

## رفتارهای پرخطر افراد مبتلا به عفونت HIV در مراجعان به مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران

**شایسته حاجی زاده:** دانشجوی دوره MPH، مربی، گروه بهداشت مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
**سحرناز نجات:** دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت و مرکز تحقیقات بهره برداری از دانش سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران - نویسنده رابط: Nejjatsan@tums.ac.ir

**سیدرضا مجدزاده:** استاد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت و مرکز تحقیقات بهره برداری از دانش سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

**مینو محرز:** استاد، گروه بیماری‌های عفونی، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات ایدز ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
**حمیدرضا ستایش:** پزشک، مشاور منطقه‌ای برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز، دفتر منطقه‌ای خاور میانه و شمال آفریقا، جمهوری عربی مصر انجمن علمی حقوق پزشکی ایران

**محمد مهدی گویا:** متخصص بیماری‌های عفونی، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۶/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۴/۲۰

### چکیده

**زمینه و هدف:** با گسترش استفاده از داروهای آنتی رترو ویرال میزان مرگ ناشی از بیماری ایدز کاهش یافته و از آنجا که امید زندگی در مبتلایان به عفونت HIV تغییر یافته، نیازهای بهداشت جنسی و باروری آنها تغییر کرده و اهمیت توجه به آن نیز افزایش یافته است، به طوری که در سال ۱۳۸۹، ۲۰/۸ درصد از مبتلایان در آن سال از طریق برقراری روابط جنسی مبتلا شده‌اند.

**روش کار:** مطالعه مقطعی می‌باشد که برای ۴۰۰ فرد اچ آی وی مثبت، پرسشنامه به روش مصاحبه تکمیل شد، نمونه گیری در هر مرکز به روش پی در پی تا رسیدن به حجم نمونه مورد نظر انجام شد.

**نتایج:** ۶۰ درصد نمونه‌های پژوهش مرد بودند و ۴۴/۲ درصد مردان و ۵۱/۳ درصد زنان اچ آی وی مثبت در گروه سنی ۲۵-۳۴ سال قرار داشتند، درخصوص رفتارهای پرخطر بعد از ابتلا به عفونت اچ آی وی، بیشترین درصد مربوط به رفتار جنسی پرخطر بوده که ۴۹/۶ درصد از مردان و ۱۵/۶ درصد از زنان بعد از تشخیص عفونت اچ آی وی رفتار جنسی پرخطر یعنی ارتباط جنسی بدون کاندوم با فرد اچ آی وی منفی داشتند و ۶۲/۵ درصد از افراد اچ آی وی مثبت در این تحقیق، از خطرات ارتباط جنسی غیر ایمن (بدون کاندوم) آگاه نبودند.

نتایج پژوهش نشان داد که احتمال رفتارهای جنسی پرخطر، با مرد بودن، مجرد بودن، تحصیلات زیردیپلم، سابقه اعتیاد و مصرف مشروبات الکلی ارتباط دارد ( $p < 0.05$ ) و مدل رگرسیون لجستیک نشان داد که رفتار پرخطر جنسی با مرد بودن، مجرد بودن، تحصیلات زیردیپلم، مصرف مشروبات الکلی و استفاده از روش‌های هورمونال و دائمی تنظیم خانواده ارتباط معنی‌داری دارد ( $p < 0.05$ ).

**نتیجه گیری:** همگام با مطالعات گذشته، این تحقیق سطوح نسبتاً بالایی از رفتارهای پرخطر جنسی از زمان تشخیص در یک جمعیت اچ آی وی مثبت را نشان داد، به نظر می‌رسد ارائه خدمات مناسب بهداشت باروری و جنسی به این افراد منجر شود تا زندگی جنسی و باروری بدون خطر یا کم خطر برای آلوده کردن شریک جنسی شان داشته باشند.

**واژگان کلیدی:** اچ آی وی/ایدز، رفتار پرخطر، مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری

## مقدمه

تعداد افرادی که با عفونت HIV زندگی می‌کنند در سراسر دنیا رو به افزایش است، افزایش موارد مبتلا به عفونت HIV منعکس‌کننده اثربخشی داروهای آنتی رتروویرال برای افزایش طول عمر این افراد است (WHO 2011). براساس آمار جمع‌آوری شده از دانشگاه-های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، تا تاریخ ۱۳۹۰/۱/۱ مجموعاً ۲۲۷۲۷ نفر افراد مبتلا به HIV/AIDS در کشور شناسایی شده‌اند که ۶۷/۵ درصد از مبتلایان به HIV در زمان ابتلا در گروه سنی ۳۴-۲۵ سال قرار داشتند (CDC 2011) که نیازهای جنسی و بهداشت باروری دارند.

با گسترش استفاده از داروهای آنتی رتروویرال میزان مرگ ناشی از این بیماری کاهش یافته و از آنجا که امید زندگی در مبتلایان به عفونت HIV تغییر کرده، نیازهای جنسی این گروه نیز تغییر کرده و اهمیت توجه به آن نیز افزایش یافته است (Debeko 2007). در سال ۸۹، ۲۰/۸ درصد از مبتلایان در ایران از طریق برقراری روابط جنسی مبتلا شده‌اند (CDC 2011). در حال حاضر ارتباط جنسی پرخطر با افراد معتاد تزریقی مبتلا به عفونت اچ آی وی مهمترین منبع ابتلا زنان به عفونت اچ آی وی بوده است (Fisher et al. 1999). نتایج تحقیق زمانی و همکارانش در سال ۲۰۰۶ نشان داد که بیش از ۴۱ درصد از مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در یک سال قبل از مطالعه، آمیزش جنسی به ازای پول داشته‌اند و فقط ۴۳/۵ درصد از این افراد در آخرین باری که آمیزش به ازای پول داشته‌اند از کاندوم استفاده کرده‌اند (Zamani et al. 2006).

