

تجربیات زنان تن‌فروشی از رفتارهای پرخطر و علل بروز این رفتارها از دیدگاه آنان و مسؤولان مرکز مشاوره: یک مطالعه کیفی

خالد رحمانی^۱، فرزاد بیدارپور^۲، قباد مرادی^۳، محمد کریمی^۴، مهری ملاشیخی^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: پدیده تن‌فروشی در زنان به عنوان یکی از زمینه‌های گسترش HIV (Human immunodeficiency virus) و بیماری‌های منتقل شونده از طریق جنسی، در سالیان اخیر مورد توجه مسؤولان بهداشتی کشور قرار گرفته است. از سال ۱۳۸۹ و در راستای نظام مراقبت HIV، مراکزی با عنوان مراکز ویژه زنان آسیب‌پذیر توسط سیستم بهداشتی کشور برای انجام برنامه‌های کاهش آسیب در زنان راه‌اندازی شده است. در مطالعه حاضر تجربیات، رفتارهای پرخطر و علل بروز این رفتارها در زنان تن‌فروش مراجعه کننده به مرکز مشاوره زنان آسیب‌پذیر سنج طی سال‌های ۹۴-۱۳۹۳ مورد بررسی قرار گرفت.

روش: در این مطالعه کیفی، از روش‌های مصاحبه فردی نیمه ساختار یافته و بحث گروهی متمرکز برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. مصاحبه‌های فردی با کارکنان ارایه دهنده خدمات مرکز مشاوره زنان آسیب‌پذیر شامل مدیر مرکز، ماما، مشاور و مددکار بود و ۳ جلسه بحث گروهی متمرکز نیز با زنان مراجعه کننده به این مرکز انجام شد.

یافته‌ها: عدم تمایل شرکای جنسی به استفاده از وسایل کاهش آسیب، عدم پابندی مردان به پرداخت هزینه‌های تن‌فروشی، خشونت، آسیب‌های جسمی و جنسی، درخواست تماس‌های جنسی غیر متعارف، سوء استفاده و وادار شدن به استفاده از مواد مخدر و مشروبات، از جمله عمده‌ترین تجربیات و رفتارهای پرخطری بود که زنان تن‌فروش با آن مواجه شده بودند. عدم پابندی به آموزه‌های دینی، فقر، اعتیاد، طلاق، انحرافات اخلاقی و اجتماعی و عدم داشتن روابط صحیح و سالم خانوادگی نیز مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار در رخداد تن‌فروشی زنان بیان شد.

نتیجه‌گیری: هرچند پیامدهای سلامتی و اجتماعی پدیده تن‌فروشی زنان و رفتارهای پرخطر مرتبط با آن متأثر از عوامل متعددی (چند عاملی) می‌باشد، اما برای مقابله با این معضل اجتماعی و بهداشتی، توجه به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اهمیت ویژه‌ای دارد و هر کدام از متغیرهای تأثیرگذار شناخته شده در این بررسی می‌تواند هدفی برای انجام برنامه‌های مداخله‌ای کشور به ویژه در مراکز مشاوره زنان آسیب‌پذیر باشد.

کلید واژه‌ها: زنان، تن‌فروشان، رفتار پرخطر، تحقیق کیفی

ارجاع: رحمانی خالد، بیدارپور فرزاد، مرادی قباد، کریمی محمد، ملاشیخی مهری. تجربیات زنان تن‌فروش از رفتارهای پرخطر و علل بروز این رفتارها از دیدگاه آنان و مسؤولان مرکز مشاوره: یک مطالعه کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۵؛ ۵ (۴): ۳۳۶-۳۲۶.

تاریخ پذیرش: ۹۴/۶/۴

تاریخ دریافت: ۹۴/۳/۱۲

Email: khaledrahmani111@yahoo.com

نویسنده مسؤول: خالد رحمانی

مقدمه

تن‌فروشی یا روسپی‌گری طبق تعریفی که Young و همکاران ارائه نموده‌اند، به ارائه خدمات جنسی و خرید و فروش آن بر اساس قیمت شناخته شده و مورد توافق اطلاق می‌شود که مبتنی بر الگوی تعامل بین افرادی است که از حیث اجتماعی نسبتی با هم ندارند (۱). روسپی‌گری، تن‌فروشی یا انجام فعالیت جنسی در قبال دریافت پول، در سراسر دنیا به میزان زیادی گسترش یافته است (۲). تن‌فروشی شامل انواع مختلفی از کارها می‌باشد و در شرایط مختلفی انجام می‌گیرد. تن‌فروشی را به دو دسته تن‌فروشی مستقیم (Direct) و غیر مستقیم (Indirect) تقسیم‌بندی می‌کنند (۳). در نوع مستقیم، افراد درآمدی به جز این روش ندارند و اغلب در کشورهای دیگر رایج است. این نوع تن‌فروشی در واقع در جاهایی که تن‌فروشی به شکل قانونی صورت می‌گیرد، انجام می‌شود (۴، ۵)، اما در نوع غیر مستقیم که در کشورهای با شرایط مشابه ایران صورت می‌گیرد، تن‌فروشی به شکل رسمی و قانونی و عرفی و شرعی وجود ندارد (۶). تن‌فروشان ممکن است بین گروه مستقیم و غیر مستقیم جابه‌جا شوند و یا این که در طول زمان تن‌فروشی را کنار بگذارند و یا دوباره به آن مبادرت ورزند. بعضی از جنبه‌های تن‌فروشی از این رده‌بندی هم تبعیت نمی‌کند. به عنوان مثال، ممکن است تن‌فروشی در جهت رفع احتیاجات روزمره مانند شهریه مدرسه و یا تأمین داروهای غیر مجاز/ مواد مخدر باشد. این نوع رفتارها را تن‌فروشی معامله‌گر (Transactional) می‌نامند (۷). در بعضی مناطق به افرادی که به تن‌فروشی معامله‌گر روی آورده‌اند، تن‌فروش اطلاق نمی‌شود (۸، ۹).

به نظر می‌رسد رفتارهای پرخطر در زنان تن‌فروش بسیار بالا است و بر اساس مطالعات انجام شده در دنیا، بیشتر این افراد در معرض بیماری‌های آمیزشی و از همه مهم‌تر ایدز و هپاتیت‌های B و C قرار دارند (۱۱، ۱۰). در ایران به عنوان یکی از کشورهای که هنوز با بیماری ایدز به عنوان یک مشکل عمده سلامتی روبه‌رو است، بحث انتقال ویروس عامل بیماری ایدز از طریق روابط جنسی ناسالم، اهمیت

زیادی دارد و تن‌فروشان در این فرایند نقش بسیار مهمی دارند (۱۲). بر اساس شواهد موجود، آنچه که ممکن است بتواند در تن‌فروشی زنان نقش داشته باشد، عدم گرایش‌های دینی، مسایل اقتصادی و عدم فراهم شدن شرایط خوب ازدواج برای زنان است (۱۴، ۱۳).

امروزه نقش تن‌فروشان در انتشار بیشتر اپیدمی Human immunodeficiency virus (HIV) / ایدز و سایر بیماری‌های آمیزشی بر کسی پوشیده نیست (۱۵). تن‌فروشان به شدت در خطر ابتلا به بیماری‌های آمیزشی و به ویژه HIV از طریق مشتریانشان و همچنین، انتقال آن به شرکای جنسی خود قرار دارند (۱۸-۱۶، ۱۰). مطابق با متون علمی و شواهد موجود، از جمله عواملی که احتمال انتقال این بیماری‌ها توسط تن‌فروشان را افزایش می‌دهد، می‌توان به «زیاد بودن تعداد مشتریان، تعداد زیاد شرکای جنسی به صورت هم‌زمان یا به عبارت دیگر، داشتن شبکه‌ای از ارتباطات وسیع جنسی با افراد زیاد در یک زمان، افزایش میزان ارتباط مردان با تن‌فروشان حرفه‌ای، افزایش سایر بیماری‌های آمیزشی که انتقال HIV را تسهیل می‌کند، افزایش میزان استفاده از مواد مخدر به صورت تزریقی، افزایش میزان ارتباطات جنسی تحت تأثیر مواد مخدر و الکل که در اغلب موارد بر استفاده از کاندوم در پیشگیری از خطرات احتمالی تأثیر می‌گذارد، بالا بودن تعداد مشتریان تحت تأثیر الکل و مواد مخدر، قادر نبودن و یا عدم امکان تصمیم‌گیری در استفاده از وسایل پیشگیرانه مانند کاندوم به دلیل مسایل مالی، اجبار و یا خشونت، عدم استفاده از کاندوم در زمان ارتباط جنسی با شریک جنسی دائمی خود (مانند همسر)، بالا بودن میزان جابه‌جایی و مسافرت به عنوان مثال، مسافرت به مناطقی که دارای شیوع بالای HIV هستند و دسترسی دشوار تن‌فروشان به برنامه‌های پیشگیرانه HIV و بیماری‌های آمیزشی به دلیل ماهیت غیر قانونی و انگ ناشی از آن» اشاره نمود (۲۱-۱۹، ۱۶). پیچیدگی رو به رشد در روابط اجتماعی، سست شدن روابط عاطفی حاکم بر خانواده‌ها، جوان بودن جمعیت و افزایش میزان مهاجرت‌های بی‌رویه به شهرهای بزرگ و به دنبال آن ازدیاد حاشیه‌نشینی، از جمله عواملی هستند که

فراهم نمایند و قدمت فعالیت مراکز مشاوره زنان نیز در این زمینه زیاد نیست. در همین راستا، پژوهش حاضر با هدف شناخت تجربیات و رفتارهای پرخطر زنان تن‌فروش و علل بروز این رفتارها در زنان مراجعه کننده به مرکز مشاوره زنان آسیب‌پذیر سندج انجام گرفت.

روش

این پژوهش از نوع کیفی بود که طی سال‌های ۹۴-۱۳۹۳ در سندج انجام شد. جامعه مورد مطالعه شامل زنان تن‌فروش مراجعه کننده به مرکز مشاوره ویژه زنان آسیب‌پذیر بود. مطالعه حاضر با دو هدف اصلی «شناخت انواع رفتارهای پرخطر که زنان تن‌فروش مراجعه کننده به مرکز تجربه کرده بودند» و «شناخت دیدگاه زنان مراجعه کننده به مرکز و کارکنان ارائه دهنده خدمت در زمینه علل و عوامل تأثیرگذار در تن‌فروشی» انجام شد.

در تحقیق کیفی حاضر، از دو روش بحث گروهی متمرکز (Focus group discussion) و مصاحبه نیمه ساختار یافته (Semi-structure interview) برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده گردید.

بحث‌های گروهی متمرکز در بین زنان تن‌فروش مراجعه کننده به مرکز مشاوره زنان آسیب‌پذیر صورت گرفت. معیار ورود زنان به بحث‌های گروهی، سابقه تن‌فروشی بیشتر از شش ماه و مراجعه منظم آن‌ها به مرکز مشاوره بود. مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته نیز با کارکنان ارائه دهنده خدمت در مرکز مشاوره ویژه زنان شامل مدیر مرکز، ماما، مشاور و مددکار (برای هر کدام با رعایت معیار ورود سابقه حداقل یک سال کار در مرکز) و همچنین، زنان تن‌فروش سخت در دسترس صورت گرفت. در مجموع، ۶ مصاحبه و ۳ بحث گروهی متمرکز انجام شد. هر کدام از بحث‌های گروهی به طور متوسط ۱ ساعت و ۲۰ دقیقه به طول انجامید. میانگین هر کدام از مصاحبه‌ها نیز ۲۳ دقیقه بود.

از آن‌جا که بر خلاف تحقیقات کمی، نمونه‌گیری تصادفی بهترین راهبرد مطالعه در تحقیقات کیفی نمی‌باشد و نمونه‌گیری‌های تصادفی، دستیابی به اهداف و اطلاعات غنی را ممکن نمی‌سازد؛ بر همین اساس نحوه نمونه‌گیری در

زمینه گسترش انحرافات اجتماعی به ویژه تن‌فروشی را فراهم کرده است (۲۳، ۲۲). ادامه چنین وضعیتی به ویژه در حوزه انحرافات زنان، سلامت و امنیت روانی، اجتماعی و اقتصادی خانواده‌ها و جوامع را تهدید می‌کند (۲۴). شناخت علمی موضوع دختران و زنان آسیب‌پذیر جنسی، اولین گام در رفع تهدیدهای مذکور می‌باشد و از طرف دیگر، به نظر می‌رسد پنهانی بودن تن‌فروشی و تأثیر پیامدهای منفی حاصل از آن، به ویژه در متزلزل کردن نهاد خانواده در دراز مدت تأثیر بسیار زیادی دارد (۲۴).

پدیده تن‌فروشی در ایران به ویژه در قالب تن‌فروشان خیابانی در سال‌های اخیر مورد توجه مسؤولان و سیستم بهداشتی قرار گرفته و در این زمینه مطالعاتی نیز در کشور صورت گرفته است (۲۶، ۲۵). در همین راستا و به دلیل اهمیت خطر انتقال بیماری‌های مهمی همچون ایدز و هپاتیت‌های خونی و ترس از ادامه اپیدمی HIV در گروه زنان تن‌فروش، در سال‌های اخیر مراکزی در کشور با عنوان مراکز مشاوره ویژه زنان آسیب‌پذیر راه‌اندازی شده است و در این مراکز - که توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی هدایت می‌شود - زنان پرخطر و آسیب‌پذیر شامل معتادان، تن‌فروشان و زنانی که به دلیل معتاد بودن و یا زندانی بودن شوهر در گروه‌های آسیب‌پذیر قرار می‌گیرند، از خدمات آموزشی، مراقبت‌های دوره‌ای و کاهش آسیب بهره‌مند می‌شوند.

مراکز مشاوره ویژه زنان آسیب‌پذیر، جدا از فراهم نمودن زمینه انجام برنامه‌های کاهش آسیب، بستری را برای انجام مطالعات رفتاری در گروه‌های سخت در دسترس فراهم می‌آورد که این مطالعات جزء جدایی‌ناپذیر نظام مراقبت HIV / ایدز محسوب می‌شوند. از طرف دیگر، شناخت تجربیات و دیدگاه زنان تن‌فروش و ارائه دهندگان خدمت به آن‌ها در مورد انواع رفتارهای پرخطر و علل بروز این رفتارها، تنها با انجام مطالعات کمی امکان‌پذیر نیست و انجام روش‌های کیفی برای یافتن جنبه‌های مختلف این پدیده، ضروری به نظر می‌رسد. واضح است که تحقیقات انجام شده تاکنون نتوانسته‌اند به صورت کامل مسیری را برای انجام برنامه‌های کاهش آسیب در گروه زنان با رفتارهای پرخطر

محقق اصلی به عنوان گرداننده جلسه و فرد یادداشت‌بردار آموزش دیده، هر دو نفر پیام‌های غیر کلامی افراد و تعاملات آن‌ها با یکدیگر و با اطراف را مورد بررسی قرار دادند.

بر اساس اهداف مطالعه، راهنمای سؤالات به صورت یک پرسش‌نامه طراحی گردید و حاوی سؤالاتی بود که نظرات شرکت‌کنندگان را در آن زمینه اخذ نمود. همچنین، هر جا لازم بود از سؤال کاوشی (Probe question) نیز برای عمق بخشیدن به پاسخ‌ها استفاده گردید.

جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات، از تحلیل چارچوبی استفاده شد. تحلیل چارچوبی شامل پنج مرحله (آشنایی، شناسایی یک چارچوب موضوعی، نمایه کردن، ترسیم جداول و کشیدن نقشه) می‌باشد که برای طبقه‌بندی و سازماندهی داده‌ها بر اساس درون‌مایه‌های کلیدی، مفاهیم و طبقات پدیدار شده مورد استفاده قرار می‌گیرد.

برای تحلیل داده‌ها، ابتدا تمام بحث‌های گروهی و مصاحبه‌های فردی ضبط شده روی کاغذ پیاده گردید. مواردی که هنگام ضبط بحث‌ها و مصاحبه‌ها یادداشت‌برداری شده بود، با مطالب ضبط شده مطابقت داده شد و هر جا نیاز بود این نکات (حاوی برداشت‌های انجام شده از اشکال غیر کلامی شرکت‌کنندگان) نیز به مطالب ثبت شده اضافه گردید. در نهایت، پس از مرور چند باره نتایج به دست آمده توسط دو نفر از محققان به شکل مستقل، درون‌مایه‌های اصلی استخراج گردید و پس از آن، توسط هر دو نفر با هم مطابقت داده شد. در نهایت، با اجماع و بر اساس فراوانی نظرات شرکت‌کنندگان، درون‌مایه‌های اصلی دسته‌بندی شد.

برای تأمین اعتبار داده‌ها، از روش روایی پاسخگو و برای مقایسه بین برداشت محقق با آنچه مد نظر شرکت‌کنندگان بود، از نظرات اصلاحی افراد شرکت‌کننده استفاده گردید. همچنین، دو نفر از همکاران متخصص در تحقیقات کیفی و یک نفر ناظر، جنبه‌های مختلف تحقیق به ویژه قسمت تجزیه و تحلیل را مورد کنکاش و بازبینی قرار دادند. برای قابلیت انتقال داده‌ها و نتایج نیز در حد امکان سعی شد شرکت‌کنندگان در جلسات بحث گروهی متمرکز از طیف‌های مختلف اقتصادی، اجتماعی و تحصیلی انتخاب شوند.

پژوهش حاضر، نمونه‌گیری هدفمند یا نمونه‌گیری مبتنی بر هدف (Purposive sampling) بود. با توجه به هدفمند بودن نمونه‌گیری، سعی شد طیف متنوعی از زنان تن‌فروش مرتبط با اهداف و موضوع اصلی، در نمونه‌های مورد مطالعه قرار گیرند و این استراتژی (نمونه‌گیری مبتنی بر هدف) به نوعی هتروژنیته نمونه‌ها را فراهم ساخت. نمونه‌گیری تا زمان رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت.

داده‌ها شامل نظرات شرکت‌کنندگان مطالعه بود. نظرات آنان در زمینه هدف کلی و اهداف جزئی با استفاده از پرسش‌هایی که در جلسات بحث گروهی و مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته مطرح گردید، جمع‌آوری شد. قبل از شروع هر کدام از بحث‌های گروهی و یا مصاحبه فردی، ضمن تبیین اهداف مطالعه برای شرکت‌کنندگان، رضایت‌نامه کتبی از آن‌ها جهت ورود به مطالعه اخذ گردید و علاوه بر این، از ابتدا تا انتهای مطالعه سعی شد اصل گمنام بودن شرکت‌کنندگان و عدم ضرررسانی به حیثیت افراد رعایت گردد. داده‌های به دست آمده علاوه بر نظرات بیان شده شرکت‌کنندگان، شامل اشکال مختلف تعاملات و موافقت‌ها و یا مخالفت‌های آنان با نظرات اعمال شده توسط سایرین در بحث‌های گروهی و... نیز بود. سایر روش‌های بیان نظرات نمونه‌ها نیز توسط محققان در جلسه ثبت گردید. در مواردی که افراد برای ضبط جلسات بحث گروهی و یا مصاحبه مورد نظر رضایت داشتند، با فرمت صوتی اقدام گردید. به طور کلی صحبت‌ها و فرم خلاصه یافته‌ها، شکل اصلی داده‌های پژوهش را تشکیل داد. در جلسات بحث گروهی سعی شد تا حد امکان نکات مهمی همچون شرایطی برای بیان آزادانه نظرات و رعایت عدالت در ارایه دیدگاه‌ها فراهم شود.

محققان در حین انجام مصاحبه نیمه ساختار یافته، با استفاده از سؤالات راهنما، صحت برداشت خود را از گفته‌های شرکت‌کنندگان کنترل نمودند.

در مورد بحث گروهی نیز بعد از تشکیل جلسه، هر کدام از این جلسات با موافقت شرکت‌کنندگان توسط دستگاه‌های ضبط الکترونیکی ثبت و ضبط شد. علاوه بر این، در هر کدام از جلسات وضعیت و اشکال غیر کلامی شرکت‌کنندگان توسط محقق اصلی و یادداشت‌بردار ثبت می‌گردید.

«ش» به معنای شرکت کننده در بحث گروهی و حرف «م» به معنای مصاحبه شونده است). در واقع، ترتیب قرار گرفتن نظرات شرکت کنندگان در مطالعه از بالا به پایین و بر اساس فراوانی نظرات شرکت کنندگان خلاصه گردید.

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک زنان شرکت کننده در بحث‌های

متغیر	سطوح متغیر	تعداد (درصد)
وضعیت تأهل	مجرد	۰ (۰)
	متأهل	۴ (۱۶)
	مطلقه	۱۶ (۶۴)
تحصیلات	همسر فوت شده	۵ (۲۰)
	بی‌سواد	۱ (۴)
	ابتدایی	۹ (۳۶)
	راهنمایی	۷ (۲۸)
	دیپلستان	۷ (۲۸)
	دانشگاهی	۱ (۴)

یافته‌ها

برای انجام مطالعه در قسمت بحث‌های گروهی متمرکز، در مجموع ۳ بحث گروهی متمرکز تا زمان رسیدن به اشباع بین زنان تن‌فروش صورت گرفت. این جلسات به ترتیب با حضور ۸، ۷ و ۱۰ نفر برگزار گردید. در مجموع، در ۳ بحث گروهی متمرکز انجام شده، ۲۵ نفر از زنان تن‌فروش مراجعه کننده نظرات و تجربیات خود را بیان نمودند. مشخصات دموگرافیک این افراد در جدول ۱ ارایه شده است.

در روش دوم جمع‌آوری داده‌ها که مصاحبه نیمه ساختار یافته با کارکنان ارایه دهنده خدمات در مرکز مشاوره زنان آسیب‌پذیر و همچنین، زنان سخت در دسترس بود، در مجموع ۶ مصاحبه (۴ مورد با کارکنان ارایه دهنده خدمات و دو مورد با زنان سخت در دسترس) صورت گرفت.

نتایج حاصل از بحث‌های گروهی و مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته در ارتباط با شناخت تجربیات و انواع رفتارهای پرخطر زنان تن‌فروش در جدول ۲ ارایه شده است (حرف

جدول ۲. تجربیات و رفتارهای پرخطر زنان تن‌فروش از دیدگاه شرکت کنندگان مطالعه

طبقه	زیرطبقه	نظرات شاخص شرکت کنندگان
عدم تمایل شرکای جنسی به استفاده از وسایل کاهش آسیب	عدم تمایل شرکای جنسی به استفاده از کاندوم	«شریک جنسی که پول می‌دهد، توقع رابطه جنسی بدون کاندوم هم دارد و ما هم مجبوریم» (ش. ۳).
عدم پایداری شرکای جنسی به پرداخت هزینه‌های تن‌فروشی	نداشتن زمان برای استفاده از کاندوم زنانه	«قبل از برقراری رابطه جنسی زمانی برای استفاده از کاندوم زنانه نداریم. در واقع، خیلی از شرکای جنسی ما اجازه استفاده از هیچ روش محافظتی نمی‌دهند» (ش. ۱۱). «اگر بفهمند ما از کاندوم زنانه استفاده می‌کنیم، ما را تهدید می‌کنند» (ش. ۱).
داشتن تجربه تجاوز	عدم پرداخت هزینه تن‌فروشی بعد از برقراری رابطه جنسی	«به خصوص جوانان مجرد که خیلی وقت‌ها بعد از برقراری رابطه از دادن هزینه سربار می‌زنند» (ش. ۱۷).
داشتن تجربه آسیب‌های جسمی و جنسی	عدم پرداخت کامل هزینه مورد توافق برای برقراری رابطه جنسی	«خیلی وقت‌ها کل هزینه مورد توافق را هم پرداخت نمی‌کنند و حتی پیش آمده که کمتر از نصف هزینه مد نظر را پرداخت کرده‌اند» (ش. ۲). «خیلی وقت‌ها با یک نفر توافق می‌کنیم، اما به اجبار مورد تجاوز چندین نفر قرار می‌گیریم و ما ناچاریم و کاری نمی‌توانیم بکنیم» (ش. ۱۱).
داشتن تجربه آسیب‌های روحی - روانی	اجبار در برقراری روابط جنسی با افراد دیگر به صورت هم‌زمان به صورت تجاوز گروهی	«خیلی پیش آمده که این‌ها اجبار به ماندن در آن محل دارند... برای برقراری روابط جنسی بیشتر به خصوص در ویلاها، ساختمان‌ها و مکان‌های خارج از شهر» (ش. ۱). «بعضی از مردان درخواست همه نوع رابطه جنسی را از ما دارند» (ش. ۸).
	درخواست روابط جنسی غیر متعارف	«بعضی وقت‌ها انگار با دشمن خودشان رابطه جنسی دارند و به نوعی انتقام می‌گیرند» (ش. ۲). «پیش آمده که چند روز بعد از برقراری رابطه جنسی، به اجبار باید پیش ما یا متخصص زنان برویم برای درمان...» (ش. ۱۶).
	تجربه خشونت در زمان روابط جنسی	«بعضی وقت‌ها افراد مشتری پا را از تعارف درازتر کرده و ما را وادار به مصرف مواد و مشروبات الکلی هم می‌کنن» (ش. ۹).
	تجربه ابتلای به بیماری‌های آمیزشی (ترشحات تناسلی و...)	«بعضی وقت‌ها مشخصات و آدرس و تلفن ما را به هر کسی که دوست داشته باشند، می‌دهند» (ش. ۱۰).
	وادار نمودن زنان به مصرف مواد مخدر مصنوعی و مشروبات الکلی	«خیلی پیش آمده که مشتریان رابطه جنسی، ما را تهدید به قتل هم کرده‌اند» (ش. ۲۴). «بعضی وقت‌ها برای رسیدن به خواسته‌ها و بعضی وقت‌ها همین طوری می‌گویند ما به بستگان شما اطلاع می‌دهیم» (ش. ۲۱).
	دادن شماره تلفن و هویت شخصی به همه افرادی که می‌شناسند.	
	تهدید به قتل و آسیب برای بهره‌برداری بیشتر	
	تهدید به افشای تن‌فروشی	

در پاسخ به پرسش دوم مطالعه کیفی حاضر (هدف دوم مطالعه) یعنی شناخت علل و عوامل مؤثر در تن‌فروشی زنان، نتایج به دست آمده از بحث‌های گروهی و مصاحبه‌های فردی در جدول ۳ آمده است (حرف «ش» به معنای شرکت کننده در بحث گروهی و حرف «م» به معنای مصاحبه شونده است).

بر اساس آنچه در جدول ۲ ارائه شد، زنان آسیب‌پذیر و تن‌فروش تجربیات زیادی از جمله خشونت، عدم توجه به بحث کاهش آسیب و پیشگیری از بیماری‌های مختلف منتقل شونده از طریق جنسی و انواع مختلف آسیب‌های روانی و جسمی را تجربه نموده‌اند.

جدول ۳. علل و عوامل تأثیرگذار در پدیده تن‌فروشی از دیدگاه شرکت کنندگان مطالعه

طبقه	زیرطبقه	نظرات شاخص شرکت کنندگان
ضعف بنیان‌های دینی در خانواده	عدم پایبندی به موازین اسلامی	«در خانواده ما کسی اهل نماز و روزه و این حرف‌ها نبود» (ش. ۲). «خیلی دوست داشتم پدر و مادر من هم برایم از اهمیت باور به خدا و پرهیز از گناه صحبت می‌کردند» (ش. ۱۵).
فقر اقتصادی و بیکاری	بیکاری و فقر اقتصادی خانواده	«من که شغلی ندارم که باهاش درآمد داشته باشم» (ش. ۳). «ما که از همان اول در یک خانواده زندگی می‌کردیم که تأمین هزینه غذا هم مشکل بود» (ش. ۱۲).
اعتیاد	اعتیاد مرد (همسر)	«هیچ نهادی هم به ما کمک نمی‌کند» (ش. ۴). «کمک‌های بهزیستی هم خیلی کم است» (ش. ۱۱). «همسران ما به دلیل اعتیادشان اصلاً در فکر تأمین مخارج زندگی و نیازهای عاطفی ما نیستند» (ش. ۱۹).
زندگی در خانواده‌های ناقص و ناکامل	اعتیاد زن	«برای فرار از اعتیاد شوهر، مجبوری به افراد دیگر پناه ببری» (ش. ۱۰). «من خودم اعتیاد دارم. هزینه اعتیاد را چطور تأمین کنم... خانواده هم حامی من نیستند» (ش. ۱۴).
عدم رعایت موازین تربیتی و اخلاقی در برقراری روابط بین والدین و فرزندان	طلاق والدین	«وقتی که پدر و مادرم از هم جدا شدند، به این مسیر کشیده شدم» (ش. ۶). «به دلیل جدایی از پدر و مادر و برای تخلیه روحی - روانی پیش آدم‌هایی رفتم که مرا به این مسیر هدایت کردند» (ش. ۶). «مادری که براش مهم نیست آینده من چی بشه...» (ش. ۱).
عدم رعایت موازین اخلاقی در صحبت نمودن پدر و مادر با هم	زندگی در کنار نامادری به علل مختلف (متارکه مادر، طلاق یا فوت مادر)	«در خانه ناپدری من همیشه سربار بودم، شما بگید باید چکار می‌کردم غیر از پناه بردن به بیرون از خانه...» (ش. ۱). «پدر و مادر ما در برقراری روابط جنسی ابایی از حضور ما هم نداشتند. ما بودیم که تا حدودی از حرکات آن‌ها دور می‌شدیم» (ش. ۵).
عدم روابط صمیمانه و احترام متقابل والدین به همدیگر	زندگی در کنار نامادری به علل مختلف (مرگ پدر، اعتیاد پدر، طلاق مادر)	«شوخی‌های پدر و مادر من خیلی وقت‌ها خارج از عرف یک خانواده‌ای بود که بچه نشسته باشد» (ش. ۲). «پدر و مادر من اصلاً توجهی به پوشش خودشان و ما در خانه نمی‌نمودند» (ش. ۱۹). «والدین من همیشه با هم بحث می‌کردند. دوست داشتم هیچ وقت خانه نباشم» (ش. ۶). «هانت و فحش و ناسزا در خانه ما همیشه بود» (ش. ۸). «پدر و مادر ما همیشه انواع تهمت‌های ناموسی را جلوی چشم ما بیان می‌کردند» (ش. ۴). «بارها پیش آمد که پدرم، مادرم را به قتل و طلاق تهدید می‌کرد» (ش. ۱۱). «مادرم بارها تهدید به جدایی می‌کرد که ما خیلی از این بحث‌ها و همه داشتیم» (ش. ۱۱). «پیش آمده بود که جلوی ما انواع کنک کاری‌ها انجام می‌شد» (ش. ۱۴). «مادر و پدر من همیشه خیلی چیزهای عادی را از همدیگر هم پنهان می‌کردند. هیچ وقت با هم صادق نبودند... ما تا حدودی می‌دانستیم» (ش. ۹). «بارها پیش ما از یکدیگر و خانواده‌های هم انتقاد می‌کردند» (ش. ۲۴). «هیچ وقت ندیدم پدر و مادرم ابراز علاقه‌ای نسبت به هم داشته باشند یا لاقبل جلوی ما این‌طور نبودند» (ش. ۱۱).
	درگیری فیزیکی والدین	
	پنهان نمودن مسایل والدین از همدیگر	
	انتقاد زیاد از یکدیگر در حضور فرزندان	
	عدم علاقمندی و ابراز علاقمندی والدین به همدیگر	

جدول ۳. علل و عوامل تأثیرگذار در پدیده تن‌فروشی از دیدگاه شرکت‌کنندگان مطالعه (ادامه)

طبقه	زیرطبقه	نظرات شاخص شرکت‌کنندگان
انحرافات اجتماعی و اخلاقی والدین	خرید و فروش مواد مخدر و مشروبات الکلی توسط والدین رفت و آمد والدین با افراد ناباب	«پدرم مواد می‌فروخت، انتظار داری چه کاره بشوم» (ش. ۱۴). «همه نوع آدم با خانواده ما رابطه داشتند» (ش. ۱). «مادرم خودش به پدرم خیانت می‌کرد و ما می‌دانستیم با کسانی دیگر رفت و آمد دارد... به نوعی ما هم از او یاد می‌گرفتیم» (ش. ۵). «هن در خانواده‌های بزرگ شدم که بعد از چند سال فهمیدیم که پدرمان یک زن دیگر هم دارد... البته قبل از آن به حرکات او مشکوک شده بودیم» (ش. ۱۷). «شما بگویید در چنین خانواده‌ای که مطمئن نبودیم بابا تا غروب پیش ما باشد و مأمورها او را نگیرند، چطور ما سالم بمانیم؛ مگر ما هیچ نیازی نداریم» (ش. ۱۴). «پدر و مادر من به خصوص پدرم هیچ وقت حرف‌های ما را گوش نمی‌داد» (ش. ۱۷). «خیلی وقت‌ها بی‌خود و بی‌جهت از پدرم کتک می‌خوردم» (ش. ۹). «والدین ما در هیچ کاری با ما مشورت نمی‌کردند» (ش. ۱۷). «هزار بار می‌گفتم که نباید ما با این افراد مراد داشته باشیم، اما به حرف ما گوش نمی‌کردند» (ش. ۱).
عدم برقراری روابط صمیمی بین والدین و فرزندان	عدم توجه پدر و مادر به بیان احساسات و عقاید فرزندان تنبیه بدنی نابجا توسط والدین عدم مشورت والدین با فرزندان	«هر بار هم که برایم مشکلی پیش می‌آمد، جرات گفتن آن را به پدرم نداشتم» (ش. ۱۷). «خیلی وقت‌ها همسران هیچ توجهی به نیازهای عاطفی زنان ندارند و متأسفانه زنان به ناچار به سمت مردان دیگر تمایل پیدا می‌کنند» (ش. ۹). «من خودم خیر داشتم که شوهرم با زنان دیگری در ارتباط است و به من هیچ علاقه‌ای ندارد» (ش. ۵). «فتارهایش مشخص بود که اصلاً مرا دوست نداشت» (ش. ۲۳).
عدم برقراری روابط عاطفی درست بین زن و شوهر	عدم اطمینان از کمک‌های والدین در بحران‌ها روی آوردن به تن‌فروشی به دلیل بی‌توجهی همسر (نادیده گرفته شدن نیازهای عاطفی زنان توسط همسرانشان) روی آوردن به تن‌فروشی به دلیل ارتباط همسر با زنان دیگر	

بحث

میزرایی و رنجبر نشان داد که ۶۵/۷ درصد از زنان تن‌فروشی تجربه استفاده از مواد مخدر و ۲۰ درصد از آن‌ها تیز تجربه استفاده از الکل را داشته‌اند (۱۳). در پژوهش دیگری که در ۲۲ منطقه پرشیوع HIV در هند بر روی زنان تن‌فروش سیار صورت گرفت، مشخص گردید که حدود یک سوم زنان تن‌فروش حداقل یک بار خشونت در طی روابط جنسی در یک سال گذشته را تجربه کرده بودند که تجربه خشونت‌های جسمی، ۱۱/۵ درصد و تجربه خشونت‌های جنسی، ۱۹/۵ درصد بوده است (۲۷). بررسی همه جوانب تجربیات و رفتارهای پرخطر و نحوه اثرات متقابل هر کدام از آن‌ها مقوله پیچیده‌ای می‌باشد. به عنوان مثال، هرچند که دستگیر شدن و زندان رفتن به نوعی رفتار پرخطر محسوب می‌شود، اما نتایج تحقیق Platt و همکاران در لندن نشان داد که دستگیر شدن و زندان رفتن مردان، باعث افزایش خشونت آن‌ها در روابط با زنان تن‌فروش می‌گردد (۱۰). مطالعه Scorgie و همکاران نیز به انواع خشونت‌ها و آسیب‌های مختلف جسمی، روانی و اجتماعی که زنان تن‌فروش تجربه می‌کنند، اشاره داشت (۲۸).

نتایج مطالعه حاضر در بخش اول یعنی شناخت انواع تجربیات و رفتارهای پرخطر نشان داد که بر اساس نظرات شرکت‌کنندگان پژوهش (زنان آسیب‌پذیر و کسانی که مسؤولیت ارایه خدمات به این گروه از زنان را بر عهده داشتند)، عمده‌ترین تجربیات و رفتارهای پرخطری که زنان تن‌فروش تاکنون با آن مواجه بودند، مواردی همچون عدم رضایت شرکای جنسی به استفاده از وسایل کاهش آسیب (به عنوان مثال کاندوم‌های زنانه و مردانه)، سابقه تجاوزهای گروهی، عدم پایبندی به پرداخت هزینه‌های تن‌فروشی به ویژه از جانب جوانان مجرد، خشونت و آسیب‌های جسمی و جنسی، درخواست تماس‌های جنسی غیر متعارف، سوء استفاده، اقدام شرکای جنسی به تهیه تصاویر (به قصد استثمار جنسی زنان)، وادار شدن به استفاده از مواد مخدر (به ویژه مواد مخدر صنعتی) و مشروبات الکلی، تهدید به قتل و... بود. نتایج بسیاری از مطالعات داخلی و خارجی با یافته‌های این بخش به صورت کم و بیش تطابق دارد. نتایج مطالعه

در مطالعه بود.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج به دست آمده از تحقیق حاضر، عوامل مختلفی در بروز تن‌فروشی زنان نقش دارند و هر کدام از این عوامل به تنهایی یا در تعامل با عوامل دیگر می‌توانند در افزایش آسیب‌های اجتماعی نقش داشته باشند. شناخت تأثیر هر کدام از این عوامل در بروز پدیده تن‌فروشی، می‌تواند کمک کننده باشد و به انجام مطالعات بیشتر و کمی‌سازی اثرات آن‌ها نیاز است، اما با استناد به شواهد موجود، به نظر می‌رسد نقش عواملی همچون فقر اقتصادی، ضعف بنیان‌های اخلاقی و دینی خانواده، اعتیاد و انحرافات اخلاقی - اجتماعی والدین به عنوان مهم‌ترین متغیرهای تأثیرگذار در بروز پدیده تن‌فروشی آشکارتر است؛ عواملی که به عنوان عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت شناخته شده‌اند و کنترل آن‌ها در داخل اجتماع و با بررسی ریشه‌های این عوامل میسر می‌باشد. واضح است که استقرار هرگونه برنامه مداخله‌ای در راستای کاهش اثرات این متغیرها هم در سطح جامعه و هم در سطح گروه‌های آسیب‌پذیر، علاوه بر کاهش HIV/ایدز، می‌تواند در کم کردن سایر آسیب‌های اجتماعی همچون طلاق و فروپاشی خانواده‌ها مؤثر باشد و منجر به ارتقای سطح سلامت جسمی، روانی و اجتماعی جامعه شود.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت می‌باشد که با نظارت معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان انجام گردید. بدین وسیله از شورای پژوهشی دانشگاه و مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت کردستان تشکر و قدردانی به عمل می‌آید. همچنین، از زحمات کارکنان ارایه دهنده خدمات در مرکز مشاوره زنان آسیب‌پذیر سندج سپاسگزاری می‌گردد.

نتایج بررسی حاضر در بخش دوم یعنی شناخت علل و عوامل مؤثر در رخداد تن‌فروشی زنان از دیدگاه زنان آسیب‌پذیر و کارکنان ارایه دهنده خدمت به این گروه، حاکی از آن بود که عواملی همچون فقر اقتصادی و بیکاری، اعتیاد، زندگی در خانواده‌های ناقص و ناکامل، عدم رعایت موازین تربیتی و اخلاقی در برقراری روابط بین والدین و فرزندان، عدم داشتن روابط صمیمانه و احترام متقابل والدین به همدیگر، انحرافات اجتماعی و اخلاقی والدین، ضعف بنیان‌های دینی در خانواده، عدم برقراری روابط صمیمی بین والدین و فرزندان و همچنین، عدم برقراری روابط عاطفی درست بین زن و شوهر، از جمله مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر رخداد تن‌فروشی زنان به شمار می‌رود.

در سیستم مراقبت HIV/ایدز، امروزه بحث نظام مراقبت‌های رفتاری یا به عبارت دیگر، مراقبت از رفتارهای پرخطر منجر شونده به HIV/ایدز اهمیت زیادی پیدا کرده است (۳۰، ۲۹). در این زمینه، ایدز تا حدودی مانند یک بیماری مزمن فرض می‌شود که نیاز به مراقبت از عوامل خطر آن بسیار احساس می‌شود و در این راستا، انتقال جنسی و نقش زنان تن‌فروش در بروز HIV/ایدز به عنوان یک عامل خطر مهم، اهمیت زیادی دارد (۳۱). بنابراین، با توجه به مطالب مذکور، علاوه بر پایش منظم رفتارهای پرخطر در سطح جامعه، تلاش در راستای کاهش این رفتارها، یک اصل کلی در پیشگیری و کنترل HIV/ایدز محسوب می‌شود (۳۲).

نقطه قوت مطالعه حاضر این بود که روی گروه‌های آسیب‌پذیر به عنوان کسانی که تجربه رفتارهای پرخطر دارند و همچنین، کسانی که در مراکز مشاوره ویژه زنان به این افراد خدمات بهداشتی و کاهش آسیب ارایه می‌دهند، انجام شد. از آنجایی که روش انجام پژوهش حاضر به صورت کیفی بود، عدم تعمیم‌پذیری مطالعه به دلیل حجم نمونه کم و روش نمونه‌گیری (نمونه‌گیری هدفمند)، از محدودیت‌های آن محسوب می‌گردد و علت این محدودیت، کم بودن افراد و عدم تمایل تعداد زیادی از آن‌ها به شرکت

References

1. Young AM, Boyd C, Hubbell A. Prostitution, drug use, and coping with psychological distress. *J Drug Issues* 2000; 30(4): 789-800.
2. Pyett PM, Warr DJ. Vulnerability on the streets: Female sex workers and HIV risk. *AIDS Care* 1997; 9(5): 539-47.
3. Haldar P. Female sex worker typology: Too complicated to be used pragmatically. *Int J Epidemiol* 2011; 40(6): 1735-6.
4. Harcourt C, Donovan B. The many faces of sex work. *Sex Transm Infect* 2005; 81(3): 201-6.
5. Johnston LG, Sabin K, Mai TH, Pham TH. Assessment of respondent driven sampling for recruiting female sex workers in two Vietnamese cities: reaching the unseen sex worker. *J Urban Health* 2006; 83(6 Suppl): i16-i28.
6. Mondal NI, Hossain K, Islam R, Mian AB. Sexual behavior and sexually transmitted diseases in street-based female sex workers in Rajshahi City, Bangladesh. *Braz J Infect Dis* 2008; 12(4): 287-92.
7. Hubbard P, Sanders T. Making space for sex work: Female street prostitution and the production of urban space. *J Urban Reg Res* 2003; 27(1): 75-89.
8. Campbell R, O'Neill M. *Sex work now*. Portland, OR: Willan Publishing; 2006.
9. Krusi A, Chettiar J, Ridgway A, Abbott J, Strathdee SA, Shannon K. Negotiating safety and sexual risk reduction with clients in unsanctioned safer indoor sex work environments: A qualitative study. *Am J Public Health* 2012; 102(6): 1154-9.
10. Platt L, Grenfell P, Bonell C, Creighton S, Wellings K, Parry J, et al. Risk of sexually transmitted infections and violence among indoor-working female sex workers in London: The effect of migration from Eastern Europe. *Sex Transm Infect* 2011; 87(5): 377-84.
11. Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M, et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: Influence of structural determinants. *Lancet* 2015; 385(9962): 55-71.
12. Moradi G, Mohraz M, Gouya MM, Dejman M, Alinaghi SS, Rahmani K, et al. Problems of providing services to people affected by HIV/AIDS: Service providers and recipients perspectives. *East Mediterr Health J* 2015; 21(1): 20-8.
13. Mirzayi B, Ranjgar B. The Study of Social, Financial and Family Condition of the Woman Prostitutes in Tehran. *Applied Psychology* 2007; 1(4): 37-45.
14. Silverman JG. Adolescent female sex workers: invisibility, violence and HIV. *Arch Dis Child* 2011; 96(5): 478-81.
15. Huang Y, Henderson GE, Pan S, Cohen MS. HIV/AIDS risk among brothel-based female sex workers in China: assessing the terms, content, and knowledge of sex work. *Sex Transm Dis* 2004; 31(11): 695-700.
16. Le LV, Nguyen TA, Tran HV, Gupta N, Duong TC, Tran HT, et al. Correlates of HIV infection among female sex workers in Vietnam: injection drug use remains a key risk factor. *Drug Alcohol Depend* 2015; 150: 46-53.
17. Strathdee SA, Philbin MM, Semple SJ, Pu M, Orozovich P, Martinez G, et al. Correlates of injection drug use among female sex workers in two Mexico-U.S. border cities. *Drug Alcohol Depend* 2008; 92(1-3): 132-40.
18. Tyndall MW, Patrick D, Spittal P, Li K, O'Shaughnessy MV, Schechter MT. Risky sexual behaviours among injection drugs users with high HIV prevalence: Implications for STD control. *Sex Transm Infect* 2002; 78(Suppl 1): i170-i175.
19. Beyrer C, Baral SD, van Griensven F, Goodreau SM, Chariyalertsak S, Wirtz AL, et al. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet* 2012; 380(9839): 367-77.
20. Bucardo J, Semple SJ, Fraga-Vallejo M, Davila W, Patterson TL. A qualitative exploration of female sex work in Tijuana, Mexico. *Arch Sex Behav* 2004; 33(4): 343-51.
21. Couture MC, Evans JL, Sothy NS, Stein ES, Sichan K, Maher L, et al. Correlates of amphetamine-type stimulant use and associations with HIV-related risks among young women engaged in sex work in Phnom Penh, Cambodia. *Drug Alcohol Depend* 2012; 120(1-3): 119-26.
22. Kraemer A, Fischer F, Plass D, Pinheiro P, Ling L, Sang Y, et al. Burden of disease in China: Contrasting Disease burden patterns of the general and the migrant workers populations [Working Paper 2014-11]. Geneva, Switzerland: United Nations Research Institute for Social Development; 2014.
23. Thompson AL, Houck KM, Adair L, Gordon-Larsen P, Popkin B. Multilevel examination of the association of urbanization with inflammation in Chinese adults. *Health Place* 2014; 28: 177-86.
24. Prior J, Hubbard P, Birch P. Sex worker victimization, modes of working, and location in New South Wales, Australia: a geography of victimization. *J Sex Res* 2013; 50(6): 574-86.

25. Malekinejad M, Mohraz M, Razani N, Akbari G, McFarland W, Khairandish P, et al. High HIV prevalence in a respondent-driven sampling survey of injection drug users in Tehran, Iran. *AIDS Behav* 2015; 19(3): 440-9.
26. Nasirian M, Doroudi F, Gooya MM, Sedaghat A, Haghdoost AA. Modeling of human immunodeficiency virus modes of transmission in Iran. *J Res Health Sci* 2012; 12(2): 81-7.
27. Swain SN, Saggurti N, Battala M, Verma RK, Jain AK. Experience of violence and adverse reproductive health outcomes, HIV risks among mobile female sex workers in India. *BMC Public Health* 2011; 11: 357.
28. Scorgie F, Vasey K, Harper E, Richter M, Nare P, Maseko S, et al. Human rights abuses and collective resilience among sex workers in four African countries: A qualitative study. *Global Health* 2013; 9(1): 33.
29. Gallagher KM, Sullivan PS, Lansky A, Onorato IM. Behavioral surveillance among people at risk for HIV infection in the U.S.: The National HIV Behavioral Surveillance System. *Public Health Rep* 2007; 122(Suppl 1): 32-8.
30. Magnani R, Sabin K, Saidel T, Heckathorn D. Review of sampling hard-to-reach and hidden populations for HIV surveillance. *AIDS* 2005; 19(Suppl 2): S67-S72.
31. Emmanuel F, Salim M, Akhtar N, Arshad S, Reza TE. Second-generation surveillance for HIV/AIDS in Pakistan: results from the 4th round of Integrated Behavior and Biological Survey 2011-2012. *Sex Transm Infect* 2013; 89(Suppl 3): iii23-iii28.
32. Thanh DC, Hien NT, Tuan NA, Ha HT, Thang PH, Ha NT, et al. Brief behavioural surveys in routine HIV sentinel surveillance: a new tool for monitoring the HIV epidemic in Viet Nam. *Western Pac Surveill Response J* 2015; 6(1): 52-4.

Female Sex Workers' Experiences of Risky Behaviors, and the Causes of These Behaviors from their Viewpoints: A Qualitative Study

Khaled Rahmani¹, Farzam Bidarpoor², Ghobad Moradi³, Mohammad Karimi⁴, Mehri Molasheikhi⁵

Original Article

Abstract

Introduction: The phenomenon of prostitution among women as one of the backgrounds for the spread of human immunodeficiency virus (HIV) and other sexual transmitted infections in recent years attracted the attention of the authorities, especially the Iranian health officials. From 2009, and accordance to the HIV surveillance, centers as centers for vulnerable women has been established by the national health system for harm reduction programs in women. In this study, experiences, risky behaviors, and causes of these behaviors in female sex workers (FSWs) came to the vulnerable women counseling center in 2015, in Sanandaj City, Iran, were studied.

Method: In this qualitative study, semi-structured interviews and focus group discussion techniques were used to collect the data. Individual interviews with service provider personnel vulnerable women, including the director of the women counseling center, the midwife, and social worker consultant, and three focus group discussions with women referred to the center were done.

Results: Sexual partners' unwilling to use harm reduction facilities, non-commitment of men to pay for prostitution, violence, physical and sexual harm, applying for unconventional sexual abuse, and forced use of drugs and alcohol were the main experiences and risk behaviors that prostitutes facing. Lack of adherence to religious, poverty, addiction, divorce, ethical and social distortions, and lack of healthy family relationships were the most important factors affecting the occurrence of prostitution among women.

Conclusion: Even the health and social consequences of the prostitution among women and their risky behaviors are associated with multiple factors (multifactorial), but to deal with this problem, attention to the social determinants of health is very important; and each of the variables identified in this study can become a target for interventional programs in the country, particularly in vulnerable women counseling centers.

Keywords: Female, Sex workers, Risk behavior, Qualitative research

Citation: Rahmani K, Bidarpoor F, Moradi G, Karimi M, Molasheikhi M. **Female Sex Workers' Experiences of Risky Behaviors, and the Causes of These Behaviors from their Viewpoints: A Qualitative Study.** J Qual Res Health Sci 2016; 5(4): 326-36.

Received date: 02.06.2015

Accept date: 26.08.2015

1- Assistant Professor, Department of Community Medicine, School of Medicine, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

2- General Practitioner, Deputy of Health, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

3- Associate Professor, Kurdistan Research Center for Social Determinants of Health, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

4- Department of Executive Management, Deputy of Health, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

5- Department of Reproductive Health, Deputy of Health, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

Corresponding Author: Khaled Rahmani, Email: khaledrahmani111@yahoo.com