مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۱۴، مهر ۱۳۹۴، ۵۹۸-۵۸۷

فراوانی رفتارهای پرخطر در افراد HIV مثبت مراجعه‌کننده به مراکز بیماری‌های رفتاری شهرستان‌های کرمان و رفسنجان در سال ۱۳۹۱

فاطمه ترکاشوند[۱]، محمد اسدپور[۲]، محمود شیخ‌فتح‌الهی[۳]، الهه شیخی[۴]، محمدحسین صالحی شهربابکی[۴]، امیدرضا حسینی[۵]، مرضیه باختر[۶]، رضا بیدکی[۷]

دریافت مقاله: ۹۳/۷/۶ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۳/۱۰/۱ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۴/۴/۷ پذیرش مقاله: ۹۴/۴/۹

چکیده

زمینه و هدف: بیماری ایدز به عنوان یک چالش مهم بهداشتی رابطه تنگاتنگی با رفتارهای پرخطر دارد. الگو و تغییرات رفتارهای پرخطر مربوط به HIV (ویروس نقص ایمنی انسانی) یک عامل تعیین‌کننده مهم در ایجاد اپیدمی HIV در سطح جامعه است. مطالعه حاضر با هدف بررسی فراوانی و الگوهای رفتارهای پرخطر در دوره‌های قبل و بعد از تشخیص بیماری در افراد HIV مثبت انجام شد.

موا د و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی، ۱۳۰ نفر از افراد HIV مثبت دارای کد و پرونده در مرکز بهداشتی درمانی شماره ۱ شهر رفسنجان (۵۵ نفر) و مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری کرمان (۷۵ نفر) در سال ۱۳۹۱ به روش سرشماری مورد بررسی قرار گرفتند. بیماران با استفاده از چک لیست محقق ساخته توسط روان‌پزشک مورد مصاحبه قرار گرفته و اطلاعات لازم در زمینه وجود رفتارهای پرخطر در قبل و بعد از تشخیص عفونت HIV جمع‌آوری گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های مجذور کای، دقیق فیشر و آزمون مک نمار مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی بیماران ۸/۲۰ ± ۴۰/۱۲ سال بود و اکثر آنها مرد بودند. تزریق مواد مخدر با فراوانی ۶۱/۵٪، استفاده از ابزار مشترک تزریق با فراوانی ۴۳/۱٪ و رفتار جنسی محافظت نشده با فراوانی۴۰٪ بیشترین رفتار پرخطر قبل از تشخیص HIV بود. شایع‌ترین عامل احتمالی ایجاد بیماری از نظر خود فرد سرنگ آلوده (۴۶/۹٪) و رابطه جنسی (۲۶/۹٪) بود. بعد از تشخیص بیماری، تزریق مواد مخدر بیشترین رفتار پرخطر بوده و استفاده از ابزار تزریق مشترک به طور معناداری کاهش (p<۰/۰۰۱) و خودزنی افزایش یافته بود (p=۰/۰۰۴).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌ها، رفتارهای پرخطر و عوامل احتمالی ایجاد عفونت HIV در این مطالعه مشابه الگوی کشوری بود. از آن جایی که معتادان تزریقی HIV مثبت در معرض رفتارهای پرخطر جنسی هستند، لازم است که آگاهی و مشاوره لازم در این زمینه در اختیار آنها قرار گرفته و مداخلات لازم در زمینه کاهش رفتارهای پرخطر جنسی در آنها انجام گیرد.

واژه‌های کلیدی: رفتار پرخطر، ایدز، HIV (ویروس نقص ایمنی انسانی)، مرکز بیماری‌های رفتاری

۱- کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
۲- استادیار گروه آموزشی خدمات بهداشتی وارتقاء سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
۳- استادیار گروه آموزشی اپیدمیولوژی وآمار زیستی، مرکز تحقیقات محیط کار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
۴- پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
۵- دستیار تخصصی بیماری‌های عفونی و تب‌دار، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۶- دانشجوی کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
۷- (نویسنده مسئول) استادیار گروه آموزشی روانپزشکی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
تلفن: ۳۴۲۶۰۰۸۱-۰۳۴، دورنگار: ۳۴۲۶۰۰۸۶-۰۳۴، پست الکترونیکی: reza.bidaki111@gmail.com

مقدمه

بیماری ایدز یک چالش و تهدید مهم برای جوامع انسانی در سراسر جهان است که عواقب بهداشتی، فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی فراوانی به همراه دارد [۱]. حدود ۳۵ میلیون نفر تا پایان سال ۲۰۱۳ با این بیماری در سراسر جهان زندگی می‌کردند. کشورهای جنوب صحرای آفریقا بیشترین شیوع HIV را در جهان دارند و حدود ۷۰ درصد از مبتلایان جهان در این منطقه زندگی می‌کنند [۲].

اگرچه منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا جزء مناطق با تعداد کم افراد مبتلا به عفونت HIV در جهان است اما ایران بیشترین تعداد افراد بیمار را نسبت به سایر کشورهای منطقه دارد. تعداد افراد HIV مثبت ایران در سال ۲۰۱۳ به طور متوسط ۷۰۰۰۰ نفر و بین (۱۱۰۰۰۰-۴۷۰۰۰ نفر) برآورد شده است که این تعداد ۳۰ درصد و بیشترین تعداد از افراد HIV مثبت منطقه را تشکیل می‌دهد [۳]. در ایران وضعیت شیوع بیماری از حالت محدود به شیوع متمرکز تغییر یافته است [۴]. شیوع HIV در جمعیت عمومی ایران کمتر از ۱٪ و در برخی از گروه‌های پرخطر مانند معتادان تزریقی بیشتر از ۵٪ است [۶-۵]. اعتیاد تزریقی مهم‌ترین عامل انتشار بیماری در کشور محسوب می‌شود [۷]. بر اساس شواهد در سال‌های اخیر انتقال جنسی نقش فزاینده‌ای در انتشار بیماری داشته است به طوری که موارد بیماری ثبت شده منسوب به انتقال جنسی پیوسته در حال افزایش است [۸] و شیوع HIV در زنان تن فروش ۴/۵ درصد است [۹].

علی‌رغم عدم وجود روش درمان قطعی در بیماری ایدز، استفاده از داروهای ضد رتروویروسی موجب کنترل ویروس و باعث بهبود وضعیت سلامتی و افزایش طول عمر بیماران شده است [۱۰]. اگرچه دسترسی به درمان‌های رتروویروسی در بیماران HIV مثبت باعث کاهش مرگ و میر در برخی کشورهای با درآمد پایین شده است اما اپیدمی HIV در کشورهای با درآمد بالا و با دسترسی طولانی مدت به درمان‌های رتروویروسی نشان‌دهنده اهمیت نظارت بر رفتارهای پرخطر در این بیماران است [۱۱]. رفتارهای مخاطره آمیز نقش مهمی در افزایش روند گسترش بیماری در جامعه داشته و خطر انتقال ثانویه عفونت HIV وابسته به رفتارهای افراد آلوده به عفونت است [۱۳-۱۲]. از آن جایی که افراد HIV مثبت منبعی برای انتقال عفونت در جامعه هستند، نوع و میزان رفتارهای پرخطر آنها اهمیت دارد [۱۴].

برخی از مطالعات نشان دادند که افراد بعد از آگاهی از بیماری خود تمایل به کاهش رفتارهای پرخطر داشته و روابط جنسی ایمن‌تری داشته‌اند [۱۶-۱۵]. در مطالعه دیگری افراد بعد از آگاهی از عفونت HIV، ۴۱٪ روابط جنسی محافظت نشده و ۱۵٪ تزریق مواد مخدر داشته‌اند. رفتارهای پرخطر مربوط به HIV نه تنها نقش بسیار مهمی در انتقال بیماری دارند بلکه تغییرات و الگوی رفتارهای پرخطر مربوط به HIV یک عامل تعیین کننده مهم در ایجاد اپیدمی HIV در سطح جامعه است [۱۷]. در گذشته اکثر تلاش‌های انجام شده در جهت پیشگیری از انتشار عفونت HIV معطوف به افراد سالم بوده است، در صورتی که در سال‌های اخیر اقدامات پیشگیرانه بیشتر بر روی افراد آلوده به عفونت HIV متمرکز شده است [۱۹-۱۸]. درک نوع و الگوی رفتارهای مخاطره آمیز افراد HIV مثبت نقش مهمی در توسعه راهکارهای مؤثر پیشگیری و مداخلات بهداشت عمومی خواهد داشت [۲۰].

اطلاعات کمی در زمینه شیوع و چگونگی عوامل خطر قبل و بعد از آگاهی از آلودگی به عفونت HIV در بیماران وجود دارد. با توجه به اهمیت رفتارهای پرخطر افراد HIV مثبت و نقش آن در گسترش عفونت HIV در جامعه، این مطالعه با هدف بررسی فراوانی و الگوهای رفتارهای پرخطر در دوره‌های قبل و بعد از تشخیص بیماری در افراد HIV مثبت مراجعه کننده به مراکز بیماری‌های رفتاری شهرستان‌های کرمان و رفسنجان در سال ۱۳۹۱ انجام گردید.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مقطعی، تعداد ۱۳۰ نفر از افراد HIV مثبت دارای کد و پرونده در مرکز بهداشتی درمانی شماره ۱ شهر رفسنجان (۵۵ نفر) و مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری کرمان (۷۵ نفر) در سال ۱۳۹۱ به روش سرشماری مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، چک لیست محقق ساخته مشتمل بر دو بخش اطلاعات دموگرافیک و بخش مربوط به رفتارهای پرخطر بود. سؤالات مربوط به رفتارهای پرخطر بر اساس منابع معتبر تهیه گردید و مرتبط بودن آنها با موضوع، توسط اساتید مربوطه مورد تأیید قرار گرفت. در این مطالعه کلیه افراد HIV مثبت مراجعه کننده به مراکز مذکور با استفاده از پرسشنامه توسط روان‌پزشک مورد مصاحبه قرار گرفتند. مصاحبه در محیطی خصوصی و با اخذ رضایت‌نامه کتبی از هر فرد انجام گرفت. توضیحات لازم در رابطه با محرمانه بودن اطلاعات به بیماران ارایه شد و تأکید گردید که ادامه اقدامات درمانی و غیره آنها منوط به شرکت در این طرح نمی‌باشد. در این مصاحبه از فرد درباره وجود رفتارهای پرخطر چه در حال حاضر و چه در گذشته سؤال شد. در این راستا برای دستیابی به مشخصات فردی و در صورت لزوم دستیابی به اطلاعات پزشکی افراد از پرونده آنها کمک گرفته شد. بعد از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۵مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. داده‌های کمی به صورت "انحراف معیار ± میانگین" و داده‌های کیفی به صورت "تعداد (درصد)" گزارش شدند. به منظور بررسی ارتباط رفتارهای پرخطر با متغیرهای کیفی از آزمون مجذور کای و یا آزمون دقیق فیشر استفاده شد. از آزمون مک نمار جهت مقایسه رفتارهای پرخطر افراد HIV مثبت در زمان قبل و بعد از تشخیص بیماری استفاده گردید. سطح معنی‌داری در تمام آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

میانگین سنی ۱۳۰ فرد HIV مثبت مورد بررسی ۸/۲۰ ± ۴۰/۱۲ سال بود. جوان‌ترین و مسن‌ترین فرد به ترتیب ۱۰ و ۶۲ سال سن داشتند. طول مدت تشخیص آلودگی فرد به HIV حداقل یک سال و حداکثر ۱۸ سال بود. کلیه افراد مورد بررسی در مرحله یک بیماری بوده و هیچ کدام به مرحله ایدز نرسیده و فقط HIV مثبت بودند. اکثر نمونه‌های پژوهش مرد بوده و از نظر تحصیلات بیشتر افراد تحصیلات زیر دیپلم داشتند و فاقد بیماری جسمانی بودند. ویژگی‌های دموگرافیک نمونه مورد بررسی در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱- ویژگی‌های دموگرافیک افراد HIV مثبت مورد بررسی (n=۱۳۰)

متغیر	تعداد (درصد)
جنس	
زن	۲۹ (۲۲/۳)
مرد	۱۰۱ (۷۷/۷)
شغل	
شاغل	۶۹ (۵۳/۱)
بیکار	۶۱ (۴۶/۹)
تحصیلات	
بی سواد	۱۱ (۸/۵)
ابتدایی	۳۶ (۲۷/۷)
راهنمایی	۳۳ (۲۵/۴)
دبیرستان	۱۸ (۱۳/۸)
دیپلم و بالاتر	۳۲ (۲۴/۶)
وضعیت تأهل	
مجرد	۵۲ (۴۰/۰)
متأهل	۵۹ (۴۵/۴)
مطلقه	۱۹ (۱۴/۶)
بیماری جسمانی	
بله	۲۰ (۱۵/۴)
خیر	۱۱۰ (۸۴/۶)
تاریخ تشخیص شروع بیماری	
(۱۳۷۹-۱۳۷۳) قبل از سال	۱۱ (۸/۵)
۱۳۸۰	۵۷ (۴۳/۸)
۱۳۸۵-۱۳۸۰	۶۲ (۴۷/۷)
۱۳۹۰-۱۳۸۶	

تعداد ۱۱ نفر (۸/۵٪) از بیماران، قبل از تشخیص بیماری، سابقه دریافت خون داشته‌اند و از بین کل افراد مورد مطالعه تعداد ۵۲ نفر (۴۰٪) سابقه رفتار جنسی پرخطر و محافظت نشده داشته‌اند. فراوانی عامل ایجاد بیماری از نظر فرد مبتلاء به HIV مثبت به ترتیب، سرنگ آلوده ۶۱ مورد (۴۶/۹٪)، رابطه جنسی ۳۵ مورد (۲۶/۹٪)، نمی‌دانم ۱۵ مورد (۱۱/۵٪)، تزریق خون ۹ مورد (۶/۹٪)، خال‌کوبی ۶ مورد (۴/۶٪)، تیغ آلوده ۳ مورد (۲/۳٪)، انتقال از طریق مادر ۱ مورد (۰/۸٪) بوده است.

از نظر فراوانی رفتارهای پرخطر، تزریق مواد مخدر و رانندگی مخاطره‌آمیز به ترتیب بیشترین و کمترین رفتار مرتکب شده قبل از تشخیص آلودگی فرد به عفونت HIV بوده است. بعد از تشخیص و آگاهی از عفونت HIV، تزریق مواد مخدر بیشترین و استفاده از وسایل تزریق مشترک، کمترین رفتار انجام شده توسط افراد HIV مثبت بود. مقایسه میزان رفتارهای پرخطر در زمان قبل و بعد از تشخیص HIV با استفاده از آزمون McNemar نشان داد که رفتارهای انجام شده شامل خال‌کوبی و استفاده از وسایل تزریق مشترک به طور معناداری بعد از تشخیص بیماری و آگاهی فرد از بیماری خود، نسبت به زمان قبل از تشخیص کاهش یافته است، در حالی که خودزنی افزایش یافته است. سایر رفتارهای پرخطر در قبل و بعد از تشخیص تفاوت آماری معناداری نشان نداد (جدول۲). لازم به توضیح است که متأسفانه تعداد قابل توجهی از بیماران، پاسخ مناسبی به سؤال "آیا رفتار جنسی غیر ایمن یا خطرناک در گذشته (قبل از بیماری) داشته‌اید؟" (که یکی از سؤالات پرسشنامه بعنوان یکی از رفتارهای پر خطر بود) ندادند، لذا اعتبار این سؤال پایین بوده و قابل اتکاء و تعمیم نبود. لذا بالاجبار این مورد حذف گردید.

جدول ۲- مقایسه فراوانی رفتارهای پرخطر قبل و بعد از تشخیص عفونت HIV در نمونه مورد بررسی (n=۱۳۰)

زمان انجام رفتار پر خطر / نوع رفتار پرخطر	قبل از تشخیص		بعد از تشخیص		مقدار p*
	دارد (درصد) تعداد	ندارد (درصد) تعداد	دارد (درصد) تعداد	ندارد (درصد) تعداد	
خال‌کوبی روی بدن	۴۵ (۳۴/۶)	۸۵ (۶۵/۴)	۱۲ (۹/۲)	۱۱۸ (۹۰/۸)	<۰/۰۰۱
خودزنی	۲۸ (۲۱/۵)	۱۰۲ (۷۸/۵)	۴۳ (۳۳/۱)	۸۷ (۶۶/۹)	۰/۰۰۴
مصرف الکل	۱۵ (۱۱/۵)	۱۱۵ (۸۸/۵)	۱۶ (۱۲/۳)	۱۱۴ (۸۷/۷)	۰/۹۹۹
تزریق مواد مخدر	۸۰ (۶۱/۵)	۵۰ (۳۸/۵)	۷۷ (۵۹/۲)	۵۳ (۴۰/۸)	۰/۲۵۰
رانندگی مخاطره‌آمیز	۸ (۶/۲)	۱۲۲ (۹۳/۸)	۱۴ (۱۰/۸)	۱۱۶ (۸۹/۲)	۰/۲۶۳
استفاده از وسایل تزریق مشترک	۵۶ (۴۳/۱)	۷۴ (۵۶/۹)	۵ (۳/۸)	۱۲۵ (۹۶/۲)	<۰/۰۰۱

** آزمون McNemar، ۰/۰۵>p اختلاف از نظر آماری معنی‌دار است*

در مورد رابطه رفتارهای پرخطر با ویژگی‌های دموگرافیک، نتایج نشان داد جنسیت با اکثر رفتارهای پرخطر و وضعیت تأهل با برخی از آنها رابطه معناداری داشت. مردان نسبت به زنان، قبل از تشخص بیماری به طور معناداری بیشتر مرتکب رفتارهایی از قبیل خال‌کوبی (p<۰/۰۰۱)، خودزنی (p=۰/۰۳۰)، مصرف الکل (p=۰/۰۲۳)، تزریق مواد مخدر (p<۰/۰۰۱)، استفاده از وسایل تزریق مشترک (p<۰/۰۰۱) شدند. همچنین، مردان در مقایسه با زنان به طور معناداری بعد از تشخیص و آگاهی از بیماری خود، بیشتر رفتارهایی مانند خودزنی (p=۰/۰۰۱)، مصرف الکل (p=۰/۰۲۲) و تزریق مواد مخدر (p<۰/۰۰۱) داشته‌اند. یافته‌ها نشان داد، قبل از تشخص بیماری، افراد مطلقه به طور معناداری نسبت به افراد مجرد و متأهل بیشتر خال‌کوبی (p<۰/۰۰۱)، تزریق مواد مخدر (p=۰/۰۰۱) و استفاده از وسایل تزریق مشترک (p=۰/۰۲۸) داشته و بعد از تشخیص و آگاهی از بیماری، افراد مجرد بیشتر تزریق مواد مخدر (p=۰/۰۰۲) داشته‌اند. رفتار جنسی پرخطر و محافظت نشده قبل از تشخیص بیماری به طور معناداری در زنان بیشتر از مردان گزارش شده است (p<۰/۰۰۱).

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد تزریق مواد مخدر، استفاده از ابزار مشترک جهت تزریق مواد مخدر و روابط جنسی محافظت نشده بیشترین رفتار پرخطر انجام شده توسط افراد HIV مثبت در زمان قبل از تشخیص و آگاهی از بیماری بوده است. شایع‌ترین عامل ایجاد بیماری از نظر خود فرد HIV مثبت نیز سرنگ آلوده و روابط جنسی محافظت نشده گزارش شده است. این یافته نشان می‌دهد که الگوی عوامل خطر HIV در این مطالعه مشابه با الگوی کلی کشور است [۸].

طبق گزارشات جهانی، تعداد معتادان تزریقی ۰/۵-۰/۲٪ جمعیت جهان برآورد شده است که ۱۰-۵٪ جمعیت مبتلاء به HIV را در جهان تشکیل داده‌اند [۲۱]. شیوع HIV در افراد تزریقی از ۵ درصد در اروپای شرقی تا ۲۸ درصد در آسیا متفاوت بوده [۲۲] و در ایران ۱۵/۰۷ درصد گزارش شده است [۲۳]. در مطالعه حاضر ۶۱/۵٪ افراد HIV مثبت سابقه تزریق مواد مخدر داشتند، در

مطالعات مشابه دیگری در سیرجان و شیراز به ترتیب ۸۰٪ و ۷۵/۹٪ از افراد HIV مثبت سابقه تزریق مواد مخدر داشتند [۲۵-۲۴].

گسترش برنامه کاهش آسیب به عنوان یکی از راهکارهای مهم برنامه کشوری کنترل و پیشگیری از HIV/AIDS در دهه گذشته در کشور گام مهمی در کاهش شیوع HIV در معتادان تزریقی بوده است [۸]. با این وجود همچنان معتادان تزریقی و شرکای جنسی آنها مهم‌ترین عاملان اپیدمی HIV در ایران می‌باشند [۲۶].

در این مطالعه نزدیک به نیمی از افراد مورد بررسی (۴۳/۱ درصد) که همگی مرد بودند، سابقه استفاده از سرنگ مشترک داشتند. مهم‌ترین رفتاری که در معتادان تزریقی موجب انتقال عفونت HIV می‌شود استفاده از سرنگ مشترک است [۲۷]. توزیع سوزن و سرنگ استریل در بین معتادان تزریقی یکی از رویکردهای برنامه کاهش آسیب است. پیشنهاد شده است که در برنامه توزیع سرنگ، برای جلوگیری از انتقال HIV و تأثیر بر همه‌گیری HIV در جامعه، ۲۰۰ سرنگ برای هر فرد در سال توزیع شود [۲۹-۲۸]. در سال ۲۰۱۱ بین ۲۶ تا ۳۵ سرنگ استریل برای هر معتاد تزریقی در کشور توزیع شده است [۸]. بر اساس نتایج مطالعه‌ای افزایش ۹۵-۸۰٪ پوشش برنامه تزریق ایمن و توزیع سرنگ استریل در میان معتادان تزریقی بروز عفونت HIV را تا ۷۵٪ در این گروه کاهش خواهد داد [۷].

رابطه جنسی محافظت نشده بعد از تزریق مواد مخدر بیشترین رفتار پرخطر قبل از آگاهی فرد از بیماری خود بود. مطالعه متاآنالیزی نشان داد که ۳۹٪ از مردان HIV مثبت در آمریکا قبل از آگاهی از بیماری خود، روابط جنسی محافظت نشده داشتند [۳۰]. در مطالعه حاضر زنان به طور معناداری نسبت به مردان رفتار جنسی محافظت نشده بیشتری قبل از تشخیص عفونت HIV داشتند؛ به نحوی که ۶۹٪ زنان و ۳۱/۷٪ مردان سابقه این رفتار پرخطر را گزارش کردند.

در مطالعه دیگری که عملکرد زنان آسیب‌پذیر و در معرض خطر شهر تهران را نسبت به ایدز مورد بررسی قرار داده است تنها ۱۷/۲٪ از زنان همیشه از کاندوم استفاده کردند [۳۱]. به طور کلی در سراسر جهان، مردان همجنس باز و مردان دارای روابط جنسی با مرد دیگر نسبت به جمعیت عمومی ۱۹ برابر بیشتر احتمال ابتلاء به عفونت HIV را دارند و شیوع HIV در تن فروشان ۱۲ برابر جمعیت عمومی است [۳].

رابطه قوی بین مصرف مواد و تن فروشی به ویژه در زنان وجود دارد. تن فروشانی که مواد استفاده می‌کنند به احتمال کمتری در مقایسه با دیگران از کاندوم استفاده می‌کنند و برای دریافت پول بیشتر حاضرند تا تن به آمیزش محافظت نشده و آمیزش مقعدی بدهند [۳۳-۳۲].

نتایج مطالعه حاضر نشان داد یک سوم افراد HIV مثبت در مطالعه حاضر قبل از تشخیص بیماری سابقه خال‌کوبی داشتند. در مطالعه انجام شده در شیراز ۳۲/۵٪ بیماران HIV مثبت سابقه خال‌کوبی در خارج زندان و ۲۴٪ سابقه خال‌کوبی در داخل زندان داشتند [۲۵]. شواهد قوی از احتمال خطر انتقال سفلیس، هپاتیت B و C ناشی از شیوه‌های غیربهداشتی خال‌کوبی (تاتو) وجود دارد، ولی در رابطه با عفونت HIV شواهد زیادی وجود ندارد. انتقال HIV به دلیل خال‌کوبی یک نظریه احتمالی است [۳۶-۳۴]. در مطالعه‌ای گزارش شده است که دو

مورد عفونت HIV در آمریکا احتمالاً به دلیل انجام خال‌کوبی در زندان ایجاد شده است [۳۷].

بر اساس یافته‌ها تزریق مواد مخدر بعد از تشخیص عفونت HIV و آگاهی فرد از بیماری خود در مقایسه با دوره قبل از تشخیص در افراد HIV مثبت مورد بررسی، تفاوت معناداری نداشته است و همچنان بیشترین رفتار گزارش شده از سوی بیماران بود. در مطالعه‌ای در نیویورک ۱۵٪ افراد بعد از مثبت شدن آزمایش HIV تزریق مواد مخدر داشتند [۱۴].

علی‌رغم عدم کاهش در تزریق مواد مخدر بعد از تشخیص بیماری در افراد HIV مثبت، استفاده از ابزار تزریق مشترک در افراد HIV مثبت مورد بررسی، به شدت بعد از تشخیص از آگاهی از بیماری کاهش یافته است که مشابه با نتایج مطالعه انجام شده در نیویورک است [۱۴]. این نتیجه می‌تواند ناشی از افزایش آگاهی بیماران از سوی کارکنان مراکز مشاوره رفتاری و دریافت خدمات و سرنگ استریل از سوی مراکز کاهش آسیب باشد.

خودزنی یا آسیب به خود به طور معناداری بعد از آگاهی از بیماری در افراد HIV مثبت نسبت به قبل از تشخیص افزایش یافته است. بر اساس مطالعه‌ای که به بررسی اختلالات شخصیت در افراد مبتلاء به ایدز پرداخته است، ابتلاء به ایدز می‌تواند یک متغیر اثرگذار در بروز اختلالات عاطفی و روانی باشد [۳۸]. بیماری ایدز و عفونت HIV موجب تحمیل فشارهای روانی و اجتماعی فراوانی در این افراد می‌شود که این فشارها می‌تواند منجر به واکنش‌هایی مانند ناباوری، انکار، خشم، ناآرامی، اضطراب و دلهره، ترس و افسردگی و افکار خودکشی شود [۳۹]. افزایش خودزنی در بیماران بعد از آگاهی از ابتلاء به عفونت HIV نیز می‌تواند ناشی از اختلالات عاطفی و عدم تحمل فشارهای روانی و اجتماعی باشد. مصرف الکل در افراد HIV مثبت رفتاری بود که هیچ تفاوتی بعد از تشخیص بیماری نسبت به قبل نداشته است. مصرف مشروبات الکلی به خودی خود عاملی خطری برای انتقال HIV محسوب نمی‌شود. اما در افراد الکلیسم شیوع بالایی از بیماری هایی مانند هپاتیت B و C که راه‌های انتقال این بیماری‌ها مشابه به HIV است، مشاهده شده است. همچنین، مصرف مشروبات الکی قبل از رابطه جنسی این افراد را مستعد یک رابطه جنسی غیرایمن و محافظت نشده خواهد کرد که می‌تواند عامل خطری برای انتقال HIV باشد [۴۰-۴۱].

باید در نظر داشت علی‌رغم این که بیماران بعد از تشخیص HIV به میزان کمتری از ابزار تزریق مشترک استفاده کردند اما تزریق مواد مخدر بعد از تشخیص بیماری تغییری نداشته و همچنان بیشترین رفتار پرخطر بود. معتادان تزریقی از طریق تماس جنسی با جمعیت عمومی منبع مهمی برای انتقال عفونت HIV در جامعه هستند که این می‌تواند موجب تغییر اپیدمی از حالت متمرکز به یک اپیدمی غیر متمرکز شود [۴۲]. در ابتدای اپیدمی HIV، بیشترین توجه بر رفتارهای تزریقی معتادان متمرکز شده بود اما مطالعات نشان دادند که رابطه قوی بین تزریق مواد مخدر و روابط جنسی محافظت نشده در معتادان تزریقی وجود دارد [۴۳-۴۴]. در مطالعه انجام شده در معتادان تزریقی مرد در کشور، در میانی کسانی که در یک سال قبل تماس جنسی داشتند ۳۳/۳٪ با زنان تن فروش، ۱۴/۵٪ با شریک جنسی ثابت، ۴۶/۶٪ با شریک جنسی موقت تماس جنسی داشته‌اند و متوسط شرکای جنسی آن‌ها ۱۵ نفر بوده است. علاوه بر آن ۳۱/۲٪ آنها ذکر کردند که تماس جنسی با مرد دیگر داشته و متوسط

شرکای جنسی مرد آنها ۲/۵ نفر بوده است [۷]. در مطالعه انجام شده در سه شهر تهران، شیراز و مشهد شیوع HIV در معتادان تزریقی ۷/۷٪ و شرکای جنسی معتادان تزریقی ۲/۸٪ برآورد شده است [۲۶]. به دلیل هم‌پوشانی بین اعتیاد تزریقی و رفتارهای پر خطر جنسی برای جلوگیری از انتقال HIV لازم است که خطرات تزریق ایمن و روابط جنسی محافظت نشده به طور هم‌زمان در برنامه‌های مشاوره مورد توجه قرار گیرد [۴۲].

در مطالعه حاضر با توجه این که ممکن است برخی از بیماران HIV مثبت مورد مطالعه مدت زیادی از تشخیص بیماری آنها گذشته باشد، شاید در یادآوری برخی رفتارهای پرخطر قبل از تشخیص عفونت HIV دچار کم گزارشی شده باشند و این مسئله می‌تواند به عنوان محدودیت پژوهش حاضر در نظر گرفته شود. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، بیماران HIV مثبت از زمان تشخیص بیماری، به طور طولی مورد مطالعه قرار گیرند و فراوانی رفتارهای پرخطر و همچنین، تغییر رفتارهای پرخطر در ایشان مورد پایش و بررسی قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

به طوری کلی نتایج این مطالعه نشان داد شیوع رفتارهای پرخطر افراد، قبل از تشخیص HIV و عامل احتمالی بیماری از نظر خود فرد، مشابه الگوی کشوری بود. بعد از تشخیص HIV رفتارهای پرخطر بیماران در جهات مختلفی تغییراتی داشت. بیماران رفتارهایی مانند استفاده از ابزار تزریق مشترک را به شدت کاهش دادند که نشان دهنده تأثیر برنامه‌های کاهش آسیب و برنامه تزریق ایمن است. اما تزریق مواد مخدر همچنان بعد از تشخیص بیماری شیوع بالایی داشته است. از آن جایی که معتادان تزریقی در معرض رفتارهای پرخطر جنسی هستند لازم است آگاهی و مشاوره لازم در این زمینه در اختیار آنها قرار گرفته و مداخلات لازم در زمینه کاهش رفتارهای پرخطر جنسی آنها انجام گردد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بدین وسیله از مسئولین محترم مراکز بهداشتی شماره ۱ رفسنجان و مشاور رفتاری کرمان جهت همکاری در اجرای این طرح و کلیه بیماران HIV مثبت شرکت کننده کمال تشکر و قدرانی را اعلام می‌دارند. لازم به ذکر است که این مقاله حاصل یک کار تحقیقاتی مصوب در شورای پژوهشی و نیز پایان‌نامه پزشکی جهت کسب درجه دکترای حرفه‌ای در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان می‌باشد.

References

[1] Haghdoost AA, Mostafavi E, Mirzazadeh A, Navadeh S, Feizzadeh A, Fahimfar N, et al. Modelling of HIV/AIDS in Iran up to 2014. *J AIDS HIV Res* 2011; 3(12): 231-9.

[2] http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360 /en/.updated July 2014.

[3] HIV/AIDS JUNPo. Gap report 2013: UNAIDS; 2014. Available at: http://www.unaids.org/en/

media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf

[4] Center for Disease Contorol Report of activities and their results on HIV/AIDS in Iran, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, 2008.

[5] Mojtahedzadeh V, Razani N, Malekinejad M, Vazirian M, Shoaee S, Zafarghandi MBS, et al. Injection drug use in rural Iran: Integrating HIV prevention into Iran's rural primary health care system. *AIDS and Behavior* 2008; 12(1): 7-12.

[6] UNAIDS/UNICEF/WHO, Epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted diseases of Islamic Republic of Iran, Geneva, 2004.

[7] Nasirian M, Haghdoost A. Modeling of new HIV infections based on exposure groups in Iran. Published by Center for Communicable Disease Management (Ministry of Health and Health Education), Regional Knowledge Hub for HIV/AIDS Surveillance, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran, 2011.

[8] National AIDS Committee Secretariat, Ministry of Health and Medical Education. Islamic Re-public of Iran AIDS Progress Report on Monitoring of the United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS. (March 2012).Available at: http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries.

[9] Sajadi L, Mirzazadeh A, Navadeh S, Osooli M, Khajehkazemi R, Gouya MM, et al. HIV prevalence and related risk behaviours among female sex workers in Iran: results of the national biobehavioural survey, 2010. *Sexually Transmitted Infections*. 2013; 89(Suppl 3): 37-40.

[10] Hogg RS, Heath KV, Yip B, Craib KJ, O'Shaughnessy MV, Schechter MT, et al. Improved survival among HIV-infected individuals following initiation of antiretroviral therapy. *Jama* 1998; 279(6): 450-4.

[11] Bezemer D, de Wolf F, Boerlijst MC, van Sighem A, Hollingsworth TD, Prins M, et al. A resurgent HIV-1 epidemic among men who have sex with men in the era of potent antiretroviral therapy. *Aids* 2008; 22(9): 1071-7.

[12] Rothenberg RB, Potterat JJ, Woodhouse DE, Muth SQ, Darrow WW, Klovdahl AS. Social network dynamics and HIV transmission. *Aids* 1998; 12(12): 1529-36.

[13] Chariyeva Z, Golin CE, Earp JA, Maman S, Suchindran C, Zimmer C. The role of self-efficacy and motivation to explain the effect of motivational interviewing time on changes in risky sexual behavior among people living with HIV: a mediation analysis. *AIDS and Behavior* 2013; 17(2): 813-23.

[14] McGowan JP, Shah SS, Ganea CE, Blum S, Ernst JA, Irwin KL, et al. Risk behavior for transmission of human immunodeficiency virus (HIV) among HIV-seropositive individuals in an urban setting. *Clinical Infectious Diseases* 2004; 38(1): 122-7.

[15] Irungu E, Chersich MF, Sanon C, Chege R, Gaillard P, Temmerman M, et al. Changes in sexual behaviour among HIV-infected women in west and

east Africa in the first 24 months after delivery. *Aid*s 2012; 26(8): 997-1007.

[16] Inciardi J, Surratt H, Kurtz S, Weaver J. The effect of serostatus on HIV risk behaviour change among women sex workers in Miami, Florida. *AIDS Care* 2005; 17(S1): 88-101.

[17] Rothenberg RB, Potterat JJ, Woodhouse DE, Muth SQ, Darrow WW, Klovdahl AS. Social network dynamics and HIV transmission. *Aids* 1998; 12(12): 1529-36.

[18] Control CfD. Advancing HIV prevention: new strategies for a changing epidemic-United States, 2003. MMWR Morbidity and mortality weekly report 2003; 52(15): 329.

[19] Janssen RS, Valdiserri RO. HIV prevention in the United States: increasing emphasis on working with those living with HIV. *JAIDS* 2004; 37: S119-S21.

[20] Rahmati Najarkolaei F, Niknami shamsaddin ASF, Ahmadi F, Tavafian S, Hajizadeh E. Individual factors predisposing hiv/aids high risk behaviors: a qualitative study. *payesh*. 2011; 10: 205-15. [Farsi]

[21] HIV/AIDS JUNPo. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic: 2012: UNAIDS; 2012.

[22] HIV/AIDS JUNPo. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic: 2013: UNAIDS; 2013.

[23] Khajehkazemi R, Osooli M, Sajadi L, Karamouzian M, Sedaghat A, Fahimfar N, et al. HIV prevalence and risk behaviours among people who inject drugs in Iran: the 2010 National Surveillance Survey. *Sexually Transmitted Infections* 2013: sextrans-2013-051204.

[24] Behzadpour M, Khanjani N. The prevalence of different human immunodeficiency virus transmission routes and knowledge about AIDS in infected people with HIV in Sirjan. *J Fasa Univ Med Sci* 2012; 2(1): 45-52. [Farsi]

[25] Bagheri P, Faramarzi H, Sabet M. The Survey of Risk Factors in HIV Positive Patients Covered by Shiraz University of Medical Sciences. *J Isfahan Med School* 2011; 29(157): 837-41. [Farsi]

[26] Alipour A, Haghdoost AA, Sajadi L, Zolala F. HIV prevalence and related risk behaviours among female partners of male injecting drugs users in Iran: results of a bio-behavioural survey, 2010. *Sexually Transmitted Infections* 2013; 89(Suppl 3): 41-4.

[27] Zamani S, Kihara M, Gouya MM, Vazirian M, Nassirimanesh B, Ono-Kihara M, et al. High prevalence of HIV infection associated with incarceration among community-based injecting drug users in Tehran, Iran. *JAID* 2006; 42(3): 342-6.

[28] Organization WH, Unicef. Global HIV/AIDS response: epidemic update and health sector progress towards universal access: progress report 2011: World Health Organization Geneva; 2011.

[29] Organization WH. WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users, 2009.

[30] Marks G, Crepaz N, Senterfitt JW, Janssen RS. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs. *JAIDS* 2005; 39(4): 446-53.

[31] Kolahi A. The Function of Vulnerable and at-risk Women in Prevention of HIV/AIDS. *Qom Univ Med Sci J*. 2012; 6(2). [Farsi]

[32] Pauw I, Brener L. 'You are just whores—you can't be raped': barriers to safer sex practices among women street sex workers in Cape Town. *Culture, Health & Sexuality* 2003; 5(6): 465-81.

[33] De Graaf R, Vanwesenbeeck I, Van Zessen G, Straver C, Visser J. Alcohol and drug use in heterosexual and homosexual prostitution, and its relation to protection behaviour. *AIDS Care* 1995; 7(1): 35-47.

[34] Messahel A, Musgrove B. Infective complications of tattooing and skin piercing. *Journal of Infection and Public Health* 2009; 2(1): 7-13.

[35] Nishioka SdA, Gyorkos TW. Tattoos as risk factors for transfusion-transmitted diseases. *International Journal of Infectious Diseases* 2001; 5(1): 27-34.

[36] Rapid Response Service. Rapid response: HIV risks associated with tattooing, piercing, scarification and acupuncture. Toronto, ON: Ontario HIV Treatment Network, August 2012.

[37] Doll D. Tattooing in prison and HIV infection. *The Lancet* 1988; 331(8575): 66-7.

[38] Tabrizi G, Vatankhah M, Tabrizi S. Study of personality disorders in AIDS patients with high risk behaviors. *Scientific J Iranian Blood Transfusion Organization* 2009; 6(4): 292-300. [Farsi]

[39] Emamipour S, Shams Esfandabad H, Sadrossadat S, Nejadnaderi S. Comparison of life quality and psychological disorders in drug-using, drug-using HIV infected, non-drug using HIV infected and a reference group of healthy men. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2008; 10 (1):69-77. [Farsi]

[40] Oliveira LCMd, Pereira RG, Reis UC. Prevalence of human immunodeficiency virus infection in alcoholics. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* 2001; 96(1): 21-3.

[41] Oliveira LCMd, Buso AG, Oliveira ATRd, Arantes CA, Borges LV, Valente SRG. Prevalence of hepatitis B and hepatitis C markers in alcoholics with and without clinically evident hepatic cirrhosis. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo* 1999; 41(2): 69-73.

[42] Gyarmathy VA, Neaigus A. The relationship of sexual dyad and personal network characteristics and individual attributes to unprotected sex among young injecting drug users. *AIDS and Behavior* 2009; 13(2): 196-206.

[43] Kral AH, Bluthenthal RN, Lorvick J, Gee L, Bacchetti P, Edlin BR. Sexual transmission of HIV-1 among injection drug users in San Francisco, USA: risk-factor analysis. *Lancet* 2001; 357:1397-401

[44] Strathdee SA, Sherman SG. The role of sexual transmission of HIV infection among injection and non-injection drug users. *J Urban Health* 2003; 80: iii7-iii14.

Frequency of High Risk Behaviour in HIV Positive Patients Referred to Centers for Behavioural Disorders of Rafsanjan and Kerman in 2012

F. Torkashvand[1], M. Asadpor[2], M. Sheikh Fathollahi[3], E. Sheikhi[4], M.H. Salehi Shahrbabaki[4], O. Reza Hoseini[5], M. Bakhtar[6], R. Bidaki[7]

Received: 28/09/2014 **Sent for Revision: 22/12/2014** **Received Revised Manuscript: 28/06/2015** **Accepted: 30/06/2015**

Background and Objective: Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) as a major health challenge has close relationship with high-risk behaviour. Patterns and changes in risk behaviour associated with HIV are important factors in creating a community-level HIV epidemic. The current study examined the prevalence and patterns of risky behaviour before and after the diagnosis of HIV-positive individuals.

Materials and Methods: In this cross-sectional study, 130 HIV-positive people were selected through census method in Rafsanjan health center 1 (n = 55) and Kerman behavioral diseases center (n = 75) in 2012. The patients were interviewed thrugh of checklist made by reserecher by a psychiatrist and necessary information was collected before and after the diagnosis of HIV infection. Data were analyzed using *chi*-square, *Fisher's* exact, and *McNemar's* tests.

Results: The mean age of patients was 40.12 ± 8.20 years and most of them were male. Before HIV diagnosis, the frequencies of injecting drugs, the use of collaborative injection tools and unprotected sexual behavior were 61.5%, 43.1% and 40%, respectively.

Conclusion: According to findings, the probable cause of the high-risk behavior for HIV infection in this study was similar to the national pattern. Risky behavior had significant changes in different directions after diagnosis.

Key words: Frequency, Risky behavior, AIDS, HIV, Behavioral diseases center

Funding: This research was funded by Rafsanjan University of Medical Sciences.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Rafsanjan University of Medical Sciences, approved the study.

How to cite this article: Torkashvand F, Asadpor M, Sheikh Fathollahi M, Sheikhi E, Salehi Shahrbabaki M.H, Hoseini OR, Bakhtar M, Bidaki R. Frequency of High Risk Behaviour in HIV Positive Patients Referred to Centers for Behavioural Disorders of Rafsanjan and Kerman in 2012. *J RafsanjanUniv Med Sci* 2015; 14(7): 587-98. [Farsi]

1- MSc in Epidemiology, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran
2- Assistant Prof., Dept. of Health Education, Medical School, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran
3- Assistant Prof., Dept. of Epidemiology and Biostatistics, Occupational Environment Research Center, Medical School, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran
4- General physician, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran
5 -Resident of Infectious Diseases Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
6 MSc Student in Epidemiology, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran
7 Assistant Prof., Dept. of Psychiatrist, Medical School, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran
(Corresponding Author) Tel: (034) 34260081, Fax: (034) 34260086, E-mail: reza.bidaki111@gmail.com