نتایج تحقیق انجام شده در جنوب آفریقا نیز نشان داد که عموماً، افراد اچ آی وی مثبتی که ازدواج نکرده بودند و یا از الکل استفاده می‌کردند بیشتر از سایرین رفتارهای جنسی پرخطر داشتند OR ارتباط به ترتیب برابر ۶/۹ و ۶/۰۷ بود (Debeko 2007). و در تحقیق Fisher

همکارانش در سال ۱۹۹۹ نقص اطلاعات، از جمله فقدان دانش در مورد راه‌های انتقال HIV و پیشگیری از آن و داشتن تصورات نادرست مبنی بر اینکه در ارتباط با یک شریک جنسی ثابت مثل همسر داشتن رابطه جنسی ایمن ضروری نیست، از عوامل مرتبط با رفتارهای جنسی پرخطر در مصرف‌کنندگان مواد مخدر تزریقی IDUs بوده است (Fisher et al. 1999).

بدیهی است که عدم دسترسی افراد اچ آی وی مثبت به خدمات بهداشت باروری و جنسی منجر به افزایش انتقال عفونت اچ آی وی به شریک جنسی، عود عفونت و ابتلا به سایر عفونت‌ها در افراد اچ آی وی مثبت، حاملگی ناخواسته و سقط غیر ایمن خواهد شد.

درک پویایی رفتار پرخطر در افراد اچ آی وی مثبت برای پیشگیری از انتقال عفونت به افراد سالم مهم است زیرا برخی از افراد HIV مثبت بدلیل عدم افشای وضعیت ابتلا خود به عفونت اچ آی وی ممکن است باعث انتقال عفونت اچ آی وی به شریک جنسی شان شوند (Fisher et al. 1999). با توجه به اولویت انجام تحقیقات منسجم بر روی گروه‌های پرخطر به منظور ارائه راهکار جهت پیشگیری از انتقال عفونت اچ آی وی پژوهش حاضر در این راستا و با هدف تعیین رفتارهای پرخطر افراد مبتلا به عفونت HIV در مراجعان به مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری دانشگاه‌های علوم پزشکی شهرتهران انجام شده است.

## روش کار

مطالعه از نوع مقطعی می‌باشد و با توجه به در دست نبودن اطلاعاتی در مورد بهداشت باروری افراد مبتلا به عفونت اچ آی وی، برای به دست آمدن حداکثر نمونه برای تحقیق، احتمال (p) معادل ۵۰ درصد در نظر گرفته شد، به این ترتیب با در نظر گرفتن خطای ۵ درصد و دقت ۵ درصد، حجم نمونه ۴۰۰ نفر تعیین شد.

گرفت که میانگین ضریب کاپا برای متغیرهای کیفی ۰/۹۲ پایایی سوالات را تایید نمود.

روش گردآوری داده‌ها در این پژوهش، مصاحبه با ساختار بود و به این صورت انجام شد که، پژوهشگر به همراه ۵ پرسشگر نمونه‌گیری در ۵ مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری شهرستان‌های ورامین، شهریار، رباط کریم و مرکز بهداشت غرب و بیمارستان امام خمینی در سطح شهر تهران را به روش پی در پی تا رسیدن به اندازه نمونه مورد نظر در فاصله اسفند ۱۳۸۹ تا ۱۵ تیر ۱۳۹۰ انجام دادند و نهایتاً ۴۰۰ پرسشنامه تکمیل شد. برای اطمینان از تکمیل صحیح پرسش‌نامه، قبل از شروع نمونه‌گیری برای پرسش‌گران جلسه‌ی توجیهی آموزشی تشکیل شد، پس از توضیح اهداف طرح و تاکید بر محرمانه بودن پاسخ‌ها، نحوه تکمیل پرسشنامه به روش مصاحبه برایشان توضیح داده شد و راهنمای تکمیل پرسش‌نامه نیز تکثیر و در اختیار نام‌برندگان قرار گرفت و در طی اجرای طرح نیز پایش مکرر به منظور بررسی روند پیشرفت طرح و اطمینان از تکمیل صحیح پرسشنامه‌ها به عمل آمد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها: جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است و کلیه محاسبات آماری توسط کامپیوتر و با استفاده از نرم افزار SPSS 15 انجام شده است. برای دسته بندی و خلاصه کردن یافته‌های این تحقیق از آمار توصیفی شامل جدول توزیع فراوانی مطلق و نسبی استفاده شده است.

از آزمون تی تست برای تعیین ارتباط متغیرهای کمی (سن، مدت تشخیص عفونت اچ آی وی، مدت درمان با داروهای آنتی رتروویرال و وضعیت اقتصادی) با متغیر رفتار پرخطر جنسی استفاده شد و از آزمون نسبت خطر برای تعیین ارتباط متغیرهای کیفی (تحصیلات، جنس، تاهل، سابقه اعتیاد، مصرف مشروبات الکلی، استفاده از روش‌های هورمونال و دائمی تنظیم خانواده، اطلاع از خطرات سکس غیر ایمن، شغل، زندگی با خانواده یا تنها، تغییر در میل جنسی بعد از شروع درمان با داروهای آنتی رتروویرال، شرکت در کلاس-

