه‌ی جنسی خارج از ازدواج، عملاً تهمت مرتبط با ایدز را همیشگی می‌کند. وی همچنین به نقل از تیندریگو و

^۱ Morgan R

برای سرپوش گذاشتن بر اشتباه‌های خود بهره می‌برند. نتایج پژوهشی درباره‌ی بیماران مبتلا به اچ‌آی‌وی در این باره نشان داده است که افراد ابتلای خود را به خواست خدا نسبت دادند و ادعان داشتند خودشان در ابتلا به بیماری هیچ نقشی نداشتند. این مسئله به باورهای فرهنگی و مذهبی قشر زیادی از مردم در ایران اشاره دارد که ممکن است همه چیز را به خواست خدا نسبت دهند (۱۹). یعنی فرد گاهی برای بی‌تقصیر نشان دادن خود یا کنار آمدن با بیماری ممکن است آن را به خواست و مشیت الهی نسبت دهد. به عبارت دیگر نسبت دادن بیماری به خواست خدا می‌تواند به‌علت تمایل افراد به بی‌تقصیر جلوه دادن و کم‌رنگ کردن نقش خود در ابتلا به بیماری باشد که با نتایج این پژوهش همخوانی دارد. ارتقای آگاهی مردم و تغییر نگرش آنان می‌تواند در اصلاح این باور مؤثر باشد. اینکه افراد به درجه‌یی از آگاهی و درک پدیده‌ها برسند که بتوانند بر اهمیت نقش خود در ابتلا یا مبتلا نشدن به بیماری‌هایی مانند ایدز پی ببرند، به بروز رفتارهای مسئولانه‌تر آنان منجر می‌شود.

نتایج پژوهش درباره‌ی نقش و مشارکت نهادها و مؤسسه‌های دینی در سیاست‌گذاری ایدز در ایران، نشان داده که این نهادها مشارکت و تأثیر چندانی در این مسئله ندارند و خلأهای بسیاری در این زمینه وجود دارد. این در حالی است که پژوهش مورگان در تانزانیا در بین نهادهای دینی، حاکی از آن است که عامل‌های کلیدی تأثیرگذار بر فرایند سیاست‌گذاری پیشگیری از اچ‌آی‌وی از نظر تدوین و اجرای سیاست عبارت است از: ۱) ساختار مذهب در سازمان‌ها به‌صورت یک عنصر اصلی؛ ۲) وجود یا نبودن سیاست‌های سازمانی و ۳) ماهیت حرفه‌یی سازمان‌ها و نقش‌آفرینان آنها. تعامل بین این عوامل و اینکه نقش‌آفرینان چگونه با یکدیگر به مذاکره می‌پردازند، فرایند سیاست‌گذاری پیشگیری از اچ‌آی‌وی را شکل می‌دهد. در نتیجه با درک عوامل و فرایندهای تأثیرگذار بر این روند و چگونگی تعارض‌های موجود با پاسخ سیاست ملی، سیاست‌های متناسبی در این سازمان‌ها می‌تواند تدوین و اجرا شود. بنابراین دولت باید توان بیشتری برای تعامل با این سازمان‌ها به‌منظور تدوین سیاست‌های مبتنی بر شواهد و رسیدن به اهداف پیشگیری از اچ‌آی‌وی صرف کند (۲۰). نتایج پژوهش ووترز و همکاران^۳ نیز که در آفریقای جنوبی انجام شده است، نشان داده که فعل و انفعالات پیچیده‌یی بین محتوا، زمینه، نقش‌آفرینان و فرایند سیاست‌گذاری ایدز وجود دارد و این مسئله خلأ جدی در فرایند سیاست‌گذاری و اجرای سیاست

