

بررسی تمایلات باروری افراد مبتلا به عفونت HIV/AIDS در مراجعین به مراکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران

شایسته حاجی زاده^۱، دکتر سحرناز نجات^۲، دکتر سید رضا مجدزاده^۳، دکتر مینو محرز^۴،
دکتر حمیدرضا ستایش^۵، دکتر محمد مهدی گویا^۶

چکیده

مقدمه: با گسترش استفاده از داروهای آنتی‌رتروویرال میزان مرگ ناشی از سندرم نقص ایمنی اکتسابی (Acquired immunodeficiency syndrome یا AIDS) کاهش یافته، نیازهای بهداشت باروری در مبتلایان به عفونت HIV (Human immunodeficiency virus) تغییر کرده و اهمیت توجه به آن نیز افزایش یافته است. دسترسی به داروهای آنتی‌رتروویرال برای پیش‌گیری از انتقال عفونت از مادر به فرزند سبب شده است تا این افراد تصمیم به بارداری در آینده بگیرند. هدف از این بررسی، تعیین تمایلات باروری و عوامل مؤثر بر آن در افراد مبتلا به عفونت HIV مراجعه کننده به مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران بود.

روش‌ها: این مطالعه یک مطالعه‌ی توصیفی و مقطعی بود که طی آن ۴۰۰ نفر از افراد HIV مثبت بررسی شدند. نمونه‌گیری در هر مرکز به روش پی در پی تا رسیدن به اندازه‌ی نمونه مورد نظر انجام شد و پرسش‌نامه به روش مصاحبه تکمیل گردید.

یافته‌ها: بیشترین درصد (۶۰ درصد) نمونه‌های پژوهش، مرد و ۴۰ درصد آن‌ها زن بودند و بیشترین درصد (۴۴/۲ درصد) مردان و (۵۱/۳ درصد) زنان HIV مثبت در گروه سنی ۲۵-۳۴ سال قرار داشتند، ۳۴ درصد از زنان و ۴۴/۲ درصد از مردان تمایل به داشتن فرزند در آینده داشتند. همزمان ۲۰/۴ درصد از زنان و ۲۳ درصد از مردانی که از کاندوم استفاده نمی‌کردند، عنوان کردند که برای بارداری اقدام کرده‌اند و علت عدم استفاده از کاندوم را تمایل به بارداری عنوان کردند. آزمون نسبت خطر نشان داد که احتمال تمایل به داشتن فرزند با مرد بودن، همسر دار بودن، نداشتن فرزند زنده و داشتن فرزند HIV مثبت ارتباط داشت ($P < 0/05$) و مدل رگرسیون Logistics نشان داد که تمایل به داشتن فرزند با سن پایین، همسر دار بودن، نداشتن فرزند زنده و داشتن فرزند HIV مثبت ارتباط معنی‌داری داشت ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه، اهمیت و لزوم ادغام خدمات بهداشت باروری را در مراکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری و آموزش کارکنان بهداشتی شاغل در این مراکز در خصوص این مباحث نشان می‌دهد.

واژگان کلیدی: افراد HIV مثبت، تمایلات باروری، مراکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری

Human immunodeficiency virus/Acquired

immunodeficiency syndrome) در کشور شناسایی

شده‌اند. ۴۶/۵ درصد از مبتلایان به HIV در زمان ابتلا

در گروه سنی ۲۵-۳۴ سال قرار داشتند (۱) که نیازهای

مقدمه

بر اساس آمار جمع‌آوری شده از دانشگاه‌های علوم

پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تا تاریخ ۱۳۹۰/۱/۱

در مجموع ۲۲۷۲۷ نفر از افراد مبتلا به HIV/AIDS

^۱ دانشجوی دکتری، گروه بهداشت باروری و مربی آموزشی، گروه بهداشت مادر و کودک، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۲ دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده‌ی بهداشت و مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۳ استاد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده‌ی بهداشت و مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۴ استاد، گروه بیماری‌های عفونی، دانشکده‌ی پزشکی، مرکز تحقیقات ایدز ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۵ مشاور منطقه‌ای برنامه‌ی مشترک سازمان ملل متحد در زمینه‌ی ایدز، دفتر منطقه‌ای خاورمیانه و شمال آفریقا، جمهوری عربی مصر و رییس کمیته‌ی حقوق ایدز انجمن علمی حقوق پزشکی ایران

^۶ استاد، گروه بیماری‌های عفونی، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

Email: shayesteh_ha2001@yahoo.com

نویسنده‌ی مسؤول: شایسته حاجی زاده

باروری، جنسی و تنظیم خانواده داشتند.

در کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه (International conference on population and development یا ICPD) در سال ۱۹۹۴، کشورهای عضو متعهد شدند تا توجه ویژه‌ای به خدمات بهداشت باروری داشته باشند و دسترسی جهانی به شاخص‌های بهداشت باروری و کاهش شیوع انتقال HIV/AIDS جزء اهداف برنامه‌ی توسعه‌ی هزاره قرار گیرد (۲).

اگر چه حقوق و نیازها و علایق مربوط به بهداشت جنسی و باروری زنان و مردان HIV مثبت مشابه زنان و مردان HIV منفی است اما بعضی اختلافات بیولوژیکی و اجتماعی بین این گروه با افراد HIV منفی، آن‌ها را نیازمند توجه خاصی کرده است (۳).

با گسترش استفاده از داروهای آنتی‌رتروویرال میزان مرگ ناشی از این بیماری کاهش یافته است و از آن جا که امید به زندگی در مبتلایان به عفونت HIV افزایش یافته است، نیازهای بهداشت باروری این گروه نیز تغییر کرده است و اهمیت توجه به آن نیز افزایش یافته است (۴).

دسترسی به داروهای آنتی‌رتروویرال برای پیش‌گیری از انتقال عفونت از مادر به فرزند سبب شده است تا این افراد تصمیم به بارداری در آینده بگیرند و به همین منظور از روش‌های محافظتی و پیش‌گیری از بارداری هنگام ارتباط جنسی استفاده نمی‌کنند (۲). در حالی که دسترسی به تکنیک‌های کمک باروری مثل شستشوی اسپرم و سایر روش‌ها، خطر انتقال عفونت برای زوجینی که یکی از آن‌ها HIV منفی است و خطر عود عفونت را برای زوجینی که هر دو HIV مثبت هستند، کاهش می‌دهد (۵-۶).

بدیهی است که عدم دسترسی افراد HIV مثبت به خدمات بهداشت باروری منجر به افزایش انتقال

عمودی عفونت از مادر به فرزند، انتقال عفونت به شریک جنسی، عود عفونت و ابتلا به سایر عفونت‌ها در افراد HIV مثبت، عفونت‌های مقاربتی درمان نشده، حاملگی ناخواسته و سقط غیر ایمن خواهد شد. دستیابی به حقوق بهداشت باروری افراد HIV مثبت تحت تأثیر عوامل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی و وجود قوانین و خط مشی‌های ملی و بین‌المللی در ارائه‌ی خدمات و برنامه‌های بهداشت باروری مناسب برای افراد HIV آبی وی مثبت است (۴).

هدف از این بررسی تعیین تمایلات باروری و عوامل مؤثر بر آن در افراد مبتلا به عفونت HIV مراجعه کننده به مراکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران بود.

روش‌ها

مطالعه از نوع توصیفی و مقطعی بود. با توجه به در دست نبودن اطلاعاتی در مورد بهداشت باروری افراد مبتلا به عفونت HIV 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.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسش‌نامه بود که برای تعیین اعتبار پرسش‌نامه از روش اعتبار محتوی و برای تعیین پایایی پرسش‌نامه از دو روش آزمون مجدد و Inter-observer reliability استفاده شد.

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 مشاوره‌ی 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 اندازه‌ی نمونه مورد نظر در فاصله‌ی اسفند ۱۳۸۹ تا ۱۵ تیر ماه ۱۳۹۰ انجام دادند و در نهایت 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 تأکید بر محرمانه بودن پاسخ‌ها، نحوه‌ی تکمیل پرسش‌نامه به روش مصاحبه برای آن‌ها توضیح داده شد و راهنمای تکمیل پرسش‌نامه نیز تکثیر و در اختیار نام بردگان قرار گرفت. در طی اجرای طرح نیز پایش مکرر به منظور بررسی روند پیشرفت طرح و اطمینان از تکمیل صحیح پرسش‌نامه‌ها به عمل آمد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. کلیه‌ی محاسبات آماری توسط کامپیوتر و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۵ (version 15, SPSS Inc, Chicago, IL) انجام شد. برای دسته بندی و خلاصه کردن یافته‌های این تحقیق از آمار توصیفی شامل جدول توزیع فراوانی مطلق و نسبی استفاده شده است.

از آزمون Student-t برای تعیین ارتباط متغیرهای کمی (سن، مدت تشخیص عفونت HIV، مدت درمان با داروهای آنتی رتروویرال و وضعیت اقتصادی) با متغیر تمایل به بارداری استفاده شد و از آزمون نسبت خطر برای تعیین ارتباط متغیرهای کیفی (تحصیلات، جنس، تأهل، سابقه‌ی اعتیاد، شغل، شرکت در کلاس‌های آموزشی، تحت حمایت گروه‌های اجتماعی، اطلاع افراد خانواده از بیماری وی، درمان با داروهای آنتی رتروویرال، نتیجه‌ی آزمایش HIV همسر، دارای فرزند زنده، دارای فرزند HIV مثبت، اطلاع کامل از

زمان انتقال عفونت HIV از مادر به فرزند، اطلاع کامل از راه‌های پیش‌گیری از انتقال عفونت HIV از مادر به فرزند) با متغیر تمایل به بارداری استفاده شد.

در گام دوم تمام متغیرهایی که در گام اول با آزمون Student-t نسبت خطر $P < 0/2$ داشتند (جنس، تأهل، تحصیلات، شغل، سن، دارای فرزند زنده، دارای فرزند HIV مثبت، شرکت در کلاس‌های آموزشی، اطلاع کامل از زمان انتقال عفونت HIV از مادر به فرزند، اطلاع کامل از راه‌های پیش‌گیری از انتقال عفونت HIV از مادر به فرزند، وضعیت اقتصادی) ارتباطشان با متغیر تمایل به بارداری با استفاده از مدل رگرسیون Logistics با روش Wald Backward (Wald) سنجیده شد.

انجام این مطالعه در فرآیند بررسی طرح‌های تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد تأیید کمیته‌ی اخلاق در پژوهش قرار گرفته بود و موارد زیر رعایت شد:

- 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 کلیه‌ی پرسش‌های افراد مورد پژوهش، در زمینه‌ی مطالعه پاسخ دهند.

یافته‌ها

۶۰ درصد نمونه‌های پژوهش مرد و ۴۰ درصد زن بودند و بیشترین درصد (۴۴/۲ درصد) مردان و ۵۱/۳ درصد زنان HIV مثبت در گروه سنی ۲۵-۳۴ سال

از افراد متأهل سابقه ی تولد زنده داشتند که ۱۲/۹ درصد از آنان فرزند HIV مثبت داشتند. ۳۱/۵ درصد از افراد HIV مثبت از زمان انتقال عفونت HIV از مادر به فرزند و ۲۶ درصد از آنان از راه‌های پیش‌گیری از انتقال عفونت HIV از مادر به فرزند اطلاع کامل داشتند.

تمایل افراد مورد مطالعه به داشتن فرزند و علت آن در جدول ۱ نشان داده شده است.

نتایج تحقیق نشان داد که نسبت مساوی از زنان ۶۴/۶ درصد و مردان ۵۴ درصد HIV مثبت برنامه‌ای برای داشتن فرزند در آینده نداشتند.

۳۱/۲ درصد از افرادی که تمایل به داشتن فرزند داشتند با مشاورین و پزشکان مراکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری در این خصوص صحبت نکرده بودند که ۳۵/۴ درصد علت آن را ترس از واکنش منفی کارکنان این مراکز و یا توصیه کارکنان توصیه به نداشتن

قرار داشتند. بیشترین درصد (۵۰/۴ درصد) مردان و ۳۸/۱ درصد زنان HIV مثبت، تحصیلات راهنمایی و دبیرستان داشتند. ۸۷/۹ درصد از مردان و ۱۳/۱ درصد از زنان HIV مثبت سابقه‌ی اعتیاد داشتند. مدت تشخیص عفونت HIV در ۲۷/۵ درصد از افراد کمتر از ۲ سال بود. ۶۴/۵ درصد از افراد تحت درمان با داروهای آنتی رتروویرال بودند. تنها ۱۹/۵ درصد از افراد HIV مثبت در کلاس‌های آموزشی شرکت می‌کردند و ۷۳/۸ درصد از افراد تحت حمایت یکی از گروه‌های اجتماعی بودند. ۱۳/۷ درصد از مردان و ۱۴/۲ درصد از زنان تنها زندگی می‌کردند و ۱۱/۳ درصد از افراد HIV مثبت عنوان کردند که هیچ یک از اعضای خانواده‌ی آن‌ها از ابتلا آن‌ها به عفونت HIV اطلاع ندارند. ۵۳/۵ درصد از افراد HIV مثبت متأهل با همسران HIV مثبت زندگی می‌کردند. ۶۳/۶۹ درصد

جدول ۱. اطلاعات مربوط به تمایل به داشتن فرزند در افراد مورد مطالعه

سؤال	گزینه‌ها	جمع (درصد) تعداد	زن (درصد) تعداد	مرد (درصد) تعداد
تمایل به داشتن فرزند در آینده	بلی ترجیح می‌دهم خودم صاحب فرزند شوم	۱۴۹ (۴۰/۲)	۵۰ (۳۴)	۹۹ (۴۴/۲)
	بلی ترجیح می‌دهم به فرزند خواندگی بپذیرم	۶ (۱/۶)	۲ (۱/۴)	۴ (۱/۸)
علت تمایل به فرزند	خیر	۲۱۶ (۵۸/۲)	۹۵ (۶۴/۶)	۱۲۱ (۵۴)
	نداشتن فرزند	۷۵ (۴۸/۷)	۲۳ (۴۴/۲)	۵۲ (۵۱)
	نداشتن تعداد فرزند دلخواه	۳۱ (۲۰/۱)	۱۶ (۳۰/۸)	۱۵ (۱۴/۷)
	تمایل همسر به فرزند	۳۷ (۲۴)	۱۳ (۲۵)	۲۴ (۲۳/۵)
	فشار خانواده و فامیل	۱۷ (۱۱)	۵ (۹/۶)	۱۲ (۱۱/۸)
	تمایل به داشتن جانشین	۱۲ (۷/۸)	۳ (۵/۸)	۹ (۸/۸)
	ترس از تنهایی	۱۵ (۹/۷)	۸ (۱۵/۷)	۷ (۶/۹)
	تقویت خانواده و بهبود رابطه با همسر	۹ (۵/۸)	۳ (۵/۸)	۶ (۵/۹)
	ترس از انتقال عمودی عفونت	۱۳۶ (۶۳/۳)	۶۳ (۶۶/۳)	۷۳ (۶۰/۸)
	تعداد فرزند دلخواه را دارم	۵۳ (۲۴/۷)	۲۴ (۲۵/۳)	۲۹ (۲۴/۲)
عدم تمایل به داشتن فرزند	برچسب زدن به کودک مبنی بر این که والدینش ایدز دارند	۹ (۴/۲)	۳ (۳/۲)	۶ (۵)
	عدم اطمینان از وضعیت سلامت و طول عمر	۳۸ (۱۷/۷)	۱۳ (۱۳/۷)	۲۵ (۲۰/۸)
	مشکلات اقتصادی	۳۱ (۱۴/۴)	۹ (۹/۵)	۲۲ (۱۸/۳)

جدول ۲. اطلاعات مربوط به اطلاع دادن تمایل به داشتن فرزند به کارکنان مراکز مشاوره، توسط افراد مورد مطالعه

سؤال	گزینه‌ها	جمع (درصد) تعداد	زن (درصد) تعداد	مرد (درصد) تعداد
آیا تمایل به داشتن فرزند را با	بلی	۱۰۶ (۶۸/۸)	۳۵ (۶۷/۳)	۷۱ (۶۹/۶)
کارکنان در میان گذاشته است؟	خیر	۴۸ (۳۱/۲)	۱۷ (۳۲/۷)	۳۱ (۳۰/۴)
علت عدم اطلاع تمایل به داشتن فرزند به کارکنان	ترس از واکنش منفی کارکنان یا کارکنان توصیه کردند که افراد HIV مثبت نباید صاحب فرزند شوند	۱۷ (۳۵/۴)	۶ (۳۵/۳)	۱۱ (۳۵/۳)
	لزومی نداشته است	۳۱ (۶۴/۶)	۱۱ (۶۴/۷)	۲۰ (۶۴/۵)
توصیه کارکنان در مورد ازدواج و بارداری افراد مبتلا به عفونت HIV	نباید صاحب فرزند شوند	۲۰۳ (۵۰/۸)	۸۷ (۵۴/۴)	۱۱۶ (۴۸/۳)
	می‌توانند باردار شوند	۱۹ (۴/۸)	۴ (۲/۵)	۱۵ (۶/۳)
	بہتر است باردار نشوند	۱۱۲ (۲۸)	۴۵ (۲۸/۱)	۶۷ (۲۷/۹)
	می‌توانند ازدواج کنند	۲۰۰ (۵۰)	۸۰ (۵۰)	۱۲۰ (۵۰)
	نباید ازدواج کنند	۱۶ (۴)	۶ (۳/۸)	۱۰ (۴/۲)
	تا حالا چیزی در این مورد نشنیدم	۷۷ (۱۹/۳)	۲۴ (۱۵)	۵۳ (۲۲/۱)

فرزند ذکر کردند (جدول ۲).

فرزند با مرد بودن، همسر دار بودن، داشتن فرزند زنده و داشتن فرزند HIV مثبت ارتباط داشت و مدل رگرسیون Logistics نشان داد که تمایل به داشتن فرزند با سن پایین، همسر دار بودن، نداشتن فرزند زنده و داشتن فرزند HIV مثبت بوده ارتباط معنی داری داشت (جدول ۳).

در این تحقیق ۵۰/۳ درصد از افراد HIV مثبت عنوان کردند که در رابطه با انتقال عفونت HIV از مادر به فرزند شنیده اند اما تنها ۳۱/۵ درصد از افراد به طور کامل از زمان انتقال عفونت (بارداری، زایمان و شیردهی) از مادر به فرزند اطلاع داشتند.

تنها ۲۶ درصد از افراد HIV مثبت از راه‌های پیش‌گیری از انتقال HIV از مادر به فرزند (در بارداری، زایمان و شیردهی) اطلاع کامل داشتند.

۵۳/۷ درصد از افرادی که حداقل یکی از زمان‌های انتقال عفونت HIV را از مادر به فرزند یا یکی از راه‌های پیش‌گیری از انتقال عفونت از مادر به فرزند می‌شناختند، عنوان کردند که محل کسب اطلاع آنان مراکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری بوده است. ۵۱/۱ درصد عنوان کردند که از دوستان و هم‌نوعان خود این اطلاعات را کسب کرده‌اند و ۱۲/۸ درصد ذکر کردند که در کلاس‌های آموزشی این اطلاعات را کسب کرده بودند.

نتایج پژوهش نشان داد که احتمال تمایل به داشتن

بحث

۳۱/۲ درصد از افرادی که تمایل به داشتن فرزند داشتند با مشاورین و پزشکان مراکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری در این خصوص صحبت نکرده بودند که ۳۵/۴ درصد علت آن را ترس از واکنش منفی کارکنان مراکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری و یا توصیه‌ی کارکنان به فرزند دار نشدن افراد HIV مثبت ذکر کردند.

در برزیل، اتیوپی و اکراین هم زنانی که آرزو داشتند حامله شوند به ندرت علائق بارداری خود را با کارکنان در میان می‌گذاشتند. زنان HIV مثبت همچنین گزارش کردند که آن‌ها به ندرت مشاوره‌ای که شامل

جدول ۳. ارتباط بین متغیرها و تمایل به داشتن فرزند در افراد HIV مثبت مورد مطالعه

Adjusted OR OR (CI)	Crude OR OR (CI)	تمایل به داشتن فرزند		متغیر
		خیر	بلی	
۲/۳۵ (۱/۴۲-۳/۸۹) P < ۰/۰۰۱	۱/۵۲ (۱/۰۰۵-۲/۳۲) P < ۰/۰۰۱	۱۱۳ (۴۵) ۱۳۸ (۵۵)	۵۲ (۳۴/۹) ۹۷ (۶۵/۱)	بی همسر همسردار
۹/۰۸ (۵/۲-۱۵/۸) P < ۰/۰۰۰۱	۵/۲۲ (۳/۳۳-۸/۱۷) P < ۰/۰۰۰۱	۸۸ (۳۵/۱) ۱۶۳ (۶۴/۹)	۱۱۰ (۷۳/۸) ۳۹ (۲۶/۲)	خیر بلی
۰/۱۱ (۰/۰۴۴-۰/۲۹۹) P < ۰/۰۰۰۱	۰/۳۴ (۰/۱۵۲-۰/۷۸۲) P < ۰/۰۰۰۸	۲۴۱ (۹۶) ۱۰ (۴)	۱۳۳ (۸۹/۳) ۱۶ (۱۰/۷)	خیر بلی
P = ۰/۶۸	P = ۰/۱۲	۱۹۱ (۹۶) ۶۰ (۲۳/۹)	۱۰۳ (۶۹/۱) ۴۶ (۳۰/۹)	زیر دیپلم دیپلم و بالاتر
P = ۱	۰/۵۲ (۰/۲۶۸-۱/۰۰۹) P < ۰/۰۰۵	۳۹ (۱۵/۵) ۲۱۲ (۸۴/۸)	۱۳ (۸/۷) ۱۳۶ (۹۱/۳)	بلی خیر
P = ۰/۱۵	۱/۵۴ (۱/۰۱۳-۲/۳۵) P < ۰/۰۴۳	۱۴۱ (۵۶/۲) ۱۱۰ (۴۳/۸)	۹۹ (۶۶/۴) ۵۰ (۳۳/۶)	مرد زن
P = ۰/۱	P = ۰/۰۶	۴۶ (۱۸/۳) ۲۰۵ (۸۱/۷)	۱۷ (۱۱/۴) ۱۳۲ (۸۸/۶)	ندارد دارد
P = ۰/۲۷	P = ۰/۰۷	۴۲ (۱۶/۷) ۲۰۹ (۸۳/۳)	۳۶ (۲۴/۲) ۱۱۳ (۷۵/۸)	بلی خیر
۰/۹۲ (۰/۸۹-۰/۹۶) P < ۰/۰۰۰۱	-	۳۶/۲۷ ± ۷/۵۴	۳۲/۰۸ ± ۶/۲۶	continous
P = ۰/۱۵	-	۲۵/۳۹ ± ۱۶/۹۳	۲۸/۶۳ ± ۱۶/۵۳	continous

تا در آینده از همدیگر حمایت کنند و کسانی که فرزند زنده نداشتند، معتقد بودند که داشتن یک فرزند به آن‌ها انگیزه‌ای برای زندگی خواهد داد. که تا حدودی مشابه نتایج این تحقیق بود (۹). اما در جنوب آفریقا شایع‌ترین دلیل گزارش شده توسط زنان و مردان برای تمایل به داشتن فرزند این بود که آن‌ها هنوز در سلامت به سر می‌برند (۲).

نتایج این تحقیق نشان داد که مردان HIV مثبت بیشتر از زنان تمایل به داشتن فرزند داشتند. شاید علت آن فشار اجتماعی بر مردان، برای اثبات مردانگی و حفظ نام خانوادگی باشد؛ به طوری که نتایج تحقیق نیز نشان داد که اکثر مردانی که تمایل به داشتن فرزند

اطلاعات پایه درباره‌ی باروری باشد دریافت کرده‌اند، مگر زنانی که باردار شدند. بسیاری از آن‌ها احساس می‌کردند که کارکنان بهداشت مرددا که اطلاعاتی بدهند و اغلب تشویق می‌کنند که این زنان باردار نشوند (۷). در تحقیقی که در آرژانتین انجام شد نیز فقط ۷/۱ درصد از کسانی که فرزند می‌خواستند این موضوع را با پزشک مرکز در میان گذاشته بودند (۸).

بیشترین درصد افراد HIV مثبت، علت تمایل به فرزند در آینده را نداشتن فرزند عنوان کردند. نتایج این تحقیق مشابه نتایج تحقیق انجام شده در هند بود. در آن تحقیق نیز افرادی که فرزند زنده داشتند، معتقد بودند که فرزند آن‌ها باید خواهر یا برادر داشته باشد

داشتند علت آن را نداشتن فرزند، فشارخانواده و فامیل و تمایل به داشتن جانشین ذکر کردند.

در این تحقیق بیشترین علت عدم تمایل به داشتن فرزند ترس از انتقال عفونت HIV به فرزند بود. در برزیل، اتیوپی و اکراین نیز زنان HIV مثبت اعلام کردند که خطر انتقال عمودی عفونت به نوزاد، عدم اطمینان از وضعیت سلامت و طول عمر، مشکلات اقتصادی و برچسب زدن به کودک مبنی بر این که والدین وی HIV مثبت هستند، شایع‌ترین علت اجتناب از اقدام برای بچه دار شدن بود و به این که یکی از والدین HIV مثبت بود یا هر دو بستگی داشت (۷).

در تحقیقی که در جنوب آفریقا انجام شد، ۶۸ درصد از زنان اعلام کردند که به خاطر ترس از پیشرفت بیماری نمی‌خواهند فرزند داشته باشند، ولی شایع‌ترین علتی که مردان برای عدم تمایل به داشتن فرزند عنوان کردند این بود که تعداد فرزندان آن‌ها کافی است و به دلیل مشکلات اقتصادی فرزند دیگری نمی‌خواهند (۲). نتایج تحقیق دیگری در جنوب آفریقا نشان داد که مهم‌ترین علت عدم تمایل به داشتن فرزند مشکلات اقتصادی و ترس از انتقال عفونت HIV از مادر به فرزند بوده است (۴).

نتایج این تحقیق نشان داد که نسبت به تقریب مساوی از زنان و مردان HIV مثبت برنامه‌ای برای داشتن فرزند در آینده ندارند، این نشان می‌دهد که نیازهای باروری این افراد متفاوت است، علاوه بر آن این مطالعه شایع‌ترین دلایل این افراد HIV مثبت برای تمایلات بارداری را مشخص کرد که لازم است افراد مشاور در این مراکز در جریان آن قرار گیرند.

در این تحقیق، (۵۰/۸ درصد) از افراد HIV مثبت عنوان کردند که کارکنان مراکز مشاوره‌ی بیماری‌های

رفتاری توصیه کردند که افراد HIV مثبت نباید باردار شوند. در اکراین هم زنان و مردان گزارش کردند که به طور کلی کارکنان بهداشتی با زنانی که باردار هستند خوب برخورد می‌کنند، اما آن‌ها حقوق باروری زنان HIV مثبت را برای داشتن فرزندان بیشتر نمی‌پذیرند (۷).

یکی از موانع دسترسی به خدمات بهداشت باروری برای افراد HIV مثبت، نگرش منفی کارکنان بهداشتی است و اعمال نظر شخصی کارکنان و دیدگاه آن‌ها برای دادن اطلاعات و خدمات بزرگ‌ترین مانع برای ارائه‌ی خدمات بهداشت باروری به افراد HIV مثبت است (۱۰). علاوه بر این، نگرش کارکنان درباره‌ی تمایلات باروری افراد HIV مثبت می‌تواند مشخص‌کننده‌ی رفتارهای بهداشتی باشد که این افراد جستجو می‌کنند (۲) و می‌تواند بر روی تصمیم‌گیری افراد HIV مثبت که از این خدمات استفاده می‌کنند تأثیر بگذارد، ترس از واکنش منفی کارکنان بهداشتی سبب می‌شود تا این افراد از خدمات این مراکز استفاده نکنند.

برای پیش‌گیری از انتقال عفونت از مادر به فرزند از دستورالعمل سازمان بهداشت جهانی برای مداخله استفاده می‌شود که شامل: مراقبت‌های دوران بارداری، استفاده از داروهای آنتی‌رتروویرال برای زنان HIV مثبت و نوزاد آن‌ها، حمایت و مشاوره‌ی روحی و روانی مادر در دوران بارداری و شیردهی برای کاهش خطر انتقال عفونت از مادر به فرزند است.

در زنان HIV مثبت، مداخلات کامل پیش‌گیری از انتقال عفونت از مادر به فرزند می‌تواند میزان انتقال عفونت از مادر به فرزند را به میزان ۲۰ درصد کاهش بدهد (۱۱).

نتایج این مطالعه نشان داد که افراد HIV مثبت نیاز

فرزند در آینده نداشتند. این مسأله نشان می‌دهد که نیازهای باروری این افراد متفاوت است و باید متناسب با آن برای افرادی که تمایل به داشتن فرزند دارند و برای افرادی که تمایلی به داشتن فرزند ندارند برنامه‌های مشاوره‌ای داشته باشیم.

بنابراین نتایج این مطالعه اهمیت توسعه‌ی خدمات بهداشت باروری مورد نیاز برای افراد HIV مثبت را نشان می‌دهد و برای رعایت حقوق بهداشت باروری افراد HIV مثبت باید خدمات بهداشت باروری در مراکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری ادغام شود و کارکنان بهداشتی شاغل در این مراکز در خصوص این مباحث آموزش لازم را ببینند. بدیهی است که عدم رعایت حقوق بهداشت باروری افراد HIV مثبت منجر به افزایش انتقال عمودی عفونت HIV از مادر به فرزند خواهد شد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل اجرای طرح مرکز تحقیقات ایدز ایران به شماره‌ی قرارداد ۱۱۹۷۳-۵۵-۰۴-۸۹ بود. 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 به ذکر است که این مطالعه بخشی از پایان‌نامه‌ی دوره‌ی MPH بهداشت باروری شایسته حاجی زاده دانشجوی MPH بهداشت باروری دانشکده‌ی بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران بود.

به مشاوره‌ی صحیح و بدون سوگیری برای افزایش آگاهی این افراد در زمینه‌ی انتقال HIV از مادر به فرزند و راه‌های پیش‌گیری از آن دارند.

نتایج این مطالعه مشابه تحقیقی است که در جنوب آفریقا انجام شد. در آن تحقیق نیز مدل رگرسیون لجستیک نشان داد که تمایلات باروری با مرد بودن، تحت درمان داروهای آنتی‌رتروویرال بودن و داشتن تعداد فرزندان کمتر ارتباط معنی‌داری داشت (۲). در تحقیق دیگری که در جنوب آفریقا انجام شد، نیز گروه سنی ۳۴-۱۵ سال نسبت به سایر گروه‌ها بیشتر دوست داشتند بچه دار شوند و یکی دیگر از عواملی که با تمایل به داشتن فرزند همراه بود نداشتن فرزند زنده بود (۴).

در این تحقیق افرادی که فرزند HIV مثبت نداشتند کمتر از افرادی که فرزند HIV مثبت داشتند تمایل به داشتن فرزند در آینده داشتند، در حالی که در آرژانتین افراد HIV مثبتی که فرزند زنده نداشتند بیشتر تمایل به داشتن فرزند داشتند (۸). به نظر می‌رسد یکی از علل تمایل به داشتن فرزند در افرادی که یک فرزند زنده یا HIV مثبت دارند این است که فرزند HIV مثبت از همسر قبلی است و برای تداوم زندگی کنونی نیاز به داشتن فرزند از همسر جدید را احساس می‌کنند و در بعضی موارد نیاز به داشتن پسر یا تعداد فرزند دلخواه سبب می‌شود که آن‌ها تمایل به داشتن فرزند دیگری داشته باشند.

نتیجه‌گیری

نتایج این تحقیق نشان داد که نسبت به تقریب مساوی از زنان و مردان HIV مثبت برنامه‌ای برای داشتن

References

- Centers for Disease Control and Prevention. The latest Statistics of HIV/AIDS in Islamic Republic of Iran. Tehran: Ministry of Health and Medical Education of Iran; 2011.
- Cooper D, Moodley J, Zweigenthal V, Bekker LG, Shah I, Myer L. Fertility intentions and reproductive health care needs of people living with HIV in Cape Town, South Africa: implications for integrating reproductive health and HIV care services. *AIDS Behav* 2009; 13(Suppl 1): 38-46
- Gruskin S, Ferguson L, O'Malley J. Ensuring sexual and reproductive health for people living with HIV: an overview of key human rights, policy and health systems issues. *Reprod Health Matters* 2007; 15(29 Suppl): 4-26.
- Debeko. Sexual and Reproductive Health Needs and Preferences of People Living with HIV/AIDS in Southern Nations Nationalities and Peoples Region. Addis Ababa: Addis Ababa University; 2007.
- Bell E, Mthembu P, O'Sullivan S, Moody K. Sexual and reproductive health services and HIV testing: perspectives and experiences of women and men living with HIV and AIDS. *Reprod Health Matters* 2007; 15(29 Suppl): 113-35.
- Delvaux T, Nostlinger C. Reproductive choice for women and men living with HIV: contraception, abortion and fertility. *Reprod Health Matters* 2007; 15(29 Suppl): 46-66.
- Dabash T, Perchal P. Sexual and Reproductive Health Needs of Women and Adolescent Girls Living with HIV, Research Report on Qualitative Findings from Brazil, Ethiopia and the Ukraine. New York: EngenderHealth/UNFPA; 2006.
- Gogna ML, Pecheny MM, Ibarlucia I, Manzelli H, Lopez SB. The reproductive needs and rights of people living with HIV in Argentina: health service users' and providers' perspectives. *Soc Sci Med* 2009; 69(6): 813-20.
- Kanniappan S, Jeyapaul MJ, Kalyanwala S. Desire for motherhood: exploring HIV-positive women's desires, intentions and decision-making in attaining motherhood. *AIDS Care* 2008; 20(6): 625-30.
- Myer L, Rebe K, Morroni C. Missed opportunities to address reproductive health care needs among HIV-infected women in antiretroviral therapy programmes. *Trop Med Int Health* 2007; 12(12): 1484-9.
- Boonstra H. Meeting the sexual and reproductive health needs of people living with HIV. *Issues Brief (Alan Guttmacher Inst)* 2006; (6): 1-4.

Fertility Intentions of HIV Patients who Referred to Behavioral Clinics of Universities of Medical Sciences in Tehran

Shayesteh Hajizadeh MSc, MPH¹, Saharnaz Nedjat MD², Reza Majdzadeh MD³,
Minoos Mohraz MD⁴, Hamid Reza Setayesh MD, MPH⁵, Mohammad Mehdi Gooya MD⁶

Abstract

Background: Reproductive needs and preferences of HIV positive individuals are changing due to the development of antiretroviral therapy (ART) for HIV infection. As a result of improvements of symptoms and changes in quality of life, people who live with HIV infection (PLWHIV) regain their normal activities and new challenges and new opportunities are arising. Many PLWHIV continue to be sexually active and some have strong desires for biological children which entails unprotected sexual intercourse. The objective of this study was to determine fertility intentions and factors influencing them among the population living with HIV infection who referred to the behavioral clinics of universities of medical science in Tehran, Iran.

Methods: A cross-sectional interview-based survey on 400 people living with HIV with consequential sampling was carried out.

Findings: The majority of participants (60%) were male. Most men (44.2%) and women (51.3%) were in the age group of 34-25 years. In addition, 34% of female and 44.2% of male HIV positive patients desired to have children. Bivariate analysis revealed factors related with desire to have children as being male, being married, not having a living child, and having an HIV positive child ($P < 0.05$). Based on logistic regression model, factors strongly associated with the desire to have children included young age, being married, having an HIV positive child, and having a living child ($P < 0.05$).

Conclusion: Our results highlighted the importance of developing reproductive health service policies and interventions for women and men living with HIV. Service providers need adequate counseling training to manage issues related with reproductive health services (RHS). A better integration of HIV care programs into RHS settings is needed to improve effective service provision.

Keywords: HIV positive individual, Fertility intention, Behavioral clin.

¹ PhD Student, Department of Reproductive Health and Lecturer, Department of Mother and Child Health, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Associate Professor, Department of Epidemiology, School of Public Health and Knowledge Utilization Research Center (KURC), Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Professor, Department of Epidemiology, School of Public Health and Knowledge Utilization Research Center (KURC), Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Professor, Department of Infectious Diseases, Iranian Research Center for HIV/AIDS, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁵ Regional Program Advisor, Regional Support Team for the Middle East and North Africa (RST-MENA), Cairo, UNAIDS

⁶ Professor, Department of Infectious Diseases, Centre for Infectious Disease Control, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

Corresponding Author: Shayesteh Hajizadeh MSc MPH, Email: shayesteh_ha2001@yahoo.com