

Zahra Behboodi-Moghadam¹,
Zohreh Mahmoodi², Mina
Ataee³, Sara Esmaelzadeh
Saeieh^{3,4}

¹Associate Professor,
Department of Reproductive
Health, Nursing and
Midwifery School, Tehran
University of Medical
Sciences, Tehran, Iran

²Assistant Professor, Social
Determinants of Health
Research Center, School of
Medical Sciences Alborz
University of Medical
Sciences, Karaj, Iran

³Assistant Professor,
Department of Obstetrics and
Gynecology, Clinical
Research Development Center
of Kamali Hospital, School of
Medical Sciences, Alborz
University of Medical
Sciences, Karaj, Iran

⁴Assistant Professor,
Department of Reproductive
Health, Social Determinants
of Health Research Center,
School of Medical Sciences,
Alborz University of Medical
Sciences, Karaj, Iran

Assessment of Reproductive Health in HIV Positive Women That Referred to High Risk Behavior Consultation Center

Received: 24 Oct. 2017; Accepted: 25 Dec. 2017

Abstract

Objective: With the increase in HIV positive women and the increased life expectancy associated with the use of antiretroviral drugs, there is a need for more knowledge about the health of reproductive health and decision making in the lives of affected women.

Method: This descriptive cross-sectional study was conducted on 200 HIV-infected women referring to the Risky Behavioral consultant Center of Imam Khomeini Hospital in 1394. Sampling was convenience and questionnaire that applied in this study was designed by Behboodi and et al.

Result: this study showed that 36.5 % of women had one children and 18.5% had infected child, 72 % had infected partner, 32.5% had unwanted pregnancy and 10% had dual protection contraception use. Mean of disease concern dimension was 40/53%, life instability and sexual relationship was 54.6; coping with HIV 51/37, HIV disclosure and social issue 42.12, responsibility behavior 72.94 and mean dimension of need support for self-care 37.5

Discussion: The results of this study showed that the mean score of HIV-positive women's reproductive health questionnaire in most dimensions and the overall score was about fifty percent and less, and there is a need for social support and counseling in this regard.

Keywords: Reproductive health, HIV, Women

***Corresponding Author:**
Department of reproductive health,
Social Determinations of Health
Research Center, Medical science
School, Alborz University of Medical
Sciences, Karaj, Iran

Tel: 09126232569
E-mail: esmaelzadeh1360@gmail.com

بررسی سلامت باروری زنان مبتلا به اچ آی وی مراجعه کننده به مرکز مشاوره رفتارهای پرخطر

زهرا بهبودی مقدم^۱، زهره محمودی^۲،
مینا عطائی^۳، سارا اسمعیل زاده ساعیه^۴

^۱ دکترای بهداشت باروری، دانشیار، عضو هیئت علمی گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۲ استادیار، مرکز عوامل موثر بر سلامت دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
^۳ متخصص زنان و زایمان، استادیار، واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان کمالی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
^۴ دکترای بهداشت باروری، استادیار، مرکز تحقیقات عوامل موثر بر سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

چکیده

تاریخ دریافت مقاله: ۹۶/۸/۲؛ تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۰/۴

مقدمه: با افزایش زنان اچ آی وی مثبت و افزایش امید به زندگی که با مصرف داروهای آنتی رتروویرال بوجود آمده، نیاز به دانش بیشتر در زمینه سلامت باروری و جنسی زنان مبتلا احساس می شود.

روش کار: مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی - مقطعی بود که بر روی ۲۰۰ زن مبتلا به اچ آی وی مراجعه کننده به مرکز مشاوره رفتارهای پرخطر بیمارستان امام خمینی در سال ۱۳۹۴ انجام گرفت. نمونه گیری به صورت در دسترس و به کمک ابزار سلامت باروری طراحی شده توسط بهبودی و همکاران صورت گرفت.

نتایج: در این مطالعه ۳۶/۵ درصد از زنان تک فرزند، ۱۸/۵ درصد دارای فرزند مبتلا، ۷۲ درصد دارای شریک جنسی مبتلا، ۳۲/۵ درصد سابقه حاملگی ناخواسته بعد از ابتلا و ۱۰ درصد استفاده از روش های پیشگیری از بارداری دو گانه را داشتند. میانگین نمرات سؤالات بعد دغدغه های بیماری زنان اچ آی وی مثبت ۴۰/۵۳ درصد، بعد بی ثباتی زندگی و مسایل جنسی زنان اچ آی وی مثبت ۵۴/۶۶ درصد، بعد تطابق با بیماری ۵۱/۳۷ درصد، بعد افشای بیماری و مسایل اجتماعی زنان اچ آی وی مثبت ۴۲/۱۲ درصد، بعد رفتار مسئولانه زنان اچ آی وی مثبت ۷۲/۹۴ درصد و بعد نیاز به حمایت برای خود مراقبتی زنان اچ آی وی مثبت ۳۷/۵۲ درصد بود.

بحث: نتایج مطالعه حاضر نشان داد میانگین نمره پرسشنامه سلامت باروری زنان اچ آی وی مثبت در اکثر ابعاد و نمره کلی حدود پنجاه درصد و کمتر بود و در این زمینه نیاز به حمایت و مشاوره خاص وجود دارد.

کلمات کلیدی: سلامت باروری، اچ آی وی، زنان

نویسنده مسئول:

دکترای بهداشت باروری، استادیار، مرکز تحقیقات عوامل موثر بر سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

۰۹۱۲-۶۳۳۲۵۶۹

E-mail: esmaelzadeh1360@gmail.com

مقدمه

حقوق باروری شامل تصمیم‌گیری بر مسائلی مانند تعداد، فاصله‌گذاری و زمان‌بندی حاملگی‌ها و استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری می‌باشند.^۹

جهت کاهش انتقال افقی وعمودی باید افراد مبتلا اطلاعات کافی را در زمینه سلامت باروری و دریافت راهنمایی مناسب برای حاملگی امن و خواسته را دریافت نمایند. خدمات بهداشت باروری به تنهایی عاملی جهت بارداری امن نمی‌باشد. ارائه دهندگان خدمات بهداشتی یک منبع حیاتی از اطلاعات و مشاوره برای افراد اچ آی وی مثبت می‌باشند در حالی که در اکثر کشورها اطلاعاتی از قبیل اینکه باردار شدن برای شما مناسب نیست را به بیمار می‌دهند و راجع به مسائل باروری هیچ بحثی با بیماران نمی‌کنند.^{۱۰}

طی سالیان گذشته تعدادی از آژانس‌های بین‌المللی برای افزایش ارتباط قویتر بین سلامت باروری و برنامه‌های مربوط به بیماری ایدز تاکید کرده‌اند و یکسری راهنما (Guideline) برای ارتباط و ادغام برنامه‌های جهانی مربوط به بیماری ایدز با سلامت باروری دارند.^{۱۱} از آنجایی که توجه جهان بر نیازهای باروری زنان اچ آی وی مثبت متمرکز شده است شناسایی مداخلاتی که نیازهای آنها را به طور حیاتی برآورده می‌سازد ضروری به نظر می‌رسد با وجود منابع محدود و رشد تقاضا برای خدمات، اولویت برنامه‌ها باید براساس مداخلات مؤثر باشد.^{۱۲} برای مؤثر شدن مداخلات مربوط به سلامت باروری باید اطلاعات ویژه‌ای در این زمینه وجود داشته باشد لذا جمع‌آوری و ارزیابی داده‌های تحقیقات انجام شده در زمینه سلامت باروری نقش مهمی در طراحی مداخله‌های مربوط به بیماری اچ آی وی/ایدز دارد و اطلاعات ضروری را برای سیاست‌های عمومی و طرح‌ریزی و توسعه مداخله‌های لازم درآینده فراهم می‌کند.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی-مقطعی بود که بر روی ۲۰۰ زن مبتلا به اچ آی وی مراجعه کننده به مرکز مشاوره رفتارهای پرخطر بیمارستان امام خمینی در سال ۱۳۹۴ انجام گرفت. این مرکز بزرگترین مرکز مشاوره رفتارهای پرخطر است که خدمات مامایی و سلامت باروری را هم ارائه می‌دهد و افراد از نقاط مختلف

آمارمبتلیان به ایدز در ایران ۳۶۵۷۱ نفر تا فروردین ۱۳۹۷ گزارش شده، که از این تعداد ۸۴٪ مرد و ۱۶٪ زن ثبت شده است. ۵۴٪ موارد در گروه سنی ۲۱ تا ۳۵ سال قراردارند، این نشان‌دهنده آن است که بیش از ۵۰٪ موارد ابتلا در سنی رخ می‌دهد که فرد از نظر جنسی فعال می‌باشد و فقط درسه ماهه اول سال ۹۵، زنان ۳۴٪ و مردان ۶۶٪ مبتلایان را تشکیل می‌دهند.^۱ با افزایش زنان اچ آی وی مثبت و افزایش امید به زندگی که با مصرف داروهای آنتی رتروویرال بوجود آمده است نیاز به دانش بیشتر در زمینه سلامت باروری و جنسی و تصمیم‌گیری درباره این موارد در زندگی زنان مبتلا احساس می‌شود.^۲ پرداختن به نیازهای باروری و جنسی زنان باعث افزایش اطمینان از کنترل زنان بر زندگی باروری شان می‌شود و از سوی دیگر باعث افزایش مشارکت در بهداشت عمومی بوسیله کاهش عوارض و مرگ و میر مادری و نوزادی می‌گردد.^۳ کلیه زنان اعم از اچ آی وی مثبت یا غیر اچ آی وی مثبت بایستی از خدمات سلامت باروری، کاهش حاملگی‌های ناخواسته و کاهش عوارض و مرگ و میر ناشی از باروری بهره‌مند گردند. استفاده از بیشتر روش‌های جلوگیری از بارداری توسط سازمان بهداشت جهانی تصویب شده است.^۴ مطالعه‌ای نشان داد حاملگی ناخواسته و عدم دریافت مراقبت‌های مناسب عامل ابتلای یک چهارم نوزادان به اچ آی وی می‌باشد. اچ آی وی به طور جدایی‌ناپذیر با سلامت باروری و جنسی مرتبط است.^۵ متأسفانه مباحثی که بر خدمات سلامت باروری و جنسی برای زنان اچ آی وی مثبت متمرکز است بر کنترل باروری تاکید داشته و سایر نیازهای زنان را که شامل توجه به روابط جنسی سالم، امن و تمایل به بچه دار شدن می‌باشد نادیده گرفته است.^۶ تمایل به بارداری یکی از توضیح دهنده‌های این مسئله می‌باشد که چرا بسیاری از افراد اچ آی وی مثبت حتی در روابطی که احتمال ابتلای شریک جنسی غیر مبتلا وجود دارد، به طور مداوم از کاندوم استفاده نمی‌کنند.^۷ برای بسیاری از افراد مبتلا، والدی بسیار ارزشمند می‌باشد و در قبال تولید مثل تعهدات خاصی را نسبت به جامعه و خانواده احساس می‌کنند که شاید برای آنها با ارزش تر از خطر انتقال اچ آی وی باشد.^۸ مردان و زنانی که با اچ آی وی زندگی می‌کنند دارای

باروری زنان مبتلا به اچ آی وی بود. این پرسشنامه ۳۶ سؤالی شامل ۶ حیطه (نگرانی‌های جسمی و والدی، مشکلات اجتماعی و افشای بیماری، بی‌ثباتی زندگی و مسایل جنسی، دغدغه روانی، سازگاری با بیماری و رفتار مسئولانه می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ جهت بررسی پایایی این ابزار برای کل حیطه‌ها ۰/۷۱ و پایایی بیرونی آن که از طریق آزمون مجدد ۹۵/۰ بود. تحلیل عاملی اکتشافی این پرسشنامه را با ۶ حیطه که ۴۷ درصد واریانس را تبیین می‌کرد را تایید نمود.^{۱۳}

نتایج

میانگین نمرات سؤالات بعد دغدغه‌های بیماری زنان اچ آی وی مثبت ۴۰/۵۳ درصد، میانگین نمرات بعد بی‌ثباتی زندگی و مسایل روانی زنان اچ آی وی مثبت ۵۴/۶۶ درصد، میانگین نمرات سؤالات بعد تطابق با بیماری زنان اچ آی وی مثبت ۵۱/۳۷ درصد، میانگین نمرات بعد افشای بیماری و مسایل اجتماعی زنان اچ آی وی مثبت ۴۲/۱۲ درصد، میانگین نمرات بعد رفتار مسئولانه زنان اچ آی وی مثبت ۷۲/۹۴ درصد و میانگین نمرات بعد نیاز به حمایت برای خود مراقبتی زنان اچ آی وی مثبت ۳۷/۵۲ درصد بود (جدول ۲).

استان و حتی کشور به این مرکز مراجعه می‌کنند و تنوع و تعداد نمونه‌ها در این مرکز بیانگری از کل جمعیت مبتلا می‌باشد. در این مرکز ۳۰۰ زن مبتلا به اچ آی وی دارای پرونده می‌باشند که پس از مشاوره با افراد ارائه دهنده خدمت مشخص شد که بعضی از افراد تنها برای دریافت دارو و مخفی نگهداشتن بیماری خود در شهرستان به این مرکز مراجعه می‌کنند و وقت کافی برای مراجعات مکرر و دریافت خدمات را ندارند. بدین ترتیب حجم نمونه در این مطالعه به روش سرشماری ۲۰۰ نفر انتخاب گردید. شرایط ورود به مطالعه شامل ایرانی بودن، واقع بودن در سنین باروری ۱۵ تا ۴۵ سال، داشتن توانایی خواندن و نوشتن، داشتن رابطه جنسی بود و معیار خروج داشتن اعتیاد شدید به طوریکه قابلیت پاسخگویی به سؤالات را نداشته باشند، داشتن سابقه اختلالات روانی و مشکلات روان پزشکی شدید تأیید شده توسط پزشک و ابتلا به مراحل پیشرفته بیماری بود. پس از کسب اجازه از مسئولین، هر روز هفته به مرکز مراجعه کرده و پس از توضیح در زمینه اهداف تحقیق و کسب رضایت نامه شفاهی و کتبی، شروع به نمونه‌گیری نموده و نمره سلامت باروری و حیطه‌های آن بطور کلی با استفاده از پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل دو بخش بود، بخش اول مشخصات دموگرافیک و بخش دوم، پرسشنامه سلامت

جدول ۱: مشخصات فردی و سلامت باروری افراد شرکت کننده در پژوهش را نشان می‌دهد.

متغیر	فراوانی (درصد)	میانگین \pm انحراف معیار
سن		۳۳/۳ \pm ۸
(۱۶-۲۰)	(۰/۵)۱	
(۲۱-۲۵)	(۱۱)۲۲	
(۲۶-۳۰)	(۲۳)۴۶	
(۳۱-۳۵)	(۲۸)۵۶	
(۳۶-۴۰)	(۲۳)۴۶	
(۴۱-۴۵)	(۱۴/۵)۲۹	
تحصیلات		
خواندن و نوشتن	۳۰ (۱۵)	
سیکل	۶۱ (۳۰/۵)	
دبیرستانی	۴۱ (۲۰/۵)	
دیپلم	۴۳ (۲۱/۵)	

	۲۵(۱۲/۵)	دانشگاهی
		شغل
	۱۳۱(۶۵/۵)	خانه‌دار
	۲۶(۱۳)	بیکار
	۲۵(۱۲/۵)	کارگر
	۷(۳/۵)	کارمند
	۱۱(۵/۵)	آزاد
۱/۱۶±۰/۹۹		تعداد فرزندان
	۵۸(۲۹)	ندارد
	۷۳(۳۶/۵)	۱
	۵۳(۲۶/۵)	۲
	۱۲(۶)	۳
	۳(۱/۵)	۴
	۱(۰/۵)	۵
۰/۲۳±۰/۵۹		فرزند مبتلا
	۱۶۳(۸۱/۵)	ندارد
	۳۷(۱۸/۵)	دارد
		وضعیت ابتلای همسر
	۱۴۴(۷۲)	مثبت
	۳۵(۱۷/۵)	منفی
	۲۱(۱۰/۵)	
		نحوه ابتلا
	۱۴۱(۷۰/۵)	رابطه جنسی با همسر
	۶(۳)	اعتیاد
	۲۹(۱۴/۵)	رابطه جنسی با سایرین
	۲۴(۱۲)	روش‌های دیگر
		وضعیت ازدواج
	۱۷(۶/۷)	مجرد
	۱۳۷(۵۰/۰)	متأهل
	۱۵(۶/۷)	مطلقه
	۱۹(۶/۷)	بیوه
	۸(۱۰/۰)	صیغه
	۴(۲۰/۰)	نامزد
		بارداری ناخواسته بعد از ابتلا
	۶۵(۳۲/۵)	بله
	۱۳۵(۶۷/۵)	خیر
		مدت ابتلا

۱۰(۵)	۱(کمتر و مساوی یک)
۱۶۰(۸۰)	۲(۲-۵سال)
۲۷(۱۳/۵)	۳(۶ تا ۱۰سال)
۳(۱/۵)	۴(۱۰ سال و بیشتر)
	اعتیاد
۱۰(۵)	بله
۱۹۰(۹۵)	خیر
	استفاده از روش های مدرن پیشگیری از بارداری
۱۹۰(۹۵)	بله
۱۰(۲۶)	خیر
	روش پیشگیری دوگانه
۱۰(۳/۳)	بله
۱۹۰(۹۶/۷)	خیر
	داشتن شریک جنسی متعدد
۱۴۴(۷۲)	خیر
۵۶(۲۸)	بله

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره کل و حیطه های سلامت باروری زنان مبتلا به اچ آی وی

حیطه	حداقل میانگین	حداکثر میانگین	میانگین	انحراف معیار
دغدغه های بیماری	۰	۱۰۰	۴۰/۵۳	۲/۵۸
دغدغه های روانی و بی ثباتی زندگی و مسایل جنسی	۰/۰۱	۹۹/۹۹	۵۴/۹۷	۲/۱۴
تطابق با بیماری	۰	۱۰۰	۵۳/۲۷	۱/۲۷
افشای بیماری	۰	۱۰۰	۴۲/۱۲	۲۸/۰۲
رفتار مسئولانه	۰	۱۰۰	۷۲/۹۴	۲۲/۰۲
نیاز به حمایت برای خود مراقبتی	۰	۱۰۰	۳۳/۳۶	۱۸/۰۴
نمره کلی	۰	۱۰۰	۴۶/۶۲	۱/۸۶

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد میانگین نمره کلی پرسشنامه سلامت باروری زنان اچ آی وی مثبت مراجعه کننده به مراکز مشاوره رفتارهای پرخطر وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران ۴۹/۹۱ درصد محاسبه شد. با توجه به نقطه برش ۵۰ برای پرسشنامه ، در اکثر ابعاد و نمره کلی این زنان سلامت پایینی دارند (جدول ۲).

در مطالعه حاضر یکی از ابعاد سلامت باروری دغدغه بیماری که شامل نگرانی های والد شدن، مشکلات جسمی، مشکلات روانی ناشی از بیماری در زنان اچ آی وی مثبت بود و میانگین نمرات سؤالات بعد دغدغه های بیماری زنان اچ آی وی مثبت ۴۰/۵۳ بود. در این مطالعه ۴۵ درصد از شرکت کنندگان تمایل به بارداری در آینده را داشتند.

بودند.^{۲۰} روابط جنسی یکی از ابعاد سلامت باروری زنان مبتلا به اچ آی وی بود. نتایج مطالعات نشان داده است که رضایت جنسی بطور مستقیم با کیفیت زندگی و کیفیت روابط جنسی و وفاداری در ارتباط است.^{۲۱} مشارکت کنندگان کاهش میل جنسی و همچنین کاهش دفعات فعالیت جنسی را ذکر می‌کردند ولی تغییری در عملکرد جنسی‌شان که ناشی از بیماری باشد ذکر نمی‌کردند. نتایج مطالعه‌ای نشان داد که تقریباً ۷۵٪ از شرکت کنندگان در پژوهش در طول ۱۲ ماه گذشته دارای فعالیت جنسی بودند.^{۲۲}

از دیگر ابعاد سلامت باروری زنان اچ آی وی مثبت رفتار مسئولانه بود که میانگین نمرات بعد رفتار مسئولانه زنان اچ آی وی مثبت ۷۲/۹۴ درصد گزارش شد. این بعد مسئولیت در مقابل شریک جنسی، در برابر خود و جامعه را دربرمی‌گرفت. رفتارهایی که از این مطالعه استخراج می‌شد شامل استفاده از روش‌های تنظیم خانواده، استفاده از کاندوم، اطلاع دادن وضعیت ابتلا به شریک جنسی، راهنمایی شریک جنسی به استفاده از پروبیلاکسی در روابط جنسی محافظت نشده، در جریان گذاشتن مراکز رفتاری در زمینه تصمیم‌گیری برای بارداری، استفاده از امکانات سقط در صورت بارداری ناخواسته و استفاده از روش‌های پیشگیری دوگانه جهت جلوگیری از انتشار بیماری و بارداری ناخواسته بود. در این مطالعه تنها ۱۰ درصد از شرکت کنندگان از روش پیشگیری دوگانه استفاده می‌کردند و استفاده از روش‌های جلوگیری به غیر از کاندوم در بین زنان اچ آی وی مثبت کاهش یافته است و در مراکز رفتارهای پرخطر بیشتر بر استفاده از کاندوم جهت پیشگیری از انتقال بیماری تاکید می‌شود. این کاهش مصرف در نتیجه کمبود مشاوره صحیح در زمینه روش‌های جلوگیری، ترس از عوارض جانبی روش‌های جلوگیری و تداخل با داروهای ضد رتروویروسی می‌شد. عدم دسترسی به همه روش‌های پیشگیری در مراکز رفتارهای پرخطر و همچنین دسترسی به سقط قانونی برای زنان اچ آی وی مثبت نیز از عوامل مؤثر در کاهش مصرف روش‌های جلوگیری به غیر از کاندوم در بین زنان اچ آی وی مثبت بود. نتایج سایر مطالعات نشان داد که علی‌رغم این مسئله که سازمان جهانی بهداشت استفاده از همه روش‌های پیشگیری را برای زنان اچ آی وی مثبت مجاز اعلام کرده است ولی در تحقیقاتی که از زنان مبتلا انجام شده است تعداد بسیاری کمی از آنها نسبت به جمعیت

در مطالعه حاجی زاده و همکاران در سال ۹۰ مشخص شد که ۳۴ درصد زنان و ۴۴/۲ درصد مردان تمایل به داشتن فرزند در آینده دارند.^{۱۴} در تحقیقی در آرژانتین نیز ۶۴٪ از زنان و ۷۳/۱ درصد از مردان گزارش کردند که تمایل دارند صاحب فرزند شوند.^{۱۵} نتایج مطالعه‌ای در ایالت متحده نشان داد که زنان اچ آی وی مثبت دچار تناقضاتی بین نظریه‌های جوامع و حقوق باروریشان و رفتارهای قضاوت‌مندانه مردم در زمینه بارداری‌شان شده‌اند.^{۱۶} امروزه زنان اچ آی وی مثبت دچار تناقضاتی در دریافت اطلاعات در زمینه باروری می‌شوند یکی آنکه مصرف داروهای آنتی رتروویرال خطر انتقال عمودی ویروس از مادر به جنین را کاهش می‌دهد و در نتیجه زنان برای بارداری و داشتن فرزند سالم امیدوار می‌شوند و بر عکس آن انگ ناشی از بیماری است که اثر مخالف دارد.^{۱۷}

از دیگر ابعاد سلامت باروری زنان دغدغه‌های روانی که میانگین نمرات این بعد در زنان اچ آی وی مثبت ۵۴/۶۶ درصد بود و شامل وضعیت روحی روانی افراد و زندگی آنها می‌شد. از لحاظ روحی روانی اکثر شرکت کنندگان نسبت به آینده احساس دلهره و اضطراب داشتند. در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۵ انجام گردید میزان افسردگی و اضطراب در زنان اچ آی وی مثبت بیشتر از مردان مبتلا بود و سطوح افسردگی در بین زنان مجرد، مطلقه و بیوه بیشتر از زنان متأهل بود.^{۱۸}

از دیگر عوامل تاثیرگذار بر ابعاد سلامت باروری زنان اچ آی وی مثبت روابط جنسی و بی‌ثباتی زندگی بود. از مواردی که بر مسائل روانی مشارکت‌کنندگان تأثیر می‌گذاشت مخصوصاً در افراد متأهل بی‌ثباتی زندگی زناشویی بود. شواهد زیادی وجود دارد که زنان اچ آی وی مثبت آسیب‌پذیری بیشتری نسبت به اشکال مختلف خشونت جسمی، جنسی و احساسی را دارند.^{۱۹} در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۲ بر روی زنان اچ آی وی مثبت صورت گرفت ۹۳ درصد از مشارکت‌کنندگان حداقل یک نوع از خشونت را تجربه کرده بودند و در مقایسه با قبل از ابتلا که این میزان ۵۳/۵ درصد بود، خشونت افزایش پیدا کرده بود. ۶۷/۵ درصد از مشارکت‌کنندگان سه نوع از خشونت را تجربه کرده بودند. ۵۵ درصد از مبتلایان خشونت جسمی، ۹۰ درصد خشونت روانی، ۷۷/۵ درصد خشونت عاطفی و ۴۰ درصد خشونت اقتصادی را تجربه کرده

بیمار حمایت اقتصادی شریک جنسی نیز از دست برود.^{۳۷} از دیگر ابعاد سلامت باروری در زنان اچ آی وی مثبت سازگاری با بیماری بود که میانگین نمرات سؤالات این بعد ۵۱/۳۷ درصد بود که با حمایت همسر، اطرافیان و سایر مبتلایان، پزشکان و مراقبین بهداشتی، روابط معنوی و ارتباط با خدا و همچنین پذیرفتن بیماری امکان پذیر می گردید و این عوامل باعث بهبود سلامت باروری افراد اچ آی وی مثبت می شد.

در این مطالعه بیشتر مبتلایان حمایت همسر را مهم ترین عامل در قبول بیماری می دانستند و کسانی که از حمایت همسر برخوردار بودند بیماری را به خوبی پذیرفته بودند. از دیگر مواردی که در پذیرش بیماری مؤثر بود حمایت همتایان بود. بعضی از مبتلایان مخصوصاً کسانی که مجرد یا مطلقه بودند یا کسانی که همسر غیر مبتلا داشتند شرکت در کلاس های مشاوره مرکز را عاملی برای پذیرش بهتر بیماری و تطابق با بیماری و آشنایی با سایر مبتلایان می دانستند.

از دیگر ابعاد سلامت باروری نیاز به حمایت برای خود مراقبتی بود که میانگین نمرات این بعد ۳۷/۵۲ درصد بیماری بود و عاملی برای قبول بهتر بیماری و بهبود سبک زندگی به شمار می آمد. بسیاری از مشارکت کنندگان حمایت کادر پزشکی و مراقبین بهداشتی را نیز از عوامل مهم در قبول بیماری می دانستند. گروه های حمایتی که توسط افراد اچ آی وی مثبت شکل می گیرند نقش مهمی را در ایجاد هویت مثبت ابتلا به اچ آی وی ایجاد می کند و باعث مدیریت زندگی با ایدز می گردد.^{۳۸} عضویت در این ارگان ها باعث حمایت روحی - روانی و عاطفی از مبتلایان می گردد که مهم ترین نقش را در تطابق با بیماری ایدز نوع دیگر از حمایت، حمایت دوستان و اطرافیان بود که شامل کمک به مبتلایان در زمینه مشکلات ناشی از بیماری، یادآوری مصرف داروها، حمایت در برابر سایرین جهت پذیرفتن مبتلایان می شد. نوعی از حمایت هم شامل حمایت کادر بهداشتی و پزشکی بود که مخصوصاً در مبتلایانی که اطرافیان شان از بیماری آنها اطلاع نداشتند بسیار مفید است.^{۳۹}

عمومی از روش های پیشگیری استفاده می کردند.^{۳۳} استفاده افراد اچ آی وی مثبت از روش های تنظیم خانواده نه تنها از حاملگی ناخواسته جلوگیری می کند بلکه باعث کاهش انتقال ویروس به شریک جنسی و همچنین از مادر به جنین می شود و از نظر هزینه اثر بخشی کارایی بیشتری در پیشگیری از انتقال ویروس دارد.^{۳۴} توصیه شده است که کلیه زنان اچ آی وی مثبت در زمینه استفاده از روش های پیشگیری از بارداری دوگانه (کاندوم همراه با یک روش پیشگیری دیگر) مورد مشاوره قرار گیرند.^{۴۰}

از دیگر ابعاد سلامت باروری مسائل اجتماعی بود که شامل طبقات مسئولیت جامعه در برابر ایدز و افشای بیماری بود که میانگین نمرات این بعد ۴۲/۱۲ درصد محاسبه شد. هر یک از شرکت کنندگان به نوعی انگ و تبعیض ناشی از بیماری را تجربه کرده بودند. انگ و تبعیض ناشی از بیماری ایدز در جامعه بهداشتی و بین مراقبین بهداشتی باعث عدم تعادل بین مراقبین بهداشتی و بیماران می شود و این عوامل باعث از دست رفتن فرصت جهت ابراز تمایلات باروری و جنسی می شود و در نتیجه حقوق افراد نادیده گرفته می شود.^{۳۵} مطالعه ای در زیمبابوه نشان داد که زنان اچ آی وی مثبت که باردار می شوند در شرایط سختی به سر می برند و بدون توجه به نتایج بارداریشان دچار انگ می شوند و بارداری زنان اچ آی وی مثبت برای آنها پذیرفته شده نیست.^{۳۶} از مواردی که در انتشار بیماری ایدز اهمیت دارد افشای بیماری می باشد که از ابعاد مهم سلامت باروری می باشد و بیشتر شرکت کنندگان انگ ناشی از بیماری را یکی از علل عدم افشای بیماری ذکر کرده بودند.

نتایج مطالعات نشان دهنده این است که افراد مبتلایی که به طور مداوم وضعیت ابتلای خود را افشا می کنند کمتر تمایل به شرکت در رفتارهای غیر ایمن دارند. عدم افشای بیماری در نتیجه ترس از طرد شدن از طرف شریک جنسی می باشد. همچنین این امکان وجود دارد که پس از متوجه شدن شریک جنسی از وضعیت

References

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Unpublished HIV data. Ministry of health ,education and medical sciences. 2017.
- Teixeira LB, Pilecco FB, Vigo A, Knauth DR. Sexual and reproductive health of women living with HIV in Southern Brazil. *Cadernos de saude publica*. 2013;29(3):609-20.
- Wilcher R, Cates W. Reaching the underserved: family planning for women with HIV. *Studies in Family Planning*. 2010;41(2):125-8.
- WHO. Hormonal contraception and HIV: technical statement. 2012.
- Lawani LO, Onyebuchi AK, Iyoke CA. Dual method use for protection of pregnancy and disease prevention among HIV-infected women in South East Nigeria. *BMC women's health*. 2014;14(1):39.
- Behboodi-Moghadam Z, Nikbakht-Nasrabadi A, Ebadi A, Esmaelzadeh-Saeieh S, Mohraz M. Fertility Desire in Iranian Women with HIV: A Qualitative Study. *Iranian journal of public health*. 2015;44(8):1126.
- Saeieh SE, Nasrabadi AN, Ebadi A, Moghadam ZB, Mohraz M, Jozani ZB, et al. Contraception use among Iranian women with HIV: a qualitative study. *Global journal of health science*. 2016;8(1):199.
- Smee N, Shetty AK, Stranix-Chibanda L, Chirenje M, Chipato T, Maldonado Y, et al. Factors associated with repeat pregnancy among women in an area of high HIV prevalence in Zimbabwe. *Women's Health Issues*. 2011;21(3):222-9.
- Wilcher R, Cates W. Reproductive choices for women with HIV. *Bulletin of the World Health Organization*. 2009;87(11):833-9.
- Abasiubong F, Udoh SB, Idung AU, Umoyiyo AJ. Attitudes and sexual behaviours of unmarried people with HIV/AIDS living in the Niger Delta region of Nigeria. *Mental health in family medicine*. 2012;9(4):225.
- Hardee K, Gay J, Dunn-Georgiou E. A practical guide to integrating reproductive health and HIV/AIDS into grant proposals to the Global Fund. 2009.
- Gay J, Hardee K, Croce-Galis M, Hall C. What works to meet the sexual and reproductive health needs of women living with HIV/AIDS. *Journal of the International AIDS Society*. 2011;14(1):56.
- Behboodi-Moghadam Z, Esmaelzadeh-Saeieh S, Ebadi A, Nikbakht-Nasrabadi A, Mohraz M. Development and Psychometric Evaluation of a Reproductive Health Assessment Scale for HIV-Positive Women. *Shiraz E-Medical Journal*. 2016;17(6).
- Hajizadeh S, Nedjat S, Majdzadeh R, Mohraz M, Setayesh HR, Gooya MM. Fertility Intentions of HIV Patients who Referred to Behavioral Clinics of Universities of Medical Sciences in Tehran. *Journal of Isfahan Medical School*. 2012;29(167)
- Gogna ML, Pecheny MM, Ibarlucía I, Manzelli H, López SB. The reproductive needs and rights of people living with HIV in Argentina: health service users' and providers' perspectives. *Social science & medicine*. 2009;69(6):813-20.
- Kirshenbaum SB, Hirky AE, Correale J, Goldstein RB, Johnson MO, Rotheram-Borus MJ, et al. "Throwing the Dice": Pregnancy Decision-Making Among HIV-Positive Women in Four US Cities. *Perspectives on sexual and reproductive health*. 2004;36(3):106-13.
- Sanders LB. Women's voices: The lived experience of pregnancy and motherhood after diagnosis with HIV. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2008;19(1):47-57.
- Saadat M, Behboodi ZM, Saadat E. Comparison of depression, anxiety, stress, and related factors among women and men with human immunodeficiency virus infection. *Journal of human reproductive sciences*. 2015;8(1):48.
- Hale F, Vazquez M. Violence against women living with HIV/AIDS: A background paper. Washington, DC: Development Connections and the International Community of Women Living with AIDS. 2011.
- Aryal N, Regmi PR, Mudwari NR. Violence against women living with HIV: a cross sectional study in Nepal. *Global journal of health science*. 2012;4(3):117.
- De Ryck I, Van Laeken D, Nöstlinger C, Platteau T, Colebunders R, Group ES. Sexual satisfaction among men living with HIV in Europe. *AIDS and Behavior*. 2012;16(1):225-30.
- Wekesa E. A new lease of life: sexual and reproductive behaviour among PLWHA in the ART era in Nairobi slums: The London School of Economics and Political Science (LSE); 2012.
- Gutiérrez J, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012. *Psicología y Salud*. 2012;25(1):22-111.
- Halperin DT, Stover J, Reynolds HW. Benefits and costs of expanding access to family planning programs to women living with HIV. *Aids*. 2009;23:S123-S30.
- Messersmith LJ, Semrau K, Anh TL, Trang NNN, Hoa DM, Eifler K, et al. Women living with HIV in Vietnam: desire for children, use of sexual and reproductive health services, and advice from providers. *Reproductive health matters*. 2012;20(39):27-38.
- Kavanaugh ML, Moore AM, Akinyemi O, Adewole I, Dzekedzeke K, Awolude O, et al. Community attitudes

- towards childbearing and abortion among HIV-positive women in Nigeria and Zambia. *Culture, health & sexuality*. 2013;15(2):160-74.
27. Stutterheim SE, Shiripinda I, Bos AE, Pryor JB, de Bruin M, Nellen JF, et al. HIV status disclosure among HIV-positive African and Afro-Caribbean people in the Netherlands. *AIDS care*. 2011;23(2):195-205.
28. Whyte SR. Health identities and subjectivities. *Medical anthropology quarterly*. 2009;23(1):6-15.