بایک^۱ بیان می‌کند که سیاست‌گذاری‌های بهداشت جنسی و پیشگیری از اچ‌آی‌وی، در آفریقا بر مبنای برخی از اصول و آموزه‌های اسلامی بنا شده است: اسلام بی‌بندوباری جنسی را ممنوع کرده است. بر اساس برخی احادیث در اسلام، ایدز نتیجه‌ی مجازات خدا برای بی‌بندوباری جنسی، همجنس‌بازی و روابط جنسی فراتر از ازدواج است. بنابراین بسیاری از مسلمانان معتقدند تنها راه متوقف کردن شیوع ایدز در جامعه، ترک کردن رفتارهای جنسی غیراخلاقی است. علاوه‌براین، اسلام زنا، محصنه، فاحشگی و رابطه‌ی جنسی مقعدی را نهی و ممنوع کرده است که ارتکاب این اعمال به‌طور قطع موجب استمرار عفونت اچ‌آی‌وی می‌شود. همچنین در اسلام استفاده از کاندوم فقط برای تنظیم خانواده مجاز شمرده شده است (۱۶). البته باید درباره‌ی این اعتقاد نویسنده مبنی بر مجاز شمرده شدن استفاده از کاندوم فقط در تنظیم خانواده، این نکته را متذکر شد که در جامعه‌ی ایرانی در مواردی که ممکن است به سرایت بیماری همچون ایدز منجر شود، نیز استفاده از کاندوم مجاز است و یافته‌های این پژوهش مؤید این مطلب است. چالش تبلیغ کاندوم برای جلوگیری از انتقال اچ‌آی‌وی و دیگر عفونت‌ها در جامعه‌ی ایرانی اشاره به همین موضوع دارد. چراکه در ایران سیاست‌گذارانی بر مبنای اصول دینی اعتقاد دارند که این عمل پذیرش و تأیید تلویحی روابط نامشروع جنسی در جامعه‌ی اسلامی است. سازمان‌های مبتنی بر ایمان^۲ در تانزانیا نیز بر این مسئله پافشاری می‌کنند (۱۷). برخی از مسئولان نیز از راه انکار وجود چنین معضله‌هایی در سطح جامعه، مخالفت خود را با این رویکرد اعلام می‌کنند (۱۸). به هر حال وجود محدودیت‌های این چنینی در جامعه‌ی ایرانی، مشکلاتی را در آموزش‌های مرتبط با مسائل جنسی به‌صورت فراگیر و ترویج استفاده از وسایل محافظت‌کننده مانند کاندوم ایجاد کرده، که سال‌ها است وجود دارند و تغییر چندانی در وضعیت آن ایجاد نشده است (۹).

البته نباید از تأثیر تعالیم دینی بر مرتکب‌نشدن به گناه یا ترک آن و همچنین ظرفیت‌های بالقوه‌ی سازمان‌های دینی و جایگاه روحانیت در جامعه‌ی ایرانی غافل شد. نتایج این پژوهش مشخص کرد که حضور روحانیت در جایگاه‌های مرجع دینی، سیاست‌مدار و معتمد مردم؛ ظرفیت‌های بالایی برای مبارزه با ایدز در هر سه حیطه‌ی پیشگیری، درمان و حمایت دارد. یکی از نتایج دیگری که در این پژوهش به‌دست آمد، «پنهان شدن پشت نقاب دین» است. یعنی افراد از دین به‌صورت ابزاری

^۱ Tiendrebeogo G & Buyckx M

^۲ Faith-Based organizations

^۳ Wouters E et al

است در تمام مراحل سیاست‌گذاری و محتوای همه‌ی سیاست‌ها برای مبارزه با ایدز، از کارکردهای قدرتمند دین و طرز تفکر (ایدئولوژی) برآمده از آن در جامعه‌ی ایرانی غفلت نکنند و نهادهای دینی نقش مستقیم و پرننگی در سیاست‌گذاری ایدز داشته باشند. به نظر می‌رسد، بی‌توجهی به زمینه‌ی پرننگ مذهبی جامعه‌ی ایرانی در سیاست‌گذاری‌ها، سبب اثربخشی اندک سیاست‌ها و به‌دست نیامدن نتیجه‌ی مناسب در کنترل ایدز شده است.

در این پژوهش، با توجه به جنبه‌های حساسیت‌زای موضوع ایدز در جامعه‌ی ایرانی، پژوهشگر گاهی نتوانسته است برخی از مسائل مرتبط را به‌وضوح تبیین کند؛ از این‌رو، سعی کرده به‌صورت ضمنی به طرح‌کردن مسئله بپردازد. این محدودیتی است که به نظر می‌رسد بیشتر پژوهش‌هایی که به موضوعات این چنینی پرداخته‌است، با آن سر و کار دارد. اما یکی از دشواری‌های خاص این پژوهش در جلب نظر سیاست‌گذاران ارشد و افراد مطلع کلیدی مهم برای انجام مصاحبه‌ی رسمی با آنان بود. به همین دلیل برخی از افراد زمانی برای انجام مصاحبه اختصاص ندادند یا تمایلی برای صحبت درباره‌ی برخی از جنبه‌های موضوع از خود نشان ندادند. همچنین با توجه به اینکه بیشتر شرکت‌کنندگان در پژوهش مدیران سطوح عالی یا میانی و کارشناسان سازمان متبوع خود بودند، بیم آن می‌رود که مشغله و درگیری‌های شغلی زیاد در حین انجام مصاحبه و محدودیت زمانی، کیفیت پاسخ به پرسش‌های مصاحبه را تحت تأثیر قرار دهد. هرچند استفاده از تلفیق روش‌های گردآوری داده‌ها تا حد زیادی این مشکل را مرتفع کرد. کمبود منابع و مطالعات مشابه با این مطالعه در ایران و جهان برای مقایسه‌ی جامع‌تر نتایج با آنها، از دیگر محدودیت‌های این مطالعه بود.

قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه‌ی دکتری تخصصی نویسنده‌ی اول مقاله است که با کد تصویب ۸۹۲۱۵۵۷۰۰۲ و با حمایت دانشگاه علوم پزشکی تهران به چاپ رسیده است. از همه‌ی کسانی که در این پژوهش یاریگر ما بوده‌اند تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی درباره‌ی این پژوهش ندارند.

ایجاد کرده که از اثربخشی سیاست‌های ایدز در این کشور کاسته و موجب شکست برنامه‌ی پیشین شده است. آنان همچنین با بررسی برنامه‌ی راهبردی جدید برای کنترل ایدز در آفریقای جنوبی، بیان کردند که برنامه‌ی جدید نوعی محتوای پویا و جامع سیاستی دارد و به ابعاد اجتماعی - اقتصادی و فرهنگی ایدز کاملاً حساس است. باوجوداین، بسیاری از نقش‌آفرینان سیاسی^۱ فرایند اجرا را در گذشته (در برنامه‌ی پیشین) مختل کرده‌اند که این موضوع به فاصله‌ی بین دولت و جامعه‌ی مدنی که در زمان حاضر نیز وجود دارد، وابسته است. آنان همچنین بیان کردند که بدون بسیج کردن افراد مبتلا به ویروس اچ.آی.وی و اجتماعات آنان، برنامه‌ی سیاست‌گذاری ملی در پر کردن خلأ بین هدف و انگیزه‌ی مورد نظر؛ روح برنامه و اجرای سیاست‌ها به همان صورتی که مد نظر است، اثربخش نخواهد بود (۲۱).

آنچه مسلم است این است که در شرایط فعلی، سازوکاری متمرکز، مشخص و فراگیر برای هدایت فعالیت تشکیلات، سازمان‌ها و نهادهای مختلف دولتی، نیمه‌دولتی و غیردولتی برای کنترل ایدز و تعقیب هدف به صفر رساندن بروز موارد جدید وجود ندارد و ذی‌نفعان متعدد عمده‌تاً به‌صورت جزیره‌یی و نه یکپارچه فعالیت می‌کنند. همکاری بین آنان مقطعی و نه دائمی و بیشتر در سطح علمی و فنی و کمتر سیاسی و راهبردی است. برنامه‌ی سیاست‌گذاری ملی نیز به‌دلیل نداشتن ضمانت اجرایی قوی در آتش همکاری بین‌بخشی ضعیف ذی‌نفعان ایدز می‌سوزد و باوجود تلاش‌های فراوان به همه‌ی اهداف خود نمی‌رسد (۲۲).

هرچند شاید بتوان با محور قرار دادن اچ.آی.وی، به کنترل دیگر معضل‌ها و آسیب‌های اجتماعی همچون اعتیاد تزریقی، تن‌فروشی، مصرف مواد مخدر صنعتی و روان‌گردان و مواردی این‌چنینی که عوامل خطر مهم ابتلا به اچ.آی.وی محسوب می‌شوند؛ ولی به‌دلیل موانع قانونی، فرهنگی و اجتماعی به‌صورت نظام‌مند به آنها پرداخته نمی‌شود، کمک فراوانی کرد؛ و شاید راه کنترل این معضل‌ها از بستر مبارزه با اچ.آی.وی/ایدز می‌گذرد.