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه‌ای متشکل از پنج بخش و هفتاد سوال بود، بخش اول: اطلاعات مربوط به ویژگی‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی افراد اچ آی وی مثبت، بخش دوم: اطلاعات مربوط به سوء مصرف مواد و اقدامات درمانی حمایتی، بخش سوم: اطلاعات مربوط به رفتارهای پرخطر بخش چهارم تنظیم خانواده و بارداری ناخواسته، بخش پنجم: اطلاعات مربوط به تمایل به بارداری و آگاهی افراد درباره انتقال عفونت اچ آی وی از مادر به فرزند آنها بوده است که به بخش مربوط به رفتارهای پرخطر در این مقاله پرداخته شده است و بخش‌های بعدی در مقالات آتی بررسی خواهد شد. برای تعیین اعتبار محتوی پرسشنامه، ابتدا قبل از شروع طرح با ۴۵ نفر (۲۵ نفر زن و ۲۰ نفر مرد) مصاحبه فردی بصورت نیمه ساختار یافته انجام شد و با استفاده از مطالعات کتابخانه‌ای پرسشنامه طراحی شد و سپس از ۷ نفر از افراد Expert (شامل پزشکان و مشاوران شاغل در مراکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری، مسؤلان و کارشناسان ستادی برنامه‌ی ایدز در دانشگاه‌ها) در زمینه ضروری بودن، سادگی، واضح بودن و مرتبط بودن سوالات نظر خواهی شد و پس از بررسی پیشنهادات، تغییرات لازم در پرسشنامه داده شد. برای تعیین پایایی پرسشنامه از دو روش آزمون مجدد و (Inter-observer reliability) استفاده شد، بدین صورت که در روش آزمون مجدد، پرسشنامه توسط پژوهشگر برای ۲۰ نفر از افراد اچ آی وی مثبت (۱۰ مرد و ۱۰ زن) تکمیل شد و هفته بعد نیز مجدداً این پرسشنامه‌ها برای همین افراد تکمیل شد که میانگین ضریب کاپا برای متغیرهای کیفی ۰/۸۷ پایایی سوالات را تایید نمود. برای تعیین (Inter-observer reliability) پژوهشگر و یک همکار آشنا به پژوهش، اطلاعات را از ۲۰ نفر اچ آی وی مثبت (۱۰ زن و ۱۰ مرد) بلافاصله پس از یکدیگر جمع‌آوری نمودند و در پایان اطلاعات بدست آمده مورد مقایسه قرار

مثبت، تحصیلات راهنمایی و دبیرستان داشتند ۳۲/۵ درصد از مردان و ۳/۸ درصد از زنان اچ آی وی مثبت سابقه ازدواج نداشتند. ۷۰/۸ درصد از مردان و ۷/۵ درصد از زنان سابقه اعتیاد تزریقی داشتند و در خصوص رفتارهای پرخطر بعد از ابتلا به عفونت اچ آی وی، بیشترین درصد مربوط به رفتار جنسی پرخطر بوده که ۴۹/۶ درصد از مردان و ۱۵/۶ درصد از زنان بعد از تشخیص عفونت اچ آی وی رفتار جنسی پرخطر یعنی سکس بدون کاندوم با فرد اچ آی وی منفی داشتند (جدول ۱).

۲۷/۵ درصد از افراد مدت تشخیص عفونت اچ آی وی آنها کمتر از ۲ سال بود و ۶۴/۵ درصد از افراد تحت درمان با داروهای آنتی رتروویرال بودند که ۷۴/۸ درصد از افراد تحت درمان با داروهای آنتی رتروویرال عنوان کردند که از زمان شروع درمان میل جنسیشان تغییر نکرده، ۱۸/۲ درصد میل جنسیشان بدتر شده و ۷ درصد نیز بهتر شده است. ۸۳/۸ درصد از افراد اچ آی وی مثبت طی یکسال گذشته ارتباط جنسی داشته‌اند که ۷۱/۱ درصد از آنان با شریک جنسی دائم یعنی همسر، رابطه‌ی جنسی داشته‌اند و ۲۸/۴ درصد از مردان و ۱۷/۵ درصد از زنانی که در حال حاضر همسر دار بودند با همسران اچ آی وی منفی زندگی می‌کردند. ۶۲/۵ درصد از افراد اچ آی وی مثبت در این تحقیق، خطرات ارتباط جنسی نایمن (بدون کاندوم) را برای خودشان که شامل آلوده شدن به نوع جدید عفونت HIV، نوع خطرناک مقاوم به درمان آن و یا عفونت های مقاربتی دیگر می‌باشد نمی‌دانستند. ۲۳/۹ درصد از افراد اچ آی وی مثبت اعلام کردند که از روش جلوگیری از انزال داخل رحمی برای پیشگیری از انتقال عفونت اچ آی وی به شریک جنسی خود استفاده می‌کردند و ۲/۲ درصد عنوان کردند که شریک جنسی شان از روش شستشوی واژینال بعد از نزدیکی برای پیشگیری از انتقال عفونت اچ آی وی استفاده می‌کند. طبق جدول شماره ۳. Bivariate Analysis نشان داد که احتمال رفتار پرخطر جنسی با مرد بودن  $p < 0.0001$ .

های آموزشی، تحت حمایت گروه‌های اجتماعی، اطلاع افراد خانواده از بیماری وی) با متغیر رفتارهای جنسی پرخطر استفاده شد.

در گام دوم تمام متغیرهایی که در گام اول با Bivariate Analysis،  $p < 0.02$  داشتند (سن، مدت درمان با داروهای آنتی رتروویرال، تحصیلات، جنسیت، تاهل، سابقه اعتیاد، مصرف مشروبات الکلی، استفاده از روش‌های هورمونال و دائمی تنظیم خانواده، اطلاع از خطرات سکس غیر ایمن، شغل، زندگی با خانواده) ارتباطشان با متغیر رفتار پرخطر جنسی با استفاده از مدل لجستیک رگرسیون با روش Backward:Wald سنجیده شد.

لازم به ذکر است که در این تحقیق منظور از رفتار جنسی پرخطر، سکس بدون کاندوم با فرد اچ آی وی منفی است که وی را در معرض خطر ابتلا قرار می‌دهد. ملاحظات اخلاقی: انجام این مطالعه در فرآیند بررسی طرح‌های تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد تایید کمیته اخلاق در پژوهش قرار گرفته بود و موارد زیر رعایت شده است:

۱- در خصوص پژوهش و اهداف و ضرورت آن، برای افراد مورد بررسی توضیح داده شد. ۲- احترام به شأن افراد شرکت کننده در پژوهش رعایت گردید. ۳- قبل از تکمیل پرسشنامه، رضایت آگاهانه از افراد گرفته شد. ۴- مختار بودن افراد جهت شرکت در پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات شخصی و ناشناس ماندن نمونه‌ها به آن‌ها یادآوری شد. ۵- پرسشگران موظف بودند تا به کلیه پرسش‌های افراد مورد پژوهش، در زمینه مطالعه پاسخ دهند.

## نتایج

۶۰ درصد نمونه‌های پژوهش مرد بودند و بیشترین درصد ۴۴/۲ درصد مردان و ۵۱/۳ درصد زنان اچ آی وی مثبت در گروه سنی ۳۴-۲۵ سال قرار داشتند. بیشترین درصد ۵۰/۴ درصد مردان، ۳۸/۱ درصد زنان اچ آی وی

در حال حاضر ارتباط جنسی پرخطر با افراد معتاد تزریقی مبتلا به عفونت اچ آی وی مهمترین منبع ابتلا زنان به عفونت اچ آی وی بوده است (Fisher et al. 1999). نتایج این تحقیق نشان داد که افراد اچ آی وی مثبت مشکلی از نظر تمایلات جنسی و برقراری ارتباط سکس ندارند و سایر مطالعات نیز حاکی از آن است که مصرف‌کنندگان مواد از نظر جنسی فعالند و رفتارهای جنسی با شرکای مختلف جنسی و بدون استفاده از کاندوم در روابط جنسی این گروه شایع هستند. نتایج تحقیق زمانی و همکارانش در سال ۲۰۰۶ نشان داد که بیش از ۳۵ درصد مصرف‌کنندگان تزریقی مواد متأهلند و بیش از ۸۶ درصد از مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در طول عمر خود آمیزش جنسی داشته‌اند و ۵۹/۳ درصد آنها در طول عمر خود دارای بیش از یک شریک جنسی بوده‌اند به گونه‌ای که ۲۷ درصد بیش از ۵ شریک جنسی در طول عمر خود داشته‌اند. بیش از ۶۹ درصد آنان در آخرین آمیزش خود با شریک جنسی ثابت خود از کاندوم استفاده نکرده‌اند. بیش از ۴۱ درصد از مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در یک سال قبل از مطالعه، آمیزش جنسی به ازای پول داشته‌اند و فقط ۴۳/۵ درصد از این افراد در آخرین باری که آمیزش به ازای پول داشته‌اند از کاندوم استفاده کرده‌اند (Zamani et al. 2006). همانطور که گفته شد نتایج تحقیقات نشان داده که این گروه کمتر از کاندوم بطور مداوم استفاده می‌کنند، در حالیکه استفاده مداوم از کاندوم، در پیشگیری از انتقال عفونت اچ آی وی و عفونت‌های مقاربتی ۹۵-۸۰ درصد موثر است (Shapiro and Ray 2007). به دلیل فقدان آگاهی از عوارض رفتارهای جنسی پرخطر، افراد اچ آی وی مثبت ممکن است آلوده به نوع جدید عفونت HIV، نوع خطرناک مقاوم به درمان آن و یا عفونت‌های مقاربتی دیگر شوند (Debeko 2007). و برای پیشگیری از این رفتارهای جنسی پرخطر نیاز به حمایت ویژه دارند (Nostlinger et al. 2008).

مجرد بودن  $p < 0/0001$ ,  $OR = 5/3(3/2-8/7)$  (۸-)  
 تحصیلات زیردیپلم  $p < 0/0001$ ,  $OR = 5/2(3/3-4/6)$   
 سابقه اعتیاد  $p < 0/0001$ ,  $OR = 2/7(1/6-8/6)$   
 مصرف مشروبات الکلی  $p < 0/0001$ ,  $OR = 5/3(3/3-10/5)$   
 ارتباط دارد و مدل لجستیک رگرسیون نشان داد که رفتارهای جنسی پرخطر با مرد بودن  $p < 0/0001$ ,  $OR = 5(2/9-8/7)$   
 مجرد بودن  $p < 0/0001$ ,  $OR = 5/3(3/2-8/8)$ ,  
 تحصیلات زیر دیپلم  $p = 0/003$   
 مصرف مشروبات الکلی  $p = 0/019$ ,  $OR = 2/5(1/4-4/7)$ ,  
 استفاده از روش‌های هورمونی و  $OR = 5/9(1/3-25/7)$   
 دائمی تنظیم خانواده  $p = 0/025$  (۲(۱/۱-۳/۶) ارتباط معنی-داری دارد.

## بحث

۴۹/۶ درصد از مردان و ۱۵/۶ درصد از زنان بعد از تشخیص عفونت اچ آی وی رفتار جنسی پرخطر یعنی سکس بدون کاندوم با فرد اچ آی وی منفی داشتند و ۶۲/۵ درصد از افراد اچ آی وی مثبت در این تحقیق، خطرات سکس غیر ایمن (بدون کاندوم) برای خودشان را نمی‌دانستند در حالیکه نگرانی در مورد آلوده کردن شریک جنسی به عفونت اچ آی وی، ابتلا به عفونت مجدد و عفونت‌های ثانویه و تشدید بیماری خود فرد، نقش قابل توجهی در ایجاد انگیزه برای سکس ایمن در افراد HIV مثبت دارد (Fisher et al. 1999). و در تحقیق فیشر و همکارانش در سال ۱۹۹۹ نقص اطلاعات، از جمله فقدان دانش در مورد راه‌های انتقال HIV و پیشگیری از آن و داشتن تصورات نادرست مبنی بر اینکه در ارتباط با یک شریک جنسی ثابت مثل همسر داشتن رابطه جنسی ایمن ضروری نیست، از عوامل مرتبط با رفتارهای جنسی پرخطر در مصرف‌کنندگان مواد مخدر تزریقی IDUs بوده است (Fisher et al. 1999).

2007). تحقیق دیگری که در سال ۲۰۰۸ در نیویورک انجام شده بود نیز نشان داد که در مدل لجستیک رگرسیون، سن و جنس با استفاده مداوم از کاندوم ارتباط معنی‌داری داشت (Schackman et al. 2008).

مدل لجستیک رگرسیون نشان داد که استفاده از روش-های هورمونال و دائمی تنظیم خانواده با رفتارهای جنسی پرخطر ارتباط معنی‌داری دارد تحقیقات اخیر نیز نشان داده است که مصرف عوامل جلوگیری از بارداری هورمونی با افزایش خطر انتقال جنسی عفونت اچ آی وی همراه بوده است (Martin et al. 1998) بنظر می‌رسد در مواردی که فرد وضعیت عفونت اچ آی وی خود را برای شریک جنسی موقت یا دائم خود آشکار نمی‌کند و برای پیشگیری از بارداری از روش‌های هورمونی یا دائمی استفاده می‌کند ترس از انگ و تبعض و از دست دادن شریک جنسی مانع استفاده از کاندوم می‌شود. در اینجا الگوی تشکیل خانواده، در اکثریت مطلق موارد به صورت ازدواج تک‌همسری است. اما مردان می‌توانند بیش از یک همسر دائم داشته باشند. نوع دیگر تشکیل خانواده ازدواج‌های موقت است. مردان برای ازدواج موقت محدودیتی از نظر شرعی و قانونی ندارند. نشانه‌های پراکنده‌ای حاکی از آن است که این نوع ازدواج در صورتی که با آموزش برای رابطه جنسی ایمن و به خصوص استفاده از کاندوم همراه نباشد، می‌تواند با گسترش بیماری‌های آمیزشی از جمله ایدز همراه باشد بطور مثال در یک مطالعه که در کرمانشاه انجام شد و در آن یکصد مرد مبتلا به سوزاک طی فاصله سال‌های ۱۹۹۷ تا ۲۰۰۰ مورد پیگیری و ارزیابی قرار گرفتند، ۲۴ درصد از طریق همسر موقت یا صیغه به آن مبتلا شده بودند (Zargooshi 2002). نتایج تحقیقات در مناطق شهری زامبیا نیز نشان داد که حداقل ۵۵ درصد از عفونت-های HIV جدید در بین هتروسکسوال، زوجین یا افرادی که هم‌خانه هستند دیده شده است (Dunkle et al. 2008). در این تحقیق تنها (۷/۵ درصد) از زنان اچ آی وی مثبت سابقه اعتیاد تزریقی داشته‌اند که این ممکن است بیانگر آن

در این تحقیق بعضی از افراد اچ آی وی مثبت باورهای غلطی در خصوص روش‌های پیشگیری از انتقال عفونت اچ آی وی به شریک جنسی خود داشتند نتایج تحقیق Nostlinger و همکارانش در سال ۲۰۰۸ نیز نشان داد، بسیاری از افراد HIV مثبت هنوز فکر می‌کنند که وقتی سطح ویروس در بدنشان پایین باشد عفونت HIV را انتقال نخواهند داد و نیازی به استفاده از کاندوم نیست (Nostlinger et al. 2008). این نوع برداشت‌ها و تصورات نادرست غالباً توسط هموعان انتقال می‌یابد و با کارکنان بهداشتی نیز در میان گذاشته نمی‌شود (Nostlinger et al. 2008).

بنظر می‌رسد یکی دیگر از دلایل سکس غیر ایمن، سکس بدون کاندوم به قصد بارداری است در این تحقیق نیز ۲۲ درصد از افراد اچ آی وی مثبت، علت عدم استفاده مداوم از کاندوم را تمایل به بارداری عنوان کرده‌اند. در حالیکه دسترسی به تکنیک‌های کمک باروری برای این افراد، خطر انتقال عفونت برای زوجینی که یکی از آنها HIV منفی است و خطر عود عفونت برای زوجینی که هر دو HIV مثبت هستند را کاهش می‌دهد (Bell et al. 2007; Delvaux and Nöstlinger 2007).

در خصوص عوامل همراه با رفتار پرخطر جنسی نتایج این تحقیق مشابه نتایج تحقیق انجام شده در سال ۲۰۰۷ در جنوب آفریقا است در آن تحقیق نیز عموماً، افراد اچ آی وی مثبتی که ازدواج نکرده بودند  $OR = 6/99$  و افراد اچ آی وی مثبتی که از الکل استفاده می‌کردند  $OR = 6/07$  بیشتر از سایر افراد رفتارهای پرخطر جنسی داشتند (Debeko 2007).

در تحقیقی هم که در سال ۲۰۰۷ در بالتیمور، میامی، نیویورک و سان فرانسیسکو انجام شد، کسانی که شرکای جنسی گذرا داشتند، از الکل استفاده می‌کردند و یا دچار پریشانی روان بودند در خصوص پرهیز از رفتار پرخطر جنسی کمتر احساس مسئولیت می‌کردند (Latka et al.).

توجه به عوامل موثر بر رفتار پرخطر جنسی در افراد اچ آی وی مثبت و بعضاً وجود باورهای غلط و عدم آگاهی در صدی از این افراد از خطرات ارتباط جنسی غیر ایمن به نظر می‌رسد ارائه خدمات مناسب بهداشت باروری و جنسی به این افراد منجر شود تا زندگی جنسی و باروری بدون خطر یا کم خطر برای آلوده کردن شریک جنسی شان داشته باشند. بدین منظور انجام مشاوره فردی با تأکید بر باورهای مذهبی و استفاده از تئوری‌های شناختی- رفتاری آموزش بهداشت، آموزش مهارت‌های زندگی به بیماران مبتلا و کاهش انگ در جامعه با افزایش منابع حمایت اجتماعی ضروری است. علاوه بر تامین اقدامات مشاوره‌ای، مراقبتی، حمایتی و درمانی جهت افراد اچ آی وی مثبت می‌بایست این خدمات بطور کامل برای گروه‌های در معرض خطر مانند زنان تن فروش نیز جهت تامین نگرش صحیح و اشاعه رفتار سالم و قطع زنجیره انتقال یا کاهش عفونت زایی، فراهم گردد.

محدودیت‌های پژوهش: نتایج این تحقیق قابل تعمیم به کل جمعیت اچ آی وی مثبت نمی‌باشد.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه طرح مرکز تحقیقات ایدز ایران به شماره قرارداد ۱۱۹۷۳-۵۵-۰۴-۸۹ می‌باشد. نویسندگان از مساعدت‌های مرکز مبارزه با بیماری‌های واگیر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران، معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و شهید بهشتی و همچنین مرکز UNAIDS ایران قدردانی می‌کنند. لازم بذکر است که این مطالعه بخشی از پایان نامه دوره ام‌پی‌اچ بهداشت باروری شایسته حاجی‌زاده دانشجوی ام‌پی‌اچ بهداشت باروری دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد.

باشد که زنان ازدواج کرده با افراد HIV مثبت نمی‌توانند از محافظت دوجانبه کاندوم مردانه در موقعیتی که همسران آنها تصمیم‌گیرنده برای استفاده از کاندوم هستند بهره ببرند چرا که نابرابری جنسیتی منجر شده که زنان نتوانند بر استفاده از کاندوم توسط مردان اصرار داشته باشند علاوه بر آن در سراسر دنیا مسائل اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی مشابهی وجود دارد که امکان حفاظت از خود را از زنان سلب می‌کند. راه کارهای اصلی برای توانمند کردن زنان در مبارزه با ایدز شامل بهبود روش‌های پیش‌گیری، آموزش، مبارزه با خشونت، حفظ حقوق اجتماعی و کاستن از بار مراقبت بیماران می‌شود. کشورهایی که بتوانند گسترش اچ آی وی در زنان را مهار کنند، گسترش این بیماری را در کل جامعه مهار کرده‌اند.

پاسخ برای پیش‌گیری از انتقال جنسی اچ آی وی بسیار ضعیف بوده است. ضعف در استفاده موثر از ظرفیت رسانه‌ها در ارائه پیام‌های صحیح در زمینه انتقال جنسی اچ آی وی باعث شد تا علی‌رغم گسترش روزافزون دسترسی به تکنولوژی ارتباطات شامل صدا و سیما، میزان آگاهی در باره آن در همه گروه‌های جمعیتی در حد مطلوب نباشد و نسبت استفاده از کاندوم در روابط جنسی پرخطر نیز بسیار نامطلوب است (Zamani et al. 2006). با توجه به این که یکی از اهداف اصلی برنامه کنترل ایدز در جامعه، دستیابی به استفاده از کاندوم در ۱۰۰ درصد نزدیکی‌های پرخطر است، لذا توجه ویژه به ترویج رفتار جنسی سالم از جمله استفاده از کاندوم در برنامه‌ریزی‌های آتی، امری اجتناب‌ناپذیر به نظر می‌رسد (CDC 2010).

### نتیجه‌گیری

همگام با مطالعات گذشته، این تحقیق سطوح نسبتاً بالایی از رفتارهای پرخطر جنسی از زمان تشخیص عفونت اچ آی وی در یک جمعیت HIV مثبت را نشان داد، با

جدول ۱- رفتارهای پرخطر بعد از تشخیص عفونت اچ آی وی در مراجعان به مراکز مشاوره بیماری های رفتاری دانشگاه های علوم پزشکی شهر تهران ( تعداد مرد= ۲۴۰ و تعداد زن= ۱۶۰ و جمع تعداد= ۴۰۰)

سوال	گزینه ها	مرد تعداد (درصد)	زن تعداد (درصد)	جمع تعداد (درصد)
زندان	بلی	۱۸ (۷/۵)	۴ (۲/۵)	۲۲ (۵/۵)
	خیر	۲۲۲ (۹۲/۵)	۱۵۶ (۹۷/۵)	۳۷۸ (۹۴/۵)
خالکوبی	بلی	۲ (۰/۸)	۲ (۱/۳)	۴ (۱)
	خیر	۲۳۸ (۹۹/۲)	۱۵۸ (۹۸/۷)	۳۹۶ (۹۹)
سابقه اعتیاد غیر تزریقی	بلی	۷۰ (۲۹/۲)	۱۰ (۶/۳)	۱۳۰ (۳۲/۵)
	خیر	۱۷۰ (۷۰/۸)	۱۵۰ (۹۳/۸)	۳۲۰ (۷۷/۵)
سابقه اعتیاد تزریقی	بلی	۱۷۰ (۷۰/۸)	۱۲ (۷/۵)	۱۸۲ (۴۵/۵)
	خیر	۷۰ (۲۹/۲)	۱۴۸ (۹۲/۵)	۲۱۸ (۵۴/۵)
ارتباط جنسی با شریک جنسی گذری	بلی	۱۱۵ (۴۷/۹)	۱۲ (۷/۵)	۱۲۷ (۳۱/۸)
	خیر	۱۲۵ (۵۲/۱)	۱۴۸ (۹۲/۵)	۲۷۳ (۶۸/۲)
ارتباط جنسی با شریک جنسی ثابت بجز همسر	بلی	۳۱ (۱۲/۹)	۱۸ (۱۱/۳)	۴۹ (۱۲/۳)
	خیر	۲۰۹ (۸۷/۱)	۱۴۲ (۸۸/۷)	۳۵۱ (۸۷/۸)
مصرف مشروبات الکلی	بلی	۲۰ (۸/۳)	۲ (۱/۳)	۲۲ (۵/۵)
	خیر	۲۲۰ (۹۱/۷)	۱۵۸ (۹۸/۷)	۳۷۸ (۹۴/۵)
رفتار جنسی پرخطر	بلی	۱۱۹ (۴۹/۶)	۲۵ (۱۵/۶)	۱۴۴ (۳۶)
	خیر	۲۱ (۵۰/۴)	۱۳۵ (۸۴/۴)	۲۵۶ (۶۴)



جدول ۲- اطلاعات مربوط به آگاهی فرد از خطرات سکس غیر ایمن در افراد مبتلا به عفونت HIV در مراجعان به مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران

سوال	گزینه‌ها	مرد تعداد(درصد)	زن تعداد(درصد)	جمع تعداد(درصد)
خطرات ارتباط جنسی بدون	برای افراد HIV مثبت خطری ندارد	۱۵۶ (۶۵)	۹۴ (۵۸/۸)	۲۵۰ (۶۲/۵)
کاندوم	باعث تشدید بیماری، عود یا انتقال سایر عفونت‌ها به افراد HIV مثبت میشود	۸۴ (۳۵)	۶۶ (۴۱/۲)	۱۵۰ (۳۷/۵)
منبع کسب اطلاع در خصوص	کارکنان مراکز مشاوره	۴۶ (۵۵/۴)	۴۴ (۶۷/۷)	۹۰ (۶۰/۸)
ارتباط جنسی ایمن	کلاس‌های آموزشی	۲۱ (۲۵/۳)	۱۰ (۱۵/۴)	۳۱ (۲۰/۹)
	رسانه‌های چاپی	۳ (۳/۶)	۲ (۳/۱)	۵ (۳/۴)
	دوستان	۱۳ (۱۵/۷)	۹ (۱۳/۸)	۲۲ (۱۴/۹)

جدول ۳- ارتباط بین متغیرها و رفتارهای جنسی پرخطر در افراد HIV مثبت مراجعه کننده به مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران

ردیف	متغیر	رفتار جنسی پرخطر		Adjusted OR OR(CI95%)	Crude OR OR(CI95%)
		ندارد تعداد(درصد)	دارد تعداد(درصد)		
۱	تحصیلات			۲/۵(۱/۴-۴/۷) ۱	۲/۷(۱/۶-۴/۶) ۱
	زیر دیپلم	۸۴ (۳۲/۸)	۲۲ (۱۵/۳)		
	دیپلم و بالاتر	۱۷۲ (۶۷/۲)	۱۲۲ (۸۴/۷)		
	جنس			۵(۲/۹-۸/۷) ۱	۵/۳(۳/۲-۸/۷) ۱
۲	مرد	۱۲۱ (۴۷/۳)	۱۱۹ (۸۲/۶)		
	زن	۱۳۵ (۵۲/۷)	۲۵ (۱۷/۴)		
۳	تاهل			۵/۳(۳/۲-۸/۸) ۱	۵/۲(۳/۳-۸) ۱
	بی همسر	۷۰ (۲۷/۳)	۹۵ (۶۶)		
	همسر دار	۱۸۶ (۷۲/۷)	۴۹ (۳۴)		
۴	سابقه اعتیاد			۲(۰/۹-۴/۲) ۱	۵/۳(۳/۳-۸/۶) ۱
	دارد	۱۱۵ (۴۴/۹)	۱۱۷ (۸۱/۳)		
	ندارد	۱۴۱ (۵۵/۱)	۲۷ (۱۸/۸)		
۵	مصرف مشروبات الکلی			۵/۹(۱/۳-۲۵/۷) ۱	۱۰/۵(۳-۳۶/۸) ۱
	بلی	۳ (۱/۲)	۱۶ (۱۱/۱)		
	خیر	۲۳۵ (۹۸/۸)	۱۲۸ (۸۸/۹)		
۶	استفاده از روشهای هورمونال و دائمی تنظیم خانواده			۲(۱/۱-۳/۶) ۱	۱/۸(۰/۵-۲/۱) ۱
	بلی	۴۳ (۱۶/۸)	۳۴ (۲۳/۶)		
	خیر	۲۱۳ (۸۳/۲)	۱۱۰ (۷۶/۴)		
	بدتر شده	۲۸ (۱۰/۹)	۱۹ (۱۳/۲)		

## References

- Bell, E., Mthembu, P. and Osullivan, S., 2007. Sexual and reproductive health services and HIV testing: perspectives and experiences of women and men living with HIV and AIDS. *Reproductive health matters*, 15, 113-135.
- CDC., 2010. HIV/AIDS National Strategic Plan , A Summary of HIV Situation and Response Analysis in Islamic Republic of Iran. IN, N. A. C. T. C. O. M. A. E. O. I. (Ed.). Available from: [http:// port. health. gov.ir](http://port.health.gov.ir) [cited by August 27, 2011] [In Persian].
- CDC., 2011. The latest Statistics of HIV/AIDS in Islamic Republic of Iran. Ministry of Helath and Medical Education of Iran. Available from: [http:// port. health. gov.ir](http://port.health.gov.ir) [cited by August 27, 2011] [In Persian].
- Debeko, K., 2007. *Sexual and reproductive health needs and preferences of people living with HIV/AIDS in Southern Nations Nationalities and Peoples Region*. Addis Ababa University.
- Delvaux, T. and Nostlinger, C., 2007. Reproductive choice for women and men living with HIV: contraception, abortion and fertility. *Reproductive health matters*, 15, pp. 46-66.
- Dunkle, K. L., Stephenson, R., Karrita, E., Chomba, E., Kayitenkore, K., Vwalika, C., Greenberg, L. and Allen, S., 2008. New heterosexually transmitted HIV infections in married or cohabiting couples in urban Zambia and Rwanda: an analysis of survey and clinical data. *The Lancet*, 371, pp. 2183-2191.
- Fisher, J.D., Misovich, S.J., Kimble, D.L. and Weinstein, B., 1999. Dynamics of HIV risk behavior in HIV-infected injection drug users. *AIDS and Behavior*, 3, pp. 41-57.
- Latka, M.H., Mizuno, Y., Wu, Y.F., Tobin, K.E., Metsch, L.R., Frye, V., Gómez, C.A. and Arnsten, J.H., 2007. Are feelings of responsibility to limit the sexual transmission of HIV associated with safer sex among HIV-positive injection drug users? *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 46, S88.
- Martin, H.L., Nyange, P.M., Richardson, B.A., Lavreys, L., Mandaliya, K., Jackson, D.J., Ndinya-Achola, J. and Kreiss, J., 1998. Hormonal contraception, sexually transmitted diseases, and risk of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 178, p. 1053.
- Nostlinger, C.M., Gordillo, V., Borms, R., Murphy, C., Bogner, J., Csepe, P. and Colebunders, R., 2008. Differences in perceptions on sexual and reproductive health between service providers and people living with HIV: a qualitative elicitation study. *Psychology, Health and Medicine*, 13, pp. 516-528.
- Schackman, B.R., Dastur, Z., Ni, Q., Callahan, M.A., Berger, J. and Rubin, D.S., 2008. Sexually Active HIV-positive patients frequently report never using condoms in audio computer-assisted self-interviews conducted at routine clinical visits. *AIDS patient care and STDs*, 22, pp. 123-129.
- Shapiro, K. and Ray, S., 2007. Sexual health for people living with HIV. *Reproductive health matters*, 15, pp. 67-92.
- WHO., 2011. World Health Statistics 2011. Available from: [http:// who. int/ whosis/ whostat/EN\\_WHS2011\\_Full.pdf](http://who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf) [cited by August 6, 2011].
- Zamani, S., Kihara, M., Gouya, M.M., Vazirian, M., Nassirimanesh, B., Ono-Kihara, M., Ravari, S.M., Safaie, A. and Ichikawa, S., 2006. High prevalence of HIV infection associated with incarceration among community-based injecting drug users in Tehran, Iran. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 42, pp. 342-6.
- Zargooshi, J., 2002. Characteristics of gonorrhoea in Kermanshah, Iran. *Sex Transm Infect*, 78, pp. 460-1.

## high-risk behaviors of HIV positive individuals referred to Behavioral Counselling Centers of Universities of Medical Sciences in Tehran

*Hajizadeh, Sh.*, MPH. Student, Instructor, Department of Maternal and child health, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*Nedjat, Sh.*, Ph.D. Associate professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health and Knowledge Utilization Research Center (KURC), Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*Majdzadeh, R.*, Ph.D. Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health and Knowledge Utilization Research Center (KURC), Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*Mohraz, M.*, MD. Professor, Department of Infectious Disease, Iranian Research center for HIV/AIDS, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*Setayesh, HM.*, MD, MPH. Regional Programme Advisor, Regional Support Team for the Middle East and North Africa (RST-MENA), Cairo, UNAIDS

*Gooya, MM.*, MD. Professor, Department of Infectious Disease, Head of Centre for Infectious Disease Control, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

Received: Sep 10, 2011

Accepted: Jul 10, 2012

### ABSTRACT

**Introduction:** Development of effective antiretroviral therapies (ART) has reduced mortality and increased life expectancy among individuals with HIV infection. Antiretroviral therapy regimens have improved symptoms and quality of life among these patients, whose sexual and reproductive needs, have, therefore, increased as well. In 2010, 20.8% of HIV-infected Iranians acquired the disease through sexual relations. The objective of this study was to define high-risk sexual behaviors among individuals infected with HIV referred to the Triangular Clinics of Universities of Medical Sciences in Tehran.

**Materials and Methods:** This cross-sectional interview-based survey included 400 HIV-positive individuals selected by consequential sampling.

**Results:** The majority (60%) of the subjects was males, and 44.2% of men and 51.3% of women with HIV were in the age group 34-25 years. On the whole, 15.6% of the women and 49.6% of the men had high-risk sexual behaviors after diagnosis of HIV infection. Further analysis of the data showed that 62.5% of HIV-positive individuals were not aware of the risks of unsafe sexual relationship (using no condom) for HIV-positive transmission. Based on the logistic regression module, it was found that factors strongly associated with high-risk sexual behavior were being male, being single, under high school diploma/graduate degree, alcohol intake and use of hormonal and permanent methods of family planning ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** The findings of this study confirm previous reports showing common high-risk sexual behaviour after diagnosis in HIV-positive populations. Providing suitable health services and advice on fertility and sexual health will result in no- or low-risk sexual life for couples.

**Keywords:** HIV/AIDS, High-risk behavior, Behavioral Counseling Centers