

میزان شیوع رفتارهای پرخطر جنسی و آگاهی از بیماری های مقاربتی میان ساکنین موقت در گرمخانه های شهر تهران

تارا اخترخاوری^{۱*}، بهنام ندرلو^۲

^۱ کارشناس ارشد ژنتیک انسانی، مرکز تحقیقات ژنتیک، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
^۲ کارشناس ارشد تکنولوژی، دانشکده مهندسی پیشرفته، دانشگاه علم و صنعت، تهران، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۹۷/۷/۹؛ تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۲/۲۲

چکیده

زمینه: رفتارهای پرخطر جنسی که شیوع بالایی در بین افراد بی خانمان دارند، فرد را در معرض ابتلا به بیماری های مقاربتی قرار می دهند. درک میزان آگاهی افراد پیرامون بیماری های مقاربتی و شناخت رفتارهای پرخطر رایج در این گروه، مبنایی برای تدوین برنامه های آموزشی مناسب را فراهم می کند.

هدف: این مطالعه به منظور برآورد آگاهی افراد، از بیماری های مقاربتی و شیوع رفتارهای پرخطر رایج در میان افراد بیخانمان شهر تهران انجام شد.

مواد و روش ها: این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۹۶ با حجم نمونه ۳۰۶ نفر و با نمونه گیری تصادفی انجام شد. برای مصاحبه از پرسشنامه ای حاوی ۴۵ سوال متشکل از چهار بخش اطلاعات جمعیت شناسی، آگاهی از بیماری های مقاربتی، آگاهی از رفتارهای پرخطر و نیز نظرسنجی استفاده شد. جهت محاسبات آمار توصیفی نیز از نرم افزار IBM SPSS Statistics v21 استفاده گردید.

یافته ها: میزان آگاهی در ۸۰ درصد از افراد ضعیف بود و شناخته شده ترین بیماری هپاتیت B بود. ۶۴ درصد از افراد کم سواد بوده و همگی حداقل یک رفتار پرخطر را داشتند. رابطه جنسی خشن بیشترین شیوع و همجنس گرایی کمترین شیوع را داشتند.

نتیجه گیری: عواملی نظیر بیسوادی، آگاهی اندک پیرامون رفتارهای پرخطر، شیوع بالای این رفتارها و قرارگیری در محدوده سنی فعال از لحاظ تولیدمثل افراد بیخانمان را تهدید می کند. این مطالعه نشان داد نیازمند تدوین کارگاه های آموزشی ای در گرمخانه ها هستیم که میزان سواد افراد و ناهمگونی آگاهی پیرامون بیماری های مختلف مقاربتی را در نظر بگیرند.

کلمات کلیدی: بهداشت باروری، افراد بیخانمان، رفتار جنسی، رابطه جنسی نا امن

* نویسنده مسئول:

کارشناس ارشد ژنتیک انسانی، مرکز تحقیقات ژنتیک، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۰۹۱۲- ۸۴۹۴۲۹۸

E-mail: taraakhtarkhavari@yahoo.com

مقدمه

بیماری های مقاربتی به آن دسته از بیماری هایی اطلاق می شود که به طور عمده از طریق جنسی منتقل می شوند. این بیماری ها جزء شایع ترین بیماری های عفونی هستند.^{۱، ۲} تاکنون حدود ۲۵ نوع بیماری مقاربتی شناخته شده اند^۳ که شایع ترین بیماری ها بدین شرح است: (۱) کلامیدیا که عامل ایجاد آن کلامیدیا تراکوماتیس (*Chlamydia trachomatis*) است شایع ترین عفونت باکتریایی بوده و از طریق ارتباط جنسی منتقل می شود. در برنامه غربالگری کشور انگلیس از هر ده فرد زیر ۲۵ سال، یک نفر برای این باکتری مثبت اعلام گردیده که این خود حاکی از شیوع بالای این بیماری است و در صورتی که درمان نشود می تواند منجر به ناباروری، التهاب و درد مزمن لگن و یا بارداری نا به جا شود.^۴ سوزاک که در اثر نایسریا گونوره آ (*Neisseria gonorrhoeae*) ایجاد می شود. سالانه ۶۰ میلیون فرد را در سراسر جهان مبتلا کرده و شماری از عوارض آن عبارتند از: گلودرد، افزایش ترشحات واژن، تکرر و سوزش ادرار و درد به هنگام مقاربت.^{۵، ۳} سیفلیس در اثر آلودگی با تریپونما پالیدوم (*Treponema pallidum*) ایجاد می شود و دارای شیوع متفاوت در مناطق مختلف جغرافیایی است، اما به طور کلی دومین یا سومین عامل شایع در ایجاد زخم های تناسلی است و در ۹ الی ۹۰ روز پس از اولین مواجهه با عامل بیماری زاء، زخم هایی به نام شانکر را به وجود می آورد.^{۶، ۴} تریکومونیازیس (*Trichomoniasis*) که توسط تریکوموناس واژینالیس (*Trichomonas vaginalis*) ایجاد می شود. این نوع عفونت، تهدید کننده زندگی نیست اما می تواند در مادر باردار اختلال ایجاد کند.^{۷، ۵} کاندیدیا که عفونت قارچی است که می تواند از طریق ارتباط جنسی منتقل شود.^۶ زگیل تناسلی که در اثر ویروس پاپیلوما ای انسانی (HPV) ایجاد شده و به طور عمده به روش جنسی منتقل می شود. دلیل اهمیت این عفونت به جز ایجاد زگیل، خطر ایجاد سرطان گردن رحم است.^۸ تیپ های خطرناک این ویروس که در ۸۵ درصد از سرطان های مهاجم بافت سنگفرشی دیده شده اند عبارتند از تیپ های ۱۶ و ۱۸ که شایع تر بوده و تیپ های ۳۱، ۳۳، ۳۵ و ۵۱ که کمتر شایع هستند. تیپ های ۱۱ و ۶ نیز خطر کمی دارند.^{۹، ۷} ایدز که در اثر ویروسی از خانواده لتی ویروس ها به نام ویروس نقص ایمنی انسان (HIV) ایجاد می شود. این بیماری به طور رسمی در ۱۹۸۱ شناخته شد^{۱۰} و

امروزه چهارمین عامل اصلی مرگ و میر در دنیا محسوب شده و سرعت ابتلای موارد جدید در اروپای شرقی و آسیای مرکزی از دیگر نواحی بیشتر است. تاکنون سه اپیدمی ایدز در ایران مشاهده گردیده که اولی مربوط به خون آلوده و فرآورده های آن، دومی مربوط به معتادان و از راه تزریق و سومین اپیدمی مربوط به شیوه انتقال جنسی است که از سال ۱۳۸۷ به بعد شیوع آن افزایش داشته است.^{۹، ۸} هپاتیت ب نیز در اثر ویروس هپاتیت ب (HBV) ایجاد می شود. این ویروس کبد را درگیر کرده و می تواند منجر به سیروز کبدی شود.^{۱۱} تخمین زده می شود که تاکنون ۳۵۰ میلیون نفر درگیر آن هستند که ۷۵ درصد این موارد در آسیا و حاشیه اقیانوس آرام غربی زندگی می کنند.^{۱۲، ۹} هرپس تناسلی که توسط ویروس هرپس سیمپلکس (HSV) ایجاد می شود و افراد حامل آن می توانند بدون علامت بالینی ناقل باشند.^{۱۳} این ویروس به شدت واگیر بوده شیوع بالایی دارد. تاکنون درمان قاطع و جامعی برای این بیماری شناخته نشده است.

ایران به دلیل موقعیت استراتژیک خاص نظیر همسایه بودن با دو کشور عمده در زمینه تولید هروئین (افغانستان و پاکستان)^{۱۴} و از طرفی دارا بودن فاکتورهای خطری همچون بالا بودن جمعیت جوانان، کاهش نرخ ازدواج، افزایش نرخ آمار اعتیاد به مواد روان گردان بیشتر در معرض خطر بیماری های مقاربتی قرار دارد.^{۱۳} برای مثال، مطالعه نصیریان و همکارانش در سال ۲۰۱۵ در ایران، شیوع سوزاک، کلامیدیا و سیفلیس را برای زنان به ترتیب ۲/۴۴، ۵/۰۲ و ۰/۰۴ در هر هزار نفر و برای مردان به ترتیب ۰/۴۳، ۰/۸۲ و ۰/۰۵ در هر هزار نفر را آشکار کرد.^{۱۵} طبق گزارش برنامه مشترک سازمان ملل متحد، در سال ۲۰۱۶، در ایران ۵۰۰۰ مورد ابتلای جدید ایدز و نیز ۴۰۰۰ مرگ در اثر این بیماری وجود داشته است. در این سال مجموع افراد مبتلا در ایران، ۶۶۰۰۰ نفر بوده که فقط ۱۴ درصد از آنان به درمان های ضد ویروسی دسترسی داشته اند و عفونت ایدز در ایران از سال ۲۰۱۰، ۲۱ درصد و میزان مرگ و میر ناشی از آن نیز ۱۴ درصد افزایش داشته است. در مطالعه ای دیگر که توسط محمدی و همکارانش در سال ۲۰۱۶ انجام شد، شیوع کلی هپاتیت ب در ایران سه درصد برآورد شد، اما میزان شیوع در نواحی مختلف یکسان نبود و بالاترین رقم مربوط به استان گلستان (۸/۸۶) و کمترین رقم مربوط به کردستان (۰/۸۷) بوده است.^{۱۶} بر اساس

نسبت به راه‌های انتقال ایدز^{۲۵}.

۶- سال ۱۳۹۱، نمونه مورد بررسی: ۵۵۸ نفر از دانشجویان دانشگاه های غیر پزشکی. بیماری سنجیده شده: ایدز، نتیجه بررسی: دانشجویان از سطوح تقریباً بالایی از دانش و نگرش در رابطه با ایدز برخوردارند اما این میزان آگاهی کافی برآورد نشده است.^{۲۶}

۷- سال ۱۳۹۴، نمونه مورد بررسی: ۳۹۷ نفر از دانشجویان دختر دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، بیماری سنجیده شده: بیماری‌های مقاربتی، نتیجه تحقیق: دانشجویان از خودکارآمدی بالایی (۷/۱۷±۲) در رعایت بهداشت باروری برخوردار بودند اما میزان موانع درک شده در آنان نسبتاً بالا (۰/۲۳±۳۷/۱) بوده است.^{۲۷}

۸- سال ۱۳۹۵، نمونه مورد بررسی: ۴۳۰ نفر از دانشجویان در رشته‌های پیراپزشکی بین سن ۱۸ تا ۳۰ سال، مکان بررسی: تهران، بیماری سنجیده شده: بیماری‌های مقاربتی، نتیجه بررسی: سطح آگاهی و نگرش دانشجویان این پژوهش در سطح متوسط بود.^{۲۸} مطالعات مختلف نشان داده اند که بین میزان آگاهی افراد از بیماری‌های مقاربتی و ارتکاب رفتارهای پرخطر رابطه معکوس وجود دارد. یکی از اقشار به شدت در معرض خطر افراد بیخانمان هستند که به دلیل فقدان مسکن در خیابان‌ها زندگی می‌کنند و عموماً نرخ اعتیاد در این افراد بالا بوده و با خطرات مختلف همچون استفاده از سوزن مشترک، تجاوز، جراحی و غیره مواجه هستند.^{۲۹} با توجه به این که تاکنون در ایران، مطالعه ای برای سنجش آگاهی افراد بیخانمان صورت نگرفته است و با توجه به این که این افراد به شدت در معرض خطر در برابر بیماری‌های مقاربتی هستند^{۳۰-۳۲} این مطالعه انجام شد. در این تحقیق شیوع رفتارهای پرخطر و آگاهی افراد بیخانمان نسبت به بیماری‌های مقاربتی مورد بررسی قرار گرفتند.

مواد و روش‌ها

این تحقیق با رعایت راهنمای اخلاقی پژوهش بر گروه‌های آسیب‌پذیر در جمهوری اسلامی و کدهای ۳۱ گانه اخلاق در پزشکی مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام

مطالعه مالاری و همکارانش، در سال ۲۰۱۶، شیوع عفونت ناشی از ویروس هرپس سیمپلکس در ایران، ۲۵/۷ درصد^{۱۷} و بر اساس مطالعه جمع دار و همکارانش در ۲۰۱۳، شیوع عفونت ویروس پاپیلوما‌ی انسانی در ایران، ۱۰/۳ درصد بوده است، مطالعه اخیر افزایش شیوع این بیماری در بین زنان را نیز بیان کرده است.^{۱۸} طی مطالعه ای در سال ۲۰۱۵ نیز شیوع تریکوموناس واژینالیس در جمعیت ایران، هشت درصد گزارش شده است.^{۱۹}

تاکنون مطالعات مختلفی نیز به منظور سنجش آگاهی افراد در مورد بیماری‌های مقاربتی خصوصاً پیرامون ایدز در ایران^{۲۰} انجام شده است که در ادامه این مطالعات گردآوری شده اند.

۱- سال ۱۳۸۳، نمونه بررسی شده: ۱۷۰ نفر از دانشجویان کارشناسی ارشد عمران دانشگاه شریف، مکان: شهر تهران، بیماری سنجیده شده: بیماری‌های مقاربتی، نتیجه بررسی: ۴۰ درصد آگاهی پایین، ۳۰ درصد متوسط و ۳۰ درصد آگاهی خوبی در مورد بیماری‌های مقاربتی داشتند.^{۲۱}

۲- سال ۱۳۸۶، نمونه بررسی شده: ۵۰۰ زن در سنین باروری با حداقل سواد خواندن و نوشتن، مکان: اندیمشک، بیماری سنجیده شده: بیماری‌های مقاربتی، نتیجه بررسی: ۱۱/۲ درصد زنان از آگاهی خوب برخوردار بودند.^{۲۲}

۳- سال ۱۳۸۶، نمونه بررسی شده: ۱۸۱ دانشجوی جدیدالورود رشته‌های غیرپزشکی دانشگاه تهران، بیماری سنجیده شده: بیماری‌های مقاربتی، نتیجه بررسی: این مطالعه نشان داد که دانشجویان از آگاهی ضعیفی در مورد بیماری‌های مقاربتی برخوردار بودند.^{۲۳}

۴- سال ۱۳۸۹، نمونه مورد مطالعه: ۴۰ زن تن فروش به همراه ۱۲ شریک جنسی آن‌ها، مکان: تهران، بیماری سنجیده شده: بیماری‌های مقاربتی، نتیجه بررسی: این مطالعه نشان داد که اکثر قریب به اتفاق زنان، قبل از مصاحبه، استفاده مداوم از محافظ (کاندوم) نداشته اند که یکی از علل آن عدم آگاهی دقیق از روش‌های ابتلا به بیماری‌های مقاربتی بوده است.^{۲۴}

۵- سال ۱۳۹۰، نمونه مورد بررسی: ۱۰۰ زن تن فروش و معتاد مراجعه کننده به مراکز گذری درمان اعتیاد تحت نظارت سازمان بهزیستی، مکان: تهران، بیماری سنجیده شده: ایدز، نتیجه بررسی: آگاهی نسبتاً زیاد (۶۳/۸ درصد) زنان تن فروش

جدول ۱: مقدار آلفای کرونباخ برای عوامل تحقیق

| ردیف | عوامل تحقیق | مقدار آلفای کرونباخ |
|------|-------------|---------------------|
| ۱ | هرپس | ۰/۷۶ |
| ۲ | ایدز | ۰/۷۷ |
| ۳ | کلامیدیا | ۰/۷۵ |
| ۴ | سوزاک | ۰/۷۶ |
| ۵ | هپاتیت B | ۰/۸۰ |
| ۶ | زگیل تناسلی | ۰/۷۷ |
| ۷ | اطلاعات کلی | ۰/۷۶ |

بر حسب فرمول کوکران و با درصد خطای $\alpha=5\%$ ، تعداد نمونه استاندارد برابر $n=306$ محاسبه گردید. در مجموع با ۴۱۷ نفر مصاحبه انجام شد که ۱۱۱ نفر با توجه به معیار خروج از مطالعه خارج شدند. در این مطالعه از نمونه گیری تصادفی ساده استفاده شد و یکی از گرمخانه ها به صورت تصادفی انتخاب شد و افرادی که به آنجا مراجعه می کردند به صورت یک در میان برای پرس کردن پرسشنامه انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه، ملیت ایرانی، رضایت شخص، جنسیت مذکر، سن بالاتر از ۱۵ سال، نداشتن محل سکونت ثابت، مراجعه به گرمخانه در بیش از یک دوم سال و معیار خروج از مطالعه، عدم رضایت فرد، انصراف در حین مطالعه، سن پایین تر از ۱۵ سال، عدم حضور و رضایت قیم قانونی افراد زیر ۱۸ سال، عدم پاسخگویی تمام سوالات، ملیت غیر ایرانی، عدم مراجعه به مددسراها برای اقامت شبانه در حداقل نیمی از سال بود. به دلیل نوع جامعه مورد مطالعه، پرسشنامه ها به روش مصاحبه پر شدند و مصاحبه کننده نیز فردی هم جنس با مصاحبه شوندگان در نظر گرفته شد و برای کاهش انحراف در نتایج، مصاحبه کننده خارج از گروه تحقیقاتی انتخاب شد. در ابتدا توضیحی پیرامون تحقیق و اهداف آن برای مصاحبه شونده داده میشد و در صورت رضایت فرد، اطلاعات پرسشنامه تکمیل می گشت.

در این مطالعه، افراد از نظر اطلاع از بیماری های مقاربتی به چهار دسته تقسیم شدند. بر حسب درصد پاسخگویی صحیح چهار گروه بدین شرح بودند:

(۱) صفر تا ۲۵ درصد، دسته بسیار ضعیف

(۲) ۲۵ تا ۵۰ درصد، دسته ضعیف

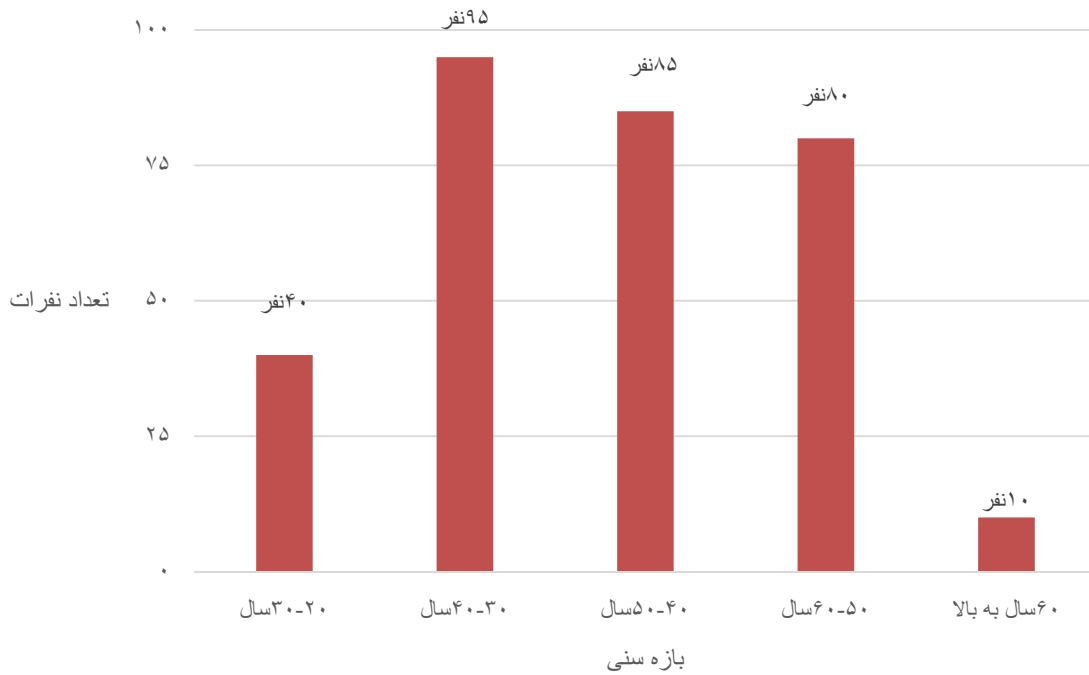
شد. پژوهش حاضر از نوع توصیفی - پیمایشی بوده که در فاصله فروردین تا مهرماه سال ۱۳۹۶ صورت گرفته است. ابزار جمع آوری داده پرسشنامه بوده است که حاوی ۴۵ سوال در قالب چهار بخش اطلاعات جمعیت شناسی، بیماری های مقاربتی، آگاهی از رفتارهای پرخطر و بخش نظرسنجی بود. این چهار بخش به ترتیب دارای سه، ۲۷، ۱۲ و سه پرسش بودند. در بخش اول سن، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات اخذ شد. در بخش آگاهی از میزان آگاهی از بیماری های مقاربتی، از پرسشنامه استاندارد که توسط جاورسکی و همکارانش^{۳۳} در سال ۲۰۰۷ تهیه شده بود استفاده شد که حاوی سوالات پیرامون بیماری های مقاربتی شایع نظیر هرپس، ایدز، کلامیدیا، سوزاک، هپاتیت ب و زگیل تناسلی در اثر ویروس پاپیلوماوی انسانی (HPV) بود. در بخش رفتارهای پرخطر، از تلفیق چهار مطالعه^{۳۴-۳۷} برای استخراج سوالات استفاده شد تا تعداد سوالات به کار رفته در پرسشنامه جامع باشد. رفتارهای پرخطری که در این مطالعه بررسی شدند بدین شرح هستند: برقراری رابطه جنسی بدون محافظ، خالکوبی، عدم انجام آزمایش مکرر برای بیماری ایدز، برقراری رابطه با شریکان جنسی متعدد، استفاده از قرص روان گردان قبل از رابطه جنسی، استفاده از الکل قبل از رابطه جنسی، برقراری رابطه جنسی با تن فروشان، تزریق مواد مخدر قبل از رابطه جنسی، استفاده از سوزن مشترک برای تزریق، چرب کردن محافظ (کاندوم) با وازلین، استفاده بیش از یک بار از یک محافظ، برقراری رابطه جنسی با فرد هم جنس خود. برای روایی پرسشنامه از روایی محتوایی استفاده شد بدین ترتیب که سوالات پرسشنامه مطابق به عوامل مورد سنجش پژوهش انتخاب شد. برای پایایی پرسشنامه از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد به این صورت که ابتدا ۵۰ پرسشنامه به صورت آزمایشی توزیع شدند و سپس آزمون آلفای کرونباخ انجام شد. با توجه به اینکه مقدار α برای همه عوامل تحقیق بالاتر از ۰/۷ بود، پایایی پرسشنامه تأیید شد. مقدار آلفای کرونباخ برای عوامل تحقیق در جدول ۱ آورده شده است. جامعه آماری این مطالعه افرادی هستند که در فصول معتدل و گرم به گرمخانه های شهر تهران مراجعه می کنند. بنا بر استعلام از شهرداری تهران، در این فصول در مجموع ۱۵۰۰ نفر مراجعه شبانه به این مراکز دارند. با توجه مشخص بودن تعداد افراد جامعه، از فرمول کوکران برای تعیین حجم نمونه استاندارد استفاده شد.

بیسواد، ۱۷ درصد سیکل، ۹ درصد دیپلم، ۹ درصد فوق دیپلم و یک درصد مدرک کارشناسی داشتند. فراوانی افراد از نظر سن نیز در نمودار شماره ۱ نشان داده شده است.

(۳) ۵۰ تا ۷۵ درصد، دسته خوب
(۴) ۷۵ تا ۱۰۰ درصد، دسته خیلی خوب.

یافته ها

در این مطالعه، ۳۷ درصد از افراد تحصیلات ابتدایی، ۲۷ درصد

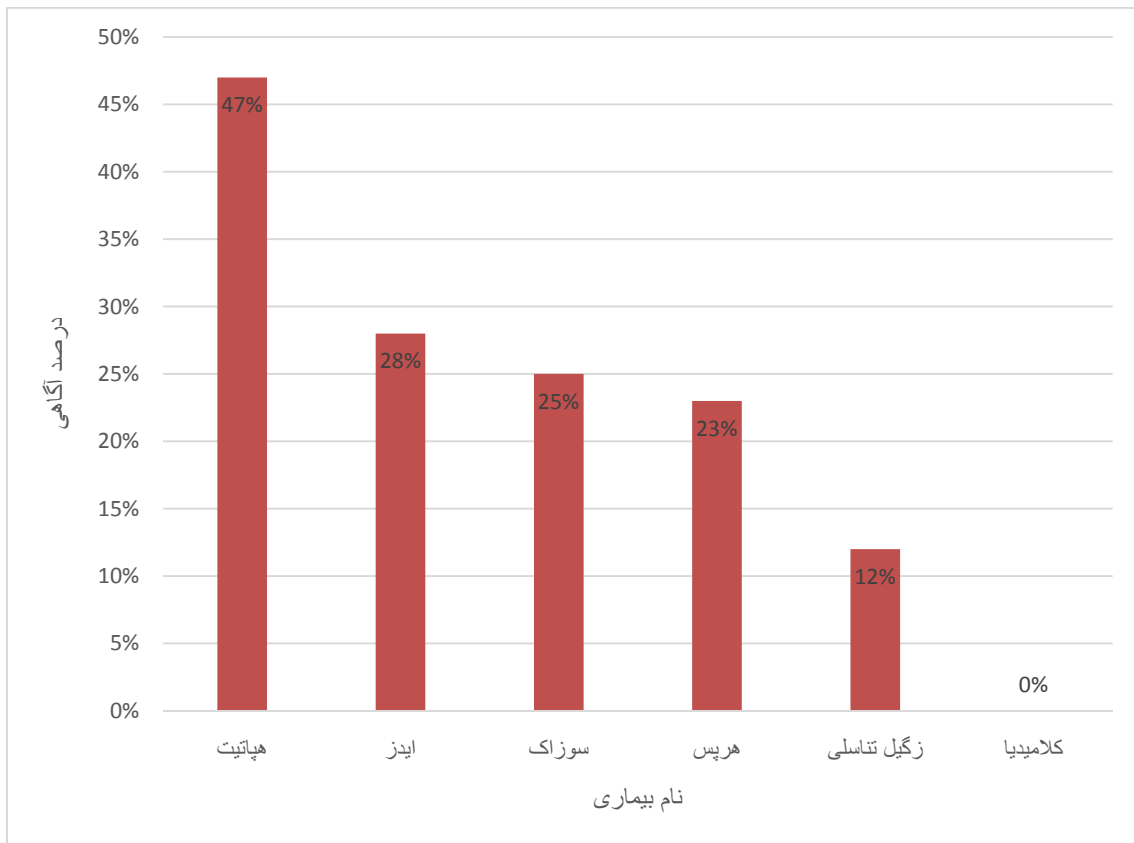


نمودار ۱: بازه سنی افراد پاسخ دهنده به پرسشنامه

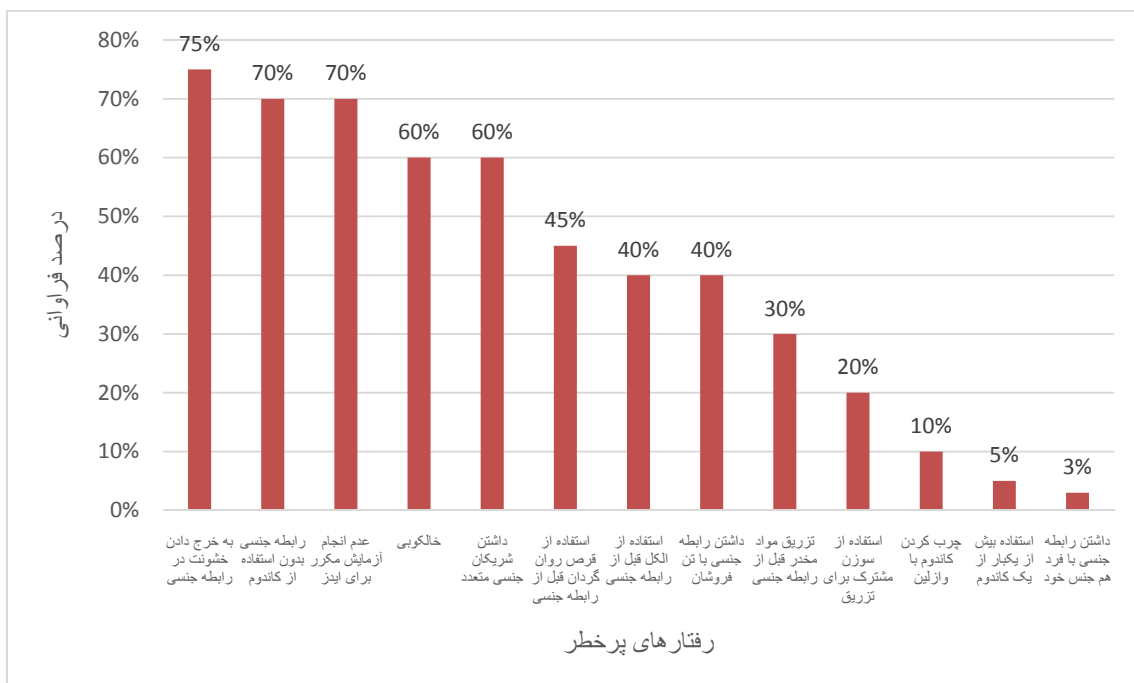
جدول ۲: تقسیم بندی افراد از لحاظ میزان آگاهی از بیماری های مقاربتی

| تعداد/درصد افراد پاسخ دهنده | طبقه بندی اطلاعات افراد پیرامون بیماری های مقاربتی |
|-----------------------------|--|
| ۲۴۸ نفر/ ۸۰ درصد | بسیار ضعیف |
| ۶۲ نفر/ ۲۰ درصد | ضعیف |
| صفر | متوسط |
| صفر | خوب |

میزان شیوع رفتارهای پرخطر جنسی و آگاهی از بیماری های مقاربتی میان ساکنین موقت در گرمخانه های شهر تهران



نمودار ۲: نمودار میزان اطلاع افراد از بیماری های مقاربتی به تفکیک نوع بیماری



نمودار ۳: میزان شیوع رفتارهای پرخطر در بین افراد مورد مطالعه

می‌تواند حاکی از عدم اطلاع رسانی کافی بیماری‌های کمتر شناخته شده باشد. در سال ۲۰۱۵ میلادی، مطالعه احمدی و همکارانش شیوع بالای کلامیدیا را در بین ایرانیان نشان داده است که این میزان در بین مردان ۱۱ درصد و در بین زنان ۱۲/۸ درصد است.^{۳۸} شیوع بالای این بیماری می‌تواند ناشی از عدم آگاهی افراد باشد، به همین جهت اتخاذ سیاست‌های آگاهی بخشی پیشنهاد می‌شود. همان‌گونه که نشان داده شد بیشترین میزان آگاهی مربوط به هپاتیت ب و ایدز بود که باز هم در کل کمتر از نیمی از افراد از آن‌ها آگاهی داشتند. به نظر می‌رسد آگاهی رسانی در مورد این دو بیماری در وضعیت بهتری نسبت به سایر بیماری‌ها قرار داشته اما به طور کل در سطح قابل قبولی نبوده است.

در این مطالعه شیوع رفتارهای پرخطر نیز برای افراد بیخانمان مورد بررسی قرار گرفتند. کلیه افراد حداقل یک رفتار پرخطر داشتند و رایج‌ترین رفتار پرخطر، به کار بردن خشونت در رابطه جنسی بود که ۷۵ درصد از افراد مورد مطالعه به آن اشاره داشته‌اند. از آن‌جا که وضعیت روانی این افراد به علت نوع زندگی خاص این قشر، به شدت تحت فشار است، چنین نرخ بالایی می‌تواند حاکی از علل روانشناختی باشد زیرا عوامل روانشناختی در بروز این نوع رفتار اهمیت بالایی دارند.^{۳۹} این مطالعه نشان داد که ۷۰ درصد از افراد بررسی شده از کاندوم در حین رابطه جنسی استفاده نمی‌کنند. از طرفی در قسمتی دیگر از پرسشنامه از کلیه افراد نظرسنجی شد که اگر کاندوم به طور رایگان در اختیارشان قرار گیرد از آن استفاده می‌کنند یا خیر که بیش از ۶۰ درصد افراد پاسخ مثبت دادند. به طور کلی عدم استفاده از کاندوم در بین این افراد عمدتاً می‌تواند ناشی از عدم آگاهی و یا عدم دسترسی رایگان باشد. همچنین افراد در پاسخ به تمایل به یادگیری پیرامون رفتارهای پرخطر و بیماری‌های مقاربتی ۸۰ درصد پاسخ مثبت داشتند. این نشان می‌دهد که نیازمند سیاست‌های آگاهی بخشی مخصوص به این قشر هستیم. به دلیل این که این افراد به طور عمده در فصل زمستان شب‌ها در گرمخانه‌های شهرداری حضور دارند، این برنامه‌ها می‌تواند در این مراکز متمرکز شوند. از طرفی در اختیار گذاشتن کاندوم رایگان در همین مراکز می‌تواند مشابه سیاست در اختیار گذاشتن سرنگ رایگان به معتادین، بسیار تأثیرگذار باشد. قابل توجه

پس از تحلیل آماری، میزان آگاهی افراد از بیماری‌های مقاربتی در جدول شماره ۲ و نمودار شماره ۲ آورده شده است. شیوع رفتارهای پرخطر در بین افراد مورد مطالعه نیز، در نمودار شماره ۳ رسم شده است.

اطلاعات نشان داد که در قسمت برآورد آگاهی کلی از بیماری‌های مقاربتی، ۸۴٪ از افراد، سوالات را اشتباه پاسخ دادند. بیش از ۸۰ درصد افراد پاسخ دهنده حداقل یکبار ازدواج کرده بودند. در این تحقیق ۸۰ درصد از افراد تمایل به یادگیری پیرامون بیماری‌های مقاربتی داشتند و صورت در اختیار داشتن کاندوم به طور رایگان، بیش از ۶۰ درصد تمایل به استفاده از آن را داشتند.

بحث

در بین افراد مطالعه شده، فراوانی افراد ۳۰ تا ۴۰ ساله بیش از سایرین است. افراد در این بازه سنی از لحاظ جنسی فعال بوده و در نتیجه بسیار بیشتر در معرض خطر ابتلا به بیماری‌های مقاربتی هستند. ۶۴ درصد از افراد بیخانمان، یا بیسواد هستند و یا سواد ابتدایی دارند در نتیجه کمتر در معرض آگاهی رسانی قرار خواهند داشت، در نتیجه در برنامه‌های آموزشی، پایین بودن سطح سواد باید مدنظر قرار گیرد تا از شیوه مناسب برای آگاهی بخشی استفاده شود. درصد میانگین پاسخگویی برای افراد مورد مطالعه ۱۶ درصد بود که نشان می‌دهد حتی میانگین اطلاعات افراد نیز در دسته بسیار ضعیف قرار داشته است. ۸۰ درصد از افراد در سطح بسیار ضعیف و ۲۰ درصد در سطح ضعیف قرار گرفتند و هیچ‌یک از افراد در سطح متوسط و خوب قرار نداشتند. پایین بودن سطح اطلاعات در این افراد خود فاکتور خطر مهمی برای ابتلا به بیماری‌های مقاربتی است.

آگاهی افراد از شش بیماری مقاربتی به صورت نا همگن بود و هیچ بیماری‌ای وجود نداشت که حداقل نیمی از جامعه از آن آگاهی داشته باشند. بیشترین میزان آگاهی پیرامون بیماری هپاتیت ب بود که ۴۷ درصد از افراد مورد مطالعه از آن اطلاع داشتند. پس از آن، ایدز، سوزاک، هرپس و زگیل تناسلی و کمترین میزان اطلاع نیز مربوط به آلودگی با کلامیدیا بود که هیچ‌یک از افراد از آن اطلاع نداشتند. این ناهمگن بودن در زمینه بیماری‌های مقاربتی

جنسی فعال بوده و در معرض خطر خواهد بود. از طرف دیگر ۶۴ درصد از افراد یا بیسواد بودند یا تحصیلات زیر سیکل داشتند که در نتیجه کمتر در معرض آگاهی رسانی قرار دارند. از طرف دیگر شیوع رفتار های پرخطر در این قشر قابل توجه بود و حتی یک فرد، بدون ارتکاب به یکی از رفتارهای پرخطر نیز در مطالعه وجود نداشت که این خود پتانسیل ابتلا به بیماری های مقاربتی را در این افراد نشان می دهد. میانگین آگاهی افراد از این بیماری ها ۱۶ درصد بود که در سطح بسیار ضعیف قرار می گیرد. این مطالعه نشان داد که چهار عامل عدم آگاهی، شیوع بالای رفتارهای پرخطر سواد کم، افراد بیخانمان را در معرض خطر بسیار زیاد برای ابتلا به بیماری های مقاربتی قرار می دهد که شایان توجه جهت اتخاذ سیاست های مناسب است. مطالعات مختلف نشان داده اند که آگاهی بخشی پیرامون رفتارهای جنسی، اثر مثبتی بر پیشگیری از ابتلا به بیماری های مقاربتی دارد^{۴۰} و مسلماً پیشگیری از ابتلا به این بیماری ها بار اقتصادی کمتری را بر نظام سلامت کشور را تحمیل خواهد کرد. از آن جا که در این تحقیق پرسشنامه ها توسط پرسشگر تکمیل شده اند، تورش جامعه پسندی (Social desirability bias) می توانست بر روی نتایج اثر بگذارد. محدودیت دیگر این مطالعه بررسی افراد بیخانمان مذکر است و افراد بیخانمان مونث در این مطالعه وارد نشده اند. از این گذشته در این تحقیق افراد مراجعه کننده به یک گرمخانه به طور اتفاقی مطالعه شده اند، از این رو امکان تعمیم نتایج به سایر مراکز وجود ندارد. به همین منظور، جهت تدوین برنامه ریزی های بهداشتی به مطالعات گسترده تر است.

سپاسگزاری

بدینوسیله از کلیه شرکت کنندگان که در این پژوهش همکاری داشتند، کمال قدردانی را داریم.

است که شیوع استفاده نامناسب از کاندوم مانند چرب کردن آن با وازلین و یا استفاده بیش از یکبار از کاندوم در این مطالعه بسیار پایین بوده است و علت این شیوع کم، آگاهی بالا نیست بلکه عدم استفاده از کاندوم در ۷۰ درصد افراد مورد مطالعه است در نتیجه در سیاست های آگاهی رسانی شیوه استفاده مناسب از کاندوم نیز باید گنجانده شوند.

۶۰ درصد از افراد مورد مطالعه خالکوبی داشتند که این خود میتواند به عنوان یک فاکتور خطر قوی عمل کند زیرا با توجه به وضعیت اقتصادی این افراد، احتمالاً اکثر خالکوبی ها نیز در محیط های بهداشتی صورت نگرفته است لذا آگاهی بخشی در زمینه ارتباط خالکوبی با بیماری های مربوطه نیز ضروری است.

در این مطالعه به ترتیب استفاده از قرص روان گردان، الکل و در آخر، تزریق مواد مخدر شایع بودند، که این حاکی از محبوب شدن مواد مخدر صنعتی نسبت به مواد مخدر سنتی است. میزان استفاده از سوزن مشترک فقط ۲۰ درصد بود اما این شیوع کم نیز نمی تواند ناشی از آگاهی باشد بلکه به علت آن است که میزان تزریق مواد مخدر در کل ۳۰ درصد بوده است. عدم آگاهی و عدم دسترسی به سرنگ رایگان باعث شده است که اکثریت افرادی که تزریق مواد مخدر انجام می دهند از سوزن مشترک استفاده کنند. در نتیجه پیشنهاد می شود علاوه بر آموزش، سرنگ رایگان نیز در گرمخانه ها ارائه شود.

در این مطالعه افراد بیشتر شریک های جنسی متعدد داشتند نه رابطه با تن فروشان و این می تواند به علت وضعیت اقتصادی این طبقه باشد. نکته قابل توجه، پایین بود رابطه جنسی با فرد هم جنس بود که نسبت به مطالعات مشابه در سایر کشورها این مطالعه شیوع بسیار کم این رفتار را نشان داد که میتوان باورهای اجتماعی و پیش زمینه های مذهبی ایرانیان را در آن دخیل دانست.

در مجموع در این تحقیق، بیشترین تعداد افراد بیخانمان در گروه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال قرار داشتند که در این سنین فرد از لحاظ

References

1. Shim BS. Current Concepts in Bacterial Sexually Transmitted Diseases. Korean Journal of Urology 2011;52(9):589-97.
2. High KP, Calvet HM. Sexually Transmitted Diseases Other than Human Immunodeficiency Virus Infection in Older Adults. Clin Infect Dis. 2003;36(5):609-14.
3. RE J, Kh L. Human Reproductive Biology. 4th ed: Elsevier; 2014.
4. Horner P. Chlamydia (uncomplicated, genital). BMJ Clinical Evidence. 2008;2008:1607.

5. Hill SA, Masters TL, Wachter J. Gonorrhea - an evolving disease of the new millennium. *Microbial Cell*. 2016;3(9):371-89.
6. Goh B. Syphilis in adults. *Sex Transm Infect*. 2005;81(6):448-52.
7. Leitsch D. Recent Advances in the *Trichomonas vaginalis* Field. *F1000Research*. 2016;5.
8. de Martel C, Plummer M, Vignat J, et al. Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type. *Int J Cancer*. 2017;141(4):664-70.
9. Dalooi Mn. *Medical Molecular Genetics in third millennium*. 1th ed. Iran: Samer Akhar; 2009.[In Persian]
10. Sharp PM, Hahn BH. Origins of HIV and the AIDS Pandemic. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*. 2011;1(1):a006841.
11. Chu CM, Liaw YF. Hepatitis B virus-related cirrhosis: natural history and treatment. *Semin Liver Dis*. 2006;26(2):142-52.
12. KUMAR V, ABBAS AK, FAUSTO N. Robbins and Cotran *PATHOLOGIC BASIS OF DISEASE*. 7TH ed: ELSEVIER.
13. Langenberg A, Benedetti J, Jenkins J, et al. Development of clinically recognizable genital lesions among women previously identified as having "asymptomatic" herpes simplex virus type 2 infection. *Ann Intern Med*. 1989;110(11):882-7.
14. Alipour Z, Eskandari N, Mokhah S. Evaluation of Knowledge and attitude of non-medical students about AIDS. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery* 2016;26(1):10-20.
15. Nasirian M, Baneshi MR, Kamali K, et al. Estimation of Prevalence and Incidence of Sexually Transmitted Infections in Iran; A model-based approach. *Journal of research in health sciences* 2015;15(3):168-74.
16. Mohammadi Z, Keshtkar A, Eghtesad S, et al. Epidemiological Profile of Hepatitis B Virus Infection in Iran in the Past 25 years; A Systematic Review and Meta-analysis of General Population Studies. *Middle East journal of digestive diseases* 2016;8(1):5-18.
17. Malary M, Abedi G, Hamzehgardeshi Z, et al. The prevalence of herpes simplex virus type 1 and 2 infection in Iran: A meta-analysis. *International journal of reproductive biomedicine (Yazd, Iran)*. 2016;14(10):615-24.
18. Roghaei MA, Jamdar F, Ghaheri A. Application of plasma exchange in patients with history of unexplained recurrent abortion: a case series. *International journal of fertility & sterility* 2013;7(1):39-42.
19. Hezarjaribi HZ, Fakhar M, Shokri A, et al. *Trichomonas vaginalis* infection among Iranian general population of women: a systematic review and meta-analysis. *Parasitol Res*. 2015;114(4):1291-300.
20. Mehri GK, Taheri GE, Chamar M, et al. Knowledge of MS students about sexually transmitted diseases (STDs) in Civil Engineering School of Sharif Industrial University Quarterly Faculty of Nursing of Midwifery Quarterly. 2006;16.
21. Mehri GK, Taheri GA, Chamari M, et al. Knowledge of MS students about sexually transmitted diseases (STDs) in Civil Engineering School of Sharif Industrial University. *Advances in Nursing & Midwifery* 2006.
22. M.Ostovar, Nassiriziba F, S.Taavoni, et al. Knowledge and Attitudes of Women Towards Sexually Transmitted Diseases and AIDS. *IJN*. 2007;19(48):47-54.
23. Mogarehi M, Shokranian N. Knowledge And Attitude Of Student Nurses Toward AIDS. *IJN*. 2003;16(34):19-24.
24. Malery khah Langeroudi Z, Rahimi movaghar A, Delbarpour Ahmadi S, et al. Barriers of condom use among female sex workers in Tehran, a qualitative study. *sjph*. 2014;12(2):23-34.
25. Azizi H, Saboory E, Ghaderi S. The study of prostitute women's knowledge about ways of HIV transmission in Tehran in 1390. *UNMF*. 2014;11(10):0-.
26. Alipour Z, Eskandari N, Mokhah S. Evaluation of Knowledge and attitude of non-medical students about AIDS. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery* 2016.
27. Khosravi A, Asalani A. s female college in health productivere and sexual about component model Belief Health Investigating. *Journal of Health Literacy*. 2016;1(1).
28. Farazmand K, Keshavarz N, Etemad K, et al. Assesment of students' knowledge and attitude toward sexually transmitted infections in Shahid Beheshti University of Medical sciences,2015. *Journal of Health in the Field* 2016;4.
29. Caccamo A, Kachur R, Williams SP. Narrative Review: Sexually Transmitted Diseases and Homeless Youth-What Do We Know About Sexually Transmitted Disease Prevalence and Risk? *Sex Transm Dis*. 2017;44(8):466-76.
30. Mandalazi P, Banda C, Umar E. Street children's vulnerability to HIV and sexually transmitted infections in Malawian cities. *Malawi Med J*. 2013;25(1):1-4.
31. Winston SE, Chirchir AK, Muthoni LN, et al. Prevalence of sexually transmitted infections including HIV in street-connected adolescents in western Kenya. *Sex Transm Infect*. 2015;91(5):353-9.
32. Embleton L, Wachira J, Kamanda A, et al. Eating sweets without the wrapper: perceptions of HIV and sexually transmitted infections among street youth in western Kenya. *Culture, health & sexuality*. 2016;18(3):337-48.
33. Jaworski BC, Carey MP. Development and psychometric evaluation of a self-administered questionnaire to measure knowledge of sexually transmitted diseases. *AIDS Behav*. 2007;11(4):557-74.

34. Njarkolaei FR. Tehran University students' knowledge about sexually transmitted disease. The Journal Of Nursing And Midwifery Faculties Guilan Medical University. 2007.
35. Folasayo AT, Oluwasegun AJ, Samsudin S, et al. Assessing the Knowledge Level, Attitudes, Risky Behaviors and Preventive Practices on Sexually Transmitted Diseases among University Students as Future Healthcare Providers in the Central Zone of Malaysia: A Cross-Sectional Study. Int J Environ Res Public Health. 2017;14(2).
36. Marfatia YS, Pandya I, Mehta K. Condoms: Past, present, and future. Indian J Sex Transm Dis AIDS. 2015;36(2):133-9.
37. Rosario M, Schrimshaw EW, Hunter J. Risk Factors for Homelessness Among Lesbian, Gay, and Bisexual Youths: A Developmental Milestone Approach. Child Youth Serv Rev. 2012;34(1):186-93.
38. Ahmadi MH, Mirsalehian A, Bahador A. Prevalence of genital Chlamydia trachomatis in Iran: a systematic review and meta-analysis. Pathogens and global health. 2015;109(6):290-9.
39. Abbey A, Jacques-Tiura AJ, LeBreton JM. Risk Factors for Sexual Aggression in Young Men: An Expansion of the Confluence Model. Aggressive behavior. 2011;37(5):450-64.
40. Brookmeyer KA, Hogben M, Kinsey J. The Role of Behavioral Counseling in Sexually Transmitted Disease Prevention Program Settings. Sex Transm Dis. 2016;43(2 Suppl 1):S102-12.

Tara Akhtarkhvari^{1*},
Behnam Naderloo²

¹ MSc, Faculty of Genetic,
University of Social Welfare
& Rehabilitation Sciences,
Tehran, Iran

² MSc, Faculty of Advanced
Technology Engineering, Iran
University of Science and
Technology, Tehran, Iran

The Prevalence of Risky Sexual Behaviors and Awareness of STDs Among Temporary Residents of Homeless Shelters in Tehran

Received: 1 Oct. 2018 ; Accepted: 13 Mar. 2019

Abstract

Background: Risky sexual behaviors expose people to sexual transmitted diseases. These behaviors are usually common among homeless people, so educational programs would help them to avoid high risk behaviors. Understanding STD awareness and the common types of risky behaviors among homeless people would provide a good context for designing appropriate educational plans.

Aim: This study was performed to evaluate the STD awareness and the prevalence of risky behaviors among temporary residents of homeless shelters in Tehran.

Methods: This descriptive survey performed in 2017. The standard sample size was 306. Random sampling was adopted. A questionnaire containing 45 questions was used. The questionnaire had four categories including demographic data, STD awareness, risky sexual behaviors and opinion poll. For calculating descriptive statistics IBM SPSS Statistics v21. software was exerted.

Results: The level of awareness among 80% of the cases was so poor and the most known STD was hepatitis B. About 64% percent of the cases had low literacy and all had at least one of the high risk behaviors. Violent sexual behavior was the most common trait and homosexual relationship was the least.

Conclusion: Several factors endangering homeless people, including low level of knowledge about risky behaviors, being in a sexually active age range, illiteracy and attempting a high number of risky sexual behaviors. This study showed homeless shelters need codification of appropriate training workshops based on the level of awareness for each disease with considering illiteracy among homeless people.

Keywords: Reproductive Health, Homeless Persons, Sexual Behavior, Unsafe Sex

***Corresponding Author:**
MSc, Faculty of Genetic,
University of Social Welfare
& Rehabilitation Sciences,
Genetic Research Center,
kodakyar Ave., Daneshjo
Blvd., Evin, Tehran, Iran

Tel: 0912-8494298
E-mail: taraakhtarkhvari@yahoo.com