

## ارتباط بین اسلام و کاهش ایدز در آفریقا (مطالعه موردی کشورهای جنوب صحرای آفریقا)

دکتر علی اکبر ایزدی فرد: استاد گروه حقوق خصوصی دانشگاه مازندران  
ali85akbar@yahoo.com  
حسین کاویار: دانش آموخته کارشناسی ارشد حقوق خصوصی، دانشگاه مازندران  
mirhosseinkaviar@gmail.com  
آزاده جانقربان: دانشجوی کارشناسی ارشد حقوق بین الملل، دانشگاه شهید اشرفی اصفهانی  
pjanghorban@gmail.com

### چکیده

محدودیت‌ها و بازدارنده‌های شرعی درباره تمایلات جنسی می‌تواند آثاری بر انتقال بیماری‌های جنسی واگیردار داشته باشد. شناسایی و به‌کاربردن چند اصل مسلم اسلامی ممکن است بر کاهش انتقال ویروس HIV اثرگذار باشد. فرضیه مقاله حاضر این است که رواج ایدز در میان مسلمانان کمتر از غیرمسلمانان است. در بین مسلمانان 38 کشور آفریقایی مذهبی، درصد انتقال و شیوع ایدز به‌گونه‌ای منفی مشهود است. شش مقاله از هفت مقاله چاپ‌شده در مورد ارتباط اعتقادات مذهبی و ایدز نشان می‌دهد رابطه‌ای منفی بین شیوع این بیماری و مسلمان بودن وجود دارد. مطالعات بیشتری که درباره ارتباط خطر عوامل شیوع ایدز انجام شده است، دلایلی مرکب نسبت به اعمال قوانین جنسی اسلامی (برای مثال اعمال خارج از روابط زناشویی) ارائه می‌دهند. البته عوامل دیگری هم در کاهش ابتلا به این بیماری تأثیر دارد، برای مثال مزایای ناشی از ختنه می‌تواند میزان شیوع ایدز را میان مسلمانان کاهش دهد.

واژه‌های کلیدی: ویروس HIV، شیوع ایدز، اسلام، مذهب.

## مقدمه

رفتارهای مطابق با اصول مذهبی می تواند بر سلامت و انتقال بیماری‌ها اثر داشته باشد (Ellison & Levin, 1998: 700-720; Reynolds & Tanner, 1995). بین بیماری‌های واگیردار جنسی<sup>1</sup> و مقید بودن به اصول دین و مذهب رابطه‌ای منفی وجود دارد و این به دلیل محدودیت‌هایی است که مذاهب درباره مسائل جنسی دارند (Seidman & et al., 1992: 1388-1394). رسوم مذهبی همچون ختنه نیز می تواند بر میزان انتقال بیماری‌های واگیردار جنسی تأثیرگذار باشد. اگر عوامل مذهبی مرتبط با ایدز شناخته شود، این شناسایی در کمک به درک و پیش‌بینی روند سرایت شدید ویروس HIV مهم و مؤثر خواهد بود (Gayle & Hill, 2001: 327-335; Piot & et al., 2001: 968-973).

براساس این استدلال، این مقاله به بررسی ارتباط بین ایدز و اسلام می‌پردازد. فرضیه مقاله این است که ارتباط بین دین اسلام و شیوع ویروس ایدز، منفی است. اگر چه این فرضیه پیشتر طرح شده (Lenton, 1997: 1005; Ridanovis, 1997: 45-46)، به نظر می‌رسد کسی به طور کامل و مستوفی آن را تحلیل نکرده است.

بنا به دلایلی، پیروی از اصول و مبانی اسلام می‌تواند از ابتلا به بیماری جنسی ایدز پیشگیری کند. تا زمانی که قوانین اسلام درباره ازدواج به مرد اجازه می‌دهد تا چهار همسر داشته باشد و خیلی آسان آن‌ها را طلاق بدهد، به‌صورت بالقوه، طول مدت زندگی با شرکای جنسی (به‌عنوان یک ریسک فاکتور معمول برای کسب ویروس HIV) افزایش می‌یابد (Stanberry & Bernstein, 2000; Wasserheit & et al., 1991). منع از رابطه جنسی جز در مورد ازدواج می‌تواند مهم‌ترین ریسک فاکتور باشد. قوانین اسلام علیه رابطه جنسی غیر از ازدواج، در صورت پیروی از سوی مرد و زن، می‌تواند موجب کاهش روابط جنسی پیش از ازدواج و خارج از روابط زناشویی (زنا) باشد، همچنانکه اعمال جنسی تجاری را نیز کاهش می‌دهد. ممنوعیت علیه همجنس‌بازی، خطرهای انتقال ایدز (برای مثال رابطه جنسی حفاظت‌نشده از مقعد) را کاهش می‌دهد.

اسلام، مصرف الکل را نیز منع می‌کند. افزایش رفتارهای جنسی پرخطر، از جمله کاهش استفاده از کاندوم (Wilson & et al., 1996: 105-117; Bastani & et al., 1992) و مصرف الکل می‌تواند بر سرعت انتقال ویروس HIV از طریق جنسی بیفزاید. توجه اسلام به رعایت تشریفات همچون شست‌وشو، بهداشت آلت تناسلی مرد را افزایش

<sup>1</sup> Sexually Transmitted Diseases.

می‌دهد و همین عاملی است برای کاهش خطر انتقال بیماری‌های جنسی واگیردار (Lerman & Liao, 2001: 1539-1557). ختنه هم به‌عنوان عرفی رایج میان مسلمانان، نقشی مسلّم در کاهش انتقال ویروس HIV دارد (Bailey & et al., 2001: 223-231; Weiss & et al., 2000: 2361-2370). رواج این عرف، انتقال ویروس ایدز را کاهش می‌دهد. بنا به دلایلی که ذکر شد پیش‌بینی می‌شود رابطه دین اسلام و ایدز، منفی باشد. در مطالعه‌ای تطبیقی بین اسلام و سایر ادیان، نشان داده شد ایدز با دین اسلام ارتباط منفی قوی‌تری دارد تا با سایر ادیان و این به‌دلیل پیروی از اصول جنسی دین اسلام، مانند ختنه و اصول بهداشتی است.

### روش پژوهش

داده‌های این پژوهش به دو روش جمع‌آوری شده است:

نخست تحلیلی چندمتغیری انجام شد که از اطلاعات سایر نتایج آمارهای آنلاین و مجموعه داده‌های مرتبط با ایدز استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش را تمام 38 کشور جنوب صحرای بزرگ آفریقا با دست‌کم یک میلیون جمعیت تشکیل می‌دهد. در ابتدا، ساکنان کشورهای آفریقای شمالی، آسیا و منطقه پاسفیک (اقیانوس آرام) نیز شامل این پژوهش بودند، اما کشورهای جنوب صحرای آفریقا تنها منطقه‌ای به نظر می‌رسید که تنوع قومی کافی در انتقال HIV و همچنین درصد کافی از مسلمانان را داشت. با این اوصاف به نظر می‌رسد بتوان مقایسه چندمتغیری معناداری در میان کشورهای جنوب صحرای آفریقا انجام داد. علاوه بر این، تنوع منطقه‌ای صحرای آفریقا (برای مثال کشورهای آفریقای غربی، مرکزی، شرقی و جنوبی) نیز بررسی شد، اما کوچکی اندازه نمونه باعث شد نتایج معنادار اندکی به‌دست آید.

پنج متغیر مستقل شامل درصد مسلمانان، تراکم جمعیت، درصد جمعیت شهری، سرانه قدرت خرید سالانه و مورد مبتلا به ایدز که در سال اول ثبت شده بود و یک متغیر وابسته (انتقال HIV) برای این تحلیل چندمتغیری این‌گونه به‌دست آمد:

درصد مسلمانان از سالنامه جهانی 2000 م به‌دست آمد (World Almanac and book of facts, 2000). تراکم جمعیت، درصد جمعیت شهری

و سرانه قدرت خرید سالانه از یک پایگاه داده آمارگیری آنلاین در سال 2002 م استخراج شد ([www.prb.org](http://www.prb.org)). سرانه قدرت خرید سالانه با متوسط درآمد به دلار آمریکا که می‌توان با آن کالا خرید، سنجیده شد. مورد مبتلا به ایدز ثبت‌شده در سال

اول، نخستین سالی است که نام مبتلا به ایدز در پایگاه ایدز سازمان ملل متحد به آدرس [www.unaids.org.hivaidinfo/statistics](http://www.unaids.org.hivaidinfo/statistics) ثبت شده است. برای به دست آوردن اطلاعات شیوع ایدز، از داده‌های آنلاین سازمان ملل متحد به آدرس <http://www.unaids.org/epidemicupdate/report/es-timates.pdf> استفاده شد.

تمامی سنجش‌ها بزرگسالان بین سنین 15 - 49 سالی که HIV آن‌ها مثبت است و همچنین برآورد و تخمینی از شیوع HIV در اواخر سال 2006، را شامل می‌شود. تمام این متغیرها از داده‌های آنلاین به دست آمده در 19 می سال 2007 برگرفته شد. اطلاعات این تحلیل چندمتغیری از منابع مختلف و با روش‌های متفاوت (یعنی روش Schwartlander و همکاران در سال 1999 در مورد شیوع HIV) (Schwartlander & et al., 1999: 2445-2458) به دست آمد. با این همه، این داده‌ها بهترین و به‌روزترین اطلاعات ملی قابل دسترس را برای تحلیل متغیرهای مورد بررسی در تحلیلی چندمتغیری ارائه می‌دهد.

روش دوم جمع‌آوری داده‌ها نیز عبارت است از: مطالعه مقالات مرتبط با HIV، ریسک فاکتورهای HIV و اسلام. جست‌وجوهای آنلاین متعارف (برای مثال با کلمات کلیدی HIV و اسلام، HIV و مذهب، HIV و ریسک فاکتورها) در نشان دادن ارتباط بین اسلام و HIV و همچنین ارتباط بین اسلام و ریسک فاکتورهای HIV (مانند رفتارهای خارج از زناشویی و مصرف الکل) کمک مؤثری می‌کند. روش دوم به شناسایی سریع فاکتورهایی کمک می‌کند که با آن‌ها شیوع HIV ممکن است کاهش یابد.

### یافته‌های پژوهش

ارتباط بین شیوع HIV ملی و درصد مسلمانان در کشورهای جنوب صحرای آفریقا در شکل شماره یک نشان داده شده است. در سرتاسر کشورهای جنوب صحرای آفریقا مدل رگرسیون چندمتغیری معنادار بود ( $F=10.60$ ,  $df = 24$ ,  $p < 0.00005$ ) و مقدار بالایی واریانس در میزان شیوع HIV ملی را نشان می‌دهد ( $R^2 = 0.69$ ). از میان پنج متغیر مستقل یاد شده، تنها درصد مسلمانان ( $\beta = -0.516$ ,  $p = 0.0005$ ) و سرانه قدرت خرید سالانه ( $\beta = 0.636$ ,  $p = 0.0002$ ) معنادار بودند (تراکم جمعیت:  $\beta = -0.068$ ,  $p = 0.584$ ؛ درصد جمعیت شهری:  $\beta = -0.258$ ,  $p = 0.084$ ؛ مورد مبتلا به ایدز ثبت شده در سال اول:  $\beta = 0.244$ ,  $p = 0.059$ ).

جدول شماره یک خلاصه‌وار، نتایج مطالعاتی را نشان می‌دهد که ارتباط بین اسلام و

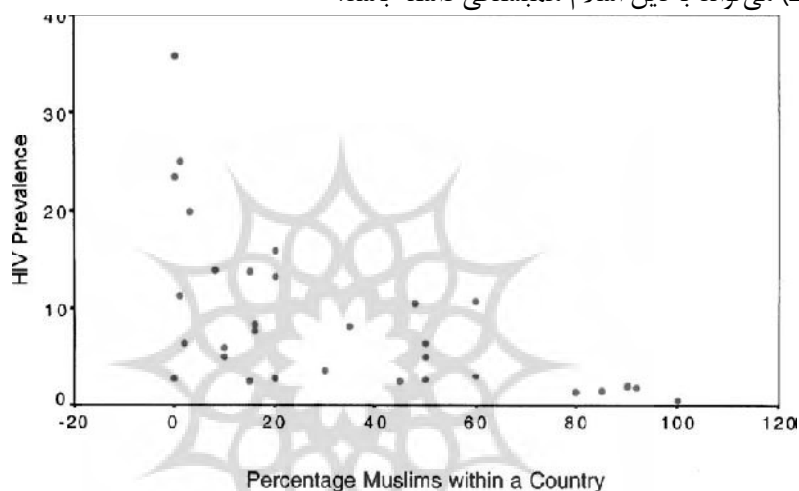
HIV را بررسی کرده‌اند. شش بررسی از هفت پژوهش نام‌برده در این جدول، نمودار رابطه‌ای منفی بین شیوع HIV و اسلام است. آن پژوهشی که گویای رابطه مثبت بین اسلام و شیوع HIV است، از روشی متفاوت با سایر مطالعات استفاده کرده است.

جدول 1: مطالعات انجام‌شده در مورد اسلام و HIV

منبع	مکان مطالعه و عوامل دخیل	ارتباط مثبت یا منفی
(Gray & et al., 2000: 2371-2381)	اوگاندا: در میان مردان ختنه‌شده، عدم معناداری پایین میزان HIV میان مسلمانان (اما معنادار در سنین 20-29). معناداری اندک بین شیوع HIV و مصرف الکل در میان ختنه‌شدگان (99/1% ختنه‌شدگان مسلمان) در مقایسه با مردان ختنه‌نشده. پاکیزگی مکان مقاربت نیز ممکن است HIV را کاهش دهد.	منفی
(Mbulaiteye & et al., 2000: 911-915)	اوگاندا: میزان HIV در بین مسلمانان نسبت به غیرمسلمانان معناداری پایینی دارد. الکل در میزان ابتلا به HIV تأثیر دارد (این تأثیر در میان مسلمانان به علت منع شرعی مصرف الکل، منفی و اندک است).	منفی
(Rakwar & et al., 1999: 607-614)	کنیا (رانندگان کامیون): درصد مبتلایان به ایدز در میان مسلمانان نسبت به پروتستان‌ها و کاتولیک‌ها و حتی سایر مذاهب اندک است و منفی بودن رابطه بین ایدز و اسلام معنادار است. مسلمانان روابط کمتری با روسپی برقرار می‌کنند.	منفی
(Bwayo & et al., 1994: 1391-1396)	کنیا (رانندگان کامیون و نیز رانندگان اوگاندا و رواندا): میزان شیوع HIV در میان مسلمانان و پروتستان‌ها نسبت به کاتولیک‌ها اندک است و این ظاهراً به دلیل ختنه کردن است.	منفی
(Killewo & et al., 1994: 129-134)	تانزانیا: در واحدهای سیاسی (زندان‌ها) شیوع ایدز در بین مسلمانان بیشتر است.	مثبت
(Malamba & et al., 1994: 253-257)	اوگاندا: به علت کنترل طول دوره زندگی با شرکای جنسی در بین مسلمانان و عوامل دیگر، رواج HIV در بین مسلمانان کمتر است.	منفی
(Nunn & et al., 1994: 81-86)	اوگاندا: شیوع ایدز بین مسلمانان به نحو معناداری نسبت به سایر اقوام مذهبی پایین است.	منفی

این پژوهش، ارتباط شیوع HIV و اسلام را در میان زندانیان (به‌عنوان واحدی سیاسی) بررسی کرده و این در حالی است که سایر مطالعات، جامعه وسیع‌تری داشتند و ارتباط HIV و مذهب اشخاص را کاویده‌اند. در یکی از این بررسی‌ها که درباره رانندگان کامیون در آفریقای شرقی است (رانندگان کامیون جمعیتی پرخطر را تشکیل می‌دهند)، تغییرات در وضعیت HIV عدم معنای کمتری در مقایسه با مسیحیان دارد و

در مقایسه با سایر ادیان مذهبی، معنای کمتری دارد. (شکل 1) بررسی دیگری دربارهٔ رانندگان کامیون نشان داد که مسلمانان و پروتستان‌ها میزان HIV کمتری در مقایسه با رانندگان کامیون سایر ادیان دارند. در چهار بررسی دیگر که ارتباطی منفی بین HIV و اسلام را نشان می‌دهد، برخی از عوامل کنترل شده (برای مثال ختنه) (Gray & et al., 2000) و مدت دورهٔ زندگی با شرکای جنسی (Malamba & et al., 1994: 253-) می‌تواند با دین اسلام همبستگی داشته باشد. (257)



شکل 1: ارتباط شیوع HIV و میزان مسلمانان در کشورهای جنوب صحرای بزرگ آفریقا

نتایج بررسی‌ها در مورد ارتباط بین اسلام و عوامل افزایش‌دهندهٔ خطر ابتلا به HIV در جدول شمارهٔ دو بیان شده است. این یافته‌ها می‌تواند با دخالت عوامل دیگر - که در جدول شمارهٔ یک گزارش شده است - یک دسته ارتباط قوی بین ریسک فاکتورها و اسلام را فراهم کند. دو مورد از این مطالعات نشان می‌دهند میزان مصرف الکل میان مسلمانان کمتر است. بررسی دیگری نیز نمودار نتایج مشابه با آن است. بنابراین، هر سه مطالعه، نشان‌دهندهٔ رابطه‌ای منفی بین مسلمانان و مصرف الکل است.

دربارهٔ ارتباط جنسی، دو مورد از این مطالعات بیان‌کنندهٔ تعداد زوجات میان مسلمانان است و این طولانی‌بودن دورهٔ زندگی با شرکای جنسی (به‌عنوان یک ریسک فاکتور ابتلا به HIV) را نشان می‌دهد. یکی از این بررسی‌ها نشان می‌دهد مرد مسلمان برخلاف زن مسلمان کمتر روابط جنسی خارج از زناشویی دارد. بررسی دیگر حاکی

است که از رابطه جنسی اتفاقی بین مسلمانان کمتر گزارش می‌شود. پژوهش دیگر نیز گویای این است که احتمال داشتن شرکای اعمال خارج از زناشویی در بین مسلمانان کمتر است. یکی دیگر از بررسی‌های جدول شماره یک بیانگر این است که مسلمانان کمتر با کارگران تجاری جنسی، رابطه جنسی برقرار می‌کنند. همه این یافته‌ها نشان می‌دهد مسلمانان طول دوره کوتاه‌تری با شرکای جنسی دارند.

جدول 2: مطالعات در مورد ارتباط بین اسلام و ریسک فاکتورهای ابتلا به HIV

منبع	مکان مطالعه و ریسک فاکتور(ها)	ارتباط مثبت یا منفی
(Nuko & et al., 2001: 214-218)	تانزانیای: ختنه کردن در میان مسلمانان در مقایسه با مسیحیان و سایر ادیان رایج‌تر است.	منفی
(Lagarde & et al., 2000: 2027-2033)	سنگال: مصرف الکل میان مسلمانان کمتر است، اما در مورد رابطه جنسی اتفاقی با مسیحیان مساوی هستند. تعدد زوجات میان مسلمانان بیشتر است.	هم مثبت و هم منفی
(Bailey & et al., 1999: 294-301)	اوگاندا: مسلمان کمتر الکل مصرف می‌کنند، کمتر شریک جنسی خارج از زناشویی دارند و بیشتر ختنه می‌کنند. تعدد زوجات در بین آن‌ها بیشتر است و از کاندوم کمتر استفاده می‌کنند.	هم مثبت و هم منفی
(Isiugo, 1994: 111-125)	نیجریه: مردان مسلمان و پروتستان کمتر رابطه جنسی خارج از زناشویی دارند. هیچ رابطه‌ای بین مذهب و اعمال خارج از زناشویی زنان وجود ندارد.	منفی و عدم وجود رابطه

ختنه مزایای حفاظتی دارد و مسلمانان در این مورد تجربه‌های ارزشمندی دارند. چهار مطالعه از این بررسی‌ها نشان می‌دهد، مسلمانان در مقایسه با سایر ادیان بیشتر به سنت ختنه پایبند هستند. در این بررسی‌ها جامعه آماری مسلمانان نیز بیشتر از جامعه آماری سایر ادیان، ختنه شده بودند. باید توجه کرد اصول اسلامی در مورد رعایت بهداشت می‌تواند انتقال HIV را کاهش دهد.