بنابراین ایجاد تولید فرابخشی، یکپارچه کردن سیاست‌گذاری اعتیاد، ایدز و آسیب‌های اجتماعی مرتبط، تمرکززدایی در تمام مراحل سیاست‌گذاری و واگذار کردن اختیارات دولت به بخش غیردولتی و استفاده از ظرفیت‌های نهادهای دینی و نظارت بر آنها؛ می‌تواند راهگشا باشد. سیاست‌گذاران حوزه‌ی ایدز لازم

^۱ Political Actors

References

1. Beyrer C, Karim A. The changing epidemiology of HIV in 2013. *Current Opinion in HIV and AIDS*. 2013; 8(4): 306-10.
2. Platt L, Easterbrook PH, Gower E, McDonald B, Sabin K, McGowan C, et al. Prevalence and burden of HCV co-infection in people living with HIV: a global systematic review and meta-analysis. *The Lancet infectious diseases*. 2016; 16(7): 797-808.
3. World Health Organization. Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector. 2015: 34-55
4. Idele P, Gillespie A, Porth T, Suzuki Ch, Mahy M, Kasedde C, et al. Epidemiology of HIV and AIDS among adolescents: current status, inequities, and data gaps. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2014; 66: 144-53.
5. Ortblad K.F, Lozano R, Murray C. The burden of HIV: insights from the Global Burden of Disease Study 2010. *AIDS (London, England)*. 2013; 27(13): 203- 17
6. Kaur K, Kay T, Auwal Sg, Salma A, Kamal A, Faisal I, et al. A COMPARISON OF HIV/AIDS HEALTH POLICY IN SELECTED DEVELOPED AND DEVELOPING COUNTRIES. *International Journal of Public Health and Clinical Sciences*, 2016; 3(3): 45-58.
7. Mahy M, Brown T, Stover J, Walker N, Stanechi K, Kirunghi W, et al. Producing HIV estimates: from global advocacy to country planning and impact measurement. *Global Health Action*. 2017; 10(sup1): 1291-9.
8. Jamshidi Makiani M, Hossiny-Rad M, Khanaliha Kh, Tavkoli Sh, Sohrabi S, Ahmadian H et al. Prevalence of HIV Infection among Individuals Referred to Consult Center of Behavior Diseases, West Health Center in Tehran, Iran. *Infection, Epidemiology and Medicine*. 2017; 3(2): 56-59.
9. Ministry of Health. Iran UNGASS report. 2016: Tehran: 3-21
10. UNICEF. UNAIDS 2014 HIV and AIDS estimates. New York: United Nations. 2015: 21-56
11. Khodayari-Zarnaq R. HIV/AIDS policy analysis in Iran [Thesis]. Tehran University of Medical Sciences-School of Public Health. 2015. (Full Text in Persian)
12. Bahrami M. A Critical Review of Qualitative Articles in Journals' Review Process: a Descriptive Exploratory Study. *Iranian Journal of Medical Education*. 2014; 14(5): 411-22. (Full Text in Persian)
13. Annells M. Guest editorial: What's common with qualitative nursing research these days? *Journal of Clinical Nursing*. 2007; 16(2): 223-24.
14. Ritchie J, Lewis J, Nicholls C, Ormston R. *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. 2013: Sage.
15. Barnett-Page E, Thomas J. Methods for the synthesis of qualitative research: a critical review. *BMC medical research methodology*. 2009; 9(1): 59.
16. Ward D.J, Furber Ch, Tierney S, Swallow V. Using framework analysis in nursing research: a worked example. *Journal of advanced nursing*. 2013; 69(11): 2423-31.
17. Tanhayi H, Asadollahi SH. Sexual taboo and the factors affecting it. *Sociological Studies of young people*. 2012; 3(8): 9-22. (Full Text in Persian)
18. Morgan R. HIV/AIDS prevention policy processes in faith-based non-governmental organizations in Tanzania. 2011: University of Leeds.
19. Morgan R, Green A, Boesten J. Aligning faith-based and national HIV/AIDS prevention responses? Factors influencing the HIV/AIDS prevention policy process and response of faith-based NGOs in Tanzania. *Health policy and planning*. 2013; 29(3): 313-22.
20. Rahmati-Najarkolaei F, Niknami Sh, Aminshokravi F, Bazargan M, Ahmadi F, Hadjizadeh E, et al. Experiences of stigma in healthcare settings among adults living with HIV in the Islamic Republic of Iran. *Journal of the international AIDS society*. 2010; 13(1): 27.
21. van Rensburg D.J, Wouters E, de Wet K. The evolving socio-political context of community health worker programmes in South Africa: Implications for historical analysis. A commentary on van Ginneken, Lewin and Berridge" the emergence of community health worker programmes in the late-apartheid era in South Africa: An historical analysis"(2010). *Social Science & Medicine*. 2011; 72(7): 1021-24.
22. Khodayari-Zarnaq R, Ravaghi H, Mosadeghrad A, Sedaghat A, Mohraz M. HIV/AIDS policy agenda setting in Iran. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2016; 30: 392-99