

مقاله های پژوهشی

- ۱۵۹۹ بررسی تأثیر تزریق دکزامتازون وریدی تک دوز قبل از جراحی پاروتیدکتومی بر بروز فلج عصب صورتی: کارآزمایی بالینی
 مسعود نادرپور گرمی، مهرانوش موسوی آقداغ، کسری توسلی
- ۱۶۰۵ بررسی ارتباط عملکرد و اعتماد به نفس جنسی با شاخص توده بدنی زنان سنین باروری
 نجمه حجایی حقیقی، حمید آتش پور، میترا ملایی نژاد
- ۱۶۱۴ بررسی ارتباط بین بیماری روماتیسمی در بچه های قلب و بیماری عروق کرونر در بیماران با آنژین پایدار در شهر اصفهان، ایران
 فائزه فرهنگ، زهرا علیزاده، نضال صراف زادگان، علی پورمقدس، قاسم یادگارفر
- ۱۶۲۰ بررسی مقایسه ای میزان دقت دو سیستم امتیازبندی برای تعیین بیش آگهی مرگ و میر در بیماران دچار ترومای بستری در بخش مراقبت های ویژه ی بیمارستان الزهراء (س) اصفهان در سال ۱۳۹۴
 پرویز کاشفی، زهرا عباسیان، سعید عباسی، محمود سقایی
- ۱۶۳۶... ۱۳۹۵ تا مهر ۱۳۹۴ اصفهان، مهر ۱۳۹۴ تا مهر ۱۳۹۵ بررسی وضعیت عوارض بعد از عمل جراحی استومی در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان الزهراء (س) اصفهان، مهر ۱۳۹۴ تا مهر ۱۳۹۵
 غلامرضا مهاجری، علی میانجی، مهدی میانجی
- ۱۶۳۳ فراوانی مننژیت در شیرخواران ۱۸-۶ ماهه با اولین تب و تشنج و حال عمومی خوب مراجعه کننده به بیمارستان های امام حسین و امین اصفهان در سال ۱۳۹۵
 جعفر نصیری، فاطمه مختاریان
- ۱۶۴۰ وضعیت بهره مندی زنان میان سال متأهل از خدمات سلامت جنسی؛ یک مطالعه مقطعی
 صدیقه مقیمی، گیتی ازگلی، فضل اله احمدی، معصومه سیمبر

Original Articles

- The Effect of a Single Dose of Intravenous Dexamethasone Administered before Parotid Surgery on Facial Nerve Paralysis; Randomized Controlled Clinical Trial 1604
 Masoud Naderpour-Germi, Mehroush Mousavi-Aghdas, Kasra Tavassoli
- The Relationship of Sexual Function and Sexual Self-Esteem among the Women of Reproductive Age Based on Body Mass Index 1613
 Najmeh Hejabi-Haghighi, Hamid Atashpour, Mitra Molaeinezhad
- Evaluating the Relationship between Rheumatic Valvular Heart Disease and Coronary Artery Diseases in Patient with Stable Angina in Isfahan City, Iran 1619
 Faezeh Farhang, Zahra Alizadeh, Nizal Sarrafzadegan, Ali Pourmoghaddas, Ghasem Yadegarfar
- Comparison of the Accuracy of Two Methods on Detection of the Prognosis of Mortality in Patients with Trauma Admitted to the Intensive Care Units of Alzahra Hospital, Isfahan, Iran, in 2015 1625
 Parviz Kashefi, Zahra Abbasian, Saeed Abbasi, Mahmoud Saghaei
- Evaluation of Postoperative Complications of Ostomy in Patients Referred to Alzahra Hospital, Isfahan, Iran, from October 2015 to October 2016 1632
 Gholamreza Mohajeri, Ali Mianji, Mahdi Mianji
- Incidence of Meningitis in Children Aged 6-18 Months with First Febrile Seizure and Good General Condition Referring to Imam Hossein and Amin Hospitals, Isfahan, Iran, from May 2016 to March 2017 1639
 Jafar Nasiri, Fatemeh Mokhtarian
- Sexual Health Care Utilization in Married Middle Aged Women; A Cross-Sectional Study 1647
 Sedigheh Moghaseemi, Giti Ozgoli, Fazlollah Ahmadi, Masomeh Simbar



مجله دانشکده پزشکی اصفهان

سال سی و پنجم، شماره (۴۵۵)، هفته سوم دی ماه ۱۳۹۶

صاحب امتیاز:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی استان اصفهان

مدیر مسؤول: دکتر منصور شعله‌ور سردبیر افتخاری: دکتر رویا کلیشادی

سردبیر: دکتر مجید برکتین

معاون سردبیر: دکتر مریم راد احمدی

ناشر:

انتشارات وسنا (فرزانتگان راداندیش)
Email: farapublications@gmail.com
http://farapub.com

تلفن: ۰۳۱-۳۲۲۲۴۳۳۵

دورنگار: ۰۳۱-۳۲۲۲۴۳۸۲

تیراژ: ۵۰۰ نسخه

صاحب امتیاز:

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

نشانی: اصفهان، خیابان هزار جریب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

Email: publications@mui.ac.ir

دفتر مجله: دانشکده پزشکی صندوق پستی: ۸۱۷۴۴/۱۷۶

مدیر اجرایی: علی مرادی مسؤول دفتر: گلناز رجبی

دورنگار: ۰۳۱-۳۷۹۲۲۹۱ تلفن: ۰۳۱-۳۶۶۹۴۷۳۷

Email: jims@med.mui.ac.ir

http://jims.mui.ac.ir

وب سایت مجله:

این مجله در نمایه‌های بین‌المللی زیر در دسترس قرار دارد.

- Scopus
- Chemical Abstracts
- Islamic World Science Citation Center (ISC)
- Academic Search Complete EBSCO Publishing databases
- WHO/EMRO/Index Medicus
- Google Scholar
- Index Copernicus
- Directory of Open Access Journal (DOAJ)
- Index Academicus
- Scientific Information Database (www.sid.ir)
- www.iranmedex.com

کپی‌رایت: چاپ مطالب مندرج در این مجله به شرط ذکر منبع مجله بلامانع است.

تصاویر رنگی، مقالات و کلیپ‌های ویدئویی بر روی وب سایت مجله قابل دسترسی می‌باشند

اعضای شورای نویسندگان مجله دانشکده پزشکی اصفهان (به ترتیب حروف الفبا)

نام و نام خانوادگی	مرتبه علمی
۱- دکتر محمد رضا اخلاقی	دانشیار، متخصص چشم، فلوشیپ ویتره و رتین، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲- دکتر علی اخوان	استادیار، متخصص پرتودرمانی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳- دکتر ابراهیم اسفندیاری	استاد، دکترای تخصصی علوم تشریحی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۴- دکتر فرامرز اسماعیل بیگی	استاد، فوق تخصص غدد، بیمارستان‌های دانشگاهی مرکز پزشکی کیولند، آمریکا
۵- دکتر احمد اسماعیل زاده	استاد، دکترای تخصصی تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۶- دکتر افسون امامی نائینی	دانشیار، فوق تخصص نفرولوژی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۷- دکتر شاهین امامی	گروه بیوشیمی، بیمارستان سن آنتونیو، پاریس، فرانسه
۸- دکتر بابک امرا	استاد، فوق تخصص ریه، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۹- دکتر رضا امین	استاد، متخصص بیماری‌های کودکان، فوق تخصص بیماری‌های ایمونولوژی و آلرژی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
۱۰- دکتر فریبا ایرجی	استاد، متخصص بیماری‌های پوست، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۱۱- دکتر کن باست	استاد، متخصص ابتکارات درمانی، دانشگاه بریتیش کلمبیا، کانادا
۱۲- دکتر رضا باقریان سرارودی	دانشیار، دکترای تخصصی روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۱۳- دکتر مجید برکتین	استاد، متخصص روانپزشکی، فلوشیپ نوروسایکیاتری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۱۴- دکتر فرزین پور فرزاد	دکترای تخصصی زیست شناسی سلولی و ژنتیک، دانشگاه اراسموس، روتردام، هلند
۱۵- دکتر مسعود پورمقدس	استاد، متخصص قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۱۶- دکتر احمد چیت‌ساز	استاد، متخصص مغز و اعصاب، فلوشیپ بیماری‌های حرکتی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۱۷- دکتر علی حکمت نیا	استاد، متخصص رادیولوژی، فلوشیپ رادیولوژی مغز و اعصاب و کودکان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۱۸- دکتر سید مرتضی حیدری	استاد، متخصص بیهوشی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۱۹- دکتر مجید خیراللهی	دانشیار، دکترای تخصصی ژنتیک و بیولوژی مولکولی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲۰- دکتر بهناز خانی	دانشیار، متخصص زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲۱- دکتر مریم راداحمدی	استادیار، دکترای تخصصی فیزیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲۲- دکتر حسن رزمجو	استاد، متخصص چشم، فلوشیپ ویتره و رتین، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲۳- دکتر رضا روزبهانی	استادیار، متخصص پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲۴- دکتر مسعود سهیلیان	استاد، متخصص چشم، فلوشیپ ویتره و رتین، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲۵- دکتر محمدرضا شریفی	استاد، دکترای تخصصی فیزیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲۶- دکتر منصور شعله‌ور	استاد، متخصص قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲۷- دکتر رسول صالحی	استادیار، دکترای تخصصی ژنتیک، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲۸- دکتر مسیح صبوری	استاد، متخصص جراحی مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲۹- دکتر محمدرضا صفوی	دانشیار، متخصص بیهوشی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳۰- دکتر خسرو عادل‌لی	استاد، متخصص بیوشیمی بالینی، دانشگاه تورنتو، تورنتو، کانادا
۳۱- دکتر سعید عندلیب جورتانی	استاد، متخصص پاتولوژی، دانشگاه لوئیس ویل، آمریکا
۳۲- دکتر زیبا فرج‌زادگان	استاد، متخصص پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳۳- دکتر رویا کلیشادی	استاد، متخصص بیماری‌های کودکان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳۴- دکتر جعفر گلشاهی	دانشیار، متخصص قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳۵- دکتر عزیر گه‌ری	استاد، متخصص جراحی پلاستیک، دانشگاه بریتیش کلمبیا، کانادا
۳۶- دکتر پروین محزون‌ی	استاد، متخصص آسیب شناسی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳۷- دکتر سید مهدی مدرس‌زاده	استاد، متخصص چشم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳۸- دکتر محمد مردانی	استاد، دکترای تخصصی علوم تشریحی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳۹- دکتر عطیه مغیثی	دانشیار، فوق تخصص غدد داخلی، مرکز تحقیقات دیابت و غدد داخلی مارینا، آمریکا
۴۰- دکتر مرجان منصوریان	استادیار، دکترای تخصصی اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۴۱- دکتر محمدرضا نوربخش	استاد، متخصص فیزیوتراپی، دانشگاه جورجیای شمالی، آمریکا
۴۲- دکتر مصطفی هاشمی	دانشیار، متخصص گوش و حلق و بینی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران



راهنمای نگارش و ارسال مقاله علمی - پژوهشی

مجله علمی- پژوهشی دانشکده پزشکی اصفهان، در Scopus نمایه شده و به صورت هفته‌نامه، تحت حمایت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان منتشر می‌گردد. این مجله اقدام به انتشار مقالات علمی در زمینه پژوهش‌های علوم پزشکی (پایه و بالینی) و رشته‌های وابسته به آن می‌نماید. مقالاتی در این مجله پذیرفته می‌شوند که علمی- پژوهشی بوده و پیش از این در جای دیگری منتشر نشده و یا حتی به طور همزمان به مجلات دیگر ارسال نگردیده باشند. این مجله مقالات به زبان فارسی شامل انواع پژوهشی اصیل، مروری، گزارش موردی، مقالات کوتاه، مقالات دارای امتیاز بازآموزی و نامه به سردبیر را منتشر می‌نماید و بر روی وب سایت مجله به آدرس <http://jims.mui.ac.ir> قرار می‌دهد. مقالات ارسالی باید در فرمت پیشنهادی مجله ارسال گردند و به دست نوشته‌هایی که در خارج از فرمت ذکر شده در راهنمای نویسندگان ارسال گردند ترتیب اثر داده نخواهد شد.

هیأت تحریریه پس از دریافت مقالات اقدام به بررسی مقاله از لحاظ ساختاری و موضوعی می‌نماید و چنانچه مقاله در بررسی اولیه مورد تأیید باشد، برای داوری ارسال می‌شود. زمان فرایند داوری (از دریافت تا پذیرش نهایی آن) ۳ ماه و در صورت تقاضا جهت بررسی سریع‌تر با شرایط ذکر شده در راهنمای نویسندگان ۲۵-۲۰ روز می‌باشد. لازم به ذکر است داوری و انتشار مقاله در این هفته نامه مستلزم پرداخت هزینه است. لذا پس از انجام مراحل داوری و پذیرش مقاله و قبل از صدور نامه پذیرش، لازم است نویسندگان محترم فرایند مالی را تکمیل نمایند.

نحوه ارسال دست نوشته‌ها در سامانه

نویسندگان محترم پس از آماده سازی دست نوشته مطابق راهنمای نویسندگان، از طریق ثبت نام (Registration) در سامانه الکترونیک مجله دانشکده پزشکی اصفهان به آدرس <http://jims.mui.ac.ir>، می‌توانند وارد صفحه شخصی خود شده و تمامی بخش‌ها را تکمیل و دست نوشته را ارسال نمایند.

توجه به نکات زیر در ارسال مقاله ضروری است:

- ارسال مقاله منحصراً از طریق ثبت نام در سامانه الکترونیک مجله دانشکده پزشکی انجام می‌شود. لازم است فقط نویسنده مسؤول اقدام به سابمیت مقاله نماید و مقالاتی که توسط سایر نویسندگان یا اشخاص دیگر سابمیت شوند مورد بررسی قرار نخواهند گرفت.
- نویسنده‌ای که برای بار دوم اقدام به ارسال مقاله اصلاح شده خود می‌نماید، حتماً باید از طریق صفحه شخصی قبلی خود اقدام نموده و به هیچ عنوان دوباره به عنوان کاربر جدید و با ایمیل جدید در سامانه ثبت نام نکند.
- وارد کردن اسامی تمامی نویسندگان در سامانه و در محل مربوط به وارد کردن اسامی نویسندگان مقاله، الزامی است.
- پس از ارسال مقاله، تغییر اسامی نویسندگان امکان پذیر نمی‌باشد.
- فایل‌هایی که نویسنده در مرحله اولیه ارسال می‌کنند شامل: (۱) فایل Word صفحه عنوان (۲) فایل Word دست نوشته، (۳) فرم تعهدنامه، (۴) فرم مشخصات کامل نویسندگان (Cover letter) است که به ترتیب بایستی آپلود گردند.
- نویسندگان در قسمت ارسال فایل‌ها، با ارسال یک فایل تعهد نامه که به امضای همه نویسندگان رسیده است، حق انتشار مقاله را به مجله دانشکده پزشکی اصفهان واگذار می‌نمایند. در غیر این صورت مقاله در روند داوری قرار نخواهد گرفت.
- مقالات ارسالی باید دارای فایل مجزا (Cover letter) شامل یک نامه خطاب به سردبیر حاوی عنوان مقاله، اسم، آدرس و ایمیل نویسنده مسؤول، اسامی و ایمیل سایر نویسندگان باشد. در این نامه بایستی به صراحت اعلام گردد که دست نوشته در مجلات دیگر چاپ نشده است یا همزمان در حال بررسی نمی‌باشد.
- در مرحله دوم بعد از این که دست نوشته از نظر همراستایی و فرمت مجله مورد ارزیابی اولیه قرار گرفت و تأییدیه دفتر مجله در خصوص قابل ارجاع بودن آن دست نوشته برای شروع فرایند داوری ارسال گردید، ضروری است ۵۰ درصد کل هزینه به منظور شروع فرآیند داوری به عنوان (Processing fee) بر اساس موارد ذکر شده در بخش هزینه انتشار راهنمای نویسندگان پرداخت گردد. این هزینه غیر قابل برگشت می‌باشد. سپس فایل مربوط به تصویر اسکن شده فیش پرداختی فقط با نام نویسنده مسؤول از طریق سایت به دفتر مجله ارسال گردد. لازم به ذکر است تنظیم دست نوشته بر اساس فرمت مجله، و پرداخت وجه اولیه فقط جهت ارسال به داوران بوده و دال بر پذیرش آن نمی‌باشد.

از مؤلفان گرامی تقاضا می‌شود، در ارسال مقالات به نکات زیر توجه فرمایند:

- ارسال مقاله فقط از طریق سایت پذیرفته می‌شود.
- زبان رسمی مجله، فارسی است و مقالات فقط به زبان فارسی همراه با چکیده انگلیسی قابل پذیرش هستند.
- دست‌نوشته‌های به زبان‌های غیر از فارسی و ترجمه شده در این مجله منتشر نمی‌شود.
- مقالات باید پژوهشی و حاصل تحقیق نویسنده یا نویسندگان در زمینه علوم پزشکی (پایه و بالینی) و رشته‌های مرتبط بوده که پیش از این به انگلیسی یا فارسی در سایر مجلات منتشر نشده باشد و یا به طور همزمان به مجلات دیگر نیز ارسال نگردیده باشد.
- این مجله مقالات شامل انواع اصلی و پژوهشی، مروری، مقالات کوتاه، مقالات دارای امتیاز بازآموزی و نامه به سردبیر را در منتشر می‌نماید.
- فیلم‌های آموزشی تهیه شده توسط محققین نیز توسط این مجله انتشار می‌یابد.
- مقالات قابل انتشار در مجله علمی- پژوهشی دانشکده پزشکی اصفهان شامل موارد زیر می‌باشند.

الف- مقالات پژوهشی اصیل: مقالات علمی- پژوهشی با حداکثر حجم ۲۵۰۰ کلمه؛ سقف مجموع جداول و تصاویر ۴، سقف منابع و مأخذ ۳۰ عدد می‌باشد.

ب- مقالات کوتاه پژوهشی: مقالات علمی کوتاه پژوهشی با حداکثر ۱۰۰۰ کلمه؛ سقف مجموع جداول و تصاویر ۲، سقف منابع و مأخذ ۱۵ عدد می‌باشد.

ج- مقالات مروری - مقالات مروری (Review Article) از نویسندگان مجرب و صاحب مقالات پژوهشی در زمینه مورد بحث پذیرفته خواهد شد. اصول کلی نگارش مشابه سایر مقاله‌های پژوهشی است. این نوع مقالات با حداکثر ۷۰۰۰ کلمه می‌باشند. در فهرست منابع حداقل ۶ مرجع مورد استفاده می‌بایستی متعلق به نویسنده باشد (با حداقل چهار مقاله از شش مقاله به عنوان نویسنده اول و یا نویسنده مسؤول). برای ارسال مقالات مروری ضروری است که حتماً از قبل با سردبیر مجله هماهنگی لازم صورت گرفته و سپس اقدام به ارسال دست‌نوشته نمایند در غیر اینصورت مجله از بررسی آن معذور است.

د- نامه به سردبیر- نامه به سردبیر می‌تواند به صورت ارایه مشاهدات علمی یا نقد یکی از مقالات چاپ شده در این مجله باشد و با بحثی کوتاه، همراه با درج فهرست منابع نگاشته شود. نامه به سردبیر با حداکثر ۱۰۰۰ کلمه؛ سقف مجموع جداول و تصاویر ۲، سقف منابع و مأخذ ۵ عدد می‌باشد. نقد مقاله برای نویسنده مسؤول مقاله مورد نقد، ارسال خواهد شد و همراه با پاسخ وی، در صورت تصویب شورای نویسندگان به چاپ خواهد رسید.

ه- تحقیقات کیفی- تحقیقات کیفی با حداکثر ۳۰۰۰ کلمه؛ سقف مجموع جداول و تصاویر ۴، سقف منابع و مأخذ ۳۰ عدد می‌باشد.

ز- گزارش مورد- گزارش‌های موردی شامل گزارش موارد نادر یا جالب است و باید شامل چکیده، مقدمه، گزارش مورد، بحث، نتیجه‌گیری، سپاس‌گزاری و منابع باشد. گزارش مورد با حداکثر ۱۰۰۰ کلمه؛ سقف مجموع جداول و تصاویر ۵، سقف منابع و مأخذ ۱۵ عدد می‌باشد.

تبصره ۱- مقالات ترجمه پذیرفته نمی‌شود.

تبصره ۲- ارسال دست‌نوشته یا مدارک با فرمت PDF به هیچ عنوان پذیرفته نیست.