### بحث

در جامعه آماری شامل کشورهای جنوب صحرای آفریقا پیش‌بینی می‌شد رابطه مسلمانان آن کشورها با شیوع HIV ملی، منفی باشد. نتایج به‌دست‌آمده، این فرضیه را تقویت می‌کند که شیوع HIV در بین مسلمانان کمتر است. این یافته‌ها ارزش تفاسیر مبتنی بر زمان ظهور HIV را کاهش می‌دهد؛ یعنی HIV-1 در آفریقای مرکزی غربی و HIV-2 در آفریقای غربی افزایش یافته است (Holmes, 2001: 239-254). سرعت انتقال HIV در میان جمعیت شهری بیشتر است. به عبارت دیگر، در کشورهای جنوب صحرای بزرگ آفریقا با اینکه نخستین موارد مبتلا به HIV در آن مناطق گزارش شده است و همچنین جمعیت شهری بیشتری دارند، شیوع HIV در میان آن‌ها زیاد نیست. با تحلیل‌های بیشتر روشن شد در مناطق جنوب صحرای بزرگ آفریقا (غرب، مرکز، شرق و جنوب) درصد مسلمانان و شیوع HIV با تمام چهار متغیر، رابطه منفی داشته است. یافته‌های سرانۀ قدرت خرید که در تحلیل این چندمتغیری، میزان شیوع ایدز را مثبت پیش‌بینی کرده بود، درخور توجه است. سرانۀ قدرت خرید تا حدّ زیادی با هزینه‌های مالی ازدواج ارتباط دارد و می‌تواند به افزایش شرکای جنسی و کاهش ازدواج رسمی منجر شود (Blance & Gage, 2000).

یافته‌های راجع به ریسک‌فاکتورهای مرتبط با HIV به‌طور دقیق با مزایای حمایتی دین اسلام مرتبط است. داده‌ها نشان می‌دهد این اصول و مبانی را همگان رعایت نمی‌کنند و در برخی موارد در مقایسه الگوهای رفتاری مسلمانان با غیرمسلمانان در یک جامعه خاص، تغییر چندانی دیده نمی‌شود. این مورد به‌ویژه در رفتارهای جنسی، بیشتر دیده می‌شود (Gibney & et al., 1999: 186-194; Kagimu & et al., 1998: 215-228). در برخی موارد، مسلمانان در مقایسه با غیرمسلمانان همان جامعه به دلیل تعهدی که دارند، روابط خارج از زناشویی خود را آشکار نمی‌کنند. از سوی دیگر، مدرکی وجود ندارد مبنی بر اینکه پیروی از دستورات دین اسلام رفتارهای جنسی را به‌عنوان ریسک‌فاکتور ابتلا به HIV افزایش می‌دهد. در مطالعه Killewo و همکاران (مندرج در جدول شماره یک) که ارتباط اسلام و HIV را مثبت ارزیابی کرده بود، داده‌ها به‌طور مستقیم به بررسی رابطه مذهب با HIV نپرداخته بود و جامعه آماری آن‌ها زندان‌ها را به‌عنوان واحدهای سیاسی شامل می‌شد.

با انجام دادن ختنه - که خطر اکتساب HIV را کاهش می‌دهد - و کاهش مصرف الکل - که رفتارهای پرخطر جنسی را کم می‌کند - و همچنین پیروی از اصول مسلم



دین اسلام، به نظر می‌رسد خطر انتقال HIV کمتر شود. اصل پاکیزگی و بهداشت (برای مثال بعد از آمیزش) خطر ابتلا به HIV از راه جنسی را کاهش می‌دهد. تعدد زوجات - که در دو پژوهش نیز ملاحظه شد - و نیز گرایش نداشتن به استفاده از کاندوم - که در یکی از مطالعات بررسی شد - از عواملی است که خطر ابتلا به HIV را افزایش می‌دهد.

### نتیجه‌گیری

فرضیه مقاله این بود که پیوستگی دین اسلام و HIV منفی است و این فرضیه به‌گونه‌ای جامع حمایت شده است. درصد مسلمانان به‌طرز منفی و معنادار با شیوع HIV در میان کشورهای جنوب صحرای بزرگ آفریقا در ارتباط است. از هفت مطالعه انجام‌شده در این باره، شش بررسی به بررسی درون جمعیتی پرداخته است. یافته‌های این بررسی‌ها نشان می‌دهد شیوع HIV در میان مسلمانان کمتر است. از بررسی ریسک‌فاکتورهای HIV دریافت می‌شود در برخی موارد دین اسلام باعث کاهش روابط جنسی خارج زناشویی می‌شود، ولی گاهی هم این‌گونه نیست (برای مثال در روابط جنسی تجاری یا اعمال زناکارانه این رابطه منفی به‌آسانی مشهود است). اگر چه در هیچ مطالعه‌ای رابطه مثبت بین دین اسلام و رفتارهای جنسی مشاهده نشده است. مصرف الکل در میان مسلمانان در مقایسه با غیر مسلمانان، کمتر است و نتیجه آن نیز کاهش رفتارهای جنسی پرخطر در بین مسلمانان است. همچنین بسیاری از مسلمانان به سنت ختنه پایبندند. تعدد زوجات در اسلام مجاز، و تمایل به استفاده از کاندوم در بین آنها کمتر است که این عوامل می‌توانند انتقال HIV را افزایش دهد.

تلاش نویسندگان مقاله این است که نهادهای ملی و بین‌المللی مسئول در زمینه بیماری ایدز را به بررسی و توجه بیشتر به ظرفیت‌های دین مبین اسلام برای جلوگیری از HIV تشویق کنند.

## منابع

- Bailey, R. C., Neema, S., & Othieno, R. (1999). Sexual behaviors and other HIV risk factors in circumcised and uncircumcised men in Uganda. *Journal of AIDS*, 22(3), 294–301.
- Bailey, R. C., Plummer, F. A., & Moses, S. (2001). Male circumcision and HIV prevention: Current knowledge and future research directions. *Lancet Infectious Diseases*, 1(4), 223–231.
- Bastani, R., Erickson, P. A., Marcus, A. C., Maxwell, A. E., Capell, F. J., & Freeman, H., et al. (1996). AIDS-related attitudes and risk behaviours: A survey of a random sample of California heterosexuals. *Preventive Medicine*, 25(2), 105–117.
- Blanc, A. K., & Gage, A. J. (2000). Men, polygyny, and fertility over the life-course in sub-Saharan Africa. In C. Bledsoe, S. Lerner, & J. I. Guyer (Eds.), *Fertility and the male lifecycle in the era of fertility decline*. Oxford: Oxford University Press.
- Bwayo, J., Plummer, F., Omari, M., Mutere, A., Moses, S., & Ndinya-Achola, J., et al. (1994). Human immunodeficiency virus infection in long-distance truck drivers in East Africa. *Archives of Internal Medicine*, 154(12), 1391–1396.
- Ellison, C. G., & Levin, J. S. (1998). The religion-health connection: Evidence, theory, and future directions. *Health Education and Behavior*, 25(6), 700–720.
- Gayle, H. D., & Hill, G. L. (2001). Global impact of human immunodeficiency Virus and AIDS. *Clinical Microbiology Reviews*, 14(2), 327–335.
- Gibney, L., Choudhury, P., Khawaja, Z., Sarker, M., & Vermund, S. H. (1999). Behavioural risk factors for HIV/AIDS in a low-HIV prevalence Muslim nation: Bangladesh. *International Journal of STD and AIDS*, 10(3), 186–194.
- Gray, R. H., Kiwanuka, N., Quinn, T., Sewankambo, N. K., Serwadda, D., & Wabwire Mangen, F., et al. (2000). Male circumcision and HIV acquisition and transmission: Cohort studies in Rakai, Uganda. *AIDS*, 14(15), 2371–2381.
- Holmes, E. C. (2001). On the origin and evolution of the human immunodeficiency virus (HIV). *Biological Reviews*, 76(2), 239–254.
- Isiugo-Abanihe, U. C. (1994). Extramarital relations and perceptions of HIV/AIDS in Nigeria. *Health Transition Review*, 4(2), 111–125.
- Kagimu, M., Marum, E., Wabwire-Mangen, F., Nakyanjo, N., Walakira, Y., & Hogle, J. (1998). Evaluation of the effectiveness of AIDS health education intervention in the Muslim community in Uganda. *AIDS Education and Prevention*, 10(3), 215–228.
- Killewo, J., Dahlgren, L., & Sandstrom, A. (1994). Sociogeographical patterns of HIV-1 transmission in Kagera region, Tanzania. *Social Science & Medicine*, 38(1), 129–134.

- Lagarde, E., Enel, C., Seck, K., Gueye-Ndiaye, A., Piau, J-P., & Pison, G., et al. (2000). Religion and protective behaviours towards AIDS in rural Senegal. *AIDS*, 14(13), 2027–2033.
- Lenton, C. (1997). Will Egypt escape the AIDS epidemic? *Lancet*, 349(9057), 1005.
- Lerman, S. E., & Liao, J. C. (2001). Neonatal circumcision. *Pediatric Clinics of North America*, 48, 1539–1557.
- Malamba, S. S., Wagner, H-U., Maude, G., Okongo, M., Nunn, A. J., & Kengeya-Kayondo, J. F., et al. (1994). Risk factors for HIV-1 infection in adults in a rural Ugandan community: A case-control study. *AIDS*, 8(2), 253–257.
- Mbulaiteye, S. M., Ruberantwari, A., Nakiyingi, J. S., Carpenter, L. M., Kamali, A., & Whitworth, J. A. G. (2000). Alcohol and HIV: A study among sexually active adults in rural southwest Uganda. *International Journal of Epidemiology*, 29(15), 911–915.
- Nnko, S., Washija, R., Urassa, M., & Boerma, J. T. (2001). Dynamics of male circumcision in northwest Tanzania. *Sexually Transmitted Diseases*, 28(4), 214–218.
- Nunn, A. J., Kengeya-Kayondo, J. F., Malamba, S. S., Seeley, J. A., & Mulder, D. W. (1994). Risk factors for HIV-1-infection in adults in a rural Ugandan community: A population study. *AIDS*, 8(1), 81–86.
- Piot, P., Bartos, M., Ghys, P. D., Walker, N., & Schwartlander, B. (2001). The global impact of HIV/AIDS. *Nature*, 410(6831), 968–973.
- Rakwar, J., Lavreys, L., Thompson, M., Jackson, D., Bwayo, J., & Hassanali, S., et al. (1999). Cofactors for the acquisition of HIV-1 among heterosexual men: Prospective cohort study of trucking company workers in Kenya. *AIDS*, 13(5), 607–614.
- Reynolds, V., & Tanner, R. (1995). *The social ecology of religion*. Oxford: Oxford University Press.
- Ridanovic, Z. (1997). AIDS and Islam. *Medicinski Archiv*, 51, 45–46.
- Schwartlander, B., Stanecki, K. A., Brown, T., Way, P. O., Monasch, R., & Chin, J., et al. (1999). Country-specific estimates and models of HIV and AIDS: Methods and limitations. *AIDS*, 13(17), 2445–2458.
- Seidman, S. N., Mosher, M. D., & Aral, S. O. (1992). Women with multiple sexual partners: United States, 1988. *American Journal of Public Health*, 82(10), 1388–1394.
- Stanberry, L. R., & Bernstein, D. I. (2000). *Sexually transmitted diseases: vaccines, prevention and control*. New York: Academic Press.
- Wasserheit, J. N., Aral, S. O., & Holmes, K. (Eds.), & Hitchcock (associate Ed.) (1991). *Research issues in human behavior and sexually transmitted diseases in the AIDS era*. Washington, DC: American Society for Microbiology.
- Weiss, H. A., Quigley, M. A., & Hayes, R. J. (2000). Male circumcision and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. *AIDS*, 14(15), 2361–2370.

- Wilson, D., Lavelle, B., Mwoboto, B., & Armstrong, M. (1992). Use of a retrospective timeline calendar to examine alcohol use, sex behaviour and condom use among Zimbabwean men. *International Conference on AIDS*, 8, C332.
- *World Almanac and book of facts* (2000). Mahwah, NJ: World Almanac Books.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی