

برساخت یک مسئله اجتماعی - جمعیتی: درآمدی بر جمعیت‌شناسی اجتماعی - انتقادی اچ آی وی / ایدز در ایران

محمود قاضی طباطبایی *

دروتی پاولاکی ☆

ابوعلی ودادهیر *

مروری بر مطالعات اچ آی وی / ایدز و تحولات پارادایمی آن نشان می‌دهد که در ربع قرن گذشته به ترتیب سه پارادایم «ریسک‌های رفتاری»، «برساخت‌گرایی اجتماعی» و «برساخت‌گرایی رادیکال» در مطالعات اجتماعی اچ آی وی / ایدز حاکم بوده است و کم و بیش برنامه‌های کاری و مداخله‌های مبتنی بر آن‌ها در سطوح متفاوت فردی، گروهی، ملی، منطقه‌ای و جهانی تدوین و به اجرا گذاشته شده است. این مقاله نسبت (تعامل) علم جمعیت‌شناسی با این پارادایم‌های فکری در مطالعات اجتماعی اچ آی وی / ایدز را بررسی کرده و با ترسیم رسالت، دورنما، موضوعات و پارادایم‌های اخیر در جمعیت‌شناسی، به دنبال ارائه درآمدی بر «جمعیت‌شناسی اجتماعی - انتقادی اچ آی وی / ایدز» در ایران بوده است. این مقاله نشان می‌دهد که نیل به موفقیت در مدیریت مسئله و یا جلوگیری از تبدیل آن به بحران در کشورهایی مثل ایران مستلزم توجه هم‌زمان به عوامل ساختاری و برساختی مسئله در جامعه و نهایتاً اتخاذ یک مداخله اجتماعی فراگیر مبتنی بر این عوامل است.

واژگان کلیدی: اچ آی وی / ایدز، جمعیت، جمعیت‌شناسی اجتماعی سلامتی، جمعیت‌شناسی انتقادی، برساخت‌گرایی اجتماعی، برساخت‌گرایی رادیکال، ننگ اجتماعی، اقامه دعوی دولتی، بازی مسائل اجتماعی، پزشکی شدن.

* دانشیار گروه جمعیت‌شناسی دانشگاه تهران، ایران. smghazi@ut.ac.ir

☆ دپارتمان جامعه‌شناسی و عضو گروه تحقیقات اجتماعی اچ آی وی / ایدز دانشگاه مک‌مستر، کانادا.
pawluch@mcmaster.ca

* گروه جامعه‌شناسی دانشگاه تبریز و همکار پژوهشی دپارتمان جامعه‌شناسی دانشگاه مک‌مستر، کانادا.
Vedadhir@ut.ac.ir

مقدمه

با آنکه اچ آی وی / ایدز^۱ به عنوان یک مسئله جهانی دهه سوم تاریخ پیدایش خود را سپری می‌کند^۲ در مقام مقایسه با دیگر مسائل اجتماعی - پزشکی هنوز برای دانشمندان علوم ذریبط یک مسئله منحصر به فرد و در عین حال پیچیده تلقی می‌شود. در حالی که اچ آی وی / ایدز از حیث بیولوژیکی یا پزشکی به مثابه یک بیماری طولانی، نهفته و کشنده تعریف می‌شود که ایمنی بدن شخص بیمار را به تدریج تخریب و آن را به میزبان مناسبی برای ابتلا به انواع متنوعی از بیماری‌های شایع، مثل سینه‌پهلو، گرفته تا بیماری‌های مزمن و تحلیل برنده، مثل انواع سرطان، تبدیل می‌کند (لیختنشتاین^۳ ۲۰۰۴ و کاکرهام^۴ ۲۰۰۴). از حیث اجتماعی به عنوان یک برساخت اجتماعی و به طور مشخص تر یک ننگ اجتماعی، یا یک مسئله به ننگ تبدیل شده^۵ (آلونزو و رینولدز^۶ ۱۹۹۵؛ ویتز^۷ ۲۰۰۰ و ۱۹۹۱)، شأن اجتماعی فرد مبتلا را در سطوح متفاوتی آماج خود قرار می‌دهد. بدین معنی که فرد مبتلا به اچ آی وی / ایدز، علاوه بر تحمل زندگی همراه با ترس، درد، بلا تکلیفی و ناامیدی از آینده بیماری و تصویری نزدیک از مرگ، یک نوع احساس طرد، (پیش‌داوری)، تبعیض، تحقیر، اشمئزاز و دیگر انواع نگرانی‌ها و تحریم‌ها را از جانب جامعه دریافت می‌کند (استاین^۸ ۱۹۹۸؛ دی‌واین^۹ و دیگران ۱۹۹۹)، به طوری که به نظر می‌رسد برای فرد مبتلا، شرایط و مسائل و به طور مشخص تر تحریم‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی مرتبط با اچ آی وی / ایدز خطرناک تر یا کشنده تر از خود ویروس اچ آی وی و مرحله بیماری آن «ایدز» است. در چنین سطحی، بستر اجتماعی - فرهنگی، معنی و برساخت اجتماعی مسئله و واکنش عمومی و حتی نزدیکان به فرد آلوده و استراتژی‌هایی که افراد در تعامل با یک

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

1. Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome (HIV/AIDS).

۲. در سال ۱۹۸۱ ویروس اچ آی وی برای اولین بار در ایالات متحده آمریکا و در میان گروهی از معتادان تزریقی و همجنس‌بازان مرد لس‌آنجلس و نیویورک شناسایی شد و به ثبت رسید. با توجه به یک چنین خاستگاهی، حتی برخی از پژوهشگران و تحلیلگران در سال‌های اولیه شیوع بیماری آن را نقص ایمنی مرتبط با همجنس‌بازی مردانه (Gay-related Immune Deficiency/GRID) نامیدند. (هرک و کاپتانو ۱۹۹۹).

- | | |
|--------------------------------------|----------------------|
| 3. Liechtenstein | 4. Cockerham |
| 5. Social Stigma/Stigmatized Problem | 6. Alonzo & Reynolds |
| 7. Weitz | 8. Stine |
| 9. Devine | |

چنین افرادی اتخاذ می‌کنند، اهمیت پیدا می‌کند (پاولاک^۱ و دیگران ۲۰۰۰ و ۲۰۰۴). از سوی دیگر و در سطح کلان‌تر اچ آی وی / ایدز یک مسئله سیاسی و اقتصادی است که با اقتصاد سیاسی، ساختار اجتماعی و سیاسی و روابط قدرت (در سطوح متفاوت جنسیتی، حرفه‌ای، اقتصادی، سیاسی و غیره) در جوامع مرتبط است و با ابعاد و دلالت‌های متعددی که دارد کم و بیش مشروعیت دولت‌ها و سیمای جهانی کشورها و جوامع درگیر با مسئله را نیز به چالش می‌کشد. ویژگی‌ها و شرایط فوق‌الذکر برای اچ آی وی / ایدز و ربع قرن تجربه جوامع بشری در پرداختن به این مسئله همگی پیچیدگی، یکتایی، چندگانگی ابعاد و سطوح (با سطوح فردی، خانوادگی، محلی، ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی) آن را نشان می‌دهد. به همین دلیل، امروزه رویکردهای منبعت از علوم اجتماعی نسبت به مسئله اچ آی وی / ایدز نه تنها بخش بسیار مهمی از بدنه دانش آن را تشکیل می‌دهد و آثار جامعه‌شناسی و جمعیت‌شناسی همپای مطالعات اپیدمیولوژیک، بالینی و ویروس‌شناختی در پرداختن به مسئله مورد استفاده قرار می‌گیرند، بلکه حتی به عنوان متأخرترین رویکرد یا پارادایم فکری (پارکر^۲ ۲۰۰۱) در مطالعه، درک، مدیریت، کنترل، پایش و مداخله احتمالی در مسئله مورد استفاده قرار می‌گیرند. به طوری که با توجه به بدنه دانش، ادبیات، طرحواره‌ها^۳ برنامه‌های کاری^۴ و مداخله‌های مبتنی بر علوم اجتماعی درباره اچ آی وی / ایدز امروزه از رشته‌ها یا حوزه‌های بسیار تخصصی مثل «جامعه‌شناسی» یا «جمعیت‌شناسی اجتماعی اچ آی وی / ایدز»^۵ صحبت می‌شود (وایت ساید^۶ ۲۰۰۱؛ لمل^۷ و دیگران ۲۰۰۰؛ بلور^۸ ۱۹۵۵؛ زوما^۹ و دیگران ۲۰۰۳؛ لیختنشتاین ۲۰۰۴؛ کالدول^{۱۰} و دیگران ۱۹۹۲؛ کالدول ۱۹۹۶؛ سوراسین سانک^{۱۱} و دیگران ۱۹۹۸؛ گولد^{۱۲} ۲۰۰۵).

مقاله حاضر ضمن مرور اجمالی رویکردها و پارادایم‌های اجتماعی مطالعه اچ آی وی / ایدز در دنیا، وضعیت ایدز در ایران را به مثابه مسئله چالش‌برانگیز و رو به رشد مورد توجه قرار می‌دهد. مقاله به طور مشخص به دنبال معرفی «جمعیت‌شناسی

- | | |
|--|-------------------|
| 1. Pawluch | 2. Parker |
| 3. Schemas | 4. Agendas |
| 5. Sociology and/Social Demography of (HIV/AIDS) | |
| 6. Whiteside | 7. Lemelli |
| 8. Bloor | 9. Zuma |
| 10. Caldwell | 11. Surasiengsunk |
| 12. Gould | |

اجتماعی - انتقادی سلامت» (شامل اچ آی وی / ایدز) به عنوان شاخه‌ای از جمعیت‌شناسی اجتماعی و اقتصادی، رسالت و تحولات اخیر آن، وجوه متمایز و مشترک آن با دیگر رشته‌های مرتبط با تمرکز بر مسئله اچ آی وی / ایدز در ایران است. به‌طور خلاصه، توجه به برساخت اجتماعی و ساختار اجتماعی مسائل مرتبط با سلامتی از جمله اچ آی وی / ایدز و اتخاذ یک رویکرد «برساخت‌گرایانه رادیکال یا انتقادی»^۱ مشخصه اصلی این پارادایم جدید در جمعیت‌شناسی به‌شمار می‌رود.

رویکردها و پارادایم‌های اجتماعی اچ آی وی / ایدز

مروری بر تاریخ تفکر و مطالعات اجتماعی اچ آی وی / ایدز نشان می‌دهد که تاکنون در علوم اجتماعی سه پارادایم فکری در پرداختن به مسئله شکل گرفته است: رویکرد ریسک‌های رفتاری^۲، رویکرد معانی فرهنگی (برساخت‌گرایی اجتماعی^۳)، و رویکرد ساختار اجتماعی (برساخت‌گرایی اجتماعی رادیکال).

۱) رویکرد ریسک‌های رفتاری: این رویکرد را می‌توان پارادایم حاکم بر مطالعات اچ آی وی / ایدز در علوم اجتماعی دهه ۱۹۸۰ نامید. در این دوره (۱۹۸۲ تا اواخر دهه) بسیاری از پژوهش‌های علوم اجتماعی از جمله جمعیت‌شناسی بر همبسته‌های رفتاری آلودگی اچ آی وی / ایدز در میان افراد و گروه‌های هدف متمرکز و به نوعی از پرداختن به عوامل و بسترهای اجتماعی و فرهنگی مسئله غافل بودند. مطالعات اجتماعی این دوره و پارادایم را به‌سختی می‌توان از رویکرد زیست پزشکی حاکم و مطالعات اپیدمیولوژیک رایج متمایز کرد. در واقع، مطالعات اچ آی وی / ایدز در رشته‌هایی مثل جمعیت‌شناسی، جامعه‌شناسی و روان‌شناسی را می‌توان در دل یا بخشی از مطالعات اپیدمیولوژیک وسیع‌تر در نظر گرفت. در این میان، می‌توان روان‌شناسی یا روان‌شناسی اجتماعی را براننده‌ترین و همگراترین رشته انسانی و اجتماعی با این رویکرد حاکم تلقی کرد، چراکه این رشته، با توجه به ماهیت فردگرایانه مدل‌ها و مداخله‌هایش، به سادگی توانسته بود جایی برای خود در چارچوب طرح‌ها و مداخله‌های اپیدمیولوژیک حاکم پیدا کند. در این دوره، با توجه به پارادایم حاکم بر سازماندهی و اجرای پژوهش‌های اچ آی وی / ایدز، یعنی رویکردی زیست پزشکی، فردگرایانه و تقلیل‌گرایانه، علوم اجتماعی در شرایطی و به شیوه‌هایی ممکن بود در توسعه و کاربست برنامه‌های کاری مطالعه و مدیریت اچ آی وی / ایدز به‌کار گرفته شود که بتواند به‌طور معنی‌داری در خدمت پارادایم و

1. Radical/Critical Constructionism
2. Behavioral Risks Approach
3. Cultural Meanings Approach (Social Constructionism)

گرایش مسلط فوق‌تر قرار گیرد (پارکر ۲۰۰۱، پارکر و دیگران ۲۰۰۰).
 به لحاظ موضوعی، توجه به «جنسیت»^۱ و هر موضوع مرتبط با آن مثل «ماهیت رفتارهای جنسی» و «بیماری‌های قابل انتقال از طریق مقاربت»^۲ را می‌توان از ویژگی‌های بارز این پارادایم تلقی کرد. در این دوره شاهد این هستیم که چگونه مطالعات مربوط به جنسیت از حاشیه خارج شده و در کانون مطالعات مرتبط با اچ‌آی‌وی / ایدز قرار می‌گیرد. این پژوهش‌ها عمدتاً پیمایشی، کمی، پهن دامنه و با تمرکز بر موضوعاتی چون «رفتارهای جنسی مخاطره‌آمیز»، «دانش، نگرش، باور و رفتار (کنش) مرتبط با جنسیت»، «تعداد شرکای جنسی و تکرر روابط جنسی با آن‌ها»، «بیماری‌های قابل انتقال از طریق مقاربت» و موضوعات مشابه است که به‌طور بالقوه با آلودگی اچ‌آی‌وی / ایدز مرتبط هستند. جمله این تلاش‌های صورت گرفته در اواسط دهه ۱۹۸۰ را «جیامی»^۳ و «تیفر»^۴ به ترتیب تحت عنوان «پزشکی شدن / کردن جنسیت» و «پزشکی شدن رفتارهای جنسی»^۵ می‌نامند (جیامی ۲۰۰۲؛ تیفر ۲۰۰۲).

با توجه به اینکه از حیث هدف‌گذاری، هدف اصلی این مطالعات اشاره و معرفی‌طرقی برای پیشگیری و برنامه‌های مداخله‌ای بود که برای تعدیل رفتارهای منتهی به اچ‌آی‌وی / ایدز و یا رفتارهای مخاطره‌آمیز به کار می‌رفت، بنابراین آن‌ها توسط چهارچوب‌های تئوریک هدایت و پردازش می‌شدند که برای هدایت رفتارهای جنسی افراد و تغییر در نگرش و رفتار افراد مؤثر بودند. به همین دلیل، این دوره را می‌توان دورهٔ تکوین، شکوفایی و به‌کارگیری وسیع نظریه‌های روان‌شناسی اجتماعی و به‌طور مشخص‌تر «نظریه‌های رفتار بهداشتی»^۶ (نوآرو و زیمرمن ۲۰۰۵) مثل «نظریهٔ کنش معقول»^۸ (آیزن و فیشباین ۱۹۸۰) و «نظریهٔ رفتار مبتنی بر برنامه»^{۱۰} (آیزن و مادان ۱۹۸۶)، «مدل باور بهداشتی»^{۱۲} (بکر ۱۹۷۴؛ بکر و دیگران ۱۹۷۷)، «نظریه شناخت اجتماعی و خوداثربخشی»^{۱۴} (بندورا ۱۹۷۷ و ۱۹۸۴ و ۱۹۸۶)،

- | | |
|--|---|
| 1. Sexuality | 2. Sexually Transmitted Diseases/Infections |
| 3. Giami | 4. Tiefer |
| 5. "Medicalization of sexuality" and "Medicalization of Sexual behavior" | |
| 6. Health Behavior Theories | 7. Noar & Zimmerman |
| 8. Theory of Reasoned Action/TRA | 9. Ajzen & Fishbein |
| 10. Theory of Planned Behavior/TPB | 11. Madden |
| 12. Health Belief Model/HBM | 13. Becker |
| 14. Social Cognitive Theory and Self Efficacy Theory | |
| 15. Bandura | |

«مدل فرانتوریک»^۱ (پروشاسکار و دی کلمنته^۲ ۱۹۹۲ و ۱۹۸۳) در مطالعات اچ آی وی / ایدز دانست که همگی در توجیه برنامه‌های پیشگیرانه (بهداشتی کردن) و مداخله‌های فردمحور مؤثر بوده‌اند و برای ترغیب افراد جهت تغییر رفتارشان، به‌طوری‌که در نهایت ریسک آلودگی به اچ آی وی را کاهش دهند به کار می‌روند (پارکر^۳؛ نوآر و زیمرمن^۴ ۲۰۰۵).

نکته مهمی که باید به آن توجه داشت، این است که کاربرد این نظریه‌ها و مدل‌های رفتاری در مسئله اچ آی وی / ایدز فقط به دهه ۱۹۸۰ محدود نمی‌شود و این نظریه‌ها امروزه نیز در سطح قابل توجهی مورد استفاده قرار می‌گیرند. همان‌طور که «پارکر» نیز اشاره می‌کند، پارادایم رفتاری در واقع پارادایم مسلط و تقریباً بلامنازع مطالعات اچ آی وی / ایدز در دهه ۱۹۸۰ بود که در اواخر آن دهه، توسط پارادایم‌های جدیدی چون برساخت‌گرایی اجتماعی به چالش کشیده شد.

۲) رویکرد معانی فرهنگی (برساخت‌گرایی اجتماعی - فرهنگی): با به‌کارگیری فزاینده و گسترده دامنه مدل‌های رفتاری و فردگرایانه در مطالعه‌ها و مداخله‌های مربوط به اچ آی وی / ایدز در ایالات متحد آمریکا و همچنین در سطح بین‌الملل، به تدریج مشخص شد که ابزارهای پژوهش و مداخله‌های مبتنی بر مدل‌های رفتاری در شرایط فرهنگی و اجتماعی متنوع لزوماً نتایج یکسان و اثربخشی به دنبال ندارند. بدین ترتیب، مطالعات و مدل‌های مبتنی بر اپیدمیولوژی و زیست پزشکی - محور در اواخر دهه ۱۹۸۰ و اوایل دهه ۱۹۹۰ با چالش‌های اساسی روبه‌رو شدند که در آن مردم‌شناسان و پژوهشگران فرهنگی اچ آی وی / ایدز نقش اساسی ایفا کردند. علاوه بر تسری افکار برساخت‌گرایانه^۴ در تحلیل مسائل اجتماعی و مرتبط با سلامتی در دهه ۱۹۸۰، پژوهشگران و مردم‌شناسانی چون پارکر (۱۹۸۷)، فلدمن و جانسون^۵ (۱۹۸۶)، سینگر^۶ و همکاران (۱۹۸۸ و ۱۹۹۰)، بولتون و سینگر (۱۹۹۲) و اینگستاد^۷

1. The Transtheoretical Model/TTM 2. Prochaska & Diclemente
3. Parker & Noar & Zimmerman

۴. برساخت‌گرایی اجتماعی (Social Constructionist) را می‌توان ماحصل نظریه‌پردازی مالکوم اسپکتور و جان کیتسوز در کتاب ارزشمند «برساخت مسائل اجتماعی» (۱۹۷۷) دانست که این اثر و همین‌طور چاپ مقالات متعدد با این رویکرد در مجله «مسائل اجتماعی» (چاپ دانشگاه کالیفرنیا، برکلی) در دهه ۱۹۸۰ در مجموع به گسترش و نفوذ فکری این مکتب کمک کرد. اسپکتور و کیتسوز ۱۹۷۷؛ پاولاک ۲۰۰۶).

5. Feldmand & johnson 6. Singer
7. Ingstad

(۱۹۹۰) با مطالعات و تحلیل‌های بین‌فرهنگی^۱ و اجتماعی خود نشان دادند بی‌توجهی به تفاوت‌های اجتماعی و فرهنگی و تلقی صرفاً رفتاری و فردی از مسئله و تدوین مداخله‌ها و برنامه‌های کاری اپیدمیولوژیک و مبتنی بر زیست‌پزشکی اچ‌آی‌وی / ایدز در واقع دست‌کم گرفتن و ساده‌انگاری پیچیدگی‌ها و ابعاد چندگانه آن است (پارکر ۱۹۸۷؛ فلدمن و جانسون ۱۹۸۶؛ سینگر و دیگران ۱۹۸۸ و ۱۹۹۰؛ اینگستاد ۱۹۹۰).

از حیث ریشه‌های فکری، این پارادایم را می‌توان به توسعه جامعه‌شناسی تعامل‌گرا و انسان‌شناسی فرهنگی تفسیری منتسب دانست که در هر دوی این مکاتب فکری بر شبکه وسیع‌تر بازنمودهای اجتماعی و معانی فرهنگی تأکید می‌کنند و معتقدند که هستارها فقط به مثابه تکوین یا برساخت اجتماعی تجربه‌کنش (مثلاً رفتار جنسی) در بسترها و شرایط متفاوت قابل درک هستند.

همچنین این تحول پارادایمی را می‌توان با تلاش‌های نافرجام برای تسری و تعمیم مدل‌ها و مداخله‌های اپیدمیولوژیک و فردگرایانه به جوامع غیرغربی مرتبط دانست. شکست در کاربرد کامل مدل‌های بیومدیکال و اپیدمیولوژیک در جوامع غیرغربی و کسب نتایج متنوع و تا حدی ناهمخوان، پژوهشگران اجتماعی اچ‌آی‌وی / ایدز را وادار کرد تا به فرهنگ و معانی فرهنگی به عنوان یک متغیر مستقل و در مواردی میانجی کلیدی بنگرند. در کل، تحول از پارادایم رویکرد ریسک‌های رفتاری به پارادایم معانی فرهنگی را می‌توان با موارد زیر نشان داد:

— در حالی که روان‌شناسی فردی، ذهنیت شخصی و فرد منزوی و تمیزه مبنای مدل‌بندی و مداخله پارادایم اول بود، پارادایم دوم بر معانی فرهنگی و اجتماعی بین‌ذهنی مرتبط با مسئله (مثل اچ‌آی‌وی / ایدز، رفتار جنسی، کاندوم و غیره) و افراد اجتماعی ادغام شده در بستر شرایط فرهنگی خاص متمرکز بود.

— در حالی که اولی با رویکردی کمی بر شمارش و دفعات تکرار رفتارهای مخاطره‌آمیز جنسی، تعداد شرکای جنسی، موارد استفاده از سرنگ مشترک و غیره و نهایتاً یافتن همبسته‌های آماری در تبیین یک چنین رفتارهایی مبتنی است، دومی با رویکردی کیفی بر فرهنگ، معانی و نمادهای فرهنگی، قواعد ساختاردهی فرهنگی و نظام معنی‌دهی و خرده‌فرهنگ‌هایی تأکید دارد که در جوامع مختلف شکل گرفته‌اند و بسترهای لازم را برای کنش‌های افراد فراهم می‌کنند. در پارادایم دوم همچنین هویت‌های فردی و گروهی (اجتماعی) به‌مثابه یک برساخت اجتماعی در

نظر گرفته می‌شود که طبق آن رفتارهای افراد (مثلاً رفتار جنسی) در جریان زندگی جمعی و از طریق فرایند تعاریف اجتماعی تکوین می‌یابند.

– نهایتاً پارادایم اول به دنبال برنامه‌های کاری، سیاست‌ها و مداخله‌های فردی، اپیدمیولوژیک و بیومدیکال است، در حالی که پارادایم دوم بر آموزش‌های جنسی و مرتبط با اچ آی وی / ایدز مردم‌شناختی، برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر جامعه^۱ و بر ملاحظه حساسیت‌های فرهنگی، ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی - فرهنگی استوار است.

برساخت‌گرایی اجتماعی را می‌توان نسخه‌ی جامعه‌شناختی‌تر و متمرکزتر پارادایم انسان‌شناختی «معانی فرهنگی» در نظر گرفت. برساخت‌گرایی اجتماعی بر این فرض اساسی استوار است که فرآیند تعریف و تاریخ طبیعی یک «مسئله اجتماعی» مهم‌تر از شرایط یا موجودیت واقعی آن مسئله است. مطابق نظر اسپکتور و کیتسوز^۲ (۱۹۷۷) برساخت‌گرایی اجتماعی رویکردی است که به فرآیندی که شرایط یا وضعیت اجتماعی مسئله‌دار به نظر می‌رسد توجه می‌کند. بنابراین اقامه دعوی و فرایند تعریف شرایط [ظاهراً] مسئله‌دار اجتماعی در این پارادایم از اهمیت اساسی و اقامه‌کنندگان دعوی، صاحبان دعای مخالف، مخاطبین دعوی از عوامل اصلی برساخت مسائل و شرایط اجتماعی هستند (اسپکتور و کیتسوز ۱۹۷۷). لاسکی^۳ (۲۰۰۳) این فرایند را «بازی مسائل اجتماعی» می‌نامد. فرایند مذکور تنها شامل «شرایط» نمی‌شود، بلکه «مردم» و «راه‌حل‌های» مربوط به مسائل را نیز در بر می‌گیرد. به‌طور خلاصه، در حالی که در برساخت شرایط، تأکید بر تلاش‌های صورت گرفته برای اقناع مخاطبین نسبت به منطق و عقلانیت مسئله مطرح است، در برساخت مردم، تلاش بر کار روی احساس آن‌ها نسبت به دعوی استوار است.

در برساخت راه‌حل‌ها نیز این سؤال اساسی مطرح می‌شود که برای حل مسئله چه باید کرد و چه کسی برای ارائه و اجرای راهکار مناسب است؟ نکته‌ای که باید به آن توجه داشت، این است که سه برساخت فوق‌الذکر و زیر مجموعه‌های آن‌ها از هم مستقل نیستند و قویاً با همدیگر در تعامل اند (لاسکی ۲۰۰۳؛ پااولاک ۲۰۰۶).

«اسپکتور و کیتسوز» چهار مرحله اساسی برای برساخت اجتماعی (تعریف اجتماعی) و یا بازی مسائل اجتماعی (به تعبیر لاسکی) پیشنهاد می‌کنند:

۱. گروه‌ها یا افراد (اقامه‌کنندگان دعوی) تلاش می‌کنند با نامیدن برخی شرایط تحت عنوان ناخوشایند، نامطلوب، خطرناک و نظایر آن بر وجود برخی شرایط مسئله‌دار و تأکید آن‌ها را

1. Community-based prevention programs

2. Spector and Kitsuse

3. Loseke

عمومی کنند (به اطلاع عموم برسانند)، به مباحث و چالش‌ها دامن بزنند و نهایتاً یک مسئله اجتماعی یا سیاسی را تعریف کنند.

۲. به رسمیت شناخته شدن این گروه‌ها توسط سازمان‌ها، عاملیت‌ها یا نهادهای رسمی. ممکن است برخی تحقیقات رسمی پیشنهادهایی برای اصلاح تأسیس یک عاملیت یا مرکز برای پرداختن به این دعاوی و خواسته‌ها ارائه کنند.

۳. ظهور مجدد دعاوی و خواسته‌ها توسط گروه‌های اولیه (اقامه‌کنندگان) دعوی یا گروه‌های دیگر، ابزار نارضایتی از روانه‌ها و تلاش‌های صورت گرفته برای پرداختن به شرایط مورد نظر، مدیریت بوروکراتیک امور مربوط به شاکیان، شکست در ایجاد یک شرایط اعتماد و اطمینان در روانه‌ها و فقدان همدلی برای شاکیان مسئله.

۴. فقدان پاسخ مناسب یا کافی به درخواست‌ها و دعاوی شاکیان و توسعه فعالیت‌هایی برای ایجاد نهادهای جانشین، موازی یا مخالف در واکنش به روانه^۱ تثبیت شده مدیریت مسئله یا شرایط مسئله‌دار (اسپکتور و کیتسوز ۱۹۷۷).

«لاسکی» معتقد است که سؤالات اساسی در پارادایم برساخت‌گرایی اجتماعی حول پنج محور یا واژه قابل طرح است:

۱. چه کسی: اقامه‌کنندگان دعوی چه کسانی هستند؟ صاحبان یا اقامه‌کنندگان دعوی

مخالف چه کسانی هستند؟ چه کسانی مخاطبین دعاوی را تشکیل می‌دهند؟ و...

۲. چه چیزی: آن‌ها درباره شرایط، مردم و راه‌حل‌ها چه دعاوی مطرح می‌کنند؟ در چه

چهارچوبی و ویژگی‌های مسائل اجتماعی تعریف و مشخص می‌شوند؟ و...

۳. چه زمانی و کجا: کی و کجا یا در چه شرایط اجتماعی - تاریخی دعاوی اقامه

می‌شوند؟ و...

۴. چگونه/چطور: دعاوی چگونه بیان می‌شوند؟ چه استراتژی‌هایی را گروه

(اقامه‌کنندگان) برای بیان دعاوی اتخاذ می‌کنند؟ و...

۵. نتیجه/بازده: گروه تا چه حدی در اهداف مرتبط با اقامه دعوی موفق بوده است؟ و...

(لاسکی ۲۰۰۳).

در چهارچوب فکری برساخت‌گرایی اجتماعی و مفاهیم متعدد مرتبط با آن، به نظر می‌رسد که مفهوم «نگ»/ داغ مرتبط با اچ آی وی / ایدز^۲ یک مثال بارز و همین‌طور یک بحث اساسی

است. ننگ، به مثابه یک مفهوم وسیع و چندبعدی، یک برساخت اجتماعی است. اساس ننگ بر موضوع کجروی (انحراف) و واکنش منفی اجتماعی به آن قرار دارد.

برای «اروین گافمن» (۱۹۶۳) ننگ یک برجسب اجتماعی بی اعتبارکننده و خدشه دارکننده است که اساساً شیوه‌ای که افراد خودشان را می‌بینند یا جامعه آن‌ها را می‌بیند، تغییر می‌دهد. وی معتقد بود که ننگ صرفاً یک برجسب نیست، بلکه زبان رابطه است. ننگ در واقع مشتمل بر یک برداشت از یک مشخصه منفی و بی‌ارزش شدن همه‌جانبه دارنده آن مشخصه یا صفت است. از این دیدگاه، مسائلی چون انزوا، طرد، پیش‌داوری و نهایتاً تبعیض همگی از این واقعیت نشأت می‌گیرند که ما تلاش می‌کنیم از تعامل با افرادی با مشخصات منفی (کجرو) پرهیز کنیم.

«آلونزو و رینولد» (۱۹۹۵) معتقدند که «داغ ننگ خورده‌ها»^۱ آن‌هایی هستند که توسط جامعه بزرگ نامطلوب ارزیابی شده‌اند، ارزش اجتماعی‌شان را از دست داده‌اند، مورد پرهیز دیگران واقع شده‌اند و شانس‌های زندگی، دسترسی به مزایای انسانی آزاد بودن و مراودات اجتماعی بی‌قید و بندشان کاسته شده است. از حیث اجتماعی، ننگ موجب ایجاد بحث خودی و غیرخودی و مرزهای اجتماعی بین خودی‌ها (نرمال‌ها) و غیرخودی‌ها (داغ ننگ خورده‌ها) می‌شود. به همین دلیل، تحریم اجتماعی و کاهش شانس‌های زندگی برای افراد داغ‌خورده اجتناب‌ناپذیر می‌نماید. از حیث فردی نیز داغ‌دارای ابعاد و دلالت‌های متعدد است. برای مثال، تجربه داغ در واقع بخش محوری مبتلا شدن به اچ‌آی وی / ایدز است. داغ یک نگرانی عمده در کلیه مراحل بیماری و حتی قبل از آن است و تجربه آن مراحل ترس از آلودگی و پیش از تشخیص تا زمانی که مرگ به سراغ بیمار می‌آید را شامل می‌شود. داغ بیماری منعکس‌کننده یک تهدید یا چالش بالقوه اساسی برای احساس خوشبختی یا هویت فردی است. به همین دلیل، افراد از استراتژی‌های متفاوتی برای اجتناب از آن یا تعدیل آن استفاده می‌کنند. عدم مراجعه به مراکز آزمایش، پنهان‌کاری اولیه (مخفی نگه‌داشتن ماهیت بیماری)، مشارکت در فعالیت اجتماعی گروه‌های حمایتی که عمدتاً اعضای آن‌ها را افراد مبتلا تشکیل می‌دهند، تلاش برای قانع کردن دیگران به اینکه آن‌ها همچنان دارای کارکرد اجتماعی، خانوادگی و شغلی‌اند و حتی از پستو درآوردن و عمومی‌سازی آن در سطح وسیع‌تر (مثلاً مصاحبه با رسانه‌های جمعی) به منظور بهتر کردن وضعیت اجتماعی از استراتژی‌های رایج افراد داغ‌خورده برای اجتناب از و تعدیل این ننگ اجتماعی است. افراد داغ‌خورده همچنین باید این تفکر را که آن‌ها شایسته یک چنین مجازاتی (تحریم و طرد اجتماعی) هستند به چالش بکشند (ویتز ۲۰۰۰ [۱۹۹۱]؛

- آلوزو و رینولد ۱۹۹۵؛ دیواین و دیگران ۱۹۹۹).
- مطابق نظر «آلوزو و رینولد» افراد آلوده به اچ آی وی / ایدز داغ می‌خورند، برای اینکه بیماری / مسئله آن‌ها:
- ۱) با رفتار انحرافی آنان مرتبط است؛ خواه به عنوان نتیجه آن یا به عنوان موجد رفتار انحرافی.
- ۲) مسئولیت فردی آنان تلقی می‌شود.
- ۳) بر اساس یک باور مذهبی و فرهنگی و با تلقی کردن آن به عنوان رفتاری غیراخلاقی و قابل مجازات، از حیث اخلاقی زیر سؤال می‌رود.
- ۴) یک بیماری واگیردار و برای جامعه تهدید تلقی می‌شود.
- ۵) به یک نوع مرگ ناخواسته و ناخوشایند منجر می‌شود.
- ۶) توسط اجتماع محلی و افراد عادی جامعه درک نمی‌شود و با نگاه منفی ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی - پزشکی همراه است (آلوزو و رینولد ۱۹۹۵).
- در مجموع، معنا و مفهوم داغ مرتبط با اچ آی وی / ایدز به مثابه یک برساخت اجتماعی - فرهنگی، از جامعه‌ای و فرهنگی به فرهنگ دیگر متغیر است و کم و بیش معنی اجتماعی و فرهنگی متفاوتی را حمل می‌کند. شواهد نشان می‌دهد که فرایند تعریف اجتماعی و داغ‌سازی اچ آی وی / ایدز در مناطق مختلف جهان عمدتاً متأثر از نوع و موقعیت گروه‌هایی است که اپیدمی در میان آن‌ها بیشتر از سایر گروه‌های اجتماعی شایع است. برای مثال همجنس‌بازان در ایالات متحده آمریکا، دارندگان شرکایی از جنس مخالف در آفریقا، آسیای جنوب شرقی و اروپای شرقی و معتادان تزریقی و دارندگان روابط جنسی مخاطره‌آمیز در ایران.
۳. رویکرد ساختار اجتماعی (برساخت‌گرایی اجتماعی رادیکال): با شیوع جهانی اچ آی وی / ایدز و در واقع تبدیل آن از اپیدمیک به پاندمیک و همچنین به دنبال تحولات اپیدمیولوژیک، جمعیت‌شناختی، اقتصادی و حتی فرهنگی اچ آی وی / ایدز در سطوح ملی، منطقه‌ای و جهانی، پژوهشگران اجتماعی این مسئله دریافته‌اند که درک تصویر جامع و تبیین شرایط واقعی و پیچیدگی‌های حاکم بر اچ آی وی / ایدز در سطوح چندگانه آن مستلزم پارادایمی فراتر از ریسک‌های رفتاری و برساخت‌گرایی اجتماعی است. آن‌ها دریافته‌اند که مسئله با عوامل ساختاری اجتماعی مؤثر بر افراد، گروه‌ها و جوامع مرتبط است و قویاً با ساختار اجتماعی، مفهوم قدرت، اقتصاد سیاسی و در کل، شالوده‌های اجتماعی آن‌ها پیوند دارد (کارلسون^۱

۱۹۹۶؛ بون و باتسل^۱؛ رادز^۲ و دیگران (۲۰۰۵).

در حالی که پارادایم اول بر رفتارهای (البته عمدتاً مخاطره‌آمیز) و مداخله‌های فردی مرتبط با اچ آی وی / ایدز و جنسیت و پارادایم دوم بر پژوهش‌های مردم‌شناختی و بر معانی فرهنگی و فرایند تعریف اجتماعی متمرکز است و بر مداخله‌های جامعه - محور تأکید می‌کند، پارادایم سوم با ارائه یک رویکرد مدرن از برساخت‌گرایی، یعنی برساخت‌گرایی رادیکال، بر عوامل ساختاری اجتماعی - اقتصادی و سیاسی تأکید می‌کند و از حیث مداخله در مسئله اچ آی وی / ایدز، به توانمندسازی ساختاری گروه‌ها و جوامع توجه می‌کند. این برداشت از برساخت‌گرایی، در واقع، کنش متقابل نمادی (مورد تأکید پارادایم دوم) را با رویکرد ساختاری / اقتصاد سیاسی ترکیب می‌کند. این مدل علاوه بر فرایند شناسایی (تعریف اجتماعی) به ساختار اجتماعی نیز توجه می‌کند. ارائه‌دهندگان این مدل معتقدند که در مسائل پیچیده‌ای چون اچ آی وی / ایدز و جنسیت نمی‌توان بدون توجه به اثر نظام قشربندی، قدرت جنسیتی و نقش حرفه‌ها، نهادها، حکومت‌ها، رهبران، رسانه‌ها، کمپانی‌های داروسازی، بیماران، عامه مردم و خانواده‌ها، فقط به معانی اجتماعی و فرهنگی توجه کرد. در واقع آن‌ها به غیر از برساخت اجتماعی به «علیت اجتماعی»^۳ پدیده‌ها نیز می‌پردازند. «فیل براون» (۲۰۰۰) در مقاله ارزشمند خود با عنوان «نامیدن و وضع کردن: برساخت اجتماعی تشخیص و بیماری»^۴ در این باره چنین می‌نویسد:

«یکی از منازعات من با برساخت‌گرایی اجتماعی سنتی این است که به علیت اجتماعی نمی‌پردازد. برساخت‌گرایی اجتماعی فرض می‌کند که هیچ مسئله اجتماعی شکل گرفته عینی وجود ندارد و به صراحت معتقد است که علیت اجتماعی مقوله نامربوطی است. نظر من این است که اگر جامعه‌شناسی پزشکی علیت اجتماعی را انکار کند، قدرت تبیین خود را از دست می‌دهد.» (براون ۲۰۰۰: ۷۹).

در نتیجه، این پارادایم در تلاش برای لحاظ کردن علیت اجتماعی، در چارچوب برساخت‌گرایی متعارف و حتی در مواردی خارج از آن، عوامل ساختاری متفاوت‌تری را در «بازی مسائل اجتماعی» وارد می‌کند. این رویکرد همچنین به ابعاد ایدئولوژیک حاکم بر فرایند تعریف و عمل (مثلاً چه کسی یا چه گروهی نفع می‌برد) در سطوح متفاوت خرد، میانی و کلان توجه می‌کند (همان).

1. Boone & Batsell

2. Rhodes

3. Social Causality

4. Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness

از این دیدگاه، عوامل ساختاری اقتصادی، سیاسی و اجتماعی نه تنها بر تجربهٔ اچ آی وی / ایدز و رفتارهای جنسی افراد، بلکه حتی در شکل‌گیری تحولات، سرعت و دامنهٔ شیوع اپیدمی نیز مؤثرند و می‌توانند نقش‌های متناقضی (از مانع گرفته تا تسهیل‌کننده) را در برنامه‌های مداخلهٔ کارآمد در اچ آی وی / ایدز ایفا کنند. این عوامل همچنین قویاً بر «آسیب‌پذیری اجتماعی»^۱ افراد، گروه‌ها و جوامع در مواجهه با مسائلی چون اچ آی وی / ایدز مؤثرند. عوامل ساختاری و مرتبط با اقتصاد سیاسی گروه‌ها و جوامع، مثل فقر، استعمار اقتصادی، تحریم اجتماعی، قدرت جنسیتی، تعدی جنسی، نژاد و قوم‌پرستی، و نظایر آن از عوامل مورد توجه این پارادایم در مطالعات اجتماعی اچ آی وی / ایدز محسوب می‌شوند. برای مثال، در بحث قدرت جنسی، این پارادایم به شیوه‌هایی توجه می‌کند که نظام‌های اجتماعی امکانات و محدودیت‌های روابط جنسی را به شکل متنوعی (برحسب تفاوت‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی) ساخت داده و سامان می‌دهند. پژوهش‌های متعدد نشان داده است که جوامع مختلف نابرابری‌های جنسیتی [و البته غیرجنسیتی] را به شیوه‌های خاصی نظم می‌دهند. همچنین قوانین و مقررات اجتماعی، فرهنگی و سیاسی محدودیت‌های خاصی را بر توانایی چانه‌زنی افراد در تعاملات جنسی تحمیل می‌کنند (پارکر ۲۰۰۱، آلتمن^۲ ۱۹۹۹؛ رادز و دیگران ۲۰۰۵).

در این مکتب فکری، پژوهش «ویلیام کاکرهام» شایستهٔ توجه بیشتر است. وی نشان می‌دهد که چگونه بسیاری از مسائل مرتبط با سلامتی، از جمله اچ آی وی / ایدز دارای ریشه‌های اجتماعی و ساختاری است. کاکرهام با استفاده از رابطهٔ دیالکتیکی عاملیت و ساختار^۳ نشان می‌دهد که چگونه این رابطه در تأمین سلامتی و تهدید آن مؤثر است. طبق این برداشت، در حالی که عاملیت توانایی عوامل برای انتخاب رفتارشان است، ساختار به نظم حاکم بر تعاملات اجتماعی (نهاده‌ها، نقش‌ها)، روابط اجتماعی نظام‌دار (منزلت، طبقه، قشر) و دسترسی به منابعی که انتخاب افراد را محدود یا تقویت می‌کند، مربوط می‌شود. کاکرهام «سبک زندگی مرتبط با سلامت»^۴ را تجلی یک چنین رابطه‌ای می‌داند. وی سبک‌های زندگی را به دو دستهٔ منفی^۵ (رفتارهای جنسی مخاطره‌آمیز، سیگار کشیدن، اعتیاد، مصرف بالای چربی، تغذیه برای سیری شکم و رژیم غذایی نامتعادل، خود را در معرض شرایط

1. Social Vulnerability

2. Altman

3. Agency and Structure Dialectical Relationship

4. Health Lifestyle

5. Negative Lifestyle

استرس را قرار دادن، عدم استفاده از کمربند ایمنی در رانندگی و... و مثبت^۱ (رفتارهای جنسی ایمن، ورزش و تفریح کافی، تغذیه برای سیری سلول و...) تقسیم می‌کند. کاکرهام نشان می‌دهد که چگونه افرادی از طبقات بالای جامعه سبک زندگی مثبت‌تر و نتیجتاً سالم‌تری انتخاب می‌کنند و از منابع ساختاری کافی برای حمایت از تصمیم‌ها و انتخاب‌های خود برخوردارند، در حالی که افراد فقیر و پایین دست عملاً از محدودیت‌های اقتصادی - اجتماعی بیشتر و دامنه انتخاب کمتر برخوردارند و سبک زندگی منفی‌تری را در رابطه با سلامت خود برمی‌گزینند (کاکرهام ۲۰۰۴).

به‌طور مشخص در رابطه با اچ آی وی / ایدز، کاکرهام نشان می‌دهد که عوامل اقتصادی - اجتماعی، مثل طبقه اجتماعی، نژاد، تحصیلات و جنسیت در سطوح متفاوت ملی و جهانی تأثیر کاملاً معنی‌داری روی ابتلا به آن، تجربه و تحولات اپیدمیولوژیک و جمعیت‌شناختی آن دارند. وی با استفاده از داده‌های سلامت ایالات متحده آمریکا نشان می‌دهد که الگوهای تحول مسئله اچ آی وی / ایدز بیشتر با عوامل ساختاری اجتماعی - اقتصادی مرتبط هستند تا بیولوژیکی و فردی. برای مثال، وی نشان می‌دهد که چگونه شیوع و مرگ و میر ناشی از اچ آی وی / ایدز از مردان سفیدپوست همجنس‌باز در اوایل و اواسط دهه ۱۹۸۰ به آمریکایی‌های آفریقایی تبار (سیاه‌پوستان) و اسپانیایی تبار منتقل شده است. طبق شواهد آماری، در حالی که در سال ۱۹۸۷ نرخ مرگ و میر ناشی از ایدز به ترتیب ۱۰/۷ و ۰/۵ (در هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر آمریکایی) مورد برای مردان و زنان سفیدپوست و ۲۶/۲ و ۴/۶ مورد برای مردان و زنان سیاه‌پوست بود، این مقادیر در سال ۱۹۹۹ به ترتیب به ۴ و ۰/۷ برای سفیدها و ۳۷ و ۱۳/۳ برای سیاهان رسیده است. کاکرهام یک چنین تحولات جمعیتی و اپیدمیولوژیک را در اکثر مسائل مربوط به سلامت، از جمله اچ آی وی / ایدز دنبال می‌کند و آن‌ها را با توجه به متغیرهایی چون طبقه اجتماعی (از طبقات بالا به پایین)، تحصیلات (از باسوادی به کم‌سوادی و بی‌سوادی)، وضعیت شغلی (شاغلین به بیکارها) و توسعه کشورها (از توسعه یافته به در حال توسعه) نشان می‌دهد (کاکرهام ۲۰۰۴). این متغیرها همگی آن دسته از عوامل اجتماعی را تشکیل می‌دهند که «مارموت و ویلکینسون»^۲ و «رافائل»^۳ از آن‌ها تحت عنوان عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت^۴ نام می‌برند (مارموت و ویلکینسون ۲۰۰۶؛ رافائل ۲۰۰۶).

درباره اهمیت پارادایم برساخت‌گرایی رادیکال و نقش عوامل اجتماعی - اقتصادی ساختاری در تحولات و مدیریت مسئله اچ آی وی / ایدز ذکر این نکته کافیست که آن‌ها محور مباحث و

1. Positive Lifestyle
3. Raphael

2. Marmot & Wilkinson
4. Social Determinants Of Health

نشست‌های «شانزدهمین کنگره بین‌المللی ایدز (در شهر تورنتو کانادا)»^۱ را به خود اختصاص داده بودند.

در چنین شرایطی و با توجه به تحولات پارادایمی فوق در مطالعات اجتماعی اچ آی وی / ایدز در طول ربع قرن گذشته، این سؤال مطرح است که رسالت، سهم و چشم‌انداز علم جمعیت‌شناسی در این مطالعات در سطح جهانی و سهم آن در پرداختن به مسئله چالش برانگیز اچ آی وی / ایدز در سطح ملی (ایران)، به عنوان یک کشور در حال توسعه چیست؟ به نظر می‌رسد که پاسخ دادن به این پرسش مستلزم ارائه ویژگی‌ها و مباحث اساسی «جمعیت‌شناسی اجتماعی-انتقادی اچ آی وی / ایدز» قبل از ارائه تحلیل وضعیت یا سیمای جمعیتی متعارف از مسئله در ایران است.

جمعیت‌شناسی اجتماعی-انتقادی اچ آی وی / ایدز

این شاخه از جمعیت‌شناسی که در واقع زیرمجموعه «جمعیت‌شناسی اقتصادی-اجتماعی» است در حالی که رویکرد جدیدتری به مسائل مرتبط با سلامتی، از جمله اچ آی وی / ایدز ارائه می‌دهد، همچنان به چهارچوب و رسالت جمعیت‌شناسی به عنوان رشته‌ای از خانواده علوم انسانی و اجتماعی وفادار است که کم و بیش آن را از رشته‌هایی چون «اپیدمیولوژی»، «اپیدمیولوژی اجتماعی» و «آمار حیاتی» متمایز می‌کند. «جمعیت‌شناسی اجتماعی-انتقادی اچ آی وی / ایدز» قبل از هر چیز دارای رویکرد، بینش و هویتی جمعیت‌شناختی است که رسالت و جایگاه جمعیت‌شناسان و پژوهشگران جمعیتی را نسبت به مسئله تعریف می‌کند. همان‌طور که «کالدول» تصریح می‌کند، جمعیت‌شناسان قبل از هر چیزی بر اساس «نگرش یا رویکرد خاص جمعیت‌شناختی‌شان» (کالدول ۱۹۹۶) تعریف می‌شوند که ضمن حفظ ماهیت «بین‌رشته‌ای» جمعیت‌شناسی آن را از نظر علمی و حرفه‌ای متمایز می‌سازند. در نتیجه، این رشته ضمن حفظ «بینش یا نگرش جمعیت‌شناختی»^۲ مورد تأکید بسیاری از جمعیت‌شناسان از جمله «کالدول» قرار گرفته است، یک حوزه مطالعاتی پویا^۳ و کاراست و قابلیت پرداختن به ابعاد جمعیت‌شناختی بسیاری از مسائل نوپدید و بازپدید اجتماعی و مرتبط با سلامتی را دارد و خواهد داشت.

بنابراین «جمعیت‌شناسی اجتماعی-انتقادی اچ آی وی / ایدز» از اپیدمیولوژی و

1. XVI International AIDS Conference (IAC), CA: Toronto, 13-18 August 2006 (<http://www.aids2006.org>)
2. Demographic Imagination and/or Attitude
3. Dynamic

اپیدمیولوژی اجتماعی آن متفاوت است، در حالی که اپیدمیولوژی به شیوع^۱ و مسائل مرتبط با سلامتی از جمله اچ آی وی / ایدز توجه می‌کند و اپیدمیولوژی اجتماعی بر ریسک فاکتورهای اجتماعی^۲ مسائل می‌پردازد. جمعیت‌شناسی اجتماعی - انتقادی ضمن حفظ ارتباط و تشریح مساعی با آن دو و همچنین داشتن یک چنین قابلیت‌هایی، فراتر از آن‌ها به برساخت اجتماعی مسائل مرتبط با سلامتی و عوامل اجتماعی ساختاری (برساخت اجتماعی رادیکال) مؤثر بر شیوع مسائل و حرکات آن‌ها توجه می‌کند. این رشته نوین نه تنها مسائلی چون اچ آی وی / ایدز و حرکات دموگرافیک آن را به مثابه یک برساخت اجتماعی و مرتبط با عوامل اجتماعی ساختاری و اقتصاد سیاسی جمعیت مورد مطالعه در نظر می‌گیرد، بلکه همان‌طور که «گرین هال»^۳ اشاره می‌کند، خود نیز برساخت اجتماعی است (گرین هال ۱۹۹۶).

جمعیت‌شناسی اجتماعی - انتقادی اچ آی وی / ایدز بر اصل «موجودیت نسبی»^۴ مبتنی است که تقریباً ویژگی مشترک تمام رشته‌های و حوزه‌های مطالعاتی مدرن مثل بیوتکنولوژی، نانوتکنولوژی، تغذیه جامعه، جامعه و مردم‌شناسی تغذیه، جامعه‌شناسی ژنتیک، اقتصاد و اقتصاد سیاسی سلامت و نظایر آن را تشکیل می‌دهد. این اصل که ریشه در علم نشانه‌شناسی دارد، فرض می‌کند که همه دستاوردها اهمیت خود را در ارتباط با دیگران کسب می‌کنند. بر این اساس، علم و رشته‌ها شبکه‌ای از عناصر نامتجانس^۵ را تشکیل می‌دهند که در درون یک مجموعه از کنش‌ها یا اعمال متنوع محقق شده‌اند (کرافورد ۲۰۰۴؛ سیسموندو^۶ ۲۰۰۴). بنابراین اصل، موجودیت و هویت این رشته در ارتباط نزدیک با رشته‌های دیگر، توانایی استفاده از ابزارها، نظریه‌ها و برنامه‌های کاری علوم دیگر و مشارکت فعال در فرایند اقامه دعوی، توسعه برنامه‌های کاری و تصمیم‌گیری در مسائل جمعیتی - بهداشتی و نهایتاً تشکیل شبکه‌ها و «گروه‌های پژوهشی بین - چند و فرارشته‌ای»^۷ نامتجانس برای پرداختن به مسائلی چون اچ آی وی / ایدز در سطوح متفاوت فردی، خانوادگی، محلی، ملی و بین‌المللی قرار دارد.

مطالعات تحت پوشش «جمعیت‌شناسی اجتماعی - اقتصادی اچ آی وی / ایدز تنها حوزه مطالعاتی جمعیت‌شناختی درباره این مسئله نیست و امروزه مطالعات جمعیت‌شناختی گسترده و متنوعی در رابطه با اچ آی وی / ایدز صورت می‌گیرد. برای نمونه، می‌توان به تلاش‌های اخیر برخی از جمعیت‌شناسان ریاضی برای مدل‌سازی تحولات جمعیتی و انتشار اچ آی وی / ایدز با

- | | |
|---|------------------------|
| 1. Prevalence | 2. Social Risk Factors |
| 3. Greenhalgh | 4. Sismondo |
| 5. Heterogeneous | 6. Sismondo |
| 7. Inter-Multi-and Trans-Disciplinary Research Groups | |

استفاده از مدل‌های پویای ریاضی و آماری (بوزنبرگ^۱ و دیگران ۱۹۹۱؛ کیریشنا ۱۹۹۶؛ هولین^۲ ۲۰۰۳). اشاره کرد.

مهم‌تر از موارد فوق این نکته است که جمعیت‌شناسی و به‌طور مشخص‌تر «جمعیت‌شناسی اجتماعی اچ آی وی / ایدز» یک علم انتقادی است. هورتن، جمعیت‌شناسی انتقادی را پارادایمی می‌داند که نشان می‌دهد چگونه ساختار اجتماعی گروه‌های مسلط و مادون (تحت استیلا) در جامعه متمایز می‌شوند. این پارادایم همچنین ضرورت بحث در ماهیت قدرت در جامعه را مطرح می‌کند: به‌طور مشخص‌تر، جمعیت‌شناسی انتقادی به تبیین این امر می‌پردازد که قدرت، چگونه هم بر وقایع و فرایندهای جمعیت‌شناختی مؤثر است و هم از آن‌ها متأثر است. «هورتن» جمعیت‌شناسی انتقادی را در چهار حوزه / محور از جمعیت‌شناسی متعارف متمایز می‌کند: که به‌طور اجمالی در جدول شماره (۱) نشان داده شده است.

با توجه به موارد فوق و ملهم از «هورتن» می‌توان تصریح کرد که جمعیت‌شناسی اجتماعی اچ آی وی / ایدز یک زیرشاخه انتقادی^۳ جمعیت‌شناسی است. برخلاف جمعیت‌شناسی متعارف که به پارادایم ریسک‌های رفتاری و به رویکرد اپیدمیولوژیک نزدیک‌تر است، این نوع جمعیت‌شناسی قویاً با پارادایم‌های متأخر در مطالعات اجتماعی اچ آی وی / ایدز، به‌ویژه پارادایم سوم (برساخت‌گرایی اجتماعی رایکال) سازگار است و به بدنه دانش علوم اجتماعی و انسانی پیوند می‌خورد. امروزه «جمعیت‌شناسی اجتماعی - انتقادی اچ آی وی / ایدز» در واقع، بخش قابل توجهی از دانش و برنامه‌های کاری مربوط به مسئله اچ آی وی / ایدز را در سطوح متفاوت جهانی، ملی و محلی تولید می‌کند.

به لحاظ تاریخی اولین مورد اچ آی وی / ایدز کشور در سال ۱۳۶۵ ثبت شد، یعنی هنگامی که یک کودک شش ساله هموفیلی از طریق تزریق خون آلوده وارداتی مبتلا به ویروس اچ آی وی تشخیص داده شد (طاووسی^۴ و دیگران ۲۰۰۴). همچنین اولین زن اچ آی وی مثبت و اولین مرگ ناشی از بیماری ایدز به ترتیب در سال‌های ۱۳۶۸ و ۱۳۶۹ ثبت شدند (ابراهیمی توانی^۵ ۲۰۰۱) در واکنش به شرایط به وجود آمده، در سال ۱۳۶۶ کمیته ملی اچ آی وی / ایدز تشکیل و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی عملاً به عنوان متولی اصلی در مدیریت بیماری شناخته شد. در حال حاضر، مرکز مدیریت بیماری‌های عفونی این وزارتخانه امور

1. Busenberg

2. Heuveline

۳. به منظور نشان دادن ماهیت این زیرشاخه جمعیت‌شناسی در عنوان فرعی مقاله و در سرتاسر متن مقاله از عبارت «جمعیت‌شناسی اجتماعی - انتقادی اچ آی وی / ایدز» استفاده شده است.

4. Tavoosi

5. Ebrahimi Tavani

مربوط به بیماری را از ثبت و انتشار داده‌ها گرفته تا پایش و ارزشیابی مرتبط با چ آی وی / ایدز را برعهده دارد.

جدول ۱. وجوه تمایز جمعیت‌شناسی انتقادی و جمعیت‌شناسی متعارف

محو / معیار	جمعیت‌شناسی متعارف ^۱	جمعیت‌شناسی انتقادی ^۲
هدف مطالعه	توصیفی: جمعیت‌شناسی متعارف به دنبال توصیف متغیرها، روندها و برآوردهای جمعیتی به صورت یکپاره و چند متغیره است.	کیفی و مبتنی بر پیش‌بینی: جمعیت‌شناسی انتقادی بر تبیین و پیش‌بینی تأکید دارد و به دنبال دلالت‌های ساختار و بستر اجتماعی بر حدوث و وقوع پدیده‌های اجتماعی در چارچوب آن‌هاست.
روش	داده‌محور ^۳ : در جمعیت‌شناسی متعارف، داده محور پژوهش‌ها و آثار جمعیت‌شناسی است و در واقع این داده است که سخن می‌گوید.	نظریه‌محور ^۴ : جمعیت‌شناسی انتقادی نظریه‌محور است. البته این به آن معنی نیست که تحلیل داده با این پارادایم ناسازگار است. در جمعیت‌شناسی انتقادی داده ساکت است و این نظریه است که آن را به زبان می‌آورد.
نظم اجتماعی	پذیرش ضمنی وضع موجود: جمعیت‌شناسی متعارف تلویحاً وضع موجود را می‌پذیرد. به همین دلیل، این نوع جمعیت‌شناسی کاراکتر محدود و سترونی به خود می‌گیرد که در طول دو سده گذشته حتی در مواردی موجب غفلت جمعیت‌شناسان از پدیده‌ها و تحولات مهم جمعیتی شده است.	به چالش کشیدن نظم اجتماعی: جمعیت‌شناسی اجتماعی سؤالاتی را مطرح می‌کند که نظم اجتماعی موجود را به چالش می‌کشد. این امر ناشی از موضوعات مورد توجه این پارادایم است که برای ماهیت ساختار اجتماعی اهمیت بنیادی دارد.
موضع حرفه‌ای	فرضی ^۵ : جمعیت‌شناسی متعارف فرض را بر عینیت و استقلال جمعیت‌شناسان، داده‌های دموگرافیک و قرائند گردآوری و تولید آن‌ها می‌گذارد. در این نوع جمعیت‌شناسی، جمعیت‌شناسان ممکن است فقط و آن هم از روی اجبار در انجمن‌ها و همایش‌های سالانه حرفه‌ای خود حالت تأملی به خود بگیرند.	تأملی ^۶ : جمعیت‌شناسی انتقادی یک علم تأملی است که بر این نکته تصریح دارد که مطالعه جمعیت در خلأ اتفاق نمی‌افتد. این علم به دنبال تبیین بسترهای اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی است که جمعیت‌شناسی در دل آن اتفاق می‌افتد.

(منبع: هورتن ۱۹۹۹: ۳۶۴-۳۶۶)

اچ آی وی / ایدز در ایران: یک سیمای جمعیتی متعارف از مسئله

بر اساس آمار رسمی، سالانه ۱,۲۰۰,۰۰۰ نفر در کشور مورد آزمایش ویروس اچ آی وی قرار می‌گیرند و معتادان تزریقی (IDUs)، افراد مبتلا به بیماری‌هایی که از طریق جنسی منتقل

1. Conventional Demography
2. Critical Demography
3. Data - driven
4. Theory - driven
5. Assumptive
6. Reflexive

می‌شوند (STDs) و افرادی که کراراً به خارج از کشور مسافرت می‌کنند، از گروه‌های هدف اصلی برای این نوع آزمایش‌ها به‌شمار می‌روند. امروزه بیش از ۱۵۴ مرکز برای آزمایش و مشاوره و بیش از ۶۰۰ مرکز فقط برای مشاوره درباره‌ی اچ‌آی‌وی / ایدز وجود دارد (یو‌اِن‌دِز^۱ ۲۰۰۶). به همه‌ی موارد فوق می‌توان فعالیت‌های قابل توجه سازمان‌های غیردولتی فعال در حوزه‌ی آموزش و ارتقای سلامتی مثل انجمن تنظیم خانواده ایران (FPAIRI) را اضافه کرد که نقش غیرقابل‌انکاری در این زمینه ایفا کرده‌اند.

علی‌رغم همه‌ی این تلاش‌ها، مسئله‌ی اچ‌آی‌وی / ایدز به تدریج به شکلی بحرانی در جامعه تبدیل می‌شود، به طوری‌که بر اساس گزارش مدیر فعلی برنامه‌های مشترک سازمان ملل متحد^۲ در مورد ایدز در ایران (حمیدرضا ستایش) در حال حاضر روزانه ۴۰ نفر به ویروس اچ‌آی‌وی مبتلا می‌شوند که این رقم تا دو سال آینده به دو برابر افزایش می‌یابد (به نقل از همبستگی ۱۳۸۵: شماره ۱۷۰۳). مطابق آخرین گزارش رسمی مرکز مدیریت بیماری‌های (CDM) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (جدول شماره ۲) از زمان مشاهده اولین مورد آلودگی تاکنون ۱۳۰۴۰ مورد مبتلا به اچ‌آی‌وی / ایدز در کشور ثبت شده است که از این تعداد موارد بیماری (ایدز) و مرگ و میر ناشی از آن به ترتیب ۷۳۶ و ۱۵۴۱ نفر بوده است.

همان‌طور که جدول (۳) نشان می‌دهد، از کل موارد گزارش شده مبتلا به اچ‌آی‌وی / ایدز (۱۳۰۴۰)، ۹۴/۶ درصد را مردان و مابقی (۵/۴ درصد) را زنان تشکیل می‌دهند. به لحاظ ترکیب سنی، به استثنای موارد نامعلوم یا نامشخص که سهم قابل توجهی از داده‌ها را در برمی‌گیرند (برای مثال، تقریباً ۲۵ درصد کل موارد مبتلا به اچ‌آی‌وی / ایدز)، سهم قابل توجهی از مبتلایان، بیماران و متوفیان اچ‌آی‌وی / ایدز را جوانان یا میانسالان نسبتاً جوان تشکیل می‌دهند. همان‌طور که جدول شماره (۳) نشان می‌دهد، به ترتیب ۳/۶۶٪، ۱/۸۴٪ و ۱/۸۰٪ از موارد مبتلا به اچ‌آی‌وی / ایدز، موارد ایدز (بیماران) و مرگ و میر ناشی از ایدز از دامنه سنی ۲۵ تا ۵۴ ساله خصوصاً از گروه سنی ۲۵ تا ۳۴ ساله هستند. با توجه به دوره نسبتاً طولانی تکوین یا نهفتگی ۵ تا ۱۵ ساله (به‌طور متوسط ۱۲ سال) بیماری اچ‌آی‌وی / ایدز (لیختنشتاین ۲۰۰۴، استاین ۱۹۹۸) می‌توان نتیجه گرفت که حتی اکثر میانسالانی که در حال حاضر با اچ‌آی‌وی / ایدز زندگی می‌کنند در دامنه سنی ۲۰ تا ۳۰ سالگی به ویروس آلوده شده‌اند.

1. You and AIDS

2. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)

جدول ۲. روند تحولات مربوط به موارد جدید ابتلا به اچ آی وی /ایدز، بیماری ایدز، و مرگ و میر ناشی از اچ آی وی /ایدز از سال ۱۳۶۵ تا پایان سال ۱۳۸۴

سال ثبت	موارد آلوده به اچ آی وی/ایدز	مبتلا به ایدز	مرگ و میر ناشی از ایدز
۱۳۶۵ (۱۹۸۶ تا ۱۹۸۷)	۵	۵	
۱۳۶۶ (۱۹۸۷ تا ۱۹۸۸)	۱۳	۱۳	
۱۳۶۷ (۱۹۸۸ تا ۱۹۸۹)	۲۰	۱۶	
۱۳۶۸ (۱۹۸۹ تا ۱۹۹۰)	۳۷	۲۳	
۱۳۶۹ (۱۹۹۰ تا ۱۹۹۱)	۵۰	۲۲	
۱۳۷۰ (۱۹۹۱ تا ۱۹۹۲)	۶۴	۳۱	۱۱۶ (تا قبل از ۱۹۹۲)
۱۳۷۱ (۱۹۹۲ تا ۱۹۹۳)	۵۱	۲۳	۲۷
۱۳۷۲ (۱۹۹۳ تا ۱۹۹۴)	۵۷	۲۳	۲۲
۱۳۷۳ (۱۹۹۴ تا ۱۹۹۵)	۲۸	۱۱	۶
۱۳۷۴ (۱۹۹۵ تا ۱۹۹۶)	۲۹	۹	۶
۱۳۷۵ (۱۹۹۶ تا ۱۹۹۷)	۲۶۱	۱۷	۵۰
۱۳۷۶ (۱۹۹۷ تا ۱۹۹۸)	۸۲۰	۵۱	۲۱۸
۱۳۷۷ (۱۹۹۸ تا ۱۹۹۹)	۳۲۰	۱۳	۵۱
۱۳۷۸ (۱۹۹۹ تا ۲۰۰۰)	۳۵۷	۱۶	۸۳
۱۳۷۹ (۲۰۰۰ تا ۲۰۰۱)	۵۳۳	۱۹	۷۵
۱۳۸۰ (۲۰۰۱ تا ۲۰۰۲)	۱۵۰۳	۳۹	۱۳۳
۱۳۸۱ (۲۰۰۲ تا ۲۰۰۳)	۱۶۷۵	۵۷	۱۵۱
۱۳۸۲ (۲۰۰۳ تا ۲۰۰۴)	۳۳۰۳	۸۰	۱۳۰
۱۳۸۳ (۲۰۰۴ تا ۲۰۰۵)	۲۰۸۷	۱۷۵	۳۵۳
۱۳۸۴ (۲۰۰۵ تا ۲۰۰۶)	۱۵۷۵	۹۱	۹۷
جمع کل	۱۲۰۳۰	۷۳۶	۱۵۳۱

(منبع: مرکز مدیریت بیماری‌ها، داده‌های ثبت و گزارش شده تا پایان سال ۱۳۸۴)

از حیث شیوه‌های انتقال^۱ آلودگی اعتیاد تزریقی با ۶۳/۳۷٪ مهم‌ترین شیوه انتقال این بیماری در کشور محسوب می‌شود و شیوه‌های آمیزشی و فرآورده‌های خونی و انتقال از مادر به نوزاد به ترتیب با ۷/۲۸٪، ۱/۸۴٪ و ۰/۵۰٪ در مراتب بعدی قرار می‌گیرند. همچنین در ۲۷ درصد از کل موارد اچ آی وی /ایدز شیوه انتقال مشخص نشده است. تحلیل جدول شیوه‌های

1. Transmission routes

انتقال بیماری در سطوح سه گانه موارد آلوده به اچ آی وی / ایدز، بیماری ایدز و مرگ و میر ناشی از اچ آی وی / ایدز (جدول شماره ۴) تفاوت معنی داری را از نظر جنسیتی نشان می دهد. یعنی در حالی که در میان مردان اعتیاد تزریقی شیوه اصلی انتقال آلودگی است، برای زنان آمیزش شیوه اصلی انتقال آلودگی محسوب می شود.

جدول ۳. توزیع جنسی و سنی موارد مبتلا به اچ آی وی / ایدز، بیماری ایدز و مرگ و میر ناشی از اچ آی وی / ایدز در پایان سال ۱۳۸۴

گروه سنی	موارد آلوده به اچ آی وی/ایدز			مبتلا به ایدز			مرگ و میر ناشی از ایدز		
	مرد (%)	زن (%)	کل (%)	مرد (%)	زن (%)	کل (%)	مرد (%)	زن (%)	کل (%)
کمتر از ۵ سال	۲۳ (۰/۱۹)	۱۵ (۲/۱)	۳۸ (۰/۲۹)	۵ (۰/۲۳)	۱ (۱/۶)	۶ (۰/۱۸)	۶ (۰/۲۴)	۱ (۱/۷۵)	۷ (۰/۲۵)
۵ تا ۱۲ سال	۲۷ (۰/۲۲)	۲۰ (۲/۸)	۴۷ (۰/۳۶)	۱۲ (۱/۸)	۲ (۳/۲)	۱۴ (۱/۹)	۱۳ (۰/۹۳)	—	۱۳ (۰/۹۰)
۱۵ تا ۲۲ سال	۶۱۶ (۵)	۷۱ (۱۰/۱)	۶۸۷ (۵/۲۲)	۲۰ (۵/۸)	۳ (۶/۳)	۲۳ (۶)	۹۳ (۶/۳)	۲ (۶/۲۴)	۹۵ (۶/۲۴)
۲۵ تا ۳۲ سال	۲۸۵۳ (۳۱/۳)	۲۲۲ (۳/۱)	۳۰۷۵ (۳۱/۳)	۱۳۲ (۳۳/۱)	۲۰ (۳/۷)	۱۵۲ (۳۳/۸)	۳۹۶ (۳۲/۳)	۱۵ (۲/۰)	۵۱۱ (۳۲/۲)
۳۵ تا ۴۲ سال	۲۷۳۳ (۲۷/۱)	۱۵۲ (۳/۶)	۲۸۸۵ (۲۷/۱)	۲۳۸ (۳۳/۸)	۲۰ (۳/۷)	۲۵۸ (۳۳/۷)	۲۶۹ (۳۱/۶)	۱۹ (۳/۳)	۲۸۸ (۳۱/۶)
۴۵ تا ۵۳ سال	۱۶۱۱ (۱۳/۱)	۶۸ (۹/۶)	۱۶۷۹ (۱۳/۸)	۱۰۳ (۱۵/۳)	۱۱ (۱۷/۵)	۱۱۴ (۱۵/۵)	۲۲۸ (۱۵/۳)	۸ (۱/۳)	۲۳۶ (۱۵/۱)
۵۵ تا ۶۲ سال	۳۰۲ (۲/۵)	۳۰ (۳/۳)	۳۳۲ (۲/۵۵)	۲۱ (۳/۱)	۳ (۶/۳)	۲۵ (۳/۳)	۳۰ (۲/۰)	۵ (۸/۷)	۲۵ (۲/۳)
۶۵ سال و بیشتر	۳۰ (۰/۳۲)	۵ (۰/۲۱)	۳۵ (۰/۲۵)	۵ (۰/۲۳)	—	۵ (۰/۶۷)	۵ (۰/۳۳)	۳ (۵/۳)	۸ (۰/۵۷)
نامشخص	۲۱۲۹ (۲۵/۳)	۱۲۰ (۱/۷)	۲۲۴۹ (۲۳/۹)	۲۲ (۳/۳)	۱ (۱/۶)	۲۳ (۳/۱)	۱۲۲ (۹/۶)	۲ (۳/۵)	۱۳۳ (۹/۳)
جمع	۱۱۳۳۶ (۹۳/۶)	۷۰۴ (۵/۳)	۱۲۰۴۰ (۱۰۰)	۶۷۲ (۹/۳)	۶۳ (۸/۶)	۷۳۵ (۱۰۰)	۱۲۸۲ (۹/۳)	۵۷ (۳/۷)	۱۵۳۹ (۱۰۰)

(منبع: مرکز مدیریت بیماری‌ها، داده‌های ثبت و گزارش شده تا پایان سال ۱۳۸۴).

جدول ۴. توزیع جنسی موارد مبتلا به اچ آی وی /ایدز، بیماری ایدز و مرگ و میر ناشی از اچ آی وی /ایدز برحسب شیوه انتقال آلودگی در پایان سال ۱۳۸۴

شیوه انتقال ^a (TR)			موارد آلوده به اچ آی وی			مبتلا به ایدز			مرگ و میر ناشی از ایدز		
مرد	زن	کل	مرد	زن	کل	مرد	زن	کل	مرد	زن	کل
(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
۸۱۸۹	۲۳	۸۲۱۲	۲۸۷	۱	۲۸۸	۱۰۶۷	۱۰	۱۰۷۷	۳۹۸	۰	۳۹۸
(۹۹/۱)	(۰/۹)	(۹۹/۷)	(۹۹/۷)	(۰/۳)	(۹۹/۷)	(۹۹/۱)	(۰/۹)	(۹۹/۱)	(۳۹/۸)	(۰/۰)	(۳۹/۸)
۵۷۵	۳۷۳	۹۴۸	۱۰۹	۳۲	۱۵۱	۱۲۵	۳۱	۱۵۶	۱۵۶	۳۱	۱۸۷
(۶۰/۶)	(۳۹/۳)	(۷۷/۸)	(۷۷/۷)	(۳۷/۸)	(۲۰/۵)	(۸۰/۱)	(۱۹/۹)	(۱۰/۱)	(۱۰/۱)	(۱۹/۹)	(۲۰/۵)
۲۲۲	۱۷	۲۳۹	۱۱۶	۷	۱۲۳	۱۱۳	۹	۱۲۲	۱۳۳	۹	۱۴۲
(۲۶/۹)	(۷/۱)	(۱۸/۳)	(۲۳/۸)	(۵/۷)	(۱۶/۷)	(۱۲/۷)	(۲/۳)	(۸/۱)	(۱۳/۳)	(۲/۳)	(۱۲/۷)
۳۵	۳۱	۶۶	۱۰	۲	۱۲	۹	۱	۱۰	۱۰	۱	۱۱
(۵/۳)	(۳/۷)	(۰/۵۰)	(۸/۲۳)	(۱۶/۷)	(۱/۶۳)	(۹/۰)	(۱/۰)	(۰/۴۳)	(۰/۴۳)	(۱/۰)	(۹/۰)
۳۳۱۴	۲۰۸	۳۵۲۲	۵۱	۱۱	۶۲	۱۶۹	۶	۱۷۵	۱۷۵	۶	۱۸۱
(۹۲/۱)	(۵/۱)	(۳/۷)	(۸/۲۳)	(۱۷/۷)	(۸/۳۲)	(۱۶/۹)	(۲/۳)	(۱۱/۲۵)	(۱۱/۲۵)	(۲/۳)	(۱۶/۹)
۱۳۳	۷۰۴	۸۳۷	۶۳۳	۶۳	۷۰۰	۱۲۸	۵۷	۱۸۵	۱۵۳۱	۵۷	۱۵۸۸
(۳/۶)	(۵/۳)	(۱۰/۰)	(۹/۱/۳)	(۸/۶)	(۱۰/۰)	(۹/۶/۳)	(۳/۷)	(۱۰/۰)	(۱۰/۰)	(۳/۷)	(۹/۶/۳)

a انتقال از طریق معنادان تزریقی (IDUs)، انتقال از طریق روابط جنسی یا آمیزشی (ST)؛ انتقال از طریق خون و فرآورده‌های خونی (BT)؛ انتقال از طریق مادر به نوزاد (NIMs)
(منبع: مرکز مدیریت بیماری‌ها، داده‌های ثبت و گزارش شده تا پایان سال ۱۳۸۴).

همچنین تحلیل جدول شیوه‌های انتقال آلودگی برحسب ساختار سنی افراد مبتلا به اچ آی وی /ایدز تفاوت معنی‌داری را نشان می‌دهد. برای مثال در حالی‌که اکثر موارد آلودگی ناشی از اعتیاد تزریقی و آمیزشی را گروه‌های سنی ۲۵ تا ۳۴ و ۳۵ تا ۴۴ ساله تشکیل می‌دهند، این وضعیت برای آلودگی‌های خونی به گروه سنی پایین‌تر یعنی دامنه سنی ۱۵ تا ۳۴ ساله میل می‌کند. همچنین، همان‌طور که انتظار می‌رود، بیش از ۸۳ درصد از موارد آلودگی ناشی از انتقال از مادر به نوزاد در دامنه سنی صفر تا چهارده ساله قرار دارند (جدول شماره ۵).

جدول ۵. توزیع سنی موارد آلوده به اچ آی وی / ایدز بر حسب شیوه انتقال آلودگی

گروه سنی)	(IDUs) (%)	(ST) (%)	(BT) (%)	(NIMS) (%)	نامشخص (%)	جمع (%)
کمتر از ۵ سال	—	۵(۰/۵۲)	۱۱(۲/۵۸)	۲۳(۴۶/۲۶)	۷(۰/۲۰)	۳۷(۰/۴۶)
۱۳ تا ۵ سال	—	—	—	۳۱(۳۶/۹۶)	۷(۰/۲۰)	۳۸(۰/۲۹)
۱۵ تا ۲۳ سال	۲۳۳(۵/۶)	۶۰(۶/۲۲)	۵۰(۲۰/۸۳)	۳(۲/۵)	۱۱۰(۳۱/۲۲)	۶۸۷(۵/۲۲)
۲۳ تا ۲۵ سال	۲۹۸(۳/۶)	۳۱۸(۳/۵۳)	۷۶۳(۱/۶۶)	۵(۲/۵)	۶۹۷(۹/۲۲)	۲۰۷۷(۳۱/۲۶)
۲۵ تا ۳۳ سال	۷۱۳۵(۲۵/۹۶)	۲۵۸(۲/۱۸)	۳۳(۱/۷/۱۹)	۱(۱/۵)	۳۳۸(۱۲/۳۲)	۷۸۸۵(۲۲/۱۲)
۳۵ تا ۵۳ سال	۱۰۵۱(۱۲/۷۱)	۱۵۲(۱/۶/۱۲)	۲۵(۱/۳/۵۸)	—	۳۴۰(۱۲/۳۹)	۱۶۷۹(۱۲/۸۷)
۵۵ تا ۶۳ سال	۱۷۳(۲/۱۱)	۵۸۶(۲/۱۱)	۱۲(۵)	—	۸۹(۲/۱۲)	۳۳۳(۲/۵۵)
۶۵ سال و بیشتر	۲۰(۰/۲۳)	۹(۰/۹۲)	۶(۲/۵)	—	۱۰(۰/۲۸)	۲۵(۰/۳۲)
نامشخص	۱۳۳۸(۱۷/۲۳)	۸۸۹(۱/۲۷)	۷(۲/۹۱)	۲(۳)	۱۷۲۳(۳۸/۹۵)	۲۲۳۹(۲۵)
جمع (%)	۸۲۶۲(۱۰۰)	۹۳۹(۱۰۰)	۲۴۰(۱۰۰)	۶۶(۱۰۰)	۲۵۱۲(۱۰۰)	۱۲۰۳۰

(منبع: مرکز مدیریت بیماری‌ها، داده‌های ثبت و گزارش شده تا پایان سال ۱۳۸۴).

برای بسیاری از کارشناسان مستقل داخلی، سازمان‌های غیردولتی (NGOs) و سازمان‌های بین‌المللی، آمار فوق نمی‌تواند سیمای واقعی مسئله را در کشور نشان دهد. مطابق نظر این عده، با توجه به تعریف خاص از مسئله و انتصاب آن به گروهی از مردم با ارجحیت‌های جنسی یا سبک زندگی خاص و نهایتاً تبدیل آن به یک داغ یا ننگ اجتماعی چندبعدی، اعتبار و روایی حاکم بر داده‌ها، دوره نهفتگی طولانی بیماری و پاسخ ضعیف یا غفلت از آن (به نوعی انکار صورت مسئله توسط طرح‌کنندگان و تصمیم‌سازان اصلی مسئله در جامعه) و دلایل دیگر در دو دهه گذشته، داده‌های ثبت و گزارش شده توسط مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بهترین شرایط می‌تواند به مثابه «نوک یک کوه یخی»^۱ تلقی شود. حتی متولیان و مسئولان مستقیم داده‌های اچ آی وی / ایدز در وزارت بهداشت و درمان نیز آمار واقعی را به مراتب بیشتر از داده‌های گزارش شده می‌دانند. برای مثال، رئیس مرکز مدیریت

۱. در بحث اچ آی وی / ایدز اصطلاح کوه یخی (The tip of the iceberg) را برای اولین بار خدیجه معلی (Khadija Moalla) مسئول هماهنگی برنامه اچ آی وی / ایدز منطقه‌ای عرب برنامه توسعه ملل متحد (UNDP) در توصیف یا انتقاد از ماهیت پنهان و خطرناک مسئله در خاورمیانه و کشورهای عربی و واکنش ضعیف و در مواردی انکار نابه‌جای وجود و گستره مسئله توسط حکومت این کشورها به کار برده است [ال فکی (EL Feki) ۲۰۰۶].

بیماری‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، با استناد به استانداردهای سازمان بهداشت جهانی^۱ تصریح می‌کند که تعداد واقعی موارد آلوده به اچ آی وی / ایدز در کشور می‌تواند پنج برابر بیشتر از موارد ثبت و گزارش شده باشد (اسفندیاری^۲ ۲۰۰۳).

علاوه بر این، طبق برآورد اخیر سازمان ملل در یک پیش‌بینی متوسط ۶۶ هزار نفر (بافاصله حداقل و حداکثری ۳۶ تا ۱۶۰ هزار نفر) در کشور آلوده به اچ آی وی / ایدز هستند. مقایسه این برآورد با چند کشور مسلمان و هم‌تراز خاورمیانه مؤید وضعیت نه‌چندان مطلوب ایران در رابطه با مسئله اچ آی وی / ایدز است. مطابق برآورد سازمان ملل، در حالی‌که ایران با جمعیتی حدود ۶۹/۵۱۵/۰۰۰ نفر دارای آمار آلودگی [۳۶۰۰۰ - ۱۶۰۰۰۰] ۶۶۰۰۰ است، این آمار برای پاکستان (با جمعیت ۱۵۷/۹۳۵/۰۰۰) و ترکیه (با جمعیت حدود ۷۳/۱۹۳/۰۰۰) به ترتیب برابر [۲۱۰۰۰۰ - ۴۶۰۰۰] و [۵۰۰۰ - ۲۰۰۰] است (برنامه مشترک ملل متحد در مورد ایدز ۲۰۰۶).

برخی حتی از این فراتر رفته‌اند و نه تنها داده‌های رسمی مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را واقعی نمی‌بینند، بلکه هرگونه پیش‌بینی یا برآورد مبتنی بر آن (برای مثال برآوردهای سازمان ملل) را نیز گویای واقعیت‌های مسئله اچ آی وی / ایدز نمی‌دانند. برای مثال، «غیرتمند و همکارانش»^۳ ضمن تأکید روی شرایط نامعین اچ آی وی / ایدز در ایران معتقدند که:

داده‌های درست بخش اجتناب‌ناپذیری از تصمیم‌گیری‌اند، در حالی‌که قضاوت کارشناسی مستلزم تفسیر نتایج استنباط آماری رسمی است. داده‌های ارائه شده توسط مرکز مدیریت بیماری‌های ایران به نظر نمی‌رسد که گویای جمعیت کل [موارد مربوط به اچ آی وی / ایدز] باشد و بنابراین نمی‌تواند برای برآورد تعداد واقعی بیماران [ایدز] مورد استفاده قرار گیرد (غیرتمند و دیگران ۲۰۰۵: ۲۷۹ - ۲۸۰).

برای بسیاری، یک چنین شرایط نامعین و در واقع نوعی بلاتکلیفی در تعریف، ترسیم سیمای واقعی، و حل یا تعدیل مسئله نه‌تنها زمان حال را در برمی‌گیرد بلکه حتی شکل تشدید یافته و (شاید با برداشتی بدبینانه) نامیدکننده آن در آینده نه‌چندان دور قابل مشاهده خواهد بود. با وجود یک چنین شرایطی، از دیدگاه جمعیت‌شناسی اجتماعی - انتقادی می‌توان تحولات زیر را برای مسئله اچ آی وی / ایدز در کشور متصور شد:

1. World Health Organization (WHO) 2. Esfandiari
3. Gheiratmand

۱) آلودگی جمعیت: با توجه به وجود مسائل اجتماعی آشکار و پنهان غیرقابل انکار در جامعه، چون اعتیاد، تکدی‌گری، کودکان خیابانی، روسپیگری، دختران فراری، خشونت علیه زنان و نظایر آن و فقدان برنامه‌های کاری و سیاست‌های اجتماعی طولانی مدت و پارادایم - محور برای خوشه مسائل فوق، اپیدمی اچ آی وی / ایدز می‌تواند کل جمعیت یا بخش قابل ملاحظه‌ای از آن را آلوده کند، تجربه یا به عبارت بهتر غفلتی که به اشکال و در بسترهای اجتماعی و اقتصادی دیگر در بسیاری از کشورهای آفریقایی جنوب صحرا مثل آفریقای جنوبی و آسیایی مثل تایلند مشاهده شده است (قاضی طباطبایی و ودادهیر^۱ ۲۰۰۵).

۲) تحوّل جنسی و سنی: همان‌طور که «مینو محرز»، از فعالان و متخصصان مبارزه اچ آی وی / ایدز در کشور، نیز به آن اشاره کرده است، یک نوع تحوّل جنسی و سنی در زمینه اپیدمی در حال وقوع است (محرز ۱۳۸۴). این تحوّل قبل از هر چیزی می‌تواند از طریق تحوّل در شیوه‌های انتقال و درجه اهمیت آن‌ها خود را منعکس کند. به نظر می‌رسد که در آینده نه‌چندان دور شیوه انتقال آمیزشی جایگزین اعتیاد تزریقی خواهد شد. این حرکت با توجه به دلایل زیر قابل توجیه است: ۱) جوان بودن و به لحاظ جنسی فعال بودن جمعیت کشور، افزایش سن ازدواج و وجود بازار زیرزمینی و غیرقابل انکار روسپیگری خصوصاً در شهرهای بزرگ کشور (مهریار و احمدنیا^۲ ۲۰۰۴) می‌تواند موارد آلودگی‌های آمیزشی را افزایش دهد. ۲) با توجه به وجود نابرابری در قدرت جنسیتی و موضع ضعیف زنان در چانه‌زنی‌های جنسیتی در سطوح متفاوت و در مواردی حتی حضور و تسلط برخی گفتمان‌ها و قرائت‌ها و اصول دینی در جامعه مثل «اصل تکلیف و تمکین مطلق زن از مرد» (شهیدیان^۳ ۲۰۰۳) خصوصاً در چارچوب خانواده و روابط زناشویی، آلودگی‌های شایع در میان معتادین و زندانیان (به عنوان مهم‌ترین گروه آلوده) به تدریج قابل تسری به کل جمعیت خصوصاً زنان و فرزندان آن‌هاست. این داعیه وقتی قابل قبول‌تر خواهد بود که بدانیم از تقریباً ۲ میلیون معتاد ۲۰۰ تا ۳۰۰ هزار نفر معتاد تزریقی و اکثراً متأهل هستند و داشتن شرکای جنسی چندگانه (خارج از خانواده) در میان آن‌ها مرسوم است (زمانی^۴ ۲۰۰۵؛ مهریار و احمدنیا ۲۰۰۴). بنابراین یک نوع تحوّل جنسی از مردان به زنان و از افراد میانسال به جوانان و نوجوانان محتمل به نظر می‌رسد.

۳) جمعیت فقیر: همان‌طور که تجربه ملی بسیاری از کشورها از جمله ایالات متحده آمریکا به عنوان خاستگاه اصلی اچ آی وی / ایدز و همین‌طور حرکات جمعیتی اپیدمی از کشورهای شمال و غنی به کشورهای جنوب و فقیر نشان می‌دهد، فقرا و افراد پایین‌دست جامعه با توجه

1. Ghazi Tabatabaie & Vedadhir

2. Mehryar & Ahmad-Nia

3. Shahidian

4. Zamani

به فشارهای ساختاری مضاعف و نهایتاً شانس کمتر برای انتخاب سبک زندگی مثبت و دور از رفتارهای مخاطره‌آمیز، در واقع شانس خود را برای ابتلا به انواع بیماری‌ها از حاد و مزمن گرفته تا عفونی و مقاربتی مثل اچ آی وی / ایدز افزایش می‌دهند. بنابراین با تأسی از نظریه‌های مطرح در رویکرد برساخت‌گرایی رادیکال (پارادایم سوم) و همین‌طور این عبارت معروف در «جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی»^۱ یعنی «فقر جرم‌زاست»، در حال حاضر این را می‌توان یک حقیقت دانست که «فقر بیماری‌زا و [به‌طور مشخص‌تر] ایدز زاست».

همچنین بررسی رویکردها، برنامه‌های کاری، مداخله‌ها و حتی بدنه دانش تولید شده درباره مسئله اچ آی وی / ایدز در کشور همگی از تسلط رویکرد ریسک‌های رفتاری (پارادایم اول) و رویکردهای همسو با تفکر زیست‌پزشکی و فردگرایانه بر آن‌ها حکایت می‌کند. بررسی‌های بیشتر نشان می‌دهد که مطالعه مسئله با رویکردهای جامعه‌شناختی‌تر، برساخت‌گرایانه‌تر و جمعیت‌شناختی‌تر (البته جمعیت‌شناسی انتقادی) عملاً جایگاهی در برنامه‌های کاری، طرح‌های مطالعاتی و مداخله‌های احتمالی مسئله در طول تقریباً دو دهه گذشته نداشته است و اکثر مطالعات توسط اپیدمیولوژیست‌ها، کارشناسان سلامت عمومی، کارشناسان کلینیکی و دیگر متخصصان حوزه‌های پزشکی و پیراپزشکی و عمدتاً با اتکا به رویکردهای زیست‌پزشکی، پاتوژنیک، غیراجتماعی (فردگرایانه)، غیرجمعیت‌شناختی، اپیدمیولوژیک و تقلیل‌گرایانه صورت گرفته است. برای مثال، مطالعات مقطعی قابل توجهی کلاً توسط متخصصان حوزه‌های پزشکی و پیراپزشکی به منظور بررسی و اندازه‌گیری دانش، نگرش و رفتار / عمل مردم عادی و گروه‌های حرفه‌ای (مثلاً پرستاران بخش‌های عفونی مراکز درمانی) به بیماری و بیماران اچ آی وی / ایدز صورت گرفته است و پیشنهادها و مداخله‌هایی را توصیه کرده‌اند که به اتفاق بر آموزش بهداشت و تغییر رفتارها و نگرش‌های فردی متکی است (طاووسی^۲ و دیگران ۲۰۰۴؛ زالی^۳ و دیگران ۲۰۰۴؛ منتظری ۲۰۰۵؛ سیمبار^۴ و دیگران ۲۰۰۵؛ عسکریان و دیگران ۲۰۰۶؛ محمدی و دیگران ۲۰۰۶).

مروری بر تاریخ مسئله اچ آی وی / ایدز در سطح بین‌الملل نشان می‌دهد که اکثر نظام‌های سیاسی حاکم بر جوامع از یک چنین رویکرد رفتاری و فردی استقبال کرده و می‌کنند. طبیعتاً «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» نیز نه تنها از این قاعده مستثنی نیست بلکه حتی به نظر می‌رسد که استقبال گرم‌تری نیز از آن داشته است. این امر می‌تواند به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم به موارد زیر مرتبط باشد:

- | | |
|---------------------------------------|-------------|
| 1. Sociology of Social Problems (SSP) | 2. Tavooosi |
| 3. Zali | 4. Simbar |

– تعاریف، قرائت‌ها و برنامه‌های کاری زیست‌پزشکی و فردگرایانه در مقام مقایسه با رویکردهای دیگر، فهم‌پذیرتر، ساده‌تر، خطی‌تر (برداشت خطی) و در کل تفسیرپذیرتر است.
 – رویکردهای فردگرایانه، رفتاری و زیست‌پزشکی با پزشکی کردن^۱ و بهداشتی کردن^۲ مسائل اجتماعی و مرتبط با سلامتی، از جمله اچ‌آی‌وی / ایدز و با ارائه تعریف‌ها و تبیین‌های تقلیل‌گرایانه و بسترزدایانه^۳ از مسائل اجتماعی و جمعیتی، در واقع مسئولیت‌پذیری اجتماعی دولت‌ها را در مقابل شهروندان تعدیل می‌کنند و عملاً شهروندان را در مقابل رفتارهای منفی (مثلاً رابطه جنسی مخاطره‌آمیز یا مثبت خود یا مسئول و بر ضرورت اصلاح یا تغییر دانش، نگرش و رفتار آن‌ها از طریق آموزش‌های بهداشتی یا مداخلات پزشکی - بهداشتی فردی تأکید می‌کنند (ویتزکین^۴ ۱۹۸۶).

– پزشکی کردن و بهداشتی کردن مسائل اجتماعی و جمعیت‌شناختی در واقع فرایندهای اجتماعی - تکنولوژیک هستند که می‌توانند در خدمت اهداف ایدئولوژیک و حرفه‌ای قرار گیرند (فریدسون^۵ ۱۹۷۰؛ کرفورد^۶ ۱۹۸۰؛ کونراد^۷ ۱۹۹۲) و قلمرو انحصاری، منافع، مشروعیت و نهایتاً صلاحیت فعلی و آتی حرفه‌ها و تخصص‌های پزشکی و پیراپزشکی را در پرداختن به مسائل (یا در حقیقت تصاحب آن‌ها) و نهایتاً مدیریت آن‌ها تضمین کند (اشکال پزشکی کنترل اجتماعی)^۸.

– در حالی که طبق نظر برساخت‌گرایان، در اکثر جوامع دولت‌ها و سازمان‌های دولتی در واقع مخاطبین و گیرندگان دعاوی اقامه شده توسط گروه‌ها، افراد و سازمان‌های فعال در بازی مسائل اجتماعی اند (پارلاک ۲۰۰۶)، به نظر می‌رسد که در جامعه ایران و در بازی مسئله اچ‌آی‌وی / ایدز «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» در واقع نه تنها دریافت‌کننده دعاوی اقامه شده درباره مسئله نیست، بلکه اقامه‌کننده بی‌رقیب دعاوی در فرآیند تعریف و عاملیت مسئله است (هژمونی در برساخت مسئله مشروعیت بخشی و مداخله در آن).

از دیدگاه جمعیت‌شناسی انتقادی، تحلیل وضعیت اچ‌آی‌وی / ایدز و برنامه‌های ملی اعمال شده و در دست اجرا مؤید یک غفلت یا خلأ اساسی در کشور است که کم‌توجهی به آن می‌تواند به اندازه غفلت از خود مسئله در گذشته نه‌چندان دور زیان‌بار باشد. این خلأ در واقع دادن سهم ناچیز یا بی‌توجهی به پارادایم‌های متأخر در مطالعات اچ‌آی‌وی / ایدز و علوم تولیدکننده دانش

1. Medicalization

2. Healthicization

3. Decontextualized

4. Waitzkin

5. Friedson

6. Crawford

7. Conrad

8. Medical Forms of Social Control

آن از جمله جمعیت‌شناسی و پارادایم‌های متأخر آن در رویکردها، برنامه‌های کاری و مداخله‌های مربوط به اچ آی وی / ایدز در کشور است. به نظر می‌رسد که تشخیص این خلأ و تأمین دانش مورد نیاز آن بر عهده «جمعیت‌شناسی اجتماعی - انتقادی اچ آی وی / ایدز» است که در مقایسه با جمعیت‌شناسی متعارف و علوم سازگار با آن، مثل اپیدمیولوژی و اپیدمیولوژی اجتماعی، رسالت، دعاوی و بینش و دانش متفاوت‌تر، اجتماعی‌تر و مدرن‌تری را تولید می‌کند و ارائه می‌دهد که کم و بیش در بخش قبلی مقاله مورد بحث قرار گرفت.

بحث و نتیجه‌گیری

در این مقاله ما کوشیدیم شرح کوتاهی از پارادایم‌های موجود در مطالعات اجتماعی اچ آی وی / ایدز و تحولات آن در ربع قرن گذشته نشان دهیم. همان‌طور که نشان داده شد، سه پارادایم فکری «ریسک‌های رفتاری»، «معانی فرهنگی (برساخت‌گرایی اجتماعی)» و «عوامل ساختاری (برساخت‌گرایی رادیکال)» به ترتیب در دهه اول مسئله (۱۹۸۰ تا تقریباً ۱۹۸۸)، اواخر دهه ۱۹۸۰ تا میانه دهه ۱۹۹۰ و اواخر دهه ۱۹۹۰ تاکنون در مطالعات اجتماعی توسعه یافته‌اند و امروزه مطالعات اجتماعی اچ آی وی / ایدز در واقع یک حوزه مطالعاتی، سیاست‌گذاری و مداخلاتی چندپارادایمی است. همچنین در این مقاله خلاصه‌وار «جمعیت‌شناسی اجتماعی - انتقادی اچ آی وی / ایدز» را به عنوان شاخه‌ای جدید از علم جمعیت‌شناسی معرفی کردیم و خصوصیات، جایگاه و توانایی‌های آن در برنامه‌های کاری، مداخله‌ها و در کل مطالعات اجتماعی اچ آی وی / ایدز را نشان دادیم. در حالی که جمعیت‌شناسی متعارف یا برداشت متعارف از جمعیت‌شناسی، پتانسیل‌های بالایی برای سازگاری با پارادایم اول (رویکرد رفتارگرایانه و اپیدمیولوژیک) مطالعات اجتماعی اچ آی وی / ایدز دارد، جمعیت‌شناسی اجتماعی - انتقادی اچ آی وی / ایدز، ضمن داشتن کلیه شرایط و ویژگی‌های شکل متعارف، رویکردی جدید، انتقادی و اجتماعی‌تر نسبت به مسئله داشته است و نه تنها سازگاری بالایی با پارادایم‌های متأخر در مطالعات اجتماعی اچ آی وی / ایدز دارد، بلکه سهم درخوری در تأمین دانش و دعاوی این پارادایم‌ها و طراحی برنامه‌های کاری و مداخله‌های مستخرج از آن‌ها دارد. این مقاله نهایتاً کوشید بر اساس داده‌ها و اطلاعات موجود و در دسترس، یک تحلیل وضعیت و سیمای جمعیتی متعارف از اچ آی وی / ایدز، تحولات و دورنمای آن در کشور ارائه کند. بررسی اجمالی روند تحولات و گستره مسئله در کشور و همین‌طور تجارب بین‌الملل در

مطالعه و مدیریت مسئله، خصوصاً در کشورهای آفریقایی و آسیایی در ربع قرن گذشته، در مجموع نشان می‌دهد که مسائل اجتماعی-پزشکی پیچیده، فراگیر و چندبعدی چون اچ آی وی / ایدز قویاً با زمینه‌های فرهنگی، اجتماعی، اقتصاد سیاسی و در کل عوامل ساختاری جوامع مرتبط هستند و نمی‌توان آن‌ها را به رفتار یا ریسک‌های رفتاری (نوعی بسترزدایی اجتماعی و سیاسی^۱) نهایتاً قابل مدیریت از طریق آموزش‌های بهداشتی-پزشکی یا افزایش سواد سلامتی افراد و مداخله صرف در دانش، نگرش و رفتار افراد تقلیل داد. بررسی ادبیات و دانش موجود در مطالعات اجتماعی اچ آی وی / ایدز نشان می‌دهد که هیچ فرد، گروه یا جمعیت خاصی به لحاظ ژنتیکی استعداد متفاوت و قابلیت بالاتری برای ابتلا به این بیماری ندارد، بلکه آنچه که آن‌ها را متفاوت، مصون یا آسیب‌پذیر می‌کند، عوامل ساختاری اجتماعی و مرتبط با اقتصاد سیاسی کشورها و جمعیت‌هاست که برخورد صحیح با آن در واقع مستلزم دانش و مداخله متناسب با خود (شالوده‌سازی و توانمندسازی اجتماعی، سیاسی و اقتصادی) است. نیل به این دانش و توانایی در مدیریت و نهایتاً اتخاذ یک مداخله اجتماعی فراگیر درباره اچ آی وی / ایدز در کشور مستلزم به‌کارگیری پارادایم‌ها، نظریه‌ها و در کل دانشی است که در علوم اجتماعی و انسانی و به‌طور مشخص‌تر و مهم‌تر در «جمعیت‌شناسی اجتماعی-انتقادی سلامتی» تولید می‌شود.

قدردانی

آقای ایوب زارعی و خانم سهیلا بابامرادی، از طریق کمک به نگارندگان در دسترسی به داده‌ها و اطلاعات مربوط به اچ آی وی / ایدز سهم ارزنده‌ای در تدوین مقاله حاضر داشته‌اند که بدین‌وسیله مراتب سپاس و امتنان خویش را از ایشان اعلام می‌داریم.

منابع

- محرز، مینو (۱۳۸۴) «ایدز در ایران عبور از مرز ۱۰ هزار نفر، روزنامه شرق، سال دوم، شماره ۴۵۳، (۲۹ فروردین ۱۳۸۴).
- مرکز مدیریت بیماری‌ها (۱۳۸۵) «آمار اچ آی وی / ایدز در کشور تا پایان اسفند ماه سال ۱۳۸۴»، تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

1. Socio-political decontextualization

همبستگی (۱۳۸۵) «رشد ایدز در ایران؛ روزانه ۴۰ نفر» شماره ۱۷۰۳ (۱۰ آبان ۱۳۸۵).

- Ajzen, I., Fishbein, M. (1980) *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Ajzen, I. & Madden, T. J. (1986) "Prediction of Goal-Directed Behavior: Attitudes, Intentions, and Perceived Behavioral Control", *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453, 474.
- Alonzo, A. A. & Reynolds, N. R. (1995) "Stigma, HIV and AIDS: An Exploration and Elaboration of a Stigma Trajectory", *Social Science & Medicine*, Vol. 41, No. 3, pp. 303-315.
- Altman, D. (1999) "Globalization, Political Economy, and/AIDS," *Theory and Society*, Vol. 28, pp. 559-584.
- Askarian, M., Hashemi, Z., Jaafari, P. & Assadian, O. (2006) "Knowledge about HIV Infection and Attitude of Nursing Staff Toward Patients with AIDS in Iran", *Infection Control and Hospital Epidemiology*, Vol , 27, No. (January), pp. 48-53.
- Bandura, A. (1977) *Social Learning Theory*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.
- Bandura, A. (1983) "Self-Efficacy Determinants of Anticipated Fears and Calamities". *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 464-469.
- Bandura, A. (1986) *Social Foundations of Thought: A Social Cognitive Theory*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.
- Becker, M. H., ed. (1984) "The Health Belief Model and Personal Health Behavior", *Health Education Monographs*, 2:324-473.
- Becker, M. H., et al. (1977) "Selected Psychosocial Models and Correlates of Individual Health-related Behaviors. *Med Care* 15 (Suppl): 27-46.
- Bolton, R. & M. Singer, eds (1993) "Introduction: Rethinking HIV Prevention: Critical Assesments of The Content and Delivery of AIDS Risk-Reduction Messages", in: *Rethinking AIDS Prevention: Cultural Approaches*, pp. 1-5, New York, Gordon and Beach.
- Bloor, M. (1995) *The Sociology of HIV Transmission*, London: Sage Publications.
- Boone, C., & Batsell, J. (2001) "Politics and AIDS in Africa: Research Agendas in Political Science and Internationl Relations", *Africa today*, No. 4, pp. 2-23.
- Brown, P. (2000) "Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness", In: Brown, Phil (ed.) *Perspectives in Medical Sociology*, 3rd edition, Prospect Hieghts, IL: Waveland Press, Inc., pp. 74-103.

- Busenberg, S., Cooke, K. & Thieme, H, (1991) "Demographic Change and/Persistence of HIV/AIDS in a Heterogeneous Population", *SIAM Journal on Applied Mathematics*. Vol. 51, No. 4 pp. 52-1030.
- Caldwell, J. C. (1996) "Demography and Social Science", *Population Studies*, Vol. 50, pp. 305-333.
- Caldwell, J. C., Caldwell, P. & I. O. Orubuloye (1992) "The family and sexual networking in sub-Saharan Africa: historic regional differences and present day implications", *Population Studies*, 46 (3), 1992), pp. 385-410.
- Carlson, R. G. (1996) "The Political Economy of AIDS among Drug Users in the United States", *American Anthropologists*, New Series, Vol. 98, No. 2 (june), pp. 266-287.
- Cockerham, W. C (2004) "Health as a Social Problem", In: Ritzer, George (ed.) *Handbook of Social Problems: A Comprehensive International Perspective*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, pp. 271-315.
- Conrad, P. (1992) "Medicalization and Social Control", *Annual Review of Sociology*, Vol. 18, pp. 209-320.
- Crawford, R. (1980) "Healthism and the Medicalization of Everyday life". *International Journal of Health Services*, Vol. 1, pp. 365-388.
- Crawford, C. S. (2004) "Actor Network Theory" in: Ritzer, G. (ed.) *Encyclopedia of Social Theory*, Thous and Oaks, CA: Sage Publications, pp. 1-3.
- Devine, P. G., Plant, E. A., & Harrison, K. (1999) "The Problem of "Us" versus "Them" and AIDS Stigma", *American Behavioral Scientists*, Vol. 42, No. V (April), pp. 1212-1228.
- Ebrahimi Tavani, M. (2001) "Overview on HIV/AIDS and Women in Iran", 25th International Congress of the Medical Women's International Association, Australia, at: <http://mwia.regiona.org.au>.
- El Feki, S. (2006) "Middle-Eastern AIDS Efforts are Starting to Tackle Taboos, The Lancet", *World Report*, Vol. 367 (25 March, 2006), pp. 975-976, at: <http://www.thelancet.com>.
- Esfandiari, F. (2003) "Iran: Tehran Begins to Confront the Time Bomb of HIV/AIDS", at: <http://www.payvand.com/news/03/nov/1073.html>.
- Feldman, D. A. & T. M. Johnson (eds.) (1986) *Social Dimensions of AIDS*, New York: Praeger.
- Freidson, E. (1970) *Profession of Medicine*, Chicago: The University of Chicago Press.
- Ghazi Tabatabaie, M. & Vedadhir, A. (2005) "Sociology of STDs and AIDS In Iran: A

- Critical Review", Paper Presented at the 3th World Congress of International Institute of Sociology, 5-9 July 2005, Stockholm, Sweden.
- Gheiratmand, R., Navipour, R., Mohebbi, M. R. & Mallik, A. K. (2005) Uncertainty on the Number of HIV/AIDS Patients: Our Experience in Iran", *Sex Transmitted Infection*, Vol. 81, pp. 279-280.
- Giami, A. (2002) "AIDS Prevention as Medicalization of Sexuality", *BMJ*, Vol. 2 (August), P. 467.
- Goffman, Erving (1959) *The Presentation of self in Everyday life*, Doubleday: Garden City, New York.
- Goffman, Erving (1963) *Stigma*, Prentice-Hall: Englewood Cliffs, New Jersey.
- Gould, W. T. S. (2005) "Vulnerability and HIV/AIDS in Africa: From Demography to Development", *Population, Space and Place*, Vol. 11, pp. 473-484.
- Greenhalgh, S.(1996) "The Social Construction of Population Science: An Intellectual, institutional, and Political History of Twentieth-Century Demography", *Comparative History of Society and History*, Vol. 38, No. 1, pp. 26-66.
- Herek, G. M. & Capitanio, J. P. (1999) AIDS Stigma and Sexual Prejudice, *American Behavioral Scientist*, Vol. 42, No. 7 (april), pp. 1130-1147.
- Heuveline P. (2003) "HIV and Population Dynamics: A General Model and Maximum-Likelihood Standards for East Africa," *Demography*, Volume 40, NO. 2 (May 2003), pp. 217-245.
- Horton, H. D. (1999) "Critical Demography: The Paradigm of the Future?" *Sociological Forum*, Vol. 14, No. 3 (Sep. 1999), pp. 363-367.
- Ingstad, B. (1990) "the Cultural Construction of AIDS and its Consequences for Prevention in Botswana", *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol.4, No. 1, pp. 28-40.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2006) "Report on the Global AIDS Epidemic: A UNAIDS 10th anniversary Special Edition", Geneva: Swaziland: World Health Organization, at: http://www.Unaids.org/en/HI_data/2006/GlobalReport/default.asp.
- Kirschner, D. E. (1996) "A Diffusion Model for AIDS in a Closed, Hetrosexual Population: Examining rates of Infection", *SIAM Journal on Applied Mathematics*, vol. 56, No. 1 (Feb. 1991), pp. 143-166.
- Lemelle, A. J., Harrington, C. & Leblanc, A. J.(eds.) (2000) *Reading in The Sociology of AIDS*, Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall
- Lichtenstein, B. (2004) "AIDS as a Social Problem: The Creation of Social Pariahs in

- the Management of an Epidemic", In: Ritzer, George (ed.) *Handbook of Social Problems: A Comprehensive International Perspective*, Thousand Oaks. CA: Sage Publications pp. 314-316.
- Loseke, D. R. (2003) *Thinking about Social Problems: An Introduction to Social Constructionist Perspectives*, New York: Aldine de Gruyter.
- Marmot, M., & R. G. Wilkinson (2006) *Social Determinants of Health*, New York: Oxford University Press.
- Mehryar, A. H. and S. Ahmad-Nia (2004) "Sex and Sex Education in Iran", Working Paper, Ministry of Science, Technology and Research, Population Studies and Research Center For Asia and the Pacific.
- Mohammadi, M. R., Mohammad, K., Farahani, F. K. A., Alikhani, S., Z., Mohammad, Tehrani, F. R. Ramezankhani, A. & Alaeddini, F.(2006) "Reproductive Knowledge, Attitudes and Behavior among Adolescent Males in Tehran, Iran", *International Family Planning Perspective*, Vol. 32, No.1 (March), pp. 35-44.
- Montazeri, A. (2005) "AIDS Knowledge and Attitudes in Iran: Results from a Population-based Survey in Tehran", *Patient Education and Counseling*, Vol 57, pp. 199-203.
- Noar, S. M., & Zimmerman, R. S. (2005) "Health Behavior Theory and Cumulative Knowledge Regarding Health Behaviors: Are we Moving in the right Direction", *Health Education Research*, Vol. 20, No. 3, pp. 275-290.
- Parker, R. (1987) "Acquired Immunodeficiency syndrome in Brazil", *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol, 1, No. 2 (June), pp. 75-155.
- Parker, R. (2001) "Sexuality, Culture, and Power in HIV/AIDS Research", *annual Review of Anthropology*, Vol. 30, pp. 163-179.
- Parker, R., Easton, D., & Klein, C. H. (2001) "Structural Barriers and Facilities in HIV Prevention: a Review of International Research", *AIDS*, Vol. 14 (Supplement 1), pp. S22-S23.
- Pawluch, D. (2006) "Problems in Contemporary Sociology: Social Problems Theory", (Sociology 700, Course pack), Department of Sociology, McMaster University.
- Pawluch, D., Cain, R., & J. Gillett (2000) "Lay Constructions of HIV and Complementary Therapy Use", *Social Science and Medicine*, Vol. 51, pp. 61-251.
- Pawluch, D., Cain, R., Gillett, J., Guenter, D. Travers, R. (2004) *Navigating HIV: A Study of Life with HIV/AIDS*, Hamilton, Ontario: HIV/AIDS Social Research Group, McMaster University.
- Prochaska, J. O. and Diclemente, C. C (1983) "Stages and Processes of Self-Change of

- Smoking: Toward an Integrative Model of Change", *J Consult and Clinical Psych.*, 51:390-395.
- Prochaska, J. and C. Ciclemente (1984) *The Transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*, Homewood, Ill. Dow Jones-Irwin.
- Prochaska J. O. and C. C. Diclemente (1992) *Stages of Change in the Modification of Problem Behavior*, Newbury Park, CA, Sage.
- Raphael, D. (2006) "Social Determinants of Health: An Overview of Concepts and Issues", In: Raphael, D., Bryant, T., & M. Rioux (eds.) *Staying Alive: Critical Perspectives on Health, Illness, and Health Care.*, Toronto: Canadian Scholar's Press Inc., pp. 38-115.
- Razzaghi, E. M., Rahimia Movaghar, A., Green, T. C. & Khashnood, K.(2006) *Harm Reduction Journal*, Vol T, No. 12, pp. 1-13.
- Rhodes, T., Singer, M. Bourgois, P., Friedman, S., Strathdee, S. A. (2005) "The Social Structural Production of HIV Risk among Injecting Drug Users", *Social Science & Medicine*. Vol 61, pp. 1026-1044.
- Shahidian, H. (2003) "Contesting Discourses of Sexuality in Post-Revolutionary Iran", Paper presented to the "Gendered Bodies, Transnational Politics: Modernities Reconsidered" Workshop, American Universities in Cairo, Egypt, 12-14 December, 2003, at:<http://www.aucwgept.edu/igws/shahidian.pdf>.
- Simbar, M., Tehrani, FR, Hashemi, Z.(2005) "Reproductive Health Knowledge, Attitudes and Practice of Iranian College Students", *Eastern Mediterranean Health Journal*, Vol. 6, No. 5-6 (Sep.-Nov.), pp. 888-997.
- Singer, M., Davison, L., & Gerdes, G." (1988) "Culture, Critical Theory, and Reproductive Illness Behavior in Haiti", *New Series*, Vol 2, No. 4, pp. 385-370.
- Singer, M. et al., (1990) "SIDA: Social, and Cultural Context of AIDS among Latinos", *Medical Anthropology Quarterly*, *New Series*, Vol. 4, No. 1 (March), pp. 72-114.
- Sismondo, S. (2004) *An Introduction to Science and Technology Studies*, Oxford: Blackwell Publishing.
- Spector, M., & Kitsuse, J. (1977-1987) *Constructing Social Problems*, New York, Aldine de Gruyter.
- Stine G. J. (1998) *Acquired Immune Deficiency Syndrome: Biological, Medical, Social, and Legal Issues*, 3th edition, Upper Saddle River, Nj; Prentice Hall.
- Surasiengsunk, S., Kiranandana, S., Wongboonsin, K., Granett, G. P., Anderson R. M., Godfried (Frist) JI. P., & van Griensven (1998) "Demographic impact of the HIV epidemic in Thailand", *AIDS*, Vol. 12, pp. 775-784.

- Tavoosi, A., Zaferani, A., Enzevaei, A., tajik, P. & Ahmadinezhad, Z. (2004) "Knowledge and attitude Towards HIV/AIDS among Iranian Students", *BMC Public Health*, Vol. 4, No. 17, pp. 1-6.
- Tiefer, L. (2002) "Many (especialy economic) Forces Promote Medicalization", *BMJ*, Vol. 2 (August), P. 467.
- Waitzkin, H. (1986) "Micropolitics of Medicine: Theoretical Issues", *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 17, No. 5, pp. 134-136.
- Weitz, Rose (2000 [1991]) "Life with AIDS", In: Brown, Phil (ed.) *Perspectives in Medical Sociology*, 2th, edition, Prospect Heights, IL: Waveland Press, Inc., pp. 55-242.
- Whiteside, A, (2001) "Demography and Economics of HIV/AIDS", *British Medical Bulletin*, Vol. 58, pp. 73-88.
- You And AIDS (2006) "The HIV/AIDS portal for Asia Pacific: Iran at a Glance", at: <http://www.youandaids.org>.
- Zali, M. R., Jafari Mehr, A., Rezaian, M., Meamar, A. R., Vaziri S., & Mohrez, M. (2004) "Prevalence of Intestinal Parasitic Pathogens among HIV-Positive Individuals in Iran", *Japanese Journal of Infectious Diseases*, Vol. 57, pp. 268-270.
- Zamani, S., Kihara, M., Gouya, M. M., Vazirian, M., Ono-Kihara, M., Razzaghi, E. M. & Ichikawa, S. (2005) "Prevalence of and Factors Associated with HIV-1 Infection among Drug Users Visiting Treatment Centers in Tehran, Iran" *AIDS*, Vol. 19, pp. 709-716.
- Zuma, K., Gouws, E., Williams B., & Lurie M (2003) "Risk Factors for HIV Infection among Women in Carletonville, South Africa: Migration, Demography and Sexually Transmitted Diseases", *International Journal of STD & AIDS*, Vol. 14, pp. 814-817.