تبصره ۳- مقاله‌های کارآزمایی بالینی پیش از ارسال برای انتشار، بایستی در یکی از مراکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی مانند مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران IRCT به آدرس زیر ثبت شده و کد ثبت آنها به همراه مقاله ارسال شود: <http://www.irct.ir>

- مقالات ارسالی باید دارای بخش‌های ذیل باشند و به دست‌نوشته‌هایی که خارج از فرمت ذکر شده ارسال گردند ترتیب اثر داده نخواهد شد.

- دست‌نوشته باید توسط نرم‌افزار MS Word در سایز A4 و فاقد هرگونه صفحه‌آرایی، فاصله خطوط ۱ برابر (Single) با حاشیه‌های ۲/۵ سانتی‌متری، به صورت یک ستونی، قلم B Zar و سایز ۱۱، قلم عنوان B Zar سایز ۱۱ Bold تهیه شوند. برای تاپ متن خلاصه انگلیسی و رفرنس‌ها از قلم Time New Roman سایز ۱۰ و جهت قلم عنوان لاتین نیز از قلم Time New Roman سایز ۱۰ Bold استفاده شود.

- معادلات باید به صورت خوانا با حروف و علائم مناسب با استفاده از Microsoft Word Equation تهیه شوند. واحدها بر حسب واحد بین‌المللی (SI) و معادلات به ترتیب شماره‌گذاری شوند.

- دست‌نوشته باید شامل دو فایل: (۱) فایل Word صفحه عنوان (۲) فایل Word دست‌نوشته (به ترتیب دارای چکیده، مقدمه، روش‌ها، یافته‌ها، بحث، تقدیر و تشکر و منابع) باشد. تأکید می‌گردد از ارسال فایل‌های متعدد حاوی جداول، تصاویر و غیره خودداری شود.

صفحه عنوان: این صفحه باید شامل عنوان کامل، عنوان مکرری، اسامی نویسندگان یا نویسندگان بالاترین مدرک تحصیلی، گروه یا بخش یا مؤسسه محل فعالیت ایشان و همچنین آدرس، تلفن، فاکس و پست الکترونیکی نویسنده مسؤول و تقدیر و تشکر (شامل تشکر از افراد، شماره طرح پژوهشی و یا پایان نامه، ذکر منابع مالی و اعتباری طرح پژوهشی) باشد. ضروری است که علاوه بر ذکر تقدیر و تشکر در صفحه عنوان، در پایان دست‌نوشته نیز بخش تقدیر و تشکر مجدد تکرار گردد.

- ذکر اسامی نویسندگان یا نویسندگان بالاترین مدرک تحصیلی، گروه یا بخش یا مؤسسه محل فعالیت ایشان به انگلیسی نیز در صفحه عنوان الزامی است.

تبصره ۱- عنوان مقاله معرف محتوای مقاله باشد و از ۲۰ واژه تجاوز نکند.

تبصره ۲- با توجه به سیستم الکترونیک مجله، مقاله مستقیماً برای داور ارسال می‌گردد، لذا توجه شود که در فایل ورد پس از صفحه عنوان، مقاله فاقد اسامی نویسندگان باشد. در غیر این صورت تا اصلاح شدن فایل، ارسال مقاله برای داور متوقف می‌شود.

- چکیده: تمام مقالات اصلی باید دارای چکیده مقاله به دو زبان فارسی و انگلیسی با حداکثر ۲۵۰ کلمه باشد. چکیده باید شامل بخش‌های مقدمه، روش‌ها، یافته‌ها، بحث و واژگان کلیدی باشد. در پایان چکیده مقاله سه الی پنج کلمه کلیدی قرار می‌گیرد که بایستی تنها با استفاده از راهنمای MeSH از آدرس <http://nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html> استخراج گردند. چکیده انگلیسی بایستی دقیقاً معادل چکیده فارسی باشد و شامل بخش‌های **Keywords, Conclusion, Findings, Methods, Background** باشد.

- مقدمه و معرفی: در این بخش اهداف و علل انجام مطالعه آورده می‌شود؛ بنابراین نیازی به ارائه گسترده مطالب موجود در متون علمی نیست. در این بخش باید از ارائه اطلاعات، یافته‌های و نتایج مطالعه خودداری گردد.

- روش‌ها: این بخش شامل ارائه دقیق مشاهدات، مداخلات و روش‌های مورد استفاده در مطالعه است. اگر روش مورد استفاده شناخته شده است فقط منع آن ذکر گردد اما اگر روشی نوین است، باید به صورتی توضیح داده شود که برای سایر محققان قابل درک و به طور عینی قابل انجام و تکرار باشد. در صورت استفاده از دستگاه و تجهیزات خاص باید نام، نام کارخانه سازنده و آدرس آن در پرانتز ذکر گردد. اگر از دارو در مطالعه استفاده شده است باید نام ژنریک، دوز و روش مصرف آن آورده شود. در مورد افراد و بیماران تحت مطالعه باید جنس و سن (همراه انحراف معیار) آورده شود. در مورد نرم‌افزارها و سیستم‌های کامپیوتری باید سال و ویرایش آن در پرانتز و پس از نام آن ذکر گردد.

در صورتی که مطالعه دارای پرسش‌نامه یا چک لیست است، ضمیمه کردن آن لازم است؛ شیوه تأمین روایی مشخص شود و توصیف دقیق فرآیند اجرایی برای رواسازی آن توضیح داده شود. چگونگی تعیین روش‌های مورد استفاده برای تأمین پایایی پرسش‌نامه و گزارش نتایج آزمون‌های آماری به کار گرفته شده جهت تأمین پایایی توضیح داده شود. در مورد پرسش‌نامه‌های استاندارد ذکر نام و مرجع آن کافی است.

- یافته‌ها: این بخش به صورت متن همراه با جدول‌ها، شکل‌ها و نمودارها ارائه می‌گردد. در این بخش فقط یافته‌ها ارائه می‌شود و باید از ذکر دلایل و استدلال‌های مرتبط با آن خودداری گردد. محتوای جداول نباید به صورت کامل در متن ارائه شوند، بلکه کافی است با ذکر شماره جدول، شکل و یا نمودار به آنها در میان متن اشاره شود. جدول‌ها، نمودارها و شکل‌ها هر کدام باید در یک صفحه جداگانه و پس از منابع، در پایان دست‌نوشته به ترتیب آورده شوند. همچنین باید جداول و نمودارها در فایل اصلی دست‌نوشته، علاوه بر ارجاع در متن، محل قرارگیری آن‌ها نیز جانمایی شده باشند.

- بحث: در این بخش در ابتدا به یافته‌های مهم اساسی مطالعه و سپس تشابه و تفاوت‌های آن با یافته‌های سایر پژوهشگران در مطالعات مشابه اشاره می‌گردد. ذکر جزئیات کامل یافته‌ها در این بخش لازم نیست. تأکید بر یافته‌های جدید و با اهمیت مطالعه حاضر و دستاوردهای آن در این قسمت ضروری است. ذکر این که فرضیه ارائه شده در مطالعه صحیح یا نادرست بوده، یا این که دلایل کافی برای رد یا قبول آن به دست نیامده است، ضروری می‌باشد. هدف این بخش، ذکر دلیل اصلی انجام تحقیق، تحلیل و تفسیر یافته‌ها و همچنین نتیجه‌گیری کلی (Conclusion) است.

- جدول‌ها: جداول بدون حاشیه خارجی ارسال گردد. تعداد محدود جدول با توجه به حجم مطالعه و مقاله، همراه با ذکر عنوان آن در بالای جدول مورد قبول خواهد بود. ارسال جداول فقط تحت نرم‌افزار MSWord مورد قبول است. توضیحات اضافی در خصوص محتوای جداول باید به صورت پی‌نوشته و در پایین جدول باشد. جدول‌ها باید در صفحات جداگانه و در پایان دست‌نوشته (پس از منابع) قرار داده شوند. جدول‌ها باید دارای زمینه سفید و بدون سایه و ترام باشد. جداول باید توسط نرم‌افزار MS Word و فاقد هرگونه صفحه آرایی، فاصله خطوط ۱ برابر (Single)، قلم B Zar و سایز ۱۰ و قلم متغیرهای هر ستون B Zar و سایز ۱۰ Bold تهیه شوند. برای تایپ کلمات لاتین در جدول از قلم Time New Roman سایز ۹ استفاده شود.

- تصویر و نمودار: تصویر یا نمودار همراه ذکر عنوان آن در زیر و با فرمت JPG قابل قبول است. لازم است هر تصویر با کیفیت ۲۰۰ نقطه در اینچ و محدودیت حجم حداکثر ۵۰۰ کیلو بایت در نظر گرفته شود.

تبصره ۱- اگر شکل یا جدولی از مرجع دیگری اخذ شده است، شماره مرجع در آخر عنوان جدول یا شکل نوشته شود و مشخصات مأخذ در بخش مراجع درج شود. -تقدیر و تشکر: در این بخش تمام افرادی که به نحوی در انجام مطالعه نقش داشته ولی جزء نویسندگان نبوده‌اند مورد تقدیر قرار گیرند؛ از جمله کسانی که کمک‌های فنی، نوشتاری و مالی داده و همچنین سرپرستان و مدیران بخش‌های محل انجام مطالعه که در امر پشتیبانی‌های عمومی در اجرای تحقیق فعالیت داشته‌اند. همچنین ذکر نام سازمان(های) حمایت‌کننده یا تأمین‌کننده مالی پژوهش در این بخش ضروری است.

- در صورتی که دست‌نوشته حاصل از پایان‌نامه دانشجویی باشد حتماً بایستی در قسمت تقدیر و تشکر شماره پایان‌نامه مصوب دانشگاه و نیز نام دانشگاه ذکر گردد.

- تبصره ۱- ضروری است که علاوه بر ذکر تقدیر و تشکر در صفحه عنوان، در پایان دست‌نوشته نیز بخش تقدیر و تشکر مجدد تکرار گردد.

- منابع: نویسنده باید از صحت اشاره منابع ذکر شده به مطالب مورد استناد مطمئن باشد. ساختار منابع در این مجله بر اساس معاهده ونکوور (Vancouver) می‌باشد. تمامی منابع باید به زبان انگلیسی باشد، ترجمه متن منابع فارسی به عهده نویسنده است و در پایان آن عبارت [In Persian] خواهد آمد. موارد ذیل برای نمونه ذکر می‌گردد:

- اگر منبع مورد نظر مقاله است:

نام خانوادگی (فاصله) حرف اول نام کوچک نویسنده (.) عنوان مقاله (.) مخفف نام مجله (بر اساس Medline) (فاصله) سال انتشار (:) شماره‌ی انتشار (شماره‌ی مجله) (: شماره‌ی صفحات). مثال:

نمونه انگلیسی:

Inser N. Treatment of calcific aortic stenosis. Am J Cordial 1987; 59(6): 314-7

نمونه فارسی:

Zini F, Basiri Jahromi Sh. Study of fungal infections in patients with leukemia. Iran J Public Health 1994; 23(1-4): 89-103. [In Persian].

(نام نویسندگان با علامت کاما از هم جدا شود. ذکر اسامی نویسندگان تا نفر ششم الزامی است. اگر تعداد نویسندگان بیش از شش نفر باشد، پس از نام نفر ششم، از عبارت "et al." استفاده شود.)

- اگر منبع مورد نظر کتاب است:

نام خانوادگی (فاصله) حرف اول نام کوچک نویسنده (.) عنوان کتاب (.) نوبت چاپ (.) محل نشر (:) ناشر (:) سال انتشار (.) p (.) شماره صفحات (.) مثال:

نمونه انگلیسی:

Romenes GJ. Cunningham's manual. 15th ed. New York, NY: Oxford Univ Press; 1987.

نمونه فارسی:

Azizi F, Janghorbani M, Hatami H. Epidemiology and control of common disorders in Iran. 2nd ed. Tehran, Iran: Eshtiagh Publication; 2000. p. 558. [In Persian].

- اگر منبع مورد نظر فصلی از کتاب است:

نام خانوادگی (فاصله) حرف اول نام کوچک نویسنده آن فصل. عنوان فصل مورد نظر. در: نام خانوادگی (فاصله) حرف اول نام کوچک تدوین کننده ی کتاب. عنوان کتاب. نوبت چاپ. محل نشر: نام ناشر؛ سال انتشار. p. صفحات. مثال:

Bodly L, Bailey Jr. Urinary tract infection. In: Tailor R, editor. Family medicine. 6th ed. New York, NY: Springer; 2003. p. 807-13.

- منابع به صورت پایان نامه

نام خانوادگی نویسنده (فاصله) حرف اول نام کوچک نویسنده (.) عنوان پایان نامه (فاصله) [مقطع پایان نامه] (.) نام شهر، کشور (:) نام دانشکده (.) نام دانشگاه (:) سال انتشار

- منابع به صورت الکترونیکی - مجله الکترونیکی روی اینترنت

نام خانوادگی (فاصله) حرف اول نام کوچک نویسنده (.) عنوان مقاله (.) نام اختصاری مجله الکترونیکی (فاصله) [online] (سال نشر و ماه نشر در صورت لزوم) (:) دوره (شماره) (:) [شماره صفحات یا قابها] (.) [روز، ماه و سال دسترسی] [cited] (:) Available from (:) آدرس اینترنتی دسترسی مثال:

Mosharraf R, Hajian F. Occlusal morphology of the mandibular first and second premolars in Iranian adolescents. Inter J Dental Anthropol [Online] 2004; 5: [3 Screens] [cited 2006 Nov 13]; Available from: <http://www.jida.syllabapress.com/abstractsijda5.shtml>

منابع به صورت صفحه وب

نام خانوادگی (فاصله) حرف اول نام کوچک نویسنده [یا شرح پدیدآور] (.) عنوان (.) سال نشر در صورت دسترسی (:) [شماره صفحات یا قابها] [روز، ماه و سال دسترسی] [cited] (:) Available from (:) آدرس اینترنتی دسترسی مثال:

Dentsply Co. BioPure (MTAD) Cleanser. [2 screens] [cited 2006 Nov 26]. Available from: www.store.tulsadental.com/catalog/biopure.html

- نمونه خوانی (Proofreading): یک نسخه از مقاله پیش از چاپ جهت انجام اصلاحات ضروری و بر طرف کردن اشکالات احتمالی برای نویسنده مسؤول ارسال می گردد که لازم است در کوتاه ترین زمان تغییرات مورد نظر مجله انجام داده، از طریق وبسایت مجله ارسال نماید.

- اختصارات و نشانه ها: تنها از اختصارات و نشانه های استاندارد استفاده شود و از ذکر عبارات های مخفف در عنوان و خلاصه مقاله خودداری گردد.

- توضیح کامل در مورد هر کدام از عبارات های اختصاری برای اولین بار در متن آورده شود، مگر این که مربوط به مقیاس ها و مقادیر استاندارد شناخته شده باشد.

- پس از انتشار، نسخه ای برای نویسنده مسؤول ارسال نخواهد شد و شماره های مجله از طریق سایت برای نویسندگان و خوانندگان قابل دسترسی می باشد.

فهرست مطالب

مقاله‌های پژوهشی

- ۱۵۹۹.....کارآزمایی بالینی: کارآزمایی بالینی: کارآزمایی بالینی.....
مسعود نادرپور گرمی، مهنوش موسوی اقدس، کسری توسلی
- ۱۶۰۵.....بررسی ارتباط عملکرد و اعتماد به نفس جنسی با شاخص توده‌ی بدنی زنان سنین باروری.....
نجمه حجابی حقیقی، حمید آتش‌پور، میترا ملایی‌نژاد
- ۱۶۱۴.....بررسی ارتباط بین بیماری روماتیسمی درپچه‌ای قلب و بیماری عروق کرونر در بیماران با آنژین پایدار در شهر اصفهان، ایران.....
فائزه فرهنگ، زهرا علیزاده، نضال صراف زادگان، علی پورمقدس، قاسم یادگارف
- بررسی مقایسه‌ای میزان دقت دو سیستم امتیازبندی برای تعیین پیش‌آگهی مرگ و میر در بیماران دچار ترومای بستری در بخش مراقبت‌های ویژه‌ی بیمارستان الزهرا (س) اصفهان در سال ۱۳۹۴.....
۱۶۲۰..... پرویز کاشفی، زهرا عباسیان، سعید عباسی، محمود سقانی
- بررسی وضعیت عوارض بعد از عمل جراحی استومی در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان الزهرا (س) اصفهان، مهر ۱۳۹۴ تا مهر ۱۳۹۵.....
۱۶۲۶..... غلامرضا مهاجری، علی میانجی، مهدی میانجی
- فراوانی مننژیت در شیرخواران ۱۸-۶ ماهه با اولین تب و تشنج و حال عمومی خوب مراجعه کننده به بیمارستان‌های امام حسین و امین اصفهان در سال ۱۳۹۵.....
۱۶۳۳..... جعفر نصیری، فاطمه مختاریان
- وضعیت بهره‌مندی زنان میان‌سال متأهل از خدمات سلامت جنسی؛ یک مطالعه‌ی مقطعی.....
۱۶۴۰..... صدیقه مقسمی، گیتی ازگلی، فضل اله احمدی، معصومه سیمبر

بررسی تأثیر تزریق دگزامتازون وریدی تک‌دوز قبل از جراحی پاروتیدکتومی بر بروز فلج عصب صورتی: کار آزمایه بالینی

مسعود نادرپور گرمی^۱، مهرانوش موسوی اقدس^۲، کسری توسلی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: ضعف عصب فاشیال از عوارض عمده‌ی جراحی تومورهای پاروتید می‌باشد. هدف از انجام این مطالعه، بررسی تأثیر تزریق دگزامتازون وریدی تک‌دوز قبل از جراحی پاروتیدکتومی سطحی بر میزان بروز دیسفانکشن عصب فاشیال بعد از عمل بود.

روش‌ها: این مطالعه‌ی کارآزمایه بالینی بر روی ۴۰ بیمار مبتلا به توده‌ی خوش‌خیم پاروتید با عملکرد طبیعی عصب فاشیال که کاندیدای جراحی پاروتیدکتومی سطحی بودند، انجام شد. بیماران به صورت تصادفی به دو گروه ۲۰ نفره تحت دارو و دارونما تقسیم شدند. هر دو گروه، تحت جراحی پاروتیدکتومی سطحی قرار گرفتند. ضعف عصب بعد از جراحی و ارتباط آن با تزریق دگزامتازون و اندازه و موقعیت توده و همچنین، در صورت ایجاد فلج عصب، مدت ریکاوری عصب و درگیری شاخه‌ها، در دو گروه دارو و دارونما بررسی و مقایسه گردید.

یافته‌ها: تزریق دگزامتازون ۴ ساعت قبل از عمل، باعث کاهش دیسفانکشن عصب در مقایسه با گروه دارونما شد ($P < 0/05$). همچنین، دیسفانکشن عصب بر اساس محل قرار گرفتن توده در لوب‌های میانی و دم ($P = 0/749$) و اندازه‌ی توده ($P = 0/505$) در بین دو گروه دارای اختلاف آماری معنی‌داری نبود. تزریق دگزامتازون، باعث کاهش مدت ریکاوری در طی دو هفته‌ی اول بعد از جراحی می‌شود.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان می‌دهد که استفاده از دگزامتازون ۴ ساعت قبل از جراحی پاروتیدکتومی سطحی، نتیجه‌ی خوبی در کاهش دیسفانکشن عصب فاشیال بعد از جراحی دارد.

واژگان کلیدی: دگزامتازون، عصب فاشیال، غده‌ی پاروتید، جراحی

ارجاع: نادرپور گرمی مسعود، موسوی اقدس مهرانوش، توسلی کسری. بررسی تأثیر تزریق دگزامتازون وریدی تک‌دوز قبل از جراحی پاروتیدکتومی بر

بروز فلج عصب صورتی: کارآزمایه بالینی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۶؛ ۳۵ (۴۵۵): ۱۶۰۴-۱۵۹۹

جراحی اتفاق بیفتد (۳). عوارض پاروتیدکتومی به حین یا بعد از عمل تقسیم می‌شوند. در مطالعه‌ی Marchese-Ragona و همکاران، شایع‌ترین عارضه پس از پاروتیدکتومی فلج عصب صورتی (فاشیال) به صورت موقت یا دائم است (۴). بروز فلج موقت عصب صورت پس از پاروتیدکتومی در مطالعات مختلف بین ۴۰-۱۲ درصد گزارش شده است (۹-۵، ۲). در حالی که فلج دائمی عصب کمتر شایع بوده و بروز ۶۰-۰ درصد در مطالعات داشته است (۸-۵، ۲).

عوامل متعددی منجر به آسیب عصب صورتی در طول عمل جراحی می‌گردد که شامل اندازه‌ی تومور، نوع و محل تومور، وسعت

مقدمه

میزان بروز تومورهای خوش‌خیم و بدخیم غدد بزاقی بین ۸ تا ۴۰ میلیون نفر در هر سال است. تومورهای غدد بزاقی، به طور معمول شیوع پایینی دارد و تنها ۴-۳ درصد از نئوپلاسم سر و گردن را شامل می‌شود (۱). بیش از نیمی از تومورهای غدد بزاقی خوش‌خیم هستند و ۸۵-۷۰ درصد آن‌ها در غده‌ی پاروتید یافت می‌شوند (۲).

با وجود پیشرفت در تکنیک‌های استفاده شده در جراحی پاروتید، عوارض این عمل اجتناب‌ناپذیر است. عوارض بعد از عمل می‌تواند بلافاصله پس از عمل جراحی و یا چند روز پس از عمل

۱- استاد، گروه گوش و حلق و بینی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۲- استادیار، گروه گوش و حلق و بینی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۳- متخصص گوش و حلق و بینی، گروه گوش و حلق و بینی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: کسری توسلی

معیارهای خروج شامل بروز هر گونه عارضه به دنبال تجویز دگزامتازون و همچنین، مشاهده‌ی پاتولوژی بدخیم و یا عوارض بیهوشی حین عمل بودند.

با توجه به این که اثر ضد التهابی دگزامتازون ۶-۴ ساعت طول می‌کشد، در بیماران گروه مورد، ۴ ساعت قبل از عمل ۸ میلی‌گرم دگزامتازون وریدی تجویز گردید.

سپس، بیماران هر دو گروه توسط یک جراح و با یک تکنیک تحت پاروتیدکتومی سطحی قرار گرفتند. در طول عمل جراحی، اندازه و موقعیت توده در لوب سطحی مشخص و ثبت شد. همچنین، عصب صورتی به طور کامل اکسپلور شد. عملکرد عصب در تمام بیماران در روز اول پس از عمل جراحی و دو هفته و یک ماه پس از عمل جراحی بررسی شد. اثر تک‌دوز دگزامتازون وریدی قبل از عمل جراحی، به منظور کاهش میزان کلی اختلال عملکرد عصب صورتی پس از عمل جراحی و ارتباط آن با اندازه و موقعیت توده مورد بررسی قرار گرفت. در مورد فلج عصب، زمان بهبودی عصب و شاخه‌ی درگیر بررسی و در دو گروه مورد و شاهد مقایسه شد.

برای مقایسه‌ی میانگین متغیرهای کمی در دو گروه، از آزمون Independent t و برای مقایسه‌ی متغیرهای کیفی از آزمون χ^2 و Fisher's exact با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۴ (version 24, IBM Corporation, Armonk, NY) استفاده شد. سطح معنی‌داری برای کلیه‌ی آزمون‌ها $P < 0/05$ در نظر گرفته شده و کلیه‌ی اطلاعات به صورت میانگین \pm انحراف معیار و فراوانی (درصد) ارائه گردید.

بیماران به طور آگاهانه در این مطالعه شرکت کردند و اصول عهدنامه‌ی Helsinki و کمیته‌ی اخلاق دانشگاه تبریز رعایت شد. همچنین، کد IRCT مطالعه، IRCT2016060823594N2 بود.

یافته‌ها

در این مطالعه، میانگین سن گروه مورد $41/6 \pm 9/87$ سال و در گروه شاهد $41/35 \pm 13/61$ سال بود و تفاوت آماری معنی‌داری در دو گروه مشاهده نشد ($P = 0/342$). همچنین، تفاوتی از نظر جنسیت در دو گروه نیز مشاهده نشد ($P = 0/109$).

نتایج نشان داد که بیشتر افراد گروه مورد ۳۱-۴۰ ساله بودند و بیشتر توده‌ها اندازه‌ی ۲ سانتی‌متر داشتند و به جز یک مورد تومور وارتن و یک مورد لیپوم، سایر موارد توده‌ها از نوع آدنوم پلئومورف بود.

در روز اول بعد از عمل، یک نفر از بیماران گروه مورد علائم ضعف عصب فاشیال داشت که ظرف یک ماه بهبود پیدا کرد و ۷ نفر از بیماران گروه شاهد علائم ضعف عصب فاشیال داشتند که ۴ نفر از بیماران یک هفته پس از جراحی و ۳ نفر ظرف یک ماه پس از

عمل جراحی و جراحی مجدد می‌باشد (۱۰). Yildirim و همکاران، در بررسی تأثیر متیل پردنیزولون در آسیب‌های عصب فاشیال در موش‌ها به این نتیجه رسیدند که متیل پردنیزولون تأثیری در بهبود آسیب عصب ندارد (۱۱). مطالعه‌ی دیگری در بررسی آسیب عصب فاشیال نشان داد که عامل رشد شبه انسولین در ریکآوری آسیب عصب فاشیال مؤثر می‌باشد (۱۲).

مطالعات قبلی، بیشتر به بررسی درمان‌های رایج در بهبود آسیب عصب پس از ایجاد آسیب آن پرداخته‌اند. از جمله Varadharajan و همکاران در یک مطالعه‌ی مروری سیستماتیک، به این نتیجه رسیدند که درمان کورتیکو استروئید پس از آسیب، تأثیری در بهبود عصب ندارد (۱۳)، اما بر اساس مطالعات انجام شده، مطالعه‌ای به تأثیر درمان تک‌دوز قبل از عمل جهت پیش‌گیری از آسیب عصب نپرداخته بود. با توجه به شیوع بالای فلج عصب صورت، به خصوص فلج گذرا پس از پاروتیدکتومی، مدت طولانی جهت بازگشت فعالیت عصب، تأثیر منفی فلج عصب بر وضعیت فیزیولوژیک و روانی بیماران، همچنین فقدان پژوهش‌های کافی در مورد اثر تزریق کورتیکو استروئید قبل از عمل جراحی به منظور کاهش بروز و همچنین، کاهش زمان بهبودی فلج عصب پس از پاروتیدکتومی، مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی اثر دز واحد دگزامتازون وریدی قبل از عمل جراحی به منظور کاهش میزان کلی اختلال عملکرد عصب صورتی پس از عمل جراحی انجام شد.

روش‌ها

در این مطالعه‌ی کارآزمایی بالینی تصادفی دو سو کور، از بیماران مراجعه کننده در بازه‌ی زمانی یک ساله (از ابتدای سال ۱۳۹۴ تا ابتدای سال ۱۳۹۵) که جهت جراحی پاروتید به علت ابتلا به توده‌ی خوش‌خیم پاروتید بر اساس نتایج پاتولوژی Fine needle aspiration (FNA) انجام شده از بیماران و معاینات بالینی، در بخش گوش و حلق و بینی بیمارستان امام رضای (ع) تبریز بستری شده بودند، ۴۰ بیمار به صورت تصادفی به روش تخصیص تصادفی (Random allocation) در دو گروه تقسیم شدند که گروه مورد تحت درمان با دگزامتازون وریدی قبل از عمل و گروه شاهد، تحت تزریق نرمال‌سالین به عنوان دارونما قرار گرفتند. تجویز دارو، توسط فردی غیر از جراح و بدون آگاهی جراح صورت گرفت.

معیارهای ورود شامل افرادی بود که قبل از عمل، آسیب عصب فاشیال نداشتند. همچنین، مبتلایان به دیابت، بیماری‌های خودایمن، حساسیت به کورتیکو استروئیدها و موارد منع مصرف کورتیکو استروئیدها و سابقه‌ی مصرف قبلی کورتیکو استروئیدها وارد مطالعه نشدند. همچنین، بیمارانی که سابقه‌ی جراحی قبلی پاروتید یا پرتودرمانی سر و گردن داشتند نیز وارد مطالعه نشدند.

عمل ۳۶ درصد گزارش شده بود که نتایج مشابه یافته‌های مطالعه‌ی حاضر بود (۱۴). در مطالعه‌ی Stodulski و همکاران در زمینه‌ی بررسی میزان آسیب عصب فاشیال پس از پاروتیدکتومی، در ۲۷ درصد بیماران آسیب عصب مشاهده شده بود (۱۵).

استروئیدها، یک عامل ضد التهابی هستند که فسفولپاز A2 را مهار می‌کنند و منجر به مهار دگرانولاسیون گرانولوسیت‌ها، ماست سل‌ها و ماکروفاژها می‌شوند (۱۷-۱۶) و همچنین، استروئیدها منجر به مهار پروکسیداسیون لیپیدها پس از آسیب می‌شوند و سرعت بازگشت عصب پس از آسیب را بالا می‌برند (۱۸). همچنین، به نظر می‌رسد استفاده از کورتیکو استروئیدها منجر به کاهش ادم عصب می‌شود که مکانیسم پیشنهادی مناسبی برای درمان فلج عصب فاشیال می‌باشد (۱۹).

در مطالعه‌ی Lee و همکاران، بر خلاف مطالعه‌ی حاضر نشان داده شد که تجویز دگزامتازون بلافاصله قبل از عمل پاروتیدکتومی و سپس هر ۸ ساعت، تأثیری در کاهش فلج عصب فاشیال در مقایسه با دارونما ندارد (۲۰) که نتایج این مطالعه بر خلاف یافته‌های مطالعه‌ی حاضر بود که تک‌دوز دگزامتازون قبل از عمل به طور معنی‌داری موجب کاهش ضعف عصب در گروه مورد در مقایسه با گروه شاهد شده بود. همچنین، دو مطالعه‌ی دیگر توسط Varadharajan و همکاران (۱۳) و نیز Park و Roh (۲۱) بیانگر عدم تأثیر دگزامتازون در کاهش فلج عصب فاشیال پس از پاروتیدکتومی می‌باشد. البته، در مطالعه‌ی حاضر، تک‌دوز دگزامتازون ۴ ساعت قبل از عمل استفاده شده است که علت احتمالی عدم تشابه با این مطالعات، می‌تواند نحوه‌ی تجویز دارو باشد.

میزان فلج عصب فاشیال و بهبودی از آن در مطالعات مختلفی بررسی شده است. در یک مطالعه نشان داده شد که ۹۰ درصد موارد آسیب موقت عصب، ظرف یک ماه و تمام بیماران ظرف ۶ ماه بهبود می‌یابند (۲۲). در یک مطالعه، میزان بروز فلج عصب ۴۲/۷ درصد در روز اول، ۳۰/۷ درصد در ماه اول گزارش شد که ظرف ۶ ماه همگی برطرف شده بود (۸). در مطالعه‌ی Bron و O'Brien، میزان آسیب عصب ۲۹ درصد گزارش شد (۲۳). در مطالعه‌ی حاضر، در میان افراد مبتلا به اختلال عملکرد عصب در گروه شاهد، ۵۷ درصد در یک هفته و ۴۳ درصد در طول ماه اول بهبود یافتند. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که تزریق دگزامتازون ۴ ساعت قبل از عمل، هیچ تأثیری در زمان بهبودی عصبی در دو گروه مورد و شاهد نداشته است.

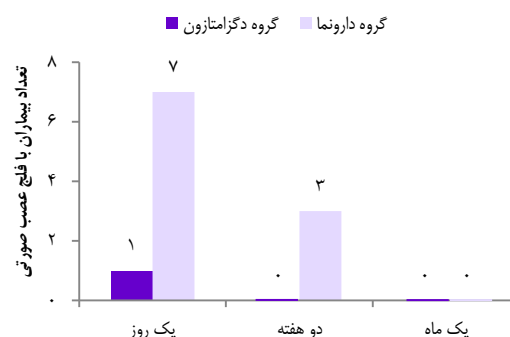
طبق نتایج مطالعه‌ی حاضر، در تمام بیماران درگیری شاخه‌ی مارژینال مندیبولار مشاهده شد که مشابه با نتایج مطالعات قبل بود (۲۴-۲۳، ۸). نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که در میان ۸ بیمار مبتلا به اختلال عصبی، ۳ بیمار مبتلا به تومور در قسمت وسط

جراحی بهبود یافتند. ضعف عصب یک روز ($P = 0/018$) و دو هفته پس از عمل ($P = 0/022$) بین دو گروه تفاوت معنی‌داری داشت؛ به طوری که در بیماران تحت درمان با دگزامتازون قبل از عمل، میزان ضعف عصب پایین‌تر بود، اما ظرف یک ماه همگی بهبود یافتند (جدول ۱ و شکل ۱).

جدول ۱. مقایسه‌ی شیوع تعداد بیماران با فلج عصب صورتی در دو گروه در بازه‌های زمانی

مقدار P	گروه شاهد تعداد (درصد)	گروه مورد تعداد (درصد)	
۰/۰۱۸	۷ (۳۵)	۱ (۵)	یک روز
۰/۰۲۲	۳ (۱۵)	-	یک هفته

در بررسی ۸ بیمار مبتلا به ضعف عصب فاشیال، ۳ مورد تومور در وسط غده و ۵ مورد تومور در دم غده‌ی پاروتید بود که تفاوت معنی‌داری در تأثیر محل توده بر ضعف عصب مشاهده نشد ($P = 0/749$) و در هر ۸ بیمار، شاخه‌ی مارژینال مندیبولار درگیر بود. همچنین، سن ($P = 0/490$) و جنس ($P = 0/429$) نیز تأثیری در درگیری عصب نداشتند. همچنین، اندازه‌ی توده نیز تأثیری در میزان درگیری عصب نداشت ($P = 0/505$).



شکل ۱. مقایسه‌ی تعداد بیماران با فلج عصب صورتی در دو گروه مورد و شاهد

بحث

طبق نتایج مطالعه‌ی حاضر در گروه دارونما از ۲۰ بیمار بررسی شده، ۷ نفر (۳۵ درصد) علائم فلج عصب صورت را در اولین روز بعد از عمل داشتند. این یافته، با نتایج مطالعات قبلی مطابقت دارد. این در حالی است که میزان بروز فلج عصب صورتی در اولین روز بعد از عمل در گروه مورد ۵ درصد و اختلاف دو گروه مورد و شاهد از نظر آماری معنی‌دار بوده است.

در مطالعه‌ی OU و Su میزان بروز فلج عصب فاشیال پس از

دگزامتازون می‌تواند منجر به کاهش التهاب عصب و همچنین، التهاب بافتی در اطراف عصب گردد که با اثر فشاری، منجر به آسیب عصب می‌شود.

این مطالعه نشان می‌دهد که استفاده از دگزامتازون ۴ ساعت قبل از جراحی پاروتیدکتومی سطحی، نتیجه‌ی خوبی در کاهش دیسفانکشن عصب فاشیال دارد و به طور معنی‌داری میزان بروز ضعف عصب فاشیال را در مقایسه با دارونما کاهش می‌دهد.

تشکر و قدردانی

از زحمات همکاران در بخش و اتاق عمل گوش و حلق و بینی بیمارستان امام رضای (ع) تبریز، سپاسگزاری می‌گردد.

پاروتید و ۵ بیماران مبتلا به تومور در دم غده بودند که ارتباط معنی‌داری میان محل توده و بروز ضعف عصبی مشهود نبود. دو مطالعه نشان دهنده‌ی عدم ارتباط اندازه‌ی توده با بروز آسیب عصب بوده‌اند (۲۵-۲۴، ۸)، اما مطالعه‌ی دیگری، ارتباط اندازه‌ی تومور و بروز فلج عصب فاشیال را نشان داده بود (۲۰). مطالعه‌ی حاضر نیز از عدم تأثیر اندازه‌ی توده در بروز آسیب عصب حمایت کرده است. سن و جنس نیز تأثیری در بروز ضعف عصب نداشتند که در برخی مطالعات نیز تأیید شده بود (۲۴، ۸)، اما در مطالعه‌ی Mra و همکاران سن با بروز ضعف عصب فاشیال مرتبط بوده است (۲۵). با توجه به تأثیر دگزامتازون قبل از عمل در مطالعه‌ی حاضر بر کاهش معنی‌دار آسیب عصب فاشیال، استنباط می‌شود اثر ضد التهابی

References

- Day TA, Deveikis J, Gillespie MB, Joe JK, Ogretmen B, Osguthorpe JD, et al. Salivary gland neoplasms. *Curr Treat Options Oncol* 2004; 5(1): 11-26.
- Upton DC, McNamar JP, Connor NP, Harari PM, Hartig GK. Parotidectomy: ten-year review of 237 cases at a single institution. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2007; 136(5): 788-92.
- Jianjun Y, Tong T, Wenzhu S, Shanzhen S, Jianguo T, Fengcai W, et al. Use of a parotid fascia flap to prevent postoperative fistula. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999; 87(6): 673-5.
- Marchese-Ragona R, De FC, Marioni G, Staffieri A. Treatment of complications of parotid gland surgery. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2005; 25(3): 174-8.
- Witt RL. Facial nerve function after partial superficial parotidectomy: An 11-year review (1987-1997). *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 121(3): 210-3.
- Guntinas-Lichius O, Klussmann JP, Wittekindt C, Stennert E. Parotidectomy for benign parotid disease at a university teaching hospital: Outcome of 963 operations. *Laryngoscope* 2006; 116(4): 534-40.
- Nouraei SA, Ismail Y, Ferguson MS, McLean NR, Milner RH, Thomson PJ, et al. Analysis of complications following surgical treatment of benign parotid disease. *ANZ J Surg* 2008; 78(3): 134-8.
- Gaillard C, Perie S, Susini B, St Guily JL. Facial nerve dysfunction after parotidectomy: the role of local factors. *Laryngoscope* 2005; 115(2): 287-91.
- Meier JD, Wenig BL, Manders EC, Nenonene EK. Continuous intraoperative facial nerve monitoring in predicting postoperative injury during parotidectomy. *Laryngoscope* 2006; 116(9): 1569-72.
- Eisele DW, Wang SJ, Orloff LA. Electrophysiologic facial nerve monitoring during parotidectomy. *Head Neck* 2010; 32(3): 399-405.
- Yildirim MA, Karlidag T, Akpolat N, Kaygusuz I, Keles E, Yalcin S, et al. The effect of methylprednisolone on facial nerve paralysis with different etiologies. *J Craniofac Surg* 2015; 26(3): 810-5.
- Bayrak AF, Olgun Y, Ozbakan A, Aktas S, Kulan CA, Kamaci G, et al. The Effect of Insulin Like Growth Factor-1 on Recovery of Facial Nerve Crush Injury. *Clin Exp Otorhinolaryngol* 2017; 10(4): 296-302.
- Varadharajan K, Beegun I, Daly N. Use of steroids for facial nerve paralysis after parotidectomy: A systematic review. *World J Clin Cases* 2015; 3(2): 180-5.
- Ou XR, Su HB. Facial nerve dysfunction after various surgical managements for benign parotid tumor. *Hunan Yi Ke Da Xue Xue Bao* 2001; 26(4): 371-3. [In Chinese].
- Stodulski D, Skorek A, Mikaszewski B, Wisniewski P, Stankiewicz C. Facial nerve grading after parotidectomy. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2015; 272(9): 2445-50.
- Hall ED. The effects of glucocorticoid and nonglucocorticoid steroids on acute neuronal degeneration. *Adv Neurol* 1993; 59: 241-8.
- Lee HM, Weinstein JN, Meller ST, Hayashi N, Spratt KF, Gebhart GF. The role of steroids and their effects on phospholipase A2. An animal model of radiculopathy. *Spine (Phila Pa 1976)* 1998; 23(11): 1191-6.
- Kartush JM, Brackmann DE. Acoustic neuroma update. *Otolaryngol Clin North Am* 1996; 29(3): 377-92.
- Higgins JP, Altman DG. Assessing risk of bias in included studies. *cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons; 2008. p. 187-241.
- Lee KJ, Fee WE, Jr., Terris DJ. The efficacy of corticosteroids in postparotidectomy facial nerve paresis. *Laryngoscope* 2002; 112(11): 1958-63.
- Roh JL, Park CI. A prospective, randomized trial for use of prednisolone in patients with facial nerve paralysis after parotidectomy. *Am J Surg* 2008; 196(5): 746-50.
- Laccourreye H, Laccourreye O, Cauchois R, Jouffre V, Menard M, Brasnu D. Total conservative parotidectomy for primary benign pleomorphic

- adenoma of the parotid gland: A 25-year experience with 229 patients. *Laryngoscope* 1994; 104(12): 1487-94.
23. Bron LP, O'Brien CJ. Facial nerve function after parotidectomy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 123(10): 1091-6.
24. Tung BK, Chu PY, Tai SK, Wang YF, Tsai TL, Lee TL, et al. Predictors and timing of recovery in patients with immediate facial nerve dysfunction after parotidectomy. *Head Neck* 2014; 36(2): 247-51.
25. Mra Z, Komisar A, Blaugrund SM. Functional facial nerve weakness after surgery for benign parotid tumors: a multivariate statistical analysis. *Head Neck* 1993; 15(2): 147-52.

The Effect of a Single Dose of Intravenous Dexamethasone Administered before Parotid Surgery on Facial Nerve Paralysis; Randomized Controlled Clinical Trial

Masoud Naderpour-Germi¹, Mehrnoush Mousavi-Aghdas², Kasra Tavassoli³

Original Article

Abstract

Background: Facial nerve weakness is the major complication of parotid tumors. The aim of this study was to evaluate the effect of a single dose of intravenous dexamethasone before superficial parotidectomy on postoperative facial nerve dysfunction.

Methods: This randomized clinical trial study was performed on 40 patients with benign parotid lesions and normal function of the facial nerve. Patients were randomly assigned to two groups of 20 patients under medication and placebo; patients in both groups underwent superficial parotidectomy. Early postoperative function, and rate of function return and its relationship to size, type, and position of the mass, as well as age, and sex were compared among the groups.

Findings: Incidence of postoperative facial nerve dysfunction was significantly lower in patient received dexamethasone (5% in drug group versus 35% in placebo group) on the first postoperative day ($P = 0.018$). There was no statistically significant difference between the nerve dysfunction based on the mass location ($P = 0.749$) and size ($P = 0.505$), and the nerve dysfunction rate between the two groups in terms of age ($P = 0.490$) and gender ($P = 0.429$).

Conclusion: This study shows that using intravenous dexamethasone 4 hours before the superficial parotidectomy has a good result in reduction of facial nerve dysfunction.

Keywords: Dexamethasone, Facial nerve, Parotid gland, Surgery

Citation: Naderpour-Germi M, Mousavi-Aghdas M, Tavassoli K. **The Effect of a Single Dose of Intravenous Dexamethasone Administered before Parotid Surgery on Facial Nerve Paralysis; Randomized Controlled Clinical Trial.** J Isfahan Med Sch 2018; 35(455): 1599-604.

1- Professor, Department of Ear, Nose, and Throat, School of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

2- Assistant Professor, Department of Ear, Nose, and Throat, School of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

3- Otolaryngologists, Department of Ear, Nose, and Throat, School of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Corresponding Author: Kasra Tavassoli, Email: kasra364@yahoo.com

بررسی ارتباط عملکرد و اعتماد به نفس جنسی با شاخص توده‌ی بدنی زنان سنین باروری

نجمه حجابی حقیقی^۱، حمید آتش‌پور^۲، میترا ملایی‌نژاد^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: سلامت جنسی جزء مهمی در تأمین سلامت زوجین و بهداشت عمومی است. موفقیت در ارتباط جنسی زوج، موفقیت در زندگی زناشویی است. در سال‌های اخیر، ارتباط شاخص توده‌ی بدنی با عملکرد جنسی مورد توجه قرار گرفته است. مطالعه‌ی حاضر، با هدف مقایسه‌ی عملکرد جنسی و اعتماد به نفس جنسی با در نظر گرفتن شاخص توده‌ی بدنی زنان سنین باروری انجام شد.

روش‌ها: در یک مطالعه‌ی مقطعی، ۱۹۲ زن ۱۸-۵۰ سال متأهل شهر اصفهان در سال‌های ۹۶-۱۳۹۵ به صورت در دسترس وارد مطالعه شدند. ملاک‌های ورود شامل تحصیلات حداقل دیپلم، نداشتن بیماری روانی و جسمی و تمایل به شرکت در پژوهش بودند. ملاک‌های خروج، شامل عدم تمایل و همکاری شرکت کننده در پژوهش بود. اطلاعات با استفاده از پرسش‌نامه‌ی فردی، ترازو و متر، پرسش‌نامه‌های شاخص عملکرد جنسی (FSFI یا Female sexual function index) و اعتماد به نفس جنسی زنان Anne Hooper، جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های Levene، و MANOVA و One-way ANOVA انجام شد.

یافته‌ها: تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات ابعاد میل جنسی، تحریک روانی و ارگاسم، در سه گروه لاغر ($18/5 >$ کیلوگرم/مترمربع)، متوسط ($18/5-24/9$ کیلوگرم/مترمربع) و چاق ($25-30$ کیلوگرم/مترمربع) بود ($P < 0/05$)، اما در ابعاد رطوبت، رضایتمندی و درد جنسی بین سه گروه، تفاوت معنی‌داری به دست نیامد. همچنین، میانگین نمرات ابعاد میل جنسی، تحریک روانی و ارگاسم در زنان لاغر پایین‌تر و میانگین نمرات درد جنسی آن‌ها بالاتر از سایر گروه‌ها بود ($P < 0/05$)، سه گروه در اعتماد به نفس جنسی تفاوت معنی‌داری نداشتند.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این مطالعه، می‌توان گفت که شاخص توده‌ی بدنی در زنان، تنها عامل تعیین‌کننده‌ی عملکرد و اعتماد به نفس جنسی آن‌ها نیست و سایر عوامل مؤثر درون روانی، بین فردی و سناریوهای فرهنگی را باید مورد بررسی قرار داد.

واژگان کلیدی: شاخص توده‌ی بدنی، عملکرد جنسی، اعتماد به نفس جنسی

ارجاع: حجابی حقیقی نجمه، آتش‌پور حمید، ملایی‌نژاد میترا. بررسی ارتباط عملکرد و اعتماد به نفس جنسی با شاخص توده‌ی بدنی زنان سنین

باروری. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۶؛ ۳۵ (۴۵۵): ۱۶۱۳-۱۶۰۵

اختلال عملکرد جنسی در زنان، به معنی اختلال دایمی و عود کننده در سه حیطه‌ی تمایل و برانگیختگی جنسی، درد حین نزدیکی و عدم توانایی در رسیدن به اوج لذت جنسی یا ارگاسم می‌باشد. شیوع این اختلالات در زنان بالا می‌باشد و تأثیر زیادی بر اعتماد به نفس و روابط زناشویی آنان می‌گذارد (۳). مطالعات متعددی در مورد شیوع اختلالات جنسی در ایران منتشر شده است که بر حسب محل و شیوه‌ی نمونه‌گیری، یافته‌های متفاوتی را گزارش می‌کنند. شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان، ۶۴ درصد گزارش شده است که

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت، سلامت زنان و مردان را به عنوان یکی از شاخص‌های توسعه یافتگی کشورها معرفی کرده است (۱). در واقع، یکی از مهم‌ترین عوامل سعادت در زندگی زناشویی، داشتن روابط لذت‌بخش جنسی است؛ چرا که رضایت‌بخش نبودن این رابطه، باعث ایجاد محرومیت، ناکامی و عدم احساس امنیت در زوجها می‌شود (۲). از مهم‌ترین جنبه‌های زندگی جنسی و روان‌شناسی انسان، می‌توان به عملکرد جنسی و اعتماد به نفس جنسی زوجین اشاره کرد.

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی صنعتی و سازمانی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

۳- استادیار پژوهشی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

بیشترین فراوانی، مربوط به حیطه‌ی درد جنسی (۳۷ درصد) بوده است (۴). بر اساس یک بررسی ملی انجام شده، ۳۱/۵ درصد زنان دارای اختلال عملکرد جنسی هستند که به تفکیک شیوع اختلالات شامل کمبود میل جنسی (۳۵ درصد)، عدم برانگیختگی جنسی (۳۰ درصد)، نرسیدن به ارگاسم (۳۷ درصد) و درد حین مقاربت (۲۶ درصد) گزارش شده است (۵).

بعضی مطالعات دریافته‌اند که تفاوت معنی‌داری بین عملکرد جنسی و شاخص توده‌ی بدنی در زنان متوسط و چاق وجود دارد (۱۶)؛ در حالی که در مطالعه‌ی Huang و همکاران، ارتباط معنی‌داری بین اختلال عملکرد جنسی با میزان چاقی در زنان وجود نداشت (۱۷). همچنین، Pace و همکاران، با مطالعه بر روی ۱۵۸ زن دریافته‌اند که ارتباط آماری منفی معنی‌داری بین شاخص توده‌ی بدنی با تحریک، ارگاسم، لوبریکاسیون و رضایت جنسی وجود دارد، اما با درد و میل جنسی ارتباطی وجود ندارد (۱۸). با توجه به این که مطالعه بر روی این دو متغیر پژوهش حاضر بر اساس شاخص‌های توده‌ی بدنی (لاغر، متوسط و چاق) حیطه‌ی نوپا و تازه است و همچنین، با توجه به اهمیت مسایل جنسی در زندگی زناشویی، مطالعه‌ی حاضر با هدف مقایسه‌ی متغیرهای عملکرد جنسی و اعتماد به نفس جنسی بر اساس شاخص توده‌ی بدنی در زنان سنین باروری انجام شد.

اختلال عملکرد جنسی به هر دلیلی که ایجاد شود، باعث پایین آمدن اعتماد به نفس و کیفیت زندگی می‌شود. همچنین، این اختلال در زنان شایع است و در هر سن، فرهنگ و در افراد با وضعیت اجتماعی و اقتصادی متفاوت بروز می‌کند و به طور وسیع بر اعتماد به نفس، کیفیت زندگی، خلق و خوی زنان و ارتباطشان با همسر تأثیر می‌گذارد (۶).

یکی دیگر از این عوامل مهم مرتبط با زندگی جنسی زنان، اعتماد به نفس جنسی است که در برگیرنده‌ی افکار فرد یا شناخت او در مورد عمل جنسی یا توانایی او در مورد عملکرد جنسی می‌باشد (۷). احساسی که فرد نسبت به اندام‌ها و رفتارهای جنسی و جنسیت خود دارد و در کارکردهای جنسی او تأثیر می‌گذارد؛ به عبارت دیگر، افکار و احساساتی که فرد درباره‌ی خویشتن دارد، اعتماد به نفس وی را تشکیل می‌دهد که اعتماد به نفس جنسی نامیده می‌شود. کسی که اعتماد به نفس پایینی دارد، بی‌شک دچار مشکلاتی در امور جنسی و مسایل زناشویی می‌شود (۸).

Whestheimer و Lopater نشان دادند که بین عملکرد جنسی افراد و احساسی که در مورد خودشان به عنوان شریک جنسی دارند، رابطه‌ی مستقیمی وجود دارد و از آن جایی که مسایل جنسی جزئی از شخصیت افراد است، پس هر مشکل جنسی، منجر به کاهش اعتماد به نفس فرد می‌شود. در نتیجه، افرادی که از ناهنجاری جنسی رنج می‌برند، اغلب احساس خودکارآمدی و اعتماد به نفس و کیفیت زندگی پایینی دارند (۹). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که وزن بدن نیز می‌تواند بر عملکرد، خود-کارآمدی و رفتارهای جنسی تأثیرگذار باشد (۱۰). اضافه وزن و چاقی، به عنوان عوامل خطر اختلالات جنسی در مردان شناسایی شده‌اند (۱۱)، اما رابطه‌ی بین میزان چاقی و توزیع چربی بدن با اختلالات جنسی در زنان، همچنان مبهم است (۱۲). بر اساس مطالعات انجام شده، بین سه گروه شاخص توده‌ی بدنی طبیعی، اضافه وزن و چاق، از نظر داشتن رابطه‌ی جنسی با جنس مخالف تفاوت معنی‌داری وجود داشت؛ به گونه‌ای که زنان چاق یا مبتلا به اضافه وزن، کمتر از زنان با وزن طبیعی رابطه‌ی جنسی با جنس مخالف را گزارش کرده بودند (۱۳).

رئیی و همکاران در مطالعه‌ای بر روی ۷۷ زن دچار اختلال عملکرد جنسی و ۶۴ زن سالم بدون اختلال عملکرد جنسی، دریافته‌اند که بین دو گروه مورد و شاهد، ارتباط معنی‌داری بین نمایه‌ی توده‌ی بدنی و اختلال عملکرد جنسی وجود داشت (۱۴). ضیغمی محمدی و مؤده، ارتباط معنی‌داری بین سه گروه شاخص توده‌ی بدنی و

روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر، یک مطالعه‌ی توصیفی-مقطعی بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه‌ی زنان متأهل ساکن شهر اصفهان در سال‌های ۹۶-۱۳۹۵ تشکیل می‌دادند. معیارهای ورود به مطالعه، شامل زنان متأهل که پایان تیرماه ۱۳۹۵، پنج سال از ازدواجشان گذشته بود، سن ۵۰-۱۸ سال، تحصیلات حداقل دیپلم، نداشتن بیماری روانی و جسمی شناخته شده و تمایل به شرکت در پژوهش بودند. معیارهای خروج از مطالعه، شامل عدم تمایل و همکاری شرکت‌کنندگان در پژوهش در هر زمانی از انجام مطالعه بود. نمونه‌های پژوهش، ۱۹۲ نفر زن بودند که از طریق فرمول Kukran و در سطح اطمینان ۹۵ درصد تعیین و به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

روش کار: شیوه‌ی نمونه‌گیری به این صورت بود که پس از حضور و مراجعه به باشگاه‌ها و فرهنگسراها و کسب موافقت مسئولین مربوط و تعیین زمان‌های پرتراکم مراجعه و حضور زنان در باشگاه‌ها و فرهنگسراها، فراخوان برای شرکت در پژوهش صورت گرفت. در روز مراجعه‌ی زنان مشارکت‌کننده، قبل از اجرای مطالعه، موضوع تحقیق و حق انصراف از ادامه‌ی مطالعه در هر یک از مقاطع اجرای آن، برای مشارکت‌کنندگان به صورت شفاهی تشریح گردید و سپس، پرسش‌نامه‌ها بین مراجعین توزیع شد. در مجموع، تعداد ۲۰۰ پرسش‌نامه توزیع گردید که همگی آن‌ها با حضور محقق اول،

اجرا و جمع‌آوری شد.

ابزارهای پژوهش: ابزارگردآوری اطلاعات در مطالعه‌ی حاضر، ترازوی دیجیتال و متر، پرسش‌نامه‌ی مشخصات دموگرافیک و پرسش‌نامه‌های معتبر فارسی شاخص عملکرد جنسی (FSFI) Female sexual function index و اعتماد به نفس جنسی بود. ترازوی دیجیتال و متر نواری به ترتیب برای محاسبه‌ی وزن و قد مشارکت‌کنندگان مورد استفاده قرار گرفت. ترازوی دیجیتال مدل bd780 (ساخت شرکت Bredmed) بود و کالیبراسیون به صورت روزانه بر حسب راهنمای شرکت انجام و وزن مشارکت‌کنندگان بر حسب کیلوگرم با دو رقم اعشار توسط محقق اول ثبت می‌شد. همچنین، قد مشارکت‌کنندگان بر حسب سانتی‌متر توسط متر نواری سنجیده می‌شد.

شاخص توده‌ی بدنی، با تقسیم وزن فرد به کیلوگرم بر مجذور قد فرد به متر محاسبه شد و افراد بر حسب شاخص توده‌ی بدنی در سه گروه لاغر ($BMI < 18/5$)، گروه متوسط ($18/5 < BMI < 24/9$)، گروه چاق ($BMI > 30$) قرار گرفتند.

پرسش‌نامه‌ی مشخصات دموگرافیک: این پرسش‌نامه توسط تیم تحقیق طراحی شد و در برگیرنده‌ی سن، مدرک تحصیلی و مدت ازدواج بود.

پرسش‌نامه‌ی اعتماد به نفس جنسی: این پرسش‌نامه نیز مشتمل بر ۱۵ سؤال بود. این پرسش‌نامه توسط Anne Hooper ساخته و توسط ساسان‌پور و همکاران (۱۹) در ایران استفاده شده است. روایی این پرسش‌نامه بر اساس شاخص‌ها و زیربناهای نظری اخذ گردید و چندین بار مورد ارزیابی و تصحیح قرار گرفته و در نهایت، به تأیید متخصصین روان‌شناسی و کارشناسان رسیده است. پایایی این پرسش‌نامه نیز با محاسبه‌ی Cronbach's alpha توسط نام‌برندگان ۰/۹۱ گزارش شده است. این پرسش‌نامه، بر پایه‌ی مقیاس طیف ۳ درجه‌ای (الف ۰ تا پ ۲) پاسخ داده می‌شود. نمرات بالا در آن، نشان‌دهنده‌ی اعتماد به نفس جنسی بالاتر می‌باشد (۲۰).

پرسش‌نامه‌ی عملکرد جنسی زنان (FSFI): این پرسش‌نامه مشتمل بر ۱۹ سؤال است و شش حیطه (میل جنسی، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی و درد جنسی) را مورد بررسی قرار

می‌دهد. این پرسش‌نامه، نخستین بار توسط Rosen و همکاران (۲۱) ساخته و نسخه‌ی فارسی آن توسط محمدی و همکاران اعتباریابی شده است (۲۲). روایی این پرسش‌نامه بر اساس شاخص‌ها و زیربناهای نظری اخذ گردید و چندین بار مورد ارزیابی و تصحیح قرار گرفته و در نهایت، به تأیید متخصصین روان‌شناسی و کارشناسان رسیده است. پایایی این پرسش‌نامه نیز با محاسبه‌ی Cronbach's alpha توسط Rosen و همکاران ۰/۸۹ و توسط محققین ایرانی ۰/۹۰ گزارش شده است. پاسخگویی به پرسش‌نامه به صورت طیف لیکرت می‌باشد. هر سؤال، ۵ گزینه‌ی اصلا، کمی، متوسط، بسیار و بی‌نهایت دارد و نمرات هر حیطه از صفر تا ۵ می‌باشد. روش نمره‌گذاری به این ترتیب است که نمره‌ی زیر ۲۸، عملکرد جنسی نامطلوب و نمرات ۲۸-۳۶ عملکرد جنسی مطلوب می‌باشند (۲۲).

تجزیه و تحلیل داده‌ها: داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۲۳ (version 23, IBM Corporation, Armonk, NY) در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شد. آزمون طبیعی بودن توزیع نمرات آزمون‌ها و آزمون Levene مبتنی بر تساوی واریانس‌ها به منظور بررسی پیش‌فرض‌های آماری لازم جهت استفاده از آزمون‌های پارامتریک انجام شد. همچنین، در سطح آمار توصیفی، از فراوانی و درصد فراوانی و در سطح آمار استنباطی، از آزمون‌های MANOVA و One-way ANOVA استفاده شد. برای آزمون طبیعی بودن داده‌ها از آزمون Kolmogorov-Smirnov استفاده شد. داده‌های توصیفی براساس فراوانی و درصد و میانگین و انحراف معیار و داده‌های تحلیلی براساس تفاوت میانگین‌ها و حدود اطمینان بیان شد. $P < 0/05$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

با توجه به مخدوش بودن تعدادی از پرسش‌نامه‌ها و عدم تکمیل بیش از ۲۰ درصد سؤالات و یا عدم بازگرداندن تعدادی از پرسش‌نامه‌ها توسط زنان مشارکت‌کننده، در نهایت پرسش‌نامه‌های جمع‌آوری شده برای ۱۹۲ نفر مورد بررسی قرارگرفت. مشخصات دموگرافیک زنان مشارکت‌کننده بر حسب شاخص توده‌ی بدنی در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک زنان مشارکت‌کننده بر حسب شاخص توده‌ی بدنی

گروه‌ها	سن (سال)	مدت ازدواج (سال)	تحصیلات				میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار
			فوق لیسانس	لیسانس	دیپلم	زیر دیپلم		
			تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
لاغر	۳۳/۱۷ \pm ۷/۶۲	۱۰/۶۶ \pm ۸/۱۲	۱ (۸/۳)	۸ (۶۶/۷)	۳ (۲۵/۰)	۰ (۰)	۱۲ (۶/۲)	۱۲ (۶/۲)
متوسط	۳۴/۵۹ \pm ۷/۲۴	۱۲/۴۵ \pm ۸/۵۵	۶ (۳/۸)	۸۷ (۵۵/۸)	۲۹ (۱۸/۶)	۵ (۳/۲)	۱۵۶ (۸۱/۳)	۱۵۶ (۸۱/۳)
چاق	۳۹/۰۰ \pm ۶/۵۸	۱۷/۳۸ \pm ۱۰/۳۷	۱ (۴/۲)	۹ (۳۷/۵)	۶ (۲۵/۰)	۲ (۸/۳)	۲۴ (۱۲/۵)	۲۴ (۱۲/۵)

همچنین، فرض صفر مبنی بر طبیعی بودن توزیع نمرات در متغیرهای عملکرد جنسی، تحریک روانی و درد جنسی در گروه‌های چاق و لاغر و میل جنسی، رطوبت، ارگاسم و رضایتمندی در گروه افراد لاغر تأیید ($P > 0/050$) و در سایر گروه‌ها ($P < 0/050$) رد شده است.

با توجه به جدول ۳، میانگین نمره‌ی اعتماد به نفس جنسی در زنان به ترتیب در افراد متوسط، لاغر و چاق بالاتر است. همچنین، در عملکرد جنسی زنان و همه‌ی ابعاد آن شامل میل جنسی، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم و رضایتمندی به جز درد جنسی، میانگین نمرات افراد چاق بالاتر از همه‌ی گروه‌ها بود؛ در حالی که در زمینه‌ی درد جنسی، میانگین نمرات افراد لاغر بالاتر از دوگروه دیگر یعنی متوسط و چاق است.

بر اساس جدول ۴، در زنان مشارکت کننده، تفاوت بین میانگین نمرات متغیر اعتماد به نفس جنسی، در سه گروه لاغر، متوسط و چاق معنی دار نبود ($P > 0/050$). همچنین، تفاوت بین میانگین نمرات ابعاد میل جنسی، تحریک روانی و ارگاسم، در سه گروه زنان لاغر، متوسط و چاق معنی دار بود ($P < 0/050$)، اما تفاوت سه گروه در ابعاد رطوبت، رضایتمندی و درد جنسی معنی دار نبود. توان آماری بیشتر از ۷۰ درصد در این سه بعد نیز نشان دهنده‌ی دقت مورد قبول آزمون و کفایت حجم نمونه در بررسی این فرضیه است.

جدول ۵ نشان می‌دهد در عملکرد جنسی زنان، تفاوت گروه لاغر با متوسط ($P < 0/050$) و گروه لاغر با چاق ($P < 0/050$) معنی دار بوده است. در حالی که تفاوت افراد متوسط با چاق در این متغیر معنی دار نبود. همچنین، در هر سه متغیر میل جنسی، تحریک روانی و ارگاسم، تفاوت گروه لاغر با ایده‌آل ($P < 0/050$) و لاغر با چاق ($P < 0/050$) معنی دار است. در حالی که تفاوت افراد متوسط با چاق در این متغیرها معنی دار نبود. مقایسه‌ی میانگین نمرات ابعاد میل جنسی، تحریک روانی و ارگاسم در دو گروه در شکل ۱ ارائه شده است. به دلیل معنی دار نشدن تفاوت بین میانگین‌ها در متغیر اعتماد به نفس جنسی، مقایسه‌ی زوجی میانگین‌ها در این متغیر انجام نشد.

بررسی پیش فرض طبیعی بودن، آن است که طبیعی بودن توزیع نمرات همسان با جامعه را مورد بررسی قرار دهد. این پیش فرض، حاکی از آن است که تفاوت مشاهده شده بین توزیع نمرات گروه مورد و توزیع طبیعی در جامعه، برابر با صفر است. بدین منظور، از آزمون Kolmogorov-Smirnov استفاده گردید. با توجه به نتایج جدول ۲، فرض صفر مبنی بر طبیعی بودن توزیع نمرات در متغیرهای اعتماد به نفس جنسی زنان در گروه لاغر ($P > 0/050$) و در گروه متوسط و چاق ($P > 0/050$) رد شده است.

جدول ۲. سطح معنی داری در آزمون طبیعی بودن نمرات متغیرهای اعتماد به نفس و عملکرد جنسی و ابعاد آن به تفکیک سه گروه لاغر، متوسط و چاق

متغیر	گروه	لاغر	متوسط	چاق
اعتماد به نفس جنسی	آماره	۰/۲۱۴	۰/۰۹۵	۰/۲۹۲
	درجه‌ی آزادی	۱۲	۱۵۶	۲۴
	مقدار P	۰/۱۳۵	۰/۰۰۲	۰/۰۰۱
عملکرد جنسی	آماره	۰/۱۵۲	۰/۰۹۲	۰/۱۴۳
	درجه‌ی آزادی	۱۲	۱۵۶	۲۴
	مقدار P	۰/۲۰۰	۰/۰۰۲	۰/۲۰۰
میل جنسی	آماره	۰/۲۲۳	۰/۲۴۷	۰/۲۳۳
	درجه‌ی آزادی	۱۲	۱۵۶	۲۴
	مقدار P	۰/۱۰۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲
تحریک روانی	آماره	۰/۱۵۴	۰/۰۷۴	۰/۱۷
	درجه‌ی آزادی	۱۲	۱۵۶	۲۴
	مقدار P	۰/۲۰۰	۰/۰۳۸	۰/۰۷۱
رطوبت	آماره	۰/۲۳۵	۰/۱۵	۰/۲۲۴
	درجه‌ی آزادی	۱۲	۱۵۶	۲۴
	مقدار P	۰/۰۶۶	۰/۰۰۱	۰/۰۰۳
ارگاسم	آماره	۰/۱۹۲	۰/۱۹	۰/۱۹۲
	درجه‌ی آزادی	۱۲	۱۵۶	۲۴
	مقدار P	۰/۲۰۰	۰/۰۰۱	۰/۰۲۲
رضایتمندی	آماره	۰/۲۰۸	۰/۱۹۴	۰/۲۵۵
	درجه‌ی آزادی	۱۲	۱۵۶	۲۴
	مقدار P	۰/۱۵۹	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
درد جنسی	آماره	۰/۲۲۱	۰/۱۳۶	۰/۱۵۵
	درجه‌ی آزادی	۱۲	۱۵۶	۲۴
	مقدار P	۰/۱۰۸	۰/۰۰۱	۰/۱۴۱

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی نمرات اعتماد به نفس و عملکرد جنسی و ابعاد آن در زنان به تفکیک سه گروه لاغر، متوسط و چاق

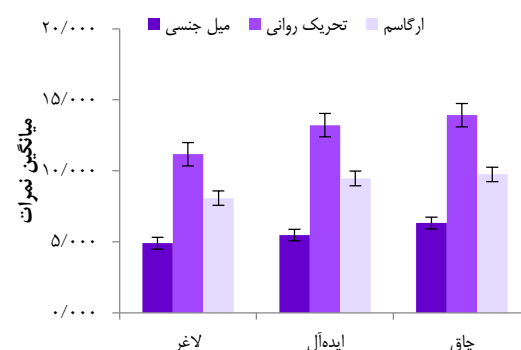
گروه‌ها	اعتماد به نفس جنسی					
	میانگین \pm انحراف معیار	میل جنسی میانگین \pm انحراف معیار	تحریک روانی میانگین \pm انحراف معیار	رطوبت میانگین \pm انحراف معیار	ارگاسم میانگین \pm انحراف معیار	رضایتمندی میانگین \pm انحراف معیار
لاغر	۳۱/۷۹ \pm ۳/۸۳	۴/۹۱ \pm ۱/۸۳	۱۱/۱۷ \pm ۳/۴	۱۰/۰۸ \pm ۲/۲۳	۸/۰۸ \pm ۱/۸۳	۱۰/۲۵ \pm ۲/۳۷
متوسط	۳۲/۱۷ \pm ۲/۶۵	۵/۴۸ \pm ۱/۴۵	۱۳/۲۱ \pm ۳/۲۹	۱۰/۵۵ \pm ۲/۱۹	۹/۴۷ \pm ۱/۹۰	۱۱/۵۸ \pm ۲/۸۶
چاق	۳۱/۱۰ \pm ۳/۲۵	۶/۳۳ \pm ۰/۸۷	۱۳/۹۲ \pm ۲/۵۶	۱۰/۶۶ \pm ۱/۸۵	۹/۷۵ \pm ۱/۷۲	۱۲/۴۵ \pm ۲/۳۲

جدول ۴. نتایج تحلیل تک متغیره‌ی اعتماد به نفس جنسی و عملکرد جنسی زنان شرکت کننده در سه گروه لاغر، متوسط و چاق

گروه‌ها	اعتماد به نفس جنسی					
	میل جنسی	تحریک روانی	رطوبت	ارگاسم	رضایتمندی	درد جنسی
مجموع مجذورات	۱۶/۰۶۲	۶۱/۸۰۹	۲/۹۰۵	۲۴/۵۱۴	۳۹/۵۱۱	۸/۳۸۶
درجه‌ی آزادی	۲	۲	۲	۲	۲	۲
میانگین مجذورات	۸/۰۳۱	۳۰/۹۰۳	۱/۴۵۳	۱۲/۲۵۷	۱۹/۷۵۵	۴/۱۹۳
F	۳/۹۸۹	۲/۹۷۸	۰/۳۱۲	۳/۴۶۶	۲/۵۶۱	۰/۴۳۱
مقدار P	۰/۰۲۰	۰/۴۷۰	۰/۷۳۲	۰/۰۳۳	۰/۰۸۰	۰/۶۴۸
حجم اثر	۰/۰۴۰	۰/۰۳۱	۰/۰۰۳	۰/۰۳۵	۰/۰۲۶	۰/۰۰۵
توان آماری	۰/۷۱۵	۰/۷۰۵	۰/۰۹۹	۰/۷۰۱	۰/۵۰۷	۰/۱۲۰

روانی و ارگاسم در زنان لاغر پایین‌تر از زنان ایده‌آل و چاق بود. پیش فرض تساوی کوواریانس‌ها یا روابط بین متغیرهای وابسته در سه گروه با ضریب F مساوی ۱/۷۷۲، ضریب Box's M برابر ۸۸/۲۰۹، درجه‌ی آزادی ۱ مساوی ۴۲ و درجه‌ی آزادی ۲ مساوی ۳۳۱۵/۹۵۱ رد شد ($P = ۰/۰۰۲$).

بر اساس یافته‌های جدول ۶، میانگین نمرات ابعاد عملکرد جنسی زنان (میل جنسی، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی و درد جنسی) در سه گروه لاغر، متوسط و چاق تفاوت معنی‌داری دارد ($P = ۰/۰۰۱$). نزدیک به ۱۳/۲ درصد از تفاوت‌های فردی در ابعاد عملکرد جنسی زنان به تفاوت بین سه گروه مربوط است. به عبارت دیگر، سه گروه افراد لاغر، متوسط و چاق در ابعاد عملکرد جنسی تفاوت معنی‌داری داشتند.



شکل ۱. میانگین نمرات هر سه بعد میل جنسی، تحریک روانی و ارگاسم در زنان لاغر، متوسط و چاق

بر اساس شکل ۱، میانگین نمرات هر سه بعد میل جنسی، تحریک

جدول ۵. مقایسه‌ی زوجی میانگین کلی نمرات عملکرد جنسی زنان و نمرات میل جنسی، تحریک روانی و ارگاسم در سه گروه لاغر، متوسط و چاق

متغیر	گروه‌ها	خطای انحراف استاندارد (تفاوت میانگین)	مقدار P	فاصله‌ی اطمینان	
				حد بالا	حد پایین
نمره‌ی کلی عملکرد جنسی زنان	لاغر	۲/۸۴۰ (-۵/۵۷)	۰/۰۴۵	-۱۱/۳۶	-۰/۱۳
	چاق	۲/۳۶۰ (-۸/۳۷)	۰/۰۱۴	-۱۵/۰۰	-۱/۷۴
	متوسط	۲/۰۸۰ (۲/۶۲)	۰/۲۰۹	-۶/۳۳	۱/۴۸
میل جنسی	لاغر	۰/۴۲۰ (-۰/۹۲۹)	۰/۰۳۰	-۱/۷۶	-۰/۰۹
	چاق	۰/۵۱۰ (-۱/۴۲)	۰/۰۰۵	-۲/۴۰	-۰/۴۲
	ایده‌آل	۰/۳۱۰ (-۰/۴۸۷)	۰/۱۱۹	-۱/۱۰	۰/۱۲
تحریک روانی	لاغر	۰/۹۶۵ (-۲/۰۵)	۰/۰۳۵	-۳/۹۴	-۰/۱۴
	چاق	۱/۳۸۰ (-۲/۷۵)	۰/۰۱۷	-۴/۹۹	-۰/۵۰
	متوسط	۰/۷۱۰ (-۰/۷۰۵)	۰/۳۱۹	-۲/۰۹	۰/۶۸
ارگاسم	لاغر	۰/۵۶۳ (-۱/۳۹)	۰/۰۱۴	-۲/۵۰	-۰/۲۸
	چاق	۰/۶۶۴ (۱/۶۷)	۰/۰۱۳	-۲/۹۷	-۰/۳۵
	متوسط	۰/۴۱۰ (-۰/۲۷۵)	۰/۵۰۵	-۱/۰۸	۰/۵۳

جدول ۶. نتایج تحلیل چند متغیره‌ی ابعاد عملکرد جنسی

زنان در سه گروه لاغر، متوسط و چاق

منبع	گروه
Wilks' lambda	۰/۲۶۳
F	۴/۹۲۹
درجه‌ی آزادی فرض	۱۲
درجه‌ی آزادی خطا	۳۷۰
مقدار P	۰/۰۰۱
حجم اثر	۰/۱۳۲
توان آماری	۱/۰۰۰

بحث

در مطالعه‌ی حاضر، ارتباط بین شاخص توده‌ی بدنی با متغیرهای عملکرد جنسی و اعتماد به نفس جنسی زنان انجام شد. بر اساس نتایج پژوهش Esposito و همکاران، نمره‌ی شاخص‌های توده‌ی بدنی بالاتر با نمره‌ی شاخص عملکرد جنسی زنان پایین‌تر بوده است و همچنین، بین شاخص‌های توده‌ی بدنی و اختلال در تحریک، لغزندگی، ارگاسم و رضایت ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود داشت (۱۱).

نخستین فرضیه‌ی این مطالعه، وجود تفاوت معنی‌داری بین اعتماد به نفس جنسی زنان مشارکت‌کننده بر حسب شاخص توده‌ی بدنی (لاغر، متوسط و چاق) بود.

بر اساس یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، در زنان تفاوت بین میانگین نمرات متغیر اعتماد به نفس جنسی معنی‌دار نبود. به عقیده‌ی Walsh بر اساس مطالعات پیشین، ارتباط بین پیش‌قدم شدن در رابطه‌ی جنسی و اعتماد به نفس جنسی به شرایط اجتماعی بستگی دارد. بر اساس یافته‌های مطالعه‌ی وی، زنان و مردانی که اعتماد به نفس بالاتری داشتند، نسبت به افراد با اعتماد به نفس پایین‌تر، تعداد بیشتری شریک جنسی داشتند و این ارتباط برای مردان قوی‌تر بود (۲۳)؛ البته، تأثیر سناریوهای فرهنگی در ارتباط بین دو متغیر اعتماد به نفس جنسی و عملکرد جنسی زنان در شرایط اجتماعی مختلف را نمی‌توان نادیده گرفت.

فرضیه‌ی دوم این پژوهش، آن بود که میانگین نمره‌ی کلی عملکرد جنسی زنان (میل جنسی، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی و درد جنسی) بر حسب شاخص توده‌ی بدنی (لاغر، متوسط و چاق) تفاوت معنی‌داری دارد.

یافته‌های این بخش از پژوهش با نتایج مطالعات Esposito و همکاران (۱۱)، رئیس و همکاران (۱۴)، درمحمدی و همکاران (۱۵)، Camara و همکاران (۱۶)، Pace و همکاران (۱۸)، Satinsky و همکاران (۲۴) و نیز هماهنگ بود. درمحمدی و همکاران، در مطالعه‌ی خود دریافتند که افراد در دو گروه چاق و غیر چاق از نظر

متغیرهای اصلی عملکرد جنسی شامل میل جنسی، تحریک، لوبریکاسیون، ارگاسم، رضایت جنسی و درد، اختلاف آماری معنی‌داری داشتند. آن‌ها همچنین، نشان دادند که تصویر ذهنی مثبت از شاخص توده‌ی بدنی خود بر ارگاسم، تحریک، لوبریکاسیون و رضایت جنسی تأثیرگذار است (۱۵). Satinsky و همکاران، در مطالعه‌ی خود نشان دادند که شاخص توده‌ی بدنی بر روی نمرات کلی ابعاد عملکرد جنسی افراد تأثیر دارد (۲۴).

Kaneshiro و همکاران عقیده داشتند که شاخص توده‌ی بدنی و عملکرد جنسی با هم درآمیخته‌اند که این یافته، با نتایج این بخش از پژوهش هماهنگ است (۱۳). همچنین، بررسی‌ها نشان می‌دهند که افراد ناراضی از ظاهر بدنی خود، تمایل بیشتری برای کناره‌گیری از فعالیت جنسی دارند. یافته‌ی تحقیق حاضر با تحقیقات فریدی و همکاران هم‌خوانی نداشته است؛ چرا که آن‌ها در پژوهش خود دریافتند که ارتباط معنی‌داری بین سه گروه شاخص توده‌ی بدنی و حوزه‌های عملکرد جنسی زنان وجود نداشت (۵).

همچنین، نتایج این مطالعه نشان داد که تفاوت بین میانگین نمرات ابعاد میل جنسی، تحریک روانی و ارگاسم، در سه گروه زنان لاغر، متوسط و چاق، معنی‌دار بوده است، اما تفاوت سه گروه در ابعاد رطوبت، رضایتمندی و درد جنسی معنی‌دار نبوده است. این یافته، با نتایج مطالعه‌ی Karada و همکاران همسو نبود؛ آنان به این نتیجه رسیدند که شاخص توده‌ی بدنی بیشتر از ۳۰ با درد جنسی ارتباط دارد، اما این ارتباط معنی‌دار نبوده است (۲۵).

در مطالعه‌ی Shah (۲۶)، Pace و همکاران (۱۸) و Esposito و همکاران (۱۱)، ارتباط منفی معنی‌داری بین شاخص توده‌ی بدنی و تحریک و ارگاسم، لوبریکاسیون و رضایت جنسی وجود داشت، اما شاخص توده‌ی بدنی با درد و میل جنسی ارتباطی نداشت (۱۵). همچنین، بر اساس یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، میانگین نمرات هر سه بعد میل جنسی، تحریک روانی و ارگاسم در زنان لاغر، پایین‌تر از زنان ایده‌آل و چاق به دست آمده است. در تبیین این یافته‌ها، می‌توان گفت شاخص توده‌ی بدنی ارتباط بسیار نزدیکی با باروری و سلامتی جسمی و روانی دارد و اگر چه بررسی متغیری همچون خودپنداره‌ی فرد از نظر سلامتی و نقش واسطه‌ای احتمالی آن باید در نظر گرفته شود (۲۷).

این یافته‌ها را چنین می‌توان تبیین کرد که ممکن است زنان لاغر به دلیل ضعف جسمانی و خودپنداره‌ی پایین‌تر در مورد سلامتی خود (به دلیل نفوذ طرح‌واره‌های فرهنگی مربوط به سلامت عمومی، نشاط و سرخوشی در جامعه همچون وزن بالاتر) در معرض خطر بیشتر برای بروز اختلال در عملکرد جنسی و به ویژه درد جنسی باشند. هر چند، ارتباط درد جنسی و اختلالات مربوط به دخول مانند

سناریوهای فرهنگی را باید مورد بررسی قرار داد. عوامل فردی همچون سلامت عمومی، نشاط و سرخوشی و همچنین جذابیت جسمانی، به خصوص در روابط بین فردی نیز می‌تواند از عوامل مؤثر بر عملکرد جنسی باشد که بررسی آن‌ها در مطالعات بعدی پیشنهاد می‌شود.

با توجه به یافته‌های این مطالعه مبنی بر این که نارضایتی افراد از بدن خود به عنوان عامل استرس زاء، ارتباط انکارناپذیری با تفکرات و تصورات منفی از بدن خود دارند، می‌تواند به نوبه‌ی خود بر عملکرد جنسی آن‌ها تأثیر بگذارند و اختلالاتی در حیطه‌های مختلف را به دنبال داشته باشند. پیشنهاد می‌شود بستری فراهم شود تا زنان ناراضی از بدن خود به موازات درمان طبی، از خدمات درمان روان شناختی در مراکز تشخیصی و درمانی به شکل گروه‌درمانی بهره‌مند شوند. لازم است متخصصین سلامت نظیر پزشکان، روان‌شناسان و ماماها با پرسیدن سؤالات روشن و ایجاد فرصت توضیح دلخواه در ارایه‌ی خدمات در این حیطه نقش مؤثری ایفا کنند.

تشریح و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی به شماره‌ی ۲۳۸۲۰۷۰۵۹۳۲۱۰۳ مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان است. بدین وسیله، از معاونت پژوهشی این دانشگاه و کلیه مشارکت‌کنندگان که ما را در انجام این پژوهشی یاری دادند، نهایت سپاسگزاری را اعلام می‌دارد.

واژنیسموس، با شاخص توده‌ی بدنی نیازمند بررسی‌های بیشتری است (۲۸).

شاخص توده‌ی بدنی، می‌تواند در تعیین جذابیت جنسی نیز نقش مهمی داشته باشد (۲۹)؛ موردی که البته در مطالعه‌ی حاضر مورد بررسی قرار نگرفت. به نظر می‌رسد اختلال در جذابیت جنسی، می‌تواند یکی از عوامل مؤثر بر افزایش نارضایتی افراد از ظاهر بدنی خود باشد که به نوبه‌ی خود بر ابعاد عملکرد جنسی زنان لاغر تأثیر دارد. البته، نباید نقش تصویر ذهنی از بدن شامل اهمیت دادن به وزن، وضعیت جسمانی، جذابیت جنسی و حتی تفکر در مورد وضعیت بدن در طی فعالیت جنسی بر روی رضایت جنسی را از یاد برد. متغیرهایی که پیشنهاد می‌شود بررسی نقش آن‌ها در مطالعات بعدی مد نظر قرار گیرد.

در این پژوهش، محققین با محدودیت‌هایی مواجه بوده‌اند؛ از جمله این که پژوهش حاضر در قلمرو مکانی شهر اصفهان انجام گردیده است و تعمیم نتایج به دیگر شهرها، باید با احتیاط صورت گیرد. از سوی دیگر، با توجه به روش پژوهش (مقطعی - همبستگی) امکان نتیجه‌گیری علت و معلولی وجود نداشت.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان گفت اختلالات عملکرد جنسی مرتبط با شاخص توده‌ی بدنی، یک وضعیت پیچیده و متشکل از عوامل زیستی، روانی و اجتماعی است و شاخص توده‌ی بدنی زنان به تنهایی تبیین‌کننده‌ی عملکرد و اعتماد به نفس جنسی آن‌ها نمی‌باشد و سایر عوامل مؤثر درون‌روانی، بین فردی و

References

- Babanazari L, Kafi M. Relationship of pregnancy anxiety to its different periods, sexual satisfaction and demographic factors. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2008; 14(2): 206-13. [In Persian].
- Foroutan SK, Jadid Milani M. The prevalence of sexual dysfunction among divorce requested. *Daneshvar Med* 2009; 16(78): 39-44. [In Persian].
- Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2007.
- Ramezani N, Dolatian M, Shams J, Alavi H. The relationship between self-esteem and sexual dysfunction and satisfaction in women. *J Arak Univ Med Sci* 2012; 14(6): 57-65. [In Persian].
- Faridi H, Najar S, Javadnoori M. The relationship between body mass index and women sexual function. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(74): 20-28. [In Persian].
- Zeighami Mohammadi S, Mojdeh F. Correlation between body mass index, body image and depression among women referring to Health Clinic of Hazrat-e-Ali Hospital Health Clinic in Karaj (2009). *Mod Care J* 2012; 9(1): 40-8. [In Persian].
- Rahimi E, Shafiabadi A, Yunesi F. The effect of sexual cognitive-behavioral therapy on females' sexual knowledge, sexual attitude, and sexual self-confidence. A case study in Shiraz, Iran. *Armaghane-danesh* 2009; 14(3): 103-11. [In Persian].
- Eshghi R, Bahrami F, Fatehizade M. The study of effectiveness couple sexual cognitive-behavioral therapy on improvement of sexual self-confidence, sexual self-disclosure and sexual knowledge in frigid women in Isfahan [PhD Thesis]. Isfahan, Iran: University of Isfahan; 2006. [In Persian].
- Whetheimer R, Lopater S. Human sexuality: A psychology perspective. 2nd ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2005. p. 220.
- Halpern CT, King RB, Oslak SG, Udry JR. Body mass index, dieting, romance, and sexual activity in adolescent girls: Relationships over time. *J Res Adolesc* 2005; 15(4): 535-59.
- Esposito K, Ciotola M, Giugliano F, Bisogni C, Schisano B, Autorino R, et al. Association of body weight with sexual function in women. *Int J Impot Res* 2007; 19(4): 353-7.
- Erbil N. The relationships between sexual function, body image, and body mass index among women.

- Sex Disabil 2013; 31(1): 63-70.
13. Kaneshiro B, Jensen JT, Carlson NE, Harvey SM, Nichols MD, Edelman AB. Body mass index and sexual behavior. *Obstet Gynecol* 2008; 112(3): 586-92.
 14. Raisi M, Ahmari Tehran H, Jafarbegloo E, Khoramirad A, Noroozi M. Association of body mass index with sexual dysfunction in women referred to health centers of Qom City, 2010, Iran. *Qom Univ Med Sci J* 2013; 7(5): 53-9. [In Persian].
 15. Dor Mohammadi M, Jafarnezhad F, Aghayi MA, Kazemeini H. Investigating the relationship between sexual function and obesity in women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2012; 1524(26): 33. [In Persian].
 16. Camara C, Correa H, Silva S, Silva C, Junior M, Brito R. Life cycle comparative analysis of sexual function in women with normal and overweight body mass index. *Creative Education* 2014; 5:1363-76.
 17. Huang AJ, Stewart AL, Hernandez AL, Shen H, Subak LL. Sexual function among overweight and obese women with urinary incontinence in a randomized controlled trial of an intensive behavioral weight loss intervention. *J Urol* 2009; 181(5): 2235-42.
 18. Pace G, Silvestri V, Guala L, Vicentini C. Body mass index, urinary incontinence, and female sexual dysfunction: how they affect female postmenopausal health. *Menopause* 2009; 16(6): 1188-92.
 19. Sasanpour M, Shahverdyan G, Ahmadi A. The impact of sexual cognitive reconstruction on reducing sexual problems and increasing sexual satisfaction of couples (elementary students parents). *Armaghane-danesh* 2015; 19(11):994-1007. [In Persian]
 20. Hooper A. *The ultimate sex book: A therapist's guide to the programs and techniques that will enhance your relationship and transform your life*. New York, NY: Dorling Kindersley; 1992.
 21. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000; 26(2): 191-208.
 22. Mohammadi K, Heydari M, Faghihzadeh S. The female sexual function index (FSFI): Validation of the Iranian version. *Payesh Health Monit* 2008; 7(3): 269-78. [In Persian].
 23. Walsh A. *The science of love: Understanding love and its effects on mind and body*. Buffalo, NY: Prometheus Books; 1991.
 24. Satinsky S, Reece M, Dennis B, Sanders S, Bardzell S. An assessment of body appreciation and its relationship to sexual function in women. *Body Image* 2012; 9(1): 137-44.
 25. Karada H, Oner O, Karaoglan A, Orsel S, Demir AU, Firat H, et al. Body mass index and sexual dysfunction in males and females in a population study. *Klinik Psikofarmakol Bulten* 2014; 24(1): 74-81.
 26. Shah MB. Obesity and sexuality in women *Obstet Gynecol Clin North Am* 2009; 36(2): 347-60.
 27. Jaafarpour M, Maroufi M, Molaeinezhad M. Relationship between sexual self-concept and sexual performance in married women referring to Mobarakeh health centers, Iran. *Journal of Research Development in Nursing and Midwifery* 2016; 12 (S3): 40-7. [In Persian].
 28. Molaeinezhad M, Roudsari RL, Yousefy A, Salehi M, Khoei EM. Development and validation of the multidimensional vaginal penetration disorder questionnaire (MVPDQ) for assessment of lifelong vaginismus in a sample of Iranian women. *J Res Med Sci* 2014; 19(4): 336-48.
 29. Tovee MJ, Maisey DS, Emery JL, Cornelissen PL. Visual cues to female physical attractiveness. *Proc Biol Sci* 1999; 266(1415): 211-8.

The Relationship of Sexual Function and Sexual Self-Esteem among the Women of Reproductive Age Based on Body Mass Index

Najmeh Hejabi-Haghighi¹, Hamid Atashpour², Mitra Molaeinezhad³

Original Article

Abstract

Background: Sexual health is a critical component of couples' health and general health. Body mass index (BMI) is known to influence sexual function, self-efficacy, and sexual performance. This study aimed to assess the relationship of sexual function and sexual self-esteem among the women of reproductive age based on body mass index.

Methods: In a cross-sectional study in Isfahan City, Iran, 192 married women aged between 18 and 50 years were enrolled as a convenient sample. Data were gathered using meter, digital scale, Female Sexual Function Index (FSFI), and Anne Hooper's Sexual Self-Esteem questionnaire. The data were analyzed using SPSS software.

Findings: Differences in average desire, arousal, and orgasm scores among the underweight, normal body mass index, and obese individuals were significant ($P < 0.05$ for all). However, with respect to lubrication, satisfaction, and pain, the differences were not significant. Underweight females had a lower average on desire, arousal, and orgasm while having the highest pain average score ($P < 0.05$). The three groups showed no significant differences in terms of sexual self-esteem.

Conclusion: The results showed that body mass index is not the only effective factor on sexual function, sexual self efficacy, and sexual self-esteem in women; intra-psychological, interpersonal, and socio-cultural factors should to be considered as important mediatings, too.

Keywords: Body mass index, Sexual activity, Self-esteem

Citation: Hejabi-Haghighi N, Atashpour H, Molaeinezhad M. **The Relationship of Sexual Function and Sexual Self-Esteem among the Women of Reproductive Age Based on Body Mass Index.** J Isfahan Med Sch 2018; 35(455): 1605-13.

1- MSc Student, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

2- Associate Professor, Department of Industrial and Organizational Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

3- Assistant Professor, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Mitra Molaeinezhad, Email: mmolaei89@gmail.com

بررسی ارتباط بین بیماری روماتیسمی دریچه‌ای قلب و بیماری عروق کرونر در بیماران با آنژین پایدار در شهر اصفهان، ایران

فائزه فرهنگ^۱، زهرا علیزاده^۱، نضال صراف زادگان^۲، علی پورمقدس^۳، قاسم یادگارفر^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: بیماری قلبی روماتیسمی و بیماری‌های عروق کرونری، از مسایل اساسی سلامت در کشورهای در حال توسعه هستند. بیماری‌های دریچه‌ای قلبی روماتیسمی، با وجود شیوع کمتری که نسبت به بیماری‌های عروق کرونری دارند، اما بسیار حایز اهمیت هستند. هدف از انجام این مطالعه، بررسی ارتباط بین بیماری‌های روماتیسمی دریچه‌ای قلبی و بیماری‌های عروق کرونری در بیماران با آنژین پایدار بود.

روش‌ها: این مطالعه یک مطالعه‌ی مورد-شاهدی بود که بر روی بیماران با آنژین پایدار تحت آنژیوگرافی انجام شد. در ابتدا، گزارش آنژیوگرافی بیماران بررسی گردید و بر اساس نتایج حاصل از آن، بیماران به دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به بیماری‌های عروق کرونری تقسیم شدند. سپس، گزارش اکوکاردیوگرافی از نظر وجود یا عدم وجود بیماری دریچه‌ای قلبی و همچنین، روماتیسمی و غیر روماتیسمی بودن آن تحت بررسی قرار گرفت. در نهایت، ارتباط بین ابتلا به بیماری عروق کرونری و بیماری‌های دریچه‌ای قلبی روماتیسمی بررسی شد.

یافته‌ها: در این مطالعه، ۱۰۶۲ بیمار با میانگین سنی $61/67 \pm 11/38$ سال بررسی شدند که ۶۴ درصد آن‌ها مرد بودند. در بین شرکت کنندگان مطالعه، ۶۱/۳ درصد بیماری عروق کرونری و ۳۳/۹ درصد بیماری دریچه‌ای قلبی و حدود ۴/۳۳ درصد (۴۶ نفر) بیماری روماتیسمی دریچه‌ای داشتند که این تعداد، ۱۲/۷ درصد از کل درگیری دریچه‌ای را تشکیل می‌داد. ۲۱/۷ درصد بیماران با درگیری دریچه‌ای روماتیسمی، مبتلا به بیماری‌های عروق کرونری بودند.

نتیجه‌گیری: موارد درگیری روماتیسمی دریچه‌ای قلب، با درگیری کمتر عروق کرونری قلب همراهی دارد.

واژگان کلیدی: بیماری روماتیسمی قلب، بیماری عروق کرونری، بیماری‌های دریچه‌ای قلب، آنژین پایدار

ارجاع: فرهنگ فائزه، زهرا علیزاده، صراف زادگان نضال، پورمقدس علی، یادگارفر قاسم. **بررسی ارتباط بین بیماری روماتیسمی دریچه‌ای قلب و بیماری**

عروق کرونر در بیماران با آنژین پایدار در شهر اصفهان، ایران. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۶؛ ۳۵ (۴۵۵): ۱۶۱۹-۱۶۱۴

الگوی اکوکاردیوگرافی ۵/۷ مورد در هر ۱۰۰۰ نفر تخمین زده شده است (۳). با این که بیماری‌های دریچه‌ای قلبی روماتیسمی کمتر از بیماری‌های عروق کرونری، نارسایی قلبی و فشار خون شایع هستند، اما بسیار حایز اهمیت هستند؛ چرا که این بیماری‌ها، اغلب نیازمند مداخلات هستند (۴). در جدیدترین مقاله‌ی مروری که در زمینه‌ی بیماری‌های دریچه‌ای میترا در جوامع غربی به چاپ رسیده است، هیچ اشاره‌ای به بیماری‌های روماتیسمی این دریچه نشده است؛ در حالی که هنوز هم تظاهرات غالب این بیماری‌ها در کشورهای در

مقدمه

بیماری دریچه‌ای قلبی، یکی از مشکلات رو به رشد، به ویژه در کشورهای در حال توسعه است. بیماری قلبی روماتیسمی، یک مسأله‌ی اساسی سلامت در کشورهای در حال توسعه است و بروز آن در مطالعات یک در هر ۱۰۰۰ مورد بوده است (۱). در کودکان و جوانان، این نوع از بیماری دریچه‌ای قلبی، شایع‌ترین بیماری قلبی نیازمند مداخلات جراحی است (۲). در مطالعه‌ای در کشور پاکستان، انجام شده است میزان شیوع بیماری قلبی روماتیسمی بر اساس

۱- دستیار، گروه قلب و کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- استاد، گروه قلب، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- استادیار، گروه قلب، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴- دانشیار، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

حال توسعه به صورت روماتیسمی می‌باشد (۵).

مطالعات نشان داده است که ۱۸/۸ درصد بیماران با مشکلات دریچه‌ای قلبی روماتیسمی مبتلا به بیماری عروق کرونری بوده‌اند، اما مطالعاتی نیز وجود دارد که بیان کرده است شیوع ابتلای بیماران با اختلالات روماتیسمی دریچه‌ای قلبی به بیماری عروق کرونری مشابه با افراد عادی است (۶). در مطالعه‌ی دیگری، بیماری عروق کرونری در بیماران با درگیری روماتیسمی دریچه‌ای بیشتر از بیماران با بیماری دریچه‌ای غیر روماتیسمی بوده است، اما فراوانی عوامل خطر بیماری عروق کرونری در بیماران بدون درگیری روماتیسمی دریچه‌ای بیشتر بوده است (۷). ارتباط بین بیماری‌های دریچه‌ای قلبی، به خصوص از نوع روماتیسمی آن با بیماری‌های عروق کرونری هنوز ناشناخته است و مطالعات محدودی در این زمینه صورت گرفته است. با توجه به این که الگوی درگیری دریچه‌ای در نقاط مختلف دنیا متفاوت است، هدف از انجام این مطالعه، بررسی ارتباط بین بیماری‌های روماتیسمی دریچه‌ای قلبی و بیماری‌های عروق کرونری در بیماران با آنژین پایدار در شهر اصفهان و کشور ایران بود.

روش‌ها

این مطالعه، یک مطالعه‌ی مورد-شاهدی بود که بر روی بیماران با آنژین پایدار که در سال ۱۳۹۵ در بیمارستان شهید چمران تحت آنژیوگرافی قرار گرفته بودند، انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه، شامل بستری بودن در بیمارستان به دنبال آنژین پایدار، کاندیدای آنژیوگرافی انتخابی و داشتن پرونده در بیمارستان بودند. در صورتی که بیمار پرونده‌ی ناقصی داشت و اطلاعات کسب شده از پرونده‌ی بیمار ناکامل بود، بیمار از مطالعه خارج می‌شد.

در ابتدا، بیماران بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند و پرونده‌ی بیماران از بایگانی بیمارستان گرفته شد و تحت بررسی قرار گرفت. اطلاعاتی نظیر سن، جنسیت، وزن، قد، زمان آنژیوگرافی، سابقه‌ی قبلی ابتلا به فشار خون، دیابت، هایپرلیپیدمی و مصرف سیگار از پرونده‌ی هر بیمار استخراج شد. پس از آن، گزارش آنژیوگرافی بیماران بررسی گردید و بر اساس نتایج حاصل از آن بیماران به دو گروه تقسیم شدند. گروهی که مبتلا به درگیری عروق کرونری بودند و گروهی که بیماری عروق کرونری نداشتند. در این مطالعه، ابتلا به بیماری عروق کرونری به صورت وجود حداقل بیش از ۷۰ درصد تنگی شریانی یا حضور حداقل یک رگ اکانتیک، تعریف شد (۸). در صورتی که گزارش آنژیوگرافی در پرونده‌ی بیمار ناقص بود، ویدئوی آنژیوگرافی توسط کاردیولوژیست مجرب بار دیگر بررسی شد و نتایج مورد نیاز از آن استخراج گشت. پس از بررسی گزارش آنژیوگرافی، پرونده‌ی بیماران از جهت

وجود و عدم وجود گزارش اکوکاردیوگرافی مورد بررسی قرار گرفت. در صورتی که گزارش اکوکاردیوگرافی در پرونده‌ی بیماران موجود بود، اطلاعات مورد نیاز از آن استخراج شد و در صورتی که بیمار تحت اکوکاردیوگرافی قرار نگرفته بود، نویسندگان مقاله با بیمار تماس تلفنی برقرار کردند و در صورتی که بیمار ۶ ماه قبل یا بعد از زمان آنژیوگرافی تحت اکوکاردیوگرافی قرار گرفته بود، از آن‌ها خواسته می‌شد تا نتایج را در اختیار آن‌ها قرار دهند و در صورتی که بیمار می‌پذیرفت، نتایج در بیمارستان یا درب منزل بیمار از او دریافت می‌گردید. بیمارانی که در این بازه‌ی زمانی تعیین شده، تحت اکوکاردیوگرافی قرار نگرفته بودند، از مطالعه خارج شدند. گزارش اکوکاردیوگرافی از نظر وجود یا عدم وجود بیماری دریچه‌ای قلبی روماتیسمی تحت بررسی قرار گرفت. در این مطالعه، درگیری روماتیسمی شامل تنگی و نارسایی دریچه‌ی میترال و درگیری سایر دریچه‌ها بود که بر اساس اکوکاردیوگرافی مشخص شده باشد.

اطلاعات مربوط به بیماران وارد نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۲ (version 22, IBM Corporation, Armonk, NY) شد و تحت آنالیز قرار گرفت. برای گزارش داده‌های کمی، از میانگین \pm انحراف معیار و برای گزارش داده‌های کیفی از تعداد (درصد) استفاده شد. در این مطالعه، $P < 0.05$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد. این مطالعه توسط کمیته‌ی اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تأیید گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۱۰۶۲ بیمار با آنژین پایدار که تحت آنژیوگرافی قرار گرفته بودند، بررسی شدند. میانگین سنی بیماران $61/67 \pm 11/38$ سال بود که ۶۴ درصد (۶۸۰ نفر) آن‌ها مرد بودند. میانگین وزن، قد و شاخص توده‌ی بدنی به ترتیب $52/78 \pm 11/00$ کیلوگرم/مترمربع بود. $9/00 \pm 166/22$ سانتی‌متر و $4/45 \pm 26/47$ کیلوگرم/مترمربع بود. ۲۹۵ نفر (۲۷/۷۷ درصد)، ۴۵۱ نفر (۴۲/۴۶ درصد)، ۲۲۸ نفر (۲۱/۴۶ درصد) و ۲۴۶ نفر (۲۳/۱۶ درصد) از بیماران به ترتیب شرح حال دیابت، فشار خون بالا، هایپرلیپیدمی و مصرف سیگار داشتند (جدول ۱).

۴۶ نفر (۴/۳۳ درصد) از کل بیماران، درگیری دریچه‌ای قلبی روماتیسمی داشتند که این تعداد، ۱۲/۷ درصد از بیماران با درگیری دریچه‌ای را تشکیل می‌دادند. در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری و درگیری دریچه‌ای، ۱۶۹ نفر (۹۴/۴ درصد) بیماری دریچه‌ای غیر روماتیسمی داشتند و ۵/۵ درصد مبتلا به بیماری دریچه‌ای روماتیسمی بودند ($P < 0.010$) (شکل ۱ و جدول ۲).

جدول ۱. توزیع فراوانی جنسیت، دیابت، فشار خون بالا، هایپرلیپیدمی و مصرف سیگار در بیماران مبتلا و غیر مبتلا به بیماری عروق کرونری

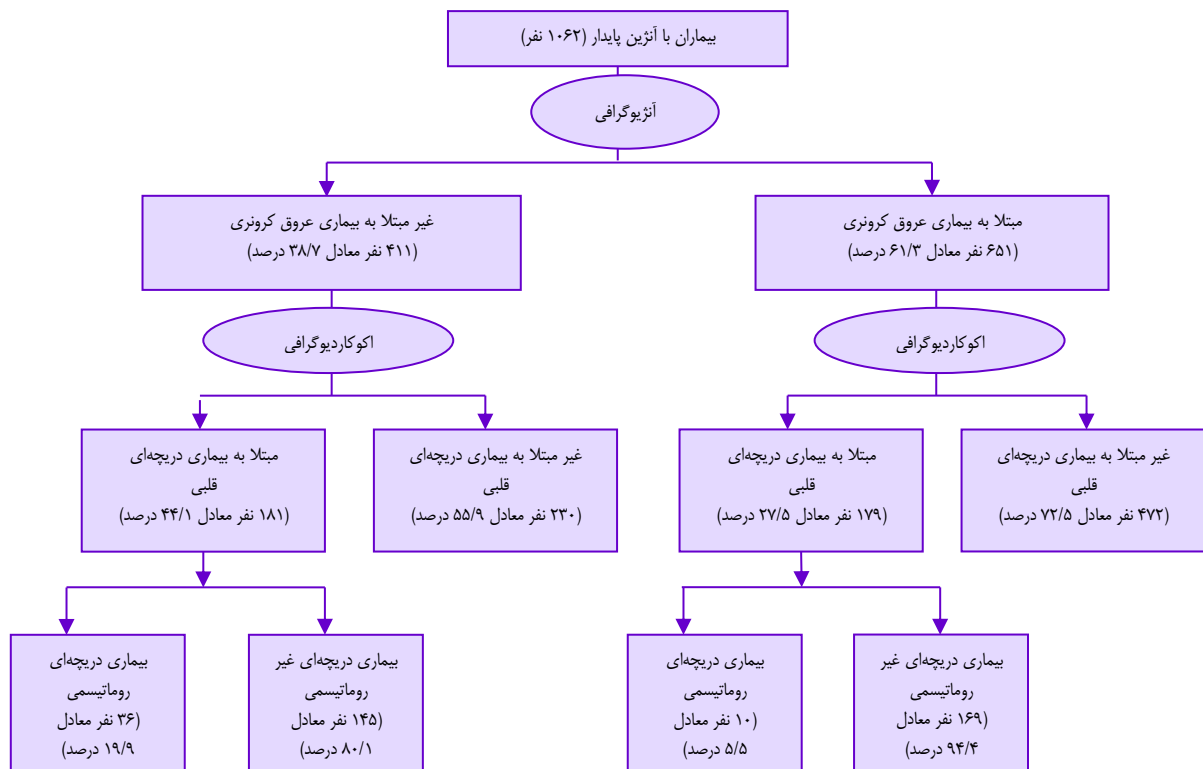
متغیرها	غیر مبتلا به بیماری عروق کرونری		مبتلا به بیماری عروق کرونری		مقدار *P	Confidence interval ۹۵ درصد (CI)
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		
جنسیت	مرد	۲۳۲ (۳۴/۱)	۴۴۸ (۶۵/۹)		< ۰/۰۰۱	۱/۷۱ (۱/۳۲-۲/۲۱)
	زن	۱۷۹ (۴۷/۰)	۲۰۲ (۵۳/۰)			
دیابت	دارد	۷۹ (۲۶/۸)	۲۱۶ (۷۳/۲)		< ۰/۰۰۱	۲/۰۸ (۱/۵۵-۲/۸۰)
	ندارد	۳۳۲ (۴۳/۳)	۴۳۵ (۵۶/۷)			
فشار خون بالا	دارد	۱۴۷ (۳۲/۶)	۳۰۴ (۶۷/۴)		< ۰/۰۰۱	۱/۵۷ (۱/۲۲-۲/۰۲)
	ندارد	۲۶۴ (۴۳/۲)	۳۴۷ (۵۶/۸)			
هایپرلیپیدمی	دارد	۶۴ (۲۸/۱)	۱۶۴ (۷۱/۹)		< ۰/۰۰۱	۱/۸۲ (۱/۳۲-۲/۵۱)
	ندارد	۳۴۷ (۴۱/۶)	۴۸۷ (۵۸/۴)			
مصرف سیگار	دارد	۷۳ (۲۹/۷)	۱۷۳ (۷۰/۳)		۰/۰۰۱	۱/۶۷ (۱/۲۳-۲/۲۷)
	ندارد	۳۳۸ (۴۱/۴)	۴۷۸ (۵۸/۶)			

* بر اساس آزمون χ^2 بیماری عروق کرونری در مردان، بیماران مبتلا به دیابت، فشار خون بالا، هایپرلیپیدمی و مصرف کنندگان سیگار شایع تر است.

(P = ۰/۰۱۰)

در میان ۱۰ بیماری که درگیری عروق کرونر و بیماری دریچه‌ای روماتیسمی هم‌زمان داشتند، ۳ نفر درگیری یک رگ کرونر، ۳ نفر درگیری ۲ رگ کرونر و ۴ نفر درگیری ۳ رگ کرونر داشتند. بر اساس آزمون χ^2 ، بین درگیری روماتیسمی دریچه و تعداد عروق درگیر، ارتباط معنی‌داری وجود نداشت (جدول ۳).

در بین بیماران با درگیری دریچه‌ای روماتیسمی، ۱۰ نفر (۲۱/۷ درصد) مبتلا به بیماری‌های عروق کرونری بودند و ۳۶ نفر (۷۸/۲ درصد) بیماری عروق کرونری از خود نشان ندادند. آزمون χ^2 نشان می‌دهد که ابتلا به بیماری‌های دریچه‌ای قلبی روماتیسمی در مقایسه با ابتلا به بیماری دریچه‌ای قلبی غیر روماتیسمی، احتمال ابتلا به بیماری‌های عروق کرونری را کاهش می‌دهد.



شکل ۱. توزیع فراوانی ابتلا به بیماری‌های دریچه‌ای قلبی، روماتیسمی و غیر روماتیسمی در بیماران مبتلا و غیر مبتلا به بیماری عروق کرونری

جدول ۲. توزیع فراوانی ابتلا به بیماری دریچه‌ای روماتیسمی و غیر روماتیسمی در افراد مبتلا و غیر مبتلا به بیماری عروق کرونری

مقدار P	کل	ابتلا به بیماری دریچه‌ای روماتیسمی		ابتلا به بیماری دریچه‌ای غیر روماتیسمی		متغیرها
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
°/۰/۱۰	۱۸۱	۳۶ (۱۹/۸)	۱۴۵ (۸۰/۱)	عدم ابتلا به بیماری عروق کرونری		
	۱۷۹	۱۰ (۵/۵)	۱۶۹ (۹۴/۴)	ابتلا به بیماری عروق کرونری		
	۳۶۰	۴۶ (۱۲/۷)	۳۱۴ (۸۷/۲)	کل		

° بر اساس آزمون χ^2 بین ابتلا به بیماری دریچه‌ای روماتیسمی و ابتلا به بیماری عروق کرونری، ارتباط معنی‌داری مشاهده شد.

مطالعه بیماران با درگیری دژنراتیو آئورت به دلیل ارتباط اثبات شده با درگیری کرونری، از مطالعه خارج شدند. همچنین، تفاوت در نتایج مطالعات مختلف، می‌تواند به دلیل تفاوت در میانگین سنی بیماران شرکت کننده در مطالعه باشد؛ چرا که در مطالعاتی که بر روی شرکت کنندگان با سنین بالاتر انجام شده است، شیوع بیماری‌های قلبی نیز بیشتر بوده است (۱۲).

این مطالعه نشان داده است که شیوع بیماری‌های عروق کرونری در بین بیماران با درگیری روماتیسمی دریچه‌ای، ۲۱/۷ درصد بوده است. مطالعه‌ی دیگری که بر روی ۱۰۰ بیمار با بیماری‌های دریچه‌ای قلبی روماتیسمی انجام شده بود، نشان داده است که ۱۴ درصد این بیماران، مبتلا به بیماری‌های عروق کرونری بوده‌اند (۱۳). در مطالعه‌ی دیگری، ۱۹ درصد بیماران تحت عمل جراحی تعویض دریچه به دنبال درگیری روماتیسمی دریچه‌ای قلبی، مبتلا به بیماری‌های عروق کرونری بوده‌اند و بیماری عروق کرونری قابل توجه، در ۲۵ درصد موارد ابتلا به بیماری‌های دریچه‌ای روماتیسمی وجود داشته است (۹).

مطالعه‌ای بر روی بیماران با درگیری‌های دریچه‌ای قلبی نشان داده است که شیوع بیماری‌های عروق کرونری در افراد با درگیری‌های روماتیسمی دریچه‌ای ۴/۰ درصد و در بین بیماران با درگیری دریچه‌ای غیر روماتیسمی ۳۳/۶ درصد بوده است (۷). به طور کلی، برخی مطالعات بیان کرده‌اند که شیوع پایین‌تری از بیماری عروق کرونری در بیماران با درگیری روماتیسمی دریچه‌ای وجود دارد (۱۴-۱۵).

بحث

این مطالعه در جهت بررسی ارتباط بین بیماری عروق کرونری و بیماری دریچه‌ای قلبی روماتیسمی در بیماران با آنژین پایدار که برای آنژیوگرافی به بیمارستان مراجعه کرده بودند، انجام شد و نشان داد که بین ابتلا به بیماری دریچه‌ای قلبی روماتیسمی و داشتن بیماری عروق کرونری، ارتباط معکوسی وجود دارد.

این مطالعه بیان کرده است که موارد درگیری عروق کرونری در افراد با درگیری دریچه‌ای روماتیسمی کمتر بوده است. مطالعات نشان داده است که شیوع بیماری عروق کرونری در بیمارانی که تحت عمل جراحی تعویض دریچه قرار گرفته‌اند، در کشورهای پیشرفته، حدود ۲۰-۴۰ درصد بوده است (۹). مطالعه‌ی دیگری نیز بیان کرده است که بیماری عروق کرونری در ۴۰ درصد بیمارانی که به دنبال نارسایی دریچه‌ای آئورت تحت جراحی قرار گرفته‌اند، وجود داشته است. در مطالعه‌ی دیگری نیز در بیمارانی که تحت کاتتریزاسیون قلبی قرار گرفته‌اند، شیوع بیماری عروق کرونری در بیماران مبتلا به درگیری‌های دریچه‌ای قلبی، ۳۳ درصد بوده است (۱۱-۱۰). این مطالعه نشان داده است که شیوع بیماری‌های عروق کرونری در بیماران مبتلا به درگیری دریچه‌ای، ۵۴/۲ درصد بوده است که تا حدودی با مطالعات دیگر یکسان است. شاید علت تفاوت در شیوع این بیماری‌ها در مطالعات مختلف، استفاده از تعاریف مختلف برای ابتلا به بیماری‌های دریچه‌ای و بیماری‌های عروق کرونری باشد. به طور مثال، ممکن است در برخی از مطالعات، دریچه‌های آئورت دژنراتیو را نیز در مطالعه بررسی کرده باشند؛ در صورتی که در این

جدول ۳. توزیع فراوانی ابتلا به بیماری دریچه‌ای روماتیسمی و غیر روماتیسمی و تعداد عروق کرونری درگیر

مقدار P	کل	بیماری دریچه‌ای روماتیسمی		بیماری دریچه‌ای غیر روماتیسمی		تعداد عروق کرونری درگیر
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
°/۰/۸۷۶	۷۸ (۴۳/۵)	۳ (۳/۰)	۷۵ (۴۴/۳)	۱		
	۳۲ (۱۶/۸)	۳ (۳/۰)	۲۹ (۱۷/۱)	۲		
	۶۹ (۳۸/۵)	۴ (۴/۰)	۶۵ (۳۸/۴)	۳		
	۱۷۹	۱۰	۱۶۹	کل		

° بر اساس آزمون χ^2 بین ابتلا به بیماری دریچه‌ای روماتیسمی و تعداد عروق کرونری درگیر، ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد.

و بروز ابتلا به بیماری‌های عروق کرونری در آن‌ها در پی‌گیری‌های چند ساله تحت بررسی قرار گیرد. به طور خلاصه، بیماران با درگیری دریچه‌ای قلبی روماتیسمی، شیوع کمتری از بیماری‌های عروق کرونری را در مقایسه با درگیری غیر روماتیسمی دریچه‌ای قلبی از خود نشان می‌دهند.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه‌ی دوره‌ی دکتری تخصصی قلب و عروق به شماره‌ی طرح پژوهشی ۳۹۵۶۱۸ در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد. منابع مالی و اعتباری طرح توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تأمین شده است. از کلیه‌ی افراد شرکت کننده در این مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود.

بیماران مبتلا به درگیری دریچه‌ای روماتیسمی، جهت تب روماتیسمی درمان پروفیلاکسی دریافت می‌کنند که به صورت دریافت آنتی‌بیوتیک به صورت داخل عضلانی و هر ۲۱ روز یک بار به مدت چند سال است که می‌تواند موجب ایجاد اثرات ضد باکتریال و اثرات ضد التهابی حفاظت کننده شود که بر روی تشکیل پلاک‌های آترواسکلروز (Atherosclerotic plaque) عروق کرونری اثر می‌گذارد (۷).

مشابه با دیگر پژوهش‌ها، این مطالعه نیز محدودیت‌هایی داشت. این مطالعه، یک مطالعه‌ی مورد-شاهدی بود که بر روی بیماران تحت آنژیوگرافی انجام شد. برای بررسی بهتر ارتباط بین Coronary artery disease (CAD) و بیماری‌های دریچه‌ای قلبی، بهتر است تا مطالعات هم‌گروهی آینده‌نگر بر روی بیماران مبتلا به بیماری‌های دریچه‌ای قلبی روماتیسمی و غیر روماتیسمی انجام شود.

References

1. Strategy for controlling rheumatic fever/rheumatic heart disease, with emphasis on primary prevention: memorandum from a joint WHO/ISFC meeting. Bull World Health Organ 1995; 73(5): 583-7.
2. Marcus RH, Sareli P, Pocock WA, Barlow JB. The spectrum of severe rheumatic mitral valve disease in a developing country. Correlations among clinical presentation, surgical pathologic findings, and hemodynamic sequelae. Ann Intern Med 1994; 120(3): 177-83.
3. Akhtar N, Sadiq M, Chagani H, Hafeez A, Rizvi FH, Mehboob M. Guidelines for prevention of rheumatic fever and rheumatic heart disease. Pak J Cardiol 2004; 15(3): 136-48.
4. Iung B, Baron G, Butchart EG, Delahaye F, Gohlke-Barwolf C, Levang OW, et al. A prospective survey of patients with valvular heart disease in Europe: The Euro Heart Survey on Valvular Heart Disease. Eur Heart J 2003; 24(13): 1231-43.
5. Levine RA, Hagege AA, Judge DP, Padala M, Dal-Bianco JP, Aikawa E, et al. Mitral valve disease--morphology and mechanisms. Nat Rev Cardiol 2015; 12(12): 689-710.
6. Bozbas H, Yildirim A, Kucuk MA, Ozgul A, Atar I, Sezgin A, et al. Prevalence of coronary artery disease in patients undergoing valvular operation due to rheumatic involvement. Anadolu Kardiyol Derg 2004; 4(3): 223-6.
7. Kruczan DD, Silva NA, Pereira BB, Romao VA, Correa Filho WB, Morales FE. Coronary artery disease in patients with rheumatic and non-rheumatic valvular heart disease treated at a public hospital in Rio de Janeiro. Arq Bras Cardiol 2008; 90(3): 197-203.
8. Mann D, Zipes D, Libby P, Bonow R. Braunwald's heart disease: A textbook of cardiovascular medicine. 10th ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2014. p. 418-9.
9. Sonmez K, Gencbay M, Akcay A, Yilmaz A, Pala S, Onat O, et al. Prevalence and predictors of significant coronary artery disease in Turkish patients who undergo heart valve surgery. J Heart Valve Dis 2002; 11(3): 431-7.
10. Ottervanger JP, Thomas K, Sie TH, Haalebos MM, Zijlstra F. Prevalence of coronary atherosclerosis in patients with aortic valve replacement. Neth Heart J 2002; 10(4): 176-80.
11. Enriquez-Sarano M, Klodas E, Garratt KN, Bailey KR, Tajik AJ, Holmes DR, Jr. Secular trends in coronary atherosclerosis--analysis in patients with valvular regurgitation. N Engl J Med 1996; 335(5): 316-22.
12. Shaikh AH, Hanif B, Hasan K, Adil A, Hashmani S, Raza M, et al. Coronary artery disease in patients undergoing valve replacement at a tertiary care cardiac centre. J Pak Med Assoc 2011; 61(4): 340-2.
13. Marchant E, Pichard A, Casanegra P. Report: Association of coronary artery disease and valvular heart disease in Chile. Clin Cardiol 1983; 6(7): 352-6.
14. Rangel A, Hernandez J, Iris JM, Badui E, Chavez E. Indicación de la coronariografía en las valvulopatías cardíacas. Arch Inst Cardiol Mex 1996; 66(1): 60-9.
15. Jose VJ, Gupta SN, Joseph G, Chandy ST, George OK, Pati PK, et al. Prevalence of coronary artery disease in patients with rheumatic heart disease in the current era. Indian Heart J 2004; 56(2): 129-31.

Evaluating the Relationship between Rheumatic Valvular Heart Disease and Coronary Artery Diseases in Patient with Stable Angina in Isfahan City, Iran

Faezeh Farhang¹, Zahra Alizadeh¹, Nizal Sarrafzadegan², Ali Pourmoghaddas³, Ghasem Yadegarfar⁴

Original Article

Abstract

Background: Rheumatic heart disease and coronary artery diseases (CAD) are two of main health problems in developing countries. Rheumatic valvular heart disease is less common than coronary artery diseases but it has its importance. This study aimed to evaluate the relationship between rheumatic valvular heart disease and coronary artery diseases in patients with stable angina in Isfahan City, Iran.

Methods: This was a case-control study on patients with stable angina who experienced angiography. At first, patients' angiography reports were evaluated and according to them, patients were divided in to two groups including those with or without coronary artery diseases. Then, patient's echocardiography reports were assessed for having valvular heart disease or not special rheumatic valvular heart diseases. Finally, the relationship between having coronary artery diseases and rheumatic valvular heart disease were evaluated.

Findings: 1062 patients with mean age of 61.67 ± 11.38 years were evaluated that 64% of them were men. Among participants, 61.3% had coronary artery diseases and 33.9% had rheumatic valvular heart disease that was 12.7% of all valvular heart diseases. About 21.7% of patients with rheumatic valvular heart disease had coronary artery diseases.

Conclusion: Patients with rheumatic valvular heart disease showed less prevalence of coronary artery diseases.

Keywords: Rheumatic heart disease, Coronary artery disease, Valvular heart disease, Stable angina

Citation: Farhang F, Alizadeh Z, Sarrafzadegan N, Pourmoghaddas A, Yadegarfar G. **Evaluating the Relationship between Rheumatic Valvular Heart Disease and Coronary Artery Diseases in Patient with Stable Angina in Isfahan City, Iran.** J Isfahan Med Sch 2018; 35(455): 1614-9.

1- Resident, Department of Cardiology AND Student Research Committee, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Professor, Department of Cardiology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Assistant Professor, Department of Cardiology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- Associate Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Faezeh Farhang, Email: faezeh6584@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۶/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۷/۵

مجله دانشکده پزشکی اصفهان

سال سی و پنجم / شماره ۴۵۵ / هفته‌ی سوم دی ماه ۱۳۹۶

بررسی مقایسه‌ای میزان دقت دو سیستم امتیازبندی برای تعیین پیش‌آگهی مرگ و میر در بیماران دچار ترومای بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان الزهراء (س) اصفهان در سال ۱۳۹۴

پرویز کاشفی^۱، زهرا عباسیان^۲، سعید عباسی^۳، محمود سقائی^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: امروزه، سیستم‌های امتیازبندی زیادی برای تعیین میزان مرگ و میر بیماران دچار تروما وجود دارد. هدف از انجام مطالعه‌ی حاضر، مقایسه‌ی دو سیستم امتیازبندی Simplified acute physiology score III (SAPS) و Sequential organ failure assessment (SOFA) در تعیین میزان مرگ و میر بیماران دچار ترومای بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بود.

روش‌ها: در این مطالعه‌ی مقطعی گذشته‌نگر، میزان مرگ و میر ۱۰۰ بیمار دچار ترومای بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، با توجه به معیارهای ورود و خروج مطالعه با استفاده از دو سیستم امتیازبندی SOFA و SAPS III اندازه‌گیری شد. همچنین، بیماران بر اساس مرگ و میر به دو گروه زنده و فوت شده تقسیم شدند.

یافته‌ها: میانگین امتیاز SOFA در دو گروه زنده و فوت شده، به ترتیب $2/97 \pm 6/20$ و $2/69 \pm 14/16$ و میانگین امتیاز SAPS در گروه زنده و فوت شده به ترتیب $12/67 \pm 35/02$ و $60/96 \pm 13/54$ بود. میزان امتیازات SOFA و SAPS III در گروه فوت شده، به طور معنی‌داری بالاتر از گروه زنده بود ($P < 0/001$) برای هر دو سیستم امتیازبندی. حساسیت و ویژگی برای سیستم امتیازبندی SOFA به ترتیب $69/26$ و $29/92$ درصد و برای سیستم امتیازبندی SAPS III $68/22$ و $32/25$ درصد به دست آمد.

نتیجه‌گیری: هر دو سیستم امتیازبندی SOFA و SAPS III معیارهای خوبی برای امتیازبندی پیش‌آگهی مرگ و میر بیماران دچار ترومای بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بودند؛ چرا که میزان حساسیت و ویژگی دو سیستم امتیازبندی به طور تقریبی شبیه به هم، اما راحتی و سادگی سیستم امتیازبندی SOFA در تعیین مرگ و میر بیشتر بود.

واژگان کلیدی: مرگ و میر، تروما، بخش مراقبت‌های ویژه

ارجاع: کاشفی پرویز، عباسیان زهرا، عباسی سعید، سقائی محمود. بررسی مقایسه‌ای میزان دقت دو سیستم امتیازبندی برای تعیین پیش‌آگهی مرگ و میر در بیماران دچار ترومای بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان الزهراء (س) اصفهان در سال ۱۳۹۴. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۶؛

۳۵ (۴۵۵): ۱۶۲۵-۱۶۲۰

Acute physiology age and chronic health evaluation Simplified acute physiology score یا سیستم (APACHE) (SAPS) که به صورت گسترده برای بیماران با وضعیت بحرانی استفاده می‌شوند. علاوه بر این، به تازگی، سیستم امتیازبندی Sequential organ failure assessment (SOFA) توسعه و اعتبار یافته است. سیستم‌های امتیازبندی تروما برای شروع تریاژ بیماران در

مقدمه

سیستم‌های امتیازبندی بر اساس شدت بیماری، ابزار مهمی برای بررسی پیش‌آگهی بیماری می‌باشند. تلاش اولیه در بیماران دچار تروما، بررسی یا ارزیابی یا پیش‌بینی میزان مرگ و میر است. با افزایش میزان بروز تروما، مدل‌های آماری بسیاری با هدف پیش‌آگهی عینی بیماران دچار تروما گسترش پیدا کرده‌اند، مانند سیستم امتیازدهی

۱- استاد، مرکز تحقیقات بیهوشی و مراقبت‌های ویژه و گروه بیهوشی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشجوی پزشکی، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- دانشیار، گروه بیهوشی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴- استاد، گروه بیهوشی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: zahra.abbasian71@yahoo.com

نویسنده‌ی مسؤو: زهرا عباسیان

امتیازدهی با میزان مرگ و میر و مقادیر استاندارد آن‌ها در کتب مرجع، می‌توان کیفیت مراقبت و درمان در بخش‌های مراقبت‌های ویژه در مراکز درمانی داخل کشور را ارزیابی نمود.

روش‌ها

در این مطالعه‌ی مقطعی از نوع گذشته‌نگر که در معاونت پژوهشی دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به تصویب رسیده است، ۱۰۰ بیمار به صورت تصادفی از جمعیت بیماران دچار ترومای بستری شده در ICU بیمارستان الزهرا (س) اصفهان در سال ۱۳۹۴ با توجه به معیارهای ورود و خروج وارد شدند؛ به طوری که دو گروه ۵۰ نفره از بیماران زنده و فوت شده، انتخاب گردیدند. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی بود؛ بدین صورت که بیماران با استفاده از جدول اعداد تصادفی (ایجاد شده توسط رایانه) انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل بیماران مولتیپل تروما با سن بیش از ۱۵ سال بود که در ۲۴ ساعت اول مراجعه کرده بودند. همچنین، بیمارانی که همکاری لازم در روند درمان را نداشتند (اطلاعات ناقص در پرونده‌ی بیماران) یا ۴۸ ساعت پس از پذیرش در ICU ترخیص شده یا فوت کرده بودند، از این مطالعه خارج شدند.

بعد از مشخص شدن بیماران مورد مطالعه، اطلاعات بیماران شامل اطلاعات دموگرافیک و بالینی، مکانیسم آسیب، فشار خون سیستولی و میانگین فشار شریانی (میلی‌متر جیوه)، ضربان قلب، درجه‌ی حرارت بدن، Glasgow coma scale (GCS)، آنالیز گازهای شریانی (Partial pressure arterial oxygen, pH یا PaO₂ و Fraction of inspired oxygen یا FiO₂)، نتایج آزمایشگاهی (تعداد گلبول‌های سفید، میزان پلاکت و سطح سرمی کراتینین و بیلی‌روبین توتال) و مقدار داروهای وازوپرسور مصرفی به طور جامع از پرونده‌ی بیمار جهت محاسبه‌ی SAPS III و SOFA استخراج گردید. این اطلاعات، توسط یک کارشناس تیم تروما که با شرایط امتیازبندی دو سیستم آشنا بود، به صورت کامل تکمیل شد.

بعد از تکمیل اطلاعات، بیماران به دو گروه ۵۰ نفره شامل بیماران زنده مانده و ترخیص شده و بیماران فوت شده تقسیم شدند. اطلاعات این مطالعه در این دو گروه با یکدیگر مقایسه شد. قابل ذکر است سیستم امتیازبندی SAPS طبق نسخه‌ی ۲۰۰۵ شامل ۲۰ متغیر می‌باشد و بین ۰-۲۱۷ بر اساس شدت بیماری امتیازبندی می‌شود؛ به این صورت که با شدت بیماری رابطه‌ی مستقیمی دارد. این امتیاز برای هر بیمار توسط نرم‌افزار آماری تحت Excel به دست آمد. این نرم‌افزار، از مجموعه‌ای از فرمول‌های آماری استفاده می‌کند که بعد از لحاظ کردن مجموعه‌ی ضرایب تصحیح که برای هر پارامتر بالینی یا

زمینه‌های مختلف ایجاد شده‌اند و به راهنمای آسان و کاربرد ارگونومیک نیاز دارند (۱).

سیستم‌های امتیازبندی تروما، شدت جراحی وارده را در یک میزان واحد خلاصه می‌کنند و طبقه‌بندی بهتری از بیماران دچار تروما را در یک زبان مشترک فراهم می‌آورند تا مقایسه بین بیمارستان‌ها یا مراکز تروما امکان‌پذیر باشد (۲). بیماران مولتیپل تروما (Multiple traumata) به طور معمول شرایط بحرانی دارند و پس از درمان‌های اورژانسی به منظور نجات، در واحد مراقبت‌های ویژه (Intensive care unit یا ICU) بستری می‌شوند. تا به امروز، اطلاعات احتمالی به منظور مقایسه‌ی امتیازهای استاندارد تروما با امتیازهای طراحی شده برای بیماران با شرایط بحرانی و بیمارانی که به مرکز تروما ارجاع داده می‌شوند، وجود ندارد. همچنین، بررسی بر روی امتیازبندی در ICU، به طور معمول برای گروه بیماران دچار تروما انجام می‌گیرد (۳).

با توجه به سیستم‌های پیش‌گفته نظیر SOFA و SAPS II که به صورت گسترده برای بیماران با شرایط بحرانی و خیم مانند بیماران مولتیپل ترومایی استفاده می‌شوند، SOFA یک سیستم امتیازبندی برای اختلال در عملکرد اعضای بدن و SAPS II یک سیستم امتیازبندی شدت بیماری می‌باشد. قابل ذکر است که اختلال در عملکرد اعضا و نارسایی اعضا، مشکلی بزرگ و تأثیرگذار بر روی پیش‌آگهی بیماران دچار مولتیپل تروما می‌باشد.

در سال ۲۰۰۵، مدل SAPS III پیشنهاد گردید که در درجه‌ی اول با دو مدل سابق خود، در جمع‌آوری داده‌ها در ساعات اول پذیرش در ICU، به جای ۲۴ ساعت اول، تفاوت داشت (۴-۶). سیستم امتیازبندی SOFA در ۲۴ ساعت اول از زمان بستری محاسبه می‌شود و شامل ۶ معیار قلبی، تنفسی، کبدی، انعقادی، کلیوی و عصبی است و بین اعداد ۰-۲۴ امتیازبندی می‌شود که امتیاز ۰-۶ مرگ و میر کمتر از ۱۰ درصد، امتیاز ۷-۹ مرگ و میر ۱۵-۲۰ درصد، امتیاز ۱۰-۱۲ مرگ و میر ۴۰-۵۰ درصد، امتیاز ۱۳-۱۴ مرگ و میر ۵۰-۶۰ درصد، امتیاز ۱۵ مرگ و میر بالای ۸۰ درصد و امتیاز ۱۶-۲۴ مرگ و میر بالای ۹۰ درصد را پیش‌بینی می‌کند.

تاکنون مطالعات مختلفی جهت ارزیابی معیارهای تأثیرگذار در شدت بیماری و مرگ و میر در بیماران مختلف انجام شده است، اما نقش دو سیستم امتیازبندی SAPS III و SOFA در تعیین میزان مرگ و میر بیماران دچار تروما متفاوت بیان شده است. در نتیجه، هدف از انجام این مطالعه، تعیین کارایی دو سیستم امتیازدهی SOFA و SAPS III در پیش‌بینی مرگ و میر بیماران دچار ترومای پذیرش شده در ICU بود. همچنین، با مقایسه‌ی رابطه‌ی این دو سیستم

جدول ۱. مشخصات بیماران در دو گروه زنده و فوت شده

متغیر	گروه زنده	گروه فوت شده	مقدار P
تعداد	۵۰	۵۰	-
سن (سال)	۳۱/۶۴ ± ۸/۷۲	۴۰/۳۲ ± ۱۴/۸۷	< ۰/۰۰۱
جنس تعداد (درصد)	۳۶ (۷۲)	۴۱ (۸۲)	۰/۲۳۰
	۱۴ (۲۸)	۹ (۱۸)	
مکانسیم آسیب	۳۸ (۷۶)	۲۳ (۴۶)	۰/۰۰۲
تعداد (درصد)	۱۲ (۲۴)	۲۷ (۵۴)	
فشارخون سیستولی (mmHg)	۱۳۵/۳۶ ± ۱۶/۸۵	۱۰۴/۶۲ ± ۱۲/۴۴	< ۰/۰۰۱
GCS	۱۱/۹۶ ± ۲/۲۵	۴/۹۸ ± ۲/۱۵	< ۰/۰۰۱

GCS: Glasgow coma scale

گروه از نظر جنس اختلاف معنی داری وجود نداشت ($P = ۰/۲۳۰$). مکانسیم آسیب در ۷۶ درصد از موارد گروه زنده ترومای بلانت و در ۵۴ درصد از موارد گروه فوت شده، ترومای نافذ بود. همچنین، بین دو گروه از لحاظ مکانسیم آسیب اختلاف معنی داری وجود داشت ($P = ۰/۰۰۲$).

همچنین، میانگین فشار سیستولی در گروه زنده و فوت شده به ترتیب $۱۶/۸۵ ± ۱۳۵/۳۶$ و $۱۲/۴۴ ± ۱۰۴/۶۲$ میلی‌متر جیوه و همچنین، میانگین GCS در گروه زنده و فوت شده به ترتیب برابر $۱۱/۹۶ ± ۲/۲۵$ و $۴/۹۸ ± ۲/۱۵$ بود. فشار سیستولی و GCS در گروه زنده به صورت معنی داری بالاتر از گروه فوت شده بود (برای هر دو گروه $P < ۰/۰۰۱$) (جدول ۱).

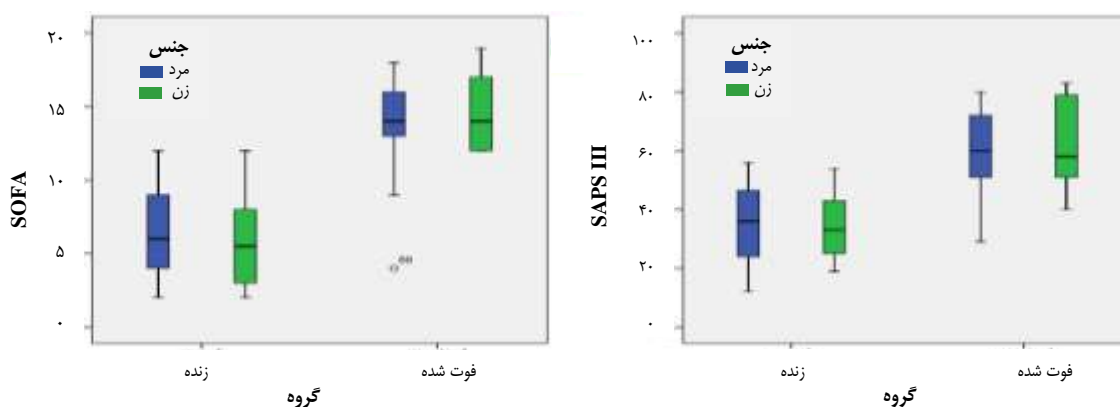
میانگین امتیاز SOFA در گروه زنده و فوت شده به ترتیب $۲/۹۷ ± ۲/۲۰$ و $۱۴/۱۶ ± ۲/۶۹$ و میانگین امتیاز SAPS در گروه زنده و فوت شده به ترتیب $۱۲/۶۷ ± ۳۵/۰۲$ و $۱۳/۵۴ ± ۶۰/۹۶$ بود. قابل ذکر است امتیاز SOFA و SAPS III در گروه زنده به صورت معنی داری پایین‌تر از گروه فوت شده بود (برای هر دو سیستم امتیازبندی $P < ۰/۰۰۱$) (شکل ۱).

آزمایشگاهی در نظر گرفته شده است، امتیاز SAPS را برای هر بیمار محاسبه می‌کند و بعد از وارد کردن داده‌های خام بالینی و آزمایشگاهی، به صورت خودکار این محاسبات انجام می‌گیرد. همچنین، امتیاز SOFA با استفاده از نرم‌افزار محاسبه کننده‌ی SOFA واقع در سایت mdcalc.com محاسبه شد (۷).

اطلاعات این مطالعه وارد نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۴ (version 24, IBM Corporation, Armonk, NY) شد و برای مقایسه‌ی تفاوت بین دو گروه از آزمون‌های χ^2 و Independent t و Mann-Whitney استفاده شد. قابل ذکر است آزمون Receiver operating characteristic (ROC curve) برای بررسی میزان حساسیت و ویژگی استفاده شد. همچنین، داده‌های کمی به صورت میانگین و انحراف معیار و داده‌های کیفی به صورت تعداد (درصد) نشان داده شد. $P < ۰/۰۵۰$ به عنوان سطح معنی داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، بر اساس جدول ۱، میزان سن در گروه فوت شده به صورت معنی داری بالاتر از گروه زنده بود ($P < ۰/۰۰۱$)، اما بین دو



شکل ۱. نمودار توزیع امتیازات (SOFA) Sequential organ failure assessment و Simplified acute physiology score III

(SAPS III) در گروه‌های مورد مطالعه بر اساس جنس

جدول ۲. امتیازات دو سیستم امتیازبندی (SOFA) Sequential organ failure assessment و Simplified acute physiology score III

(SAPS III) در دو گروه زنده و فوت شده

مقدار P	گروه فوت شده	گروه زنده	امتیاز
< ۰/۰۰۱	۱۴/۱۶ ± ۲/۶۹	۶/۲۰ ± ۲/۹۷	SOFA
< ۰/۰۰۱	۶۰/۹۶ ± ۱۳/۵۴	۳۵/۰۲ ± ۱۲/۶۷	SAPS III
< ۰/۰۰۱	۱ (۲)	۳۲ (۶۴)	SOFA تعداد (درصد)
	۳۲ (۶۴)	۱۸ (۳۶)	متوسط
	۱۷ (۳۴)	۰ (۰)	شدید

SOFA: Sequential organ failure assessment; SAPS III: Simplified acute physiology score

بیشتر از دو مدل دیگر بود (۱).

در مطالعه‌ی دیگری، دو سیستم امتیازبندی SOFA و APACHE II به عنوان دو معیار خوب برای پیش‌بینی برون‌ده (Outcome) بیماران بستری در ICU معرفی شدند، اما دقت و کالیبراسیون SOFA کمی بهتر از APACHE II بود و به دلیل سادگی محاسبه، به عنوان سیستم امتیازبندی انتخابی در پیش‌بینی Outcome بیماران ICU توصیه گردید (۸). در مطالعه‌ی Nair و همکاران، با مقایسه‌ی دو سیستم امتیازبندی SOFA و SAPS در ۴۸ بیمار عفونی بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، چنین نتیجه‌گیری شد که سیستم امتیازبندی SOFA در تعیین مرگ و میر قابل پیش‌بینی در بیماران عفونی بهتر است و این سیستم امتیازبندی آسان، به منظور اندازه‌گیری برای نارسایی اعضای بدن در بیماری‌های عفونی مناسب است. همچنین، در این مطالعه، سیستم امتیازبندی SOFA از ویژگی و حساسیت خوبی برخوردار بود، اما سیستم امتیازبندی SAPS حساسیت پایینی داشت (۷).

Cardenas-Turanzas و همکاران، با بررسی سیستم امتیازبندی SOFA بر روی پیش‌بینی میزان مرگ و میر در بیماران سرطانی بستری شده در ICU، به این نتیجه رسیدند که سیستم امتیازبندی SOFA معیار خوبی برای تبعیض مرگ و میر در بیماران بستری در ICU و بیمارستان می‌باشد (۹).

در مطالعه‌ی Geerse و همکاران، امتیازهای SOFA و APACHE II در جمعیت فوت شده نسبت به جمعیت زنده مانده بیشتر بود و به این نتیجه رسیدند که میزان مرگ و میر در بیماران با بدخیمی‌های خونی که در ICU بستری می‌شوند، بالا می‌باشد و با شدت بیماری رابطه دارد. همچنین، در موارد شدیدتر در سیستم امتیازبندی SOFA، میزان نارسایی اعضا، وخیم‌تر و نیاز به ونتیلاتور مکانیکی یا داروهای وازوپرسور وجود دارد. علاوه بر این، چندین عامل با Outcome ضعیف بیماران در ارتباط بودند، اما هیچ عامل مطلقی برای مرگ و میر شناسایی نشد (۱۰).

همچنین، نتایج مطالعه‌ی آن‌ها نشان داد که تغییرات SOFA در

همچنین، در امتیازبندی SOFA شدت خفیف امتیاز بین ۷-۰، شدت متوسط امتیاز بین ۸-۱۵ و نوع شدید امتیاز بالای ۱۶ در نظر گرفته شد (۷). اطلاعات کیفی امتیاز SOFA در گروه زنده ۶۴ درصد خفