

برنامه مداخله رفتارهای پر خطر در زنان در معرض آسیب در ایران: روش ارزیابی سریع و پاسخ

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۲/۱۲؛ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۷/۲۷

چکیده

مقدمه و هدف: در سال‌های اخیر با توجه به تغییرات سریع اجتماعی، شیوع رفتارهای پرخطر جنسی در گروه‌های پرخطر از مهمترین مشکلات موجود در جامعه بوده که نیازمند برنامه‌های مداخله‌ای مناسب بر خواسته از نیازها گروه‌های یاد شده می‌باشد. بر همین اساس این مطالعه با هدف ارزیابی سریع رفتارهای پرخطر در زنان در معرض آسیب و طراحی مداخلات با مشارکت شرکت کنندگان انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه یک ارزیابی سریع با استفاده از تکنیک‌های مصاحبه نیمه ساختار یافته و با استفاده از راهنمای سئوالات و مشاهده به منظور شناخت نیازهای زنان در معرض آسیب دارای رفتار پرخطر و طراحی مداخلات به مدت ۸ ماه در ۲ شهر منتخب در ایران صورت گرفت. جمعیت مورد مطالعه در مرحله ارزیابی شامل زنان در معرض آسیبی بود که در زمان انجام مطالعه و حداقل سه ماه پیش از آن به عنوان حرفه و کسب درآمد، اقدام به رابطه جنسی در برابر پول یا کالا می‌کردند و مشتری زنان و افراد صاحب نظر که دارای تجربه، مهارت، اطلاعات کافی و سابقه مدیریت در موضوعات رفتارهای پرخطر جنسی و ایدز بودند. تحلیل داده‌ها بصورت تحلیل محتوی و با استفاده از نرم‌افزار 3 open code انجام گرفت.

یافته‌ها: بر اساس نتایج حاصله، مداخلات بر مبنای سه محور الگوهای رفتارهای پرخطر و عوامل مؤثر بر آن، آگاهی و نگرش و نیازهای خدمات تشخیصی و درمانی تنظیم گردید.

بحث و نتیجه‌گیری: تأمین خدمات اجتماعی و بهداشتی، لزوم اطلاع رسانی‌های بیشتر در ارتباط با خدمات مراکز مشاوره، ارائه رایگان خدمات، افزایش تعداد مراکز، همدلی و ارتباط بهتر و بیشتر پرسنل با این افراد به دور از قضاوت از اولویت‌های برنامه مداخله‌ای در این گروه از زنان می‌باشد.

کلمات کلیدی: ارزیابی سریع، رفتارهای پرخطر، زنان در معرض آسیب، ایران

زهره محمودی^۱، زینب اعرابی^۲، سعید مدنی^۳، مروّنه وامقی^۴، ماهرخ دولتیان^۵، عفت مرقاتی خوئی^۶، کیانوش کمالی^۷، آمنه ستاره فروزان^۸، معصومه دژمان^۹

^۱ مربی عضو هیات علمی مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز، کرج، ایران
^۲ کارشناسی ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
^۳ محقق عضو هیات علمی مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی، تهران، ایران
^۴ استادیار عضو هیات علمی مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی، تهران، ایران
^۵ مربی عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
^۶ عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران
^۷ رئیس مرکز مدیریت بیماری‌ها وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران
^۸ دانشیار عضو هیات علمی مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: استادیار عضو هیات علمی مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی، تهران، ایران

۰۹۱۲-۵۴۷۴۴۹۵

E-mail: Mdejman1@jhu.edu

مقدمه

یکی از موارد جدی تهدید کننده سلامت، که در سال‌های اخیر با توجه به تغییرات سریع اجتماعی از سوی سازمان‌های بهداشتی، مجریان قانون و سیاستگذاران اجتماعی به عنوان یکی از مهمترین مشکلات موجود در جامعه مورد توجه قرار گرفته است شیوع رفتارهای پرخطر جنسی در میان گروه‌های در معرض خطر می‌باشد.^۱ این رفتارها که احتمال نتایج مخرب جسمی روان‌شناختی

و اجتماعی را برای فرد افزایش می‌دهد^۲ به صورت تعدد شرکای جنسی و رفتار جنسی پرخطر محافظت نشده تعریف می‌شوند.^۳ در ایران تعداد افراد مبتلا به بیماری ایدز در حال افزایش است به طوری که تا پایان نیمه اول سال ۱۳۹۰ تعداد ۲۳۴۹۷ نفر فرد آلوده به ویروس ایدز شناسایی شده بودند که از ۸/۷ درصد زن مبتلا به ویروس ایدز در ۲۰/۸٪ آنان آلودگی از طریق تن فروشی اتفاق افتاده بود. در مطالعه دیگری در ایران، شایع ترین علت معافیت از

مواد و روش‌ها

نوع مطالعه

این مطالعه با استفاده از روش ارزیابی سریع و با بکارگیری تکنیک‌های مصاحبه نیمه ساختار یافته و مشاهده به طراحی برنامه‌های مداخله‌ای بر اساس شناخت نیازهای زنان در معرض آسیب (تن فروش) به مدت ۸ ماه در ۲ شهر منتخب ایران انجام گرفت.

ارزیابی و پاسخ سریع، بررسی عمیق و همه جانبه یک مسئله بهداشتی در یک موقعیت مکانی مشخص است. ابعاد مختلف این ارزیابی شامل بررسی خصوصیات تفصیلی و جمعیتی در گیر، رفتارهای بهداشتی خاص و خطرات و عواقب اجتماعی مرتبط با آن مسئله بهداشتی می‌باشد. این روش تلاش دارد تا با استفاده از روش‌های تحقیق و منابع متعدد جمع‌آوری داده‌ها، روائی اطلاعات را افزایش داده و در مدت زمان کوتاه با ارزیابی و پیشنهاد مداخلات به عنوان ابزاری کارآمد در برنامه‌ریزی‌ها و تصمیمات بهداشتی اجتماعی مورد استفاده قرار گیرد.^{۱۳}

جمعیت مورد مطالعه

جمعیت مورد مطالعه در مرحله ارزیابی شامل گروه‌های زیر می‌گردید:
الف: گروه‌های مرتبط با زنان تن فروش شامل گروه‌های زیر بوده است:

۱) زنان در معرض آسیب زنانه بودند که در زمان انجام مطالعه و حداقل سه ماه پیش از آن به عنوان حرفه، امر معاش و کسب درآمد، در برابر پول یا کالا، خدمات جنسی به دیگران ارائه می‌دادند.

نحوه انتخاب این زنان بصورت گلوله برفی انجام شد بدین صورت که زنان در معرض آسیبی که به دلایل مختلف به مراکز گذری در شهرهای منتخب مورد مطالعه، مراجعه می‌کردند در خواست می‌شد تا دیگر زنان تن فروشی که به این مراکز مراجعه نمی‌کردند را معرفی و با خود برای مصاحبه به مراکز مشاوره‌ای که در مکانی ساکت و دور از مرکز گذری بوده، بیاورند و بعد از مصاحبه با زنان مراجعه کننده در قبال مصاحبه و معرفی فرد بعدی

اهدای خون، تماس‌های جنسی نامطمئن اخیر در زنان (۱۷/۸٪)، تماس‌های جنسی نامطمئن در مردان (۲۱/۳٪) گزارش شده بود که درمقایسه با مطالعات مشابه در گذشته، نشان دهنده افزایش روند رفتار پرخطر جنسی در داوطلبان اهدای خون بوده است.^۴ در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۷ بر روی جوانان و نوجوانان ۱۰-۲۴ ساله در هفت شهر کشور انجام شد، بیش از ۲۱٪ پسران و ۵/۵٪ دختران در گروه سنی ۱۵-۲۴ سال، رابطه جنسی خارج از چارچوب ازدواج داشته‌اند. در این گروه ۲۷/۶٪ دختران و ۵۷/۵٪ پسران بیش از یک شریک جنسی داشتند که در بیش از ۵۸٪ پسران و حدود ۵۹٪ دختران در آخرین رابطه جنسی خود از کاندوم استفاده کرده بودند،^۵ به همین دلیل دانستن الگوی رفتارهای جنسی و علل رفتارهای پرخطر برای تبیین سیاست‌های اجرایی و همچنین کنترل بیماری‌های جنسی ضروری است،^۶ زیرا رفتارهای پرخطر جنسی از روش‌های انتقال بیماری‌های مقاربتی بوده و با بارداری نظیر آلوده شدن با ویروس ایدز، بیماری‌های مقاربتی و یا بارداری ناخواسته همراه است^۷ لذا عدم برنامه‌ریزی مناسب می‌تواند منجر به انتشار بیماری‌های مقاربتی در جامعه و عوارض جبران ناپذیر گردد. اما علیرغم بکارگرفتن استراتژی‌هایی مانند آموزش و توانمندسازی زنان در معرض آسیب، برقراری نظام مراقبت^۸ و ایجاد مراکز مشاوره و کاهش آسیب^۹ هنوز رفتارهای پرخطر جنسی از شیوع بالایی برخوردار است^{۱۰} لذا ضروری است طراحی استراتژی‌ها براساس ارزیابی نیازهای گروه‌های پرخطر جنسی و یا در معرض خطر تدوین شود.

یکی از روش‌های مؤثر جهانی جهت بررسی عمیق و همه جانبه مسائل بهداشتی خصوصاً رفتارهای پرخطر جنسی، روش ارزیابی و پاسخ سریع^{۱۱} میباشد که با استفاده از روش‌های تحقیق و منابع متعدد، تکنیک‌های متفاوت جمع‌آوری داده‌ها و با در نظر گرفتن ابعاد مختلف ارزیابی به تبیین نیازها و طراحی برنامه‌های مداخله می‌پردازد^{۱۲،۱۱}. از جمله اقدامات این برنامه، ارزیابی موضوع رفتارهای پرخطر جنسی در گروه‌های جمعیتی خاص می‌باشد.

لذا این مقاله بعنوان بخشی از مطالعه ارزیابی سریع رفتارهای پرخطر زنان تن فروش بر آن است که به برنامه‌های مداخله‌ای که بر اساس ارزیابی سریع تدوین شده است بپردازد.

کارت هدیه جهت تشویق به آنان اهدا می شد.

۲) واسطه‌ها، عبارت بودند از افرادی که بصورت فردی و یا گروهی برای زنان مشتری انتخاب می کردند. نحوه انتخاب این افراد هم از طریق معرفی توسط زنان تن فروش و هم مشتریان انجام گرفت.

۳) مشتریان زنان از طریق زنان تن فروش معرفی می شدند و مصاحبه با این افراد در مکان‌های مورد درخواست آنان انجام می گرفت.

ب) افراد صاحب نظر را افرادی تشکیل می دادند که دارای تجربه، مهارت، اطلاعات کافی و سابقه مدیریت در موضوعات رفتارهای پر خطر جنسی و ایدز بودند. نحوه انتخاب این افراد از طریق تهیه لیستی از افراد کلیدی مطلع در شهر با کمک تیم تحقیق شهرستان انجام گرفت و بعد از تماس و اعلام آمادگی، مصاحبه‌ها در محل کار افراد انجام گردید.

تکنیک جمع آوری داده‌ها: در مرحله ارزیابی از تکنیک‌های مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته با استفاده از راهنمای سئوالات و ابزار مشاهده باز جهت تبیین رفتارهای پر خطر استفاده گردید. در مجموع ۵۹ مصاحبه با افراد صاحب نظر، ۵۰ مصاحبه با زنان در معرض آسیب (تن فروش)، ۳۶ مصاحبه با مشتری‌ها، ۴ مصاحبه با واسطه‌ها و ۳۶ مشاهده صورت گرفت (جدول ۱).

مشاهده‌ها در ۳ زمان متفاوت توسط تیم تحقیق از مکان‌هایی که با کمک گروه‌های شرکت کننده در مطالعه تکمیل شده بود انجام می گرفت و شامل ثبت اطلاعات کلی منطقه و نیز رفتارهای خاص

و پرخطر در محل می شد.

تحلیل داده‌ها: تحلیل داده‌ها براساس آنالیز محتوا به تفکیک هر شهرستان صورت گرفت و در نهایت یافته‌های کلیدی و تم‌های اصلی بر اساس سه سطح فردی، اجتماعی، محیطی طبقه‌بندی گردید و در مرحله بعد راهبردهای مداخله‌ای بصورت مشارکتی تنظیم گردیدند.

کلیه اطلاعات (مصاحبه‌ها و مشاهدات) به تفکیک هر مطالعه کد گذاری می گردید. بدین ترتیب که بعد از هر مصاحبه متن آن نوشته و بعد از چندین بار مرور به منظور آشنایی با محتوی مصاحبه کد بندی اولیه صورت می گرفت و در مرحله بعدی کدهای اولیه مربوط به مصاحبه‌های مختلف و نیز مشاهدات با هم مقایسه می گردید و با ارتباط بین آنها زیرطبقات و طبقات استخراج می شد. توصیف یافته‌ها به منظور تبیین شکاف‌های اطلاعاتی انجام می شد و بر مبنای آن مصاحبه‌های بعدی طراحی و انجام می گردید. بعد از نهایی شدن طبقات و زیر طبقات برای هر طبقه از طریق ۳ نشست گروهی متشکل از تعدادی از زنان در معرض آسیب (تن فروش)، اعضای تیم پژوهش و تعدادی از مدیران اجرایی کمیته پیشگیری از ایدز در وزارت بهداشت و مرکز بهداشت استان در شهرستان‌های مورد مطالعه انجام گرفت و راهبردهای مداخله‌ای طراحی گردید. مصاحبه‌ها با کسب اجازه از شرکت کنندگان بصورت شفاهی و کتبی انجام و ضبط گردید. به منظور تحلیل یافته‌ها کلیه مصاحبه‌ها کلمه به کلمه نوشته و تایپ شدند.

جدول ۱: سئوالات مورد بررسی در مصاحبه‌های فردی و گروهی

| مشخصات دموگرافیک فردی- اجتماعی (شامل سن، وضعیت تاهل و...) | محورهای سئوالات اصلی |
|--|---|
| | ویژگی‌های زنان با رفتارهای پرخطر (شامل سن، تاهل، مکان‌های سکونت و...) |
| | ویژگی‌های مشتریان (خصوصیات دموگرافیک) |
| | الگوهای روسپیگری (نحوه انتخاب مشتری، مکان رابطه، مکان انتخاب مشتری، روش‌های رابطه جنسی) |
| | مشکلات و نیازهای زنان در خصوص رفتارهای پرخطر جنسی |
| | دانش و رفتار زنان و مشتریان درباره کاندوم |
| | الگوی مصرف مواد زنان با رفتارهای پرخطر |
| | شناخت زنان با رفتارهای پرخطر از ایدز و راه‌های پیشگیری و درمان آن |

مشتری عامل دیگری برای داشتن روش‌های غیرمتعارف بوده است، بطوریکه افراد با درآمد بالا بیشتر تمایل به داشتن روش‌های اورال یا آنال بدون کاندوم داشتند.

- شرایط و خصوصیات زنان:

حرفه‌ای بودن، داشتن بکارت، انفرادی یا گروهی کار کردن و عادات ماهیانه بودن از جمله علل داشتن روش‌های جنسی غیرمتعارف (آنال، رکتال) در بین زنان در معرض آسیب بیان شد. برخی از این زنان بدلیل حرفه‌ای بودن، ارتباط جنسی همزمان با چند مشتری دارند و این منجر به داشتن دو روش واژینال و آنال همزمان با هم می‌شد.

- عوامل اقتصادی - اجتماعی:

از جمله مشکلات اقتصادی که منجر به پذیرش روابط جنسی غیرمتعارف در بین زنان در معرض آسیب می‌گردد هزینه تأمین مواد در زنان معتاد بود. همچنین گرانت‌ر بودن روش‌های غیرمتعارف نسبت به روش واژینال عامل اقتصادی دیگری بود که باعث استفاده از این روش‌ها در زنان می‌شد. از عوامل اجتماعی مؤثر بر نوع روش‌های جنسی قومیت افراد بود بطوریکه در برخی از اقوام روش‌های آنال و رکتال بیشتر مورد پذیرش بوده است.

۲- عدم استفاده یا استفاده نادرست از کاندوم

بر اساس یافته‌های مطالعه افراد معمولاً در روش آنال و رکتال از کاندوم استفاده نمی‌کردند و در روش واژینال نیز یا باز کاندوم استفاده نمی‌کردند و یا از ابتدای نزدیکی از آن استفاده نمی‌شد. از عوامل دیگر عدم استفاده از کاندوم ارتباط جنسی همزمان با چند مشتری، داشتن ارتباط در زمان عادت ماهیانه ذکر شد. در یکی از شهرستان‌ها استفاده از کیسه فریزر را به جای استفاده از کاندوم بیان نمودند.

بیشترین علل عدم استفاده از کاندوم در بین زنان در معرض آسیب، کاهش میل جنسی مشتریان، عدم دسترسی یا گران بودن آن، طولانی شدن مدت زمان نزدیکی، کاهش قیمت در صورت استفاده از کاندوم، اطمینان به شریک جنسی، علاقه به مشتری، سهل‌انگاری یا بی‌تفاوتی، مسن بودن زنان و کم سوادی بوده است. همچنین یکی از علل عدم استفاده از کاندوم تصور زنان از استفاده از کاندوم به‌عنوان روش پیشگیری از بارداری بوده است. در این خصوص

به منظور افزایش اعتبار یافته‌ها از روش سه گوشه سازی (triangulation) شامل مصاحبه با گروه‌های مختلف در گیر موضوع شامل زنان تن فروش، مشتری، واسطه‌ها و افراد کلیدی و نیز استفاده از دو تکنیک مصاحبه و مشاهده استفاده گردید. جهت افزایش قابلیت همسانی یافته‌ها، مصاحبه‌ها همزمان توسط دو محقق کدگذاری و کدها با یکدیگر مقایسه گردید. علاوه بر این تعدادی از مصاحبه‌ها به مشارکت کننده‌ها به منظور تأیید یافته‌ها ارائه شد و بر مبنای آن بعضی از کدها و یافته‌ها تغییر یافت. تلاش گردید روش انجام و یافته‌ها به جزئیات بیان شود تا انتقال یافته‌ها در بستر دیگر قابل تطبیق و استفاده باشد.^{۱۶}

کلیه ملاحظات اخلاقی شامل کسب رضایت آگاهانه، حق کناره‌گیری از مطالعه در هر زمان از مطالعه، حفظ گمنامی و محرمانه ماندن اطلاعات و اجازه ضبط صدای افراد رعایت گردید. طرح پژوهشی در کمیته اخلاق دانشگاه علوم بهزیستی و کمیته اخلاق کشوری تصویب گردید.

یافته‌ها

بر اساس نتایج حاصله، ۳ طبقه شامل الگوهای رفتارهای پرخطر و عوامل مؤثر بر آن، آگاهی و نگرش و نیازهای خدمات تشخیصی و درمانی بدست آمد که بر مبنای این ۳ طبقه راهبردهای مداخله‌ای به تفکیک برای هر مورد طراحی گردیدند (جدول ۲).

الف: الگوهای رفتارهای پرخطر و عوامل مؤثر بر آن

عوامل مؤثر بر الگوهای رفتار پرخطر در دو زیر گروه طبقه بندی می‌شدند: ۱- نوع روش ارتباط جنسی و ۲- عدم استفاده یا استفاده نادرست از کاندوم.

۱- نوع روش ارتباط جنسی

اگرچه در بین روش‌های ارتباط جنسی، روش واژینال روشی شایع تر بود اما در مجموع سه عامل تعیین کننده نوع روش ارتباط مطرح گردید که عبارت بودند از:

- شرایط و خصوصیات مشتری:

مشتریان در اکثریت موارد تعیین کننده نوع رابطه بودند و این امر بدلیل تمایل یا لذت بیشتر آنها به ویژه در جوانان به روش‌های غیرمتعارف مانند آنال و اورال بود. همچنین وضع مالی و شغل

و به همین دلیل علت مراجعه اغلب زنان برای درمان یا اقدام به پیشگیری داشتن علائم سرویسیت، عفونت ادراری و ضعف و بیحالی است.

در میان زنان دو گروه تفاوت نگرشی وجود داشت: اول زنان مسن‌تر که خطر ایدز را جدی نمی‌گرفتند چون چیزی برای دست دادن نداشتند و دوم زنان جوان که نگرش درستی نسبت به جدی بودن خطرات بیماری نداشتند و باور زنان در مورد ضرورت استفاده از کاندوم به حدی نبود که منجر به تغییر رفتارشان بشود. همچنین اغلب آنان بر این باور بودند که در صورت ابتلا به ایدز درمانی وجود ندارد.

راهکارهای پیشنهادی درباره دانش و نگرش زنان در معرض آسیب درباره روش‌های تشخیص پیشگیری و درمان ایدز و بیماری‌های آمیزشی

با توجه به یافته‌های کلیدی آموزش و دانش افزایشی زنان در خصوص انتقال، تشخیص و درمان ایدز و سایر بیماری‌های مقاربتی از طریق افزایش دسترسی به منابع اطلاعاتی معتبر و مناسب با گروه هدف به ویژه استفاده از همتایان، تصحیح باورهای غلط در مورد قابلیت پیشگیری و درمان بیماری‌های مقاربتی به خصوص ایدز، اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات و شناخته نشدن و ایجاد فضا و برقراری جلب اعتماد و سیستم مشاوره در خصوص شک به بیماری در کاهش مقاومت آنها برای ارزیابی وضعیت خود و پیشگیری و درمان در نظر گرفته شد.

ج: نیازهای خدمات تشخیصی و درمانی

نتایج حاصل از یافته‌های کلیدی بدست آمده نشان می‌دهد اغلب زنان اطلاعات کاملی از مراکز ارائه خدمات بهداشتی ندارند و تنها عده اندکی از فعالیت‌های مراکز مطلعند. اکثراً فعالیت اصلی مراکز را ارائه کاندوم بصورت رایگان برای پیشگیری از بارداری می‌دانند. این گروه از زنان بیشترین مشکلات مراجعه به مراکز برای درمان را محدود بودن مراکز ارائه خدمت، ترس از مخاطره یا بازداشت در صورت مراجعه، عدم احساس نیاز، اعتقاد به غیرقابل درمان بودن ایدز، ترس از آبروریزی و انگ

استفاده از سایر روش‌های پیشگیری نظیر قرص به‌عنوان علت عدم نیاز به استفاده از کاندوم ذکر شد.

الف: راهکارهای پیشنهادی در سطح فردی، محیطی به منظور پیشگیری از رفتارهای پرخطر

موارد پیشنهاد شده بر اساس یافته‌ها عبارت بود از:

با توجه به نقش تعیین کننده مشتری به عنوان خریدار کالای جنسی در تعیین نوع رابطه و استفاده از کاندوم، آگاه سازی و آموزش مردان از طریق مداخلات محله محور و استفاده از نیروهای مردمی باعث پوشش وسیع‌تر جهت تغییر نگرش آنها در مورد استفاده از کاندوم می‌شود. همچنین آموزش و دانش‌افزایی زنان با هدف تغییر رفتارهای پرخطر و تغییر باورهای غلط عدم استفاده از کاندوم همزمان با استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری، جلب اعتماد آنان با کمک همتایان در خصوص اعتماد به مراکز ارائه خدمات، حساس سازی زنان در خصوص رابطه جنسی ایمن و توزیع کاندوم رایگان و آموزش نحوه صحیح استفاده از کاندوم، آموزش خطرات رابطه جنسی در زمان پیروید و استفاده از پاتوق‌ها به عنوان محل‌های مناسب برای مداخله و تغییر باورها، به عنوان راهکارهای مداخله‌ای پیشنهاد گردید.

ب: دانش و نگرش زنان در معرض آسیب درباره روش‌های تشخیص پیشگیری و درمان ایدز و بیماری‌های مقاربتی

نتایج حاصل از یافته‌های کلیدی نشان داد که زنان کم سواد، آگاهی و اطلاعات کمتری در خصوص بیماری ایدز، راههای انتقال، علائم و ارتباط آن با شغل خود داشتند بطوریکه ایدز را جزء بیماری‌های مقاربتی نمی‌دانستند. فقط برخی از آنها نقش کاندوم را در پیشگیری از ایدز مؤثر می‌دانستند.

منبع اطلاعاتی از نظر آنها اغلب دوستان و آشنایان بوده و برای واسطه‌ها در این خصوص نقش بسیار مهمی قائل بودند. آنان بیان نمودند که روش‌های آموزش از طریق همتایان و رسانه‌های عمومی را بیشتر می‌پسندند. در میان این زنان گرایش به انکار و عدم تمایل به دانستن ابتلا به بیماری ایدز و پنهان کردن آن بدلیل باور نداشتن ایدز، از دست دادن کار، انگ‌های اجتماعی و طرد شدن وجود دارد

اقتصادی اجتماعی، رفتار مناسب و بدون انگ کارکنان مراکز بهداشتی، جلب اعتماد از طریق همتایان و واسطه‌ها در اصلاح رفتارهای پرخطر و مراجعه به مراکز ارائه خدمات بسیار مؤثر است.

اجتماعی ابتلا به ایدز و نداشتن امکانات مالی، مسایل قانونی مرتبط با روسپیگری و عدم هماهنگی میان دستگاه‌های اداری و اجرایی بیان نمودند. با این حال اکثر زنان احساس نیاز به خدمات درمانی، مشاوره‌ای و اطلاع‌رسانی در مورد بیماری‌ها به خصوص ایدز و هپاتیت دارند. از طرفی از دید آنان حمایت‌های

جدول ۲: راهبردهای پیشنهادی بر مبنای یافته‌های کلیدی مطالعه ارزیابی سریع رفتارهای پرخطر

| طبقات | یافته کلیدی | منبع یافته | راهبرد پیشنهادی |
|--|--|-----------------------------|--|
| الگوهای رفتار پرخطر | روش‌های غیرمتعارف | زنان در معرض آسیب، مشتریان | حساس سازی زنان در معرض آسیب و مشتریان درباره آثار و نتایج سوء رفتارهای جنسی غیرمتعارف |
| | عدم استفاده از کاندوم | زنان در معرض آسیب، مشتریان | آگاه‌سازی و آموزش مردان از طریق مداخلات محله محور استفاده از نیروهای مردمی و حساس سازی زنان در خصوص رابطه جنسی ایمن و توزیع کاندوم رایگان و آموزش نحوه صحیح استفاده از کاندوم |
| دانش و نگرش درباره روش‌های تشخیص پیشگیری و درمان ایدز و بیماری‌های مقاربتی | سطحی بودن دانش | زنان در معرض آسیب | دانش افزایی به خصوص دادن اطلاعات عمیق‌تر درباره راه‌های انتقال به خصوص به زنان تن فروش جوان |
| | منبع اطلاعات برای تشخیص مشاوره و درمان | افراد کلیدی | افزایش دسترسی به منابع اطلاعاتی معتبر مانند فیلم‌های تلویزیونی و به‌ویژه استفاده از همتایان |
| | انکار خطر ایدز توسط زنان در معرض آسیب | زنان در معرض آسیب | تصحیح باورهای غلط در مورد قابلیت پیشگیری و درمان بیماری‌های مقاربتی به خصوص ایدز |
| | استفاده از کاندوم برای لذت بیشتر توسط مشتری | زنان در معرض آسیب و مشتریان | آموزش روش‌های کسب لذت جنسی با استفاده از کاندوم به زنان تن فروش و مشتریان |
| نیازهای خدمات تشخیصی و درمانی | عدم اطلاعات کافی درباره ارائه خدمات در مراکز | زنان در معرض آسیب | اطلاع‌رسانی وسیع‌تر در مورد مراکز درمانی، فعالیت‌ها و رایگان بودن آنها از طریق رسانه‌های عمومی، تشکیل کمیته و یا سازماندهی گروه همتایان برای راه‌های حساس‌سازی و دانش‌افزایی زنان در معرض آسیب |
| | بی‌اعتمادی و ترس از دستگیری | افراد کلیدی | ایجاد توافق قطعی میان سازمان‌های مسئول و اعلام عدم دستگیری یا ارائه اطلاعات زانی که برای استفاده از خدمات پیشگیری و تشخیصی و درمانی به مراکز مراجعه می‌کنند. کاهش برخوردهای انتظامی با زنان در معرض آسیب |

راهکارهای پیشنهادی نیازهای خدمات تشخیصی و درمانی

اطلاع رسانی وسیعتر در مورد مراکز درمانی، فعالیتها و رایگان بودن آنها از طریق رسانه‌های عمومی، طراحی سیستم تأمین هزینه در صورت مراجعه این گروه به بخش خصوصی، افزایش تعداد مراکز ارائه خدمت، ارتباط بخش خصوصی با دولتی برای ارائه خدمات و آموزش پرسنل در جهت برقراری رابطه انسانی و به دور از قضاوت نسبت به زنان، کاهش برخوردهای انتظامی، افزایش حمایت‌های اجتماعی، اشتغال‌زایی، حرفه آموزی و کاهش خطر برای زنان معتاد و در اولویت قرار دادن این گروه برای مداخله.

بحث

روش ارزیابی سریع و پاسخ: روشی است که معمولاً به منظور کسب اطلاعات جهت طراحی و گسترش برنامه‌ها و مداخلات مرتبط با سلامت استفاده می‌شود. ویژگی هائی که این روش را به عنوان ابزاری کارآمد در برنامه‌ریزی‌ها و تصمیم‌سازی‌های بهداشتی اجتماعی به ثبوت می‌رساند عبارتند از: شناسایی نیازها، بررسی و طراحی مداخله مناسب، بررسی موانع اجرای مداخله. به عبارتی دیگر این روش به دلیل سرعت، نسبت بالای فایده به هزینه،^۲ ارتباط عملی با مداخلات، تقویت واکنش‌های محلی، استفاده از اطلاعات موجود و منابع و روش‌های متعدد جمع‌آوری داده‌ها، برخورداری از رویکرد استنتاجی، تحلیل چند سطحی، برخورداری از روایی و اعتبار بالا، همه جانبه نگری، کفایت داده‌ها برای انجام مداخلات بهداشتی عمومی، از سایر روش‌های تحقیق جامعه‌شناسی و روش‌های پیمایشی متمایز می‌گردد.^{۱۱}

در این مطالعه نیز سعی گردید تا با استفاده از خصوصیات روش ارزیابی سریع و پاسخ، پیشنهادات مداخله‌ای مناسب جهت کاهش و کنترل بیماری‌های منتقله از راه جنسی به‌ویژه ایدز ارائه گردد. در این مقاله نتایج حاصله از سه طبقه آن، الگوهای رفتارهای پرخطر و عوامل مؤثر بر آن، آگاهی و نگرش و نیازهای خدمات تشخیصی و درمانی در بین زنان در معرض آسیب، مشتریان، واسطه‌ها و افراد کلیدی بیان گردیده‌اند.

الگوهای رفتارهای پرخطر و عوامل مؤثر بر آن: عوامل مؤثر بر الگوهای رفتارهای پرخطر در دو زیر گروه، نوع روش ارتباط جنسی و عدم استفاده یا استفاده نادرست از کاندوم قرار می‌گیرند.

همانطور که در قسمت نتایج نیز بیان شد شرایط و خصوصیات مشتریان، زنان در معرض آسیب و عوامل اقتصادی اجتماعی مهمترین عوامل مؤثر بر پذیرش روابط جنسی غیرمعارف (آنال و رکتال) بوده و در اکثر این موارد نیز از کاندوم استفاده نمی‌گردید. Mulieri (۲۰۱۲) و همکاران نیز در مطالعه خود دریافتند که مشتریان بویژه جوانان در بین روش‌های جنسی از روش رکتال و مسن‌تراها از روش آنال بیشتر لذت می‌برند^{۱۴} و علت عدم استفاده از کاندوم را به دلیل لذت بیشتر مشتریان بیان نمودند.^{۱۵} دلایل دیگر عدم استفاده از کاندوم را زنان در معرض آسیب، قیمت بالای کاندوم، طولانی شدن مدت زمان نزدیکی و اطمینان به شریک جنسی یا آشنایی با شریک جنسی و حفظ مشتری ذکر نمودند و این یافته با نتایج مطالعات دیگر مطابقت دارد.^{۱۷-۱۵} بر همین اساس آگاه‌سازی و آموزش مردان می‌تواند پوشش وسیع‌تری در مورد آموزش و تغییر نگرش آنها در مورد استفاده از کاندوم و نوع روش جنسی و خطرات آن را ایجاد کند. محققین بر این باورند که مداخلات آگاه‌سازی باید با توجه به محدوده‌های سنی و خطر آلودگی به بیماری‌ها باشد.^{۱۴} همچنین اطلاعات مربوط به مزایا، محدودیت‌ها، انواع، اندازه و کارایی کاندوم را می‌توان به صورت کتبی و شفاهی از طریق جلسات بحث گروهی یا فردی با مشتریان به منظور ترغیب ایشان به استفاده از کاندوم، ارائه داد.^{۱۶}

دانش و نگرش زنان در معرض آسیب درباره روش‌های تشخیص، پیشگیری و درمان ایدز و بیماری‌های مقاربتی

بر اساس یافته‌های مطالعه سطح آگاهی و اطلاعات افراد در خصوص بیماری ایدز، راه‌های انتقال آن و نقش استفاده از کاندوم در پیشگیری از بیماری‌های منتقله از راه جنسی و ایدز محدود و در بسیاری از موارد غلط بوده است بطوریکه بسیاری از زنان در معرض آسیب، ایدز را جزء بیماری‌های مقاربتی نمی‌دانند. در مطالعه Nöstlinger و همکاران نیز دریافتند که برخی 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.^{۱۸} همچنین بسیاری از آنها بر این باور بودند که کاندوم تنها وسیله‌ای جهت جلوگیری از بارداری است و در

بر طبق نظرات افراد کلیدی و زنان در معرض آسیب، علت عدم مراجعه زنان به مراکز ارائه خدمات بهداشتی، نداشتن اطلاعات کافی در ارتباط با خدماتی که در این مراکز ارائه می‌گردد، محدود بودن مراکز و ترس از بازداشت شدن می‌باشد. این افراد اغلب مهاجر و یا کسانی هستند که در حاشیه شهرها زندگی می‌کنند و بنابراین دسترسی آنها به خدمات بهداشتی استاندارد مشکل است. آنها با مشکلات فرهنگی، اجتماعی، قانونی و زبانی برای دریافت خدمات بهداشتی و اطلاعاتی مواجه هستند و در همه جوامع بیشترین میزان انگ‌ها، سرزنش‌ها و تبعیضات درمانی متوجه این افراد می‌باشد.^{۲۵،۲۶} در مطالعه‌ای کلاهی و همکاران ۲۰۱۲، علت عدم استفاده این افراد را از مراکز خدماتی بهداشتی و روش‌های پیشگیری، مکررات و محدودیت‌هایی که در ارائه خدمات وجود داشته است، بیان نموده اند.^{۲۷}

بر همین اساس اطلاع رسانی وسیعتر در مورد مراکز درمانی، از طریق رسانه‌های عمومی، افزایش تعداد مراکز ارائه خدمت و تنظیم قوانین حمایتی برای این افراد از طرف دولت بسیار مهم و مؤثر می‌باشد.^{۲۶}

نتیجه گیری

بر اساس یافته‌های مطالعه، آسیب پذیری این افراد و همچنین نیاز ایشان به خدمات اجتماعی و بهداشتی، لزوم اطلاع رسانی‌های بیشتر در ارتباط با خدمات مراکز مشاوره، ارائه رایگان خدمات، افزایش تعداد مراکز، و همدلی و ارتباط بهتر و بیشتر پرسنل را با این افراد به دور از قضاوت پیشنهاد می‌کنیم.

محدودیت‌ها

اکثریت اینگونه مطالعات، در پیدا کردن محل‌هایی که گروه‌های در معرض خطر نظیر زنان در معرض آسیب برای فرار از انگ‌های جامعه مخفی می‌شوند، محدودیت دارند و همین امر یکی از بزرگترین مشکلات این مطالعه بود.

صورت استفاده از سایر روش‌ها نیازی به استفاده از کاندوم نمی‌باشد. در مطالعات دیگر نیز زنان در معرض آسیب و مشتریان‌شان استفاده از کاندوم را صرفاً بدلیل پیشگیری از بارداری ناخواسته بیان نمودند.^{۱۳،۱۵} و برخی دیگر نداشتن اطلاعات کافی و درک پایین از کارایی کاندوم را دلیل عدم استفاده از کاندوم بیان نمودند.^{۱۶،۱۷}

این نوع برداشت‌ها و تصورات نادرست غالباً توسط هم‌تایان انتقال می‌یابد و با کارکنان بهداشتی نیز در میان گذاشته نمی‌شود. بر همین اساس آموزش و دانش‌افزایی زنان در خصوص انتقال، تشخیص و درمان ایدز و سایر بیماری‌های مقاربتی بسیار با اهمیت می‌باشد. در مطالعه اخیر اکثریت زنان در معرض آسیب و افراد کلیدی بر این باور بودند که بیشترین منبع اطلاعاتی آنها هم‌تایان و رسانه‌های عمومی بودند. نتایج بانک‌های اطلاعاتی منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا در سال ۲۰۱۰ بیانگر نقش مثبت رسانه و تلویزیون در اطلاع رسانی به‌ویژه در رابطه با ایدز می‌باشد.^{۱۹،۲۰}

در این مطالعه باور غلط زنان در معرض آسیب نسبت به بیماری ایدز و همچنین ترس از انگ‌های اجتماعی عامل انکار و عدم اقدامات لازم برای پیشگیری و درمان می‌باشد. این یافته در مطالعات دیگر نیز بیان گردیده است و تنها راه مداخله‌ای مناسب را آموزش از طریق کلینیک‌های بهداشتی، رادیو، تلویزیون، NGOها و افراد مورد اعتماد ذکر نموده‌اند.^{۱۴-۱۶،۲۱،۲۲}

از جمله مواردی که از طریق رسانه‌ها و آموزش در کاهش انتقال بیماری‌های منتقله نقش دارد، تشویق مشارکت آقایان در استفاده از وسایل پیشگیری نظیر کاندوم است بطوری که به نظر می‌رسد استفاده از این روش تابع خواست شریک جنسی می‌باشد.^{۲۳} در مطالعه‌ای که توسط تهرانی و همکاران انجام شد علل عدم تمایل شریک جنسی به استفاده از کاندوم، آشنا نبودن با مراکز فروش کاندوم، گرانی، بی‌توجهی و ناآگاهی از نقش پیشگیری کننده آن، بی‌توجهی و کاهش احساس لذت جنسی عنوان شد.^{۲۴}

نیازهای خدمات تشخیصی و درمانی

References

- Slusky R. Decreasing high-risk behavior in teens. A theater program empowers students to reach out to their peers. *Healthcare executive* 2003;19(1):48-9.
- Teimouri F, Karima N, Mansouri F, Rezaei M. Prevalence of sexually transmitted infections and high risk behaviors among women who have referred to a de-addiction center in Kermanshah. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2011;15(5):400-405. [In Persian]
- Bayram M, Esmaeli A. Comparison with students' attitude and personal character in High and low risk sexual relations. *Urmia University of Medical Sciences journal* 2010;21(3):215-20. [In Persian]
- Jenkins C. Report on Sex Worker Consultation in Iran. Sponsored by UNAIDS and UNFPA, 2006:2-18.
- Shoghli A. et al. First National AIDS controls program monitoring and evaluation 1382-1384. NCoAMA Evaluation. 2007.
- Moore AR, Oppong J. Sexual risk behavior among people living with HIV/AIDS in Togo. *Social science & medicine* 2007;64(5):1057-66.
- Lattimore S, Yin Z LL, Rice B, Thornton A, Molinar D, Leong G, et al. Situation of HIV infections and STIs in the United Kingdom in 2007. *Euro Surveill*. 2008;13(49):1-3
- Rekart ML. Sex-work harm reduction. *The Lancet* 2006;366(9503):2123-34.
- 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.
- Guimarães MD, Grinsztejn B, Chin-Hong PV, Campos LN, Gomes VR, Melo VH, et al. Behavior surveillance: prevalence and factors associated with high-risk sexual behavior among HIV-infected men in Brazil in the post-HAART era. *AIDS and Behavior*. 2008;12(5):741-7.
- Rhodes T, Fitch C, Stimson GV. SEX-RAR guide: the rapid assessment and response guide on psychoactive substance use and sexual risk behaviour. World Health Organization; 2002.
- Ataei B, Khorvash F, Azadeh S, Nokhodian Z, Kassaian N, Babak A. The prevalence of high risk behaviors among women prisoners in Isfahan, Iran. *Journal of Isfahan Medical School* 2011;29(150):1-5.
- World health organization. sex-RAR Guide- the rapid assessment response guide on psychoactive substance use sexual risk behavior mental health. *Mental Health: Evidence and Research*. In: Cluster DoMHaSDNDaMH, editor. 2002.
- Mulieri I, Gallo P, E. F-B, Colucci A, D'Ippoliti A, Luzi A. Sexual behaviours of clients of sex workers reported within phone calls at HIV/AIDS/STIs Italian Helpline. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*. 2012;49(2):183-9.
- G. H, N. C. Beliefs, sexual behaviours and preventive practices with respect to HIV/AIDS among commercial sex workers in Daulatdia, Bangladesh. *Public Health*. 2005;119(5):371-81.
- D. C, P. F, T. B, H. W, M. N, B. H. UK national guideline on safer sex advice. *International journal of STD & AIDS*. *International journal of STD & AIDS* 2012.
- Lotfi R, Tehrani FR, Yaghmaei F, Hajizadeh E. Barriers to condom use among women at risk of HIV/AIDS: a qualitative study from Iran. *BMC women's health* 2012;12(1):13.
- Nöstlinger CM, Gordillo V, Borms R, Murphy C, Bogner J, Csepe P, et al. Differences in perceptions on sexual and reproductive health between service providers and people living with HIV: A Qualitative elicitation study. *Psychology, Health & Medicine* 2008;13(5):516-28.
- Abu-Raddad LJ, Hilmi N, Mumtaz G, Benkirane M, Akala FA, Riedner G, et al. Epidemiology of HIV infection in the Middle East and North Africa. *AIDS* 2010;24:S5-S23.
- Dos Santos MM, Trautmann F, Kools J-P. Rapid assessment response (RAR) study: drug use and health risk-Pretoria, South Africa. *Harm reduction journal* 2011;8(14):1-10.
- Rastegarpour A. A Qualitative Evaluation of Men Living with HIV: Views on Condom Use. *Archives of Iranian medicine* 2012;15(12):767.
- Sh N, Hatami A, Heidarnia A. The Effect of Health Educational Program on Preventing AIDS in Self-reported Addicts' Wives (Kermanshah 2004). *Behbood, The Scientific Quarterly* 2007;2(11):120-9. [In Persian]
- Morisky DE, Stein JA, Chiao C, Ksobiech K, Malow R. Impact of a social influence intervention on condom use and sexually transmitted infections among establishment-based female sex workers in the Philippines: a multilevel analysis. *Health Psychology* 2006;25(5):595.
- Tehrani FR, Malek-Afzali H. Knowledge, attitudes and practices concerning HIV/AIDS among Iranian at-risk sub-populations. *Eastern Mediterranean health journal* 2008;14(1):143.
- Parry CD, Dewing S, Petersen P, Carney T, Needle R, Kroeger K, et al. Rapid assessment of HIV risk behavior in drug using sex workers in three cities in South Africa. *AIDS and Behavior* 2009;13(5):849-59.

26. World Health Organization. Violence Against Women and HIV/AIDS: Critical Intersections-Violence against sex workers and HIV prevention. In: Department of Gender WaHGFaCHF, editor 2005.
27. Kolahi A. The Function of Vulnerable and at-risk Women in Prevention of HIV/AIDS. Qom University of Medical Sciences Journal. 2012;6(2):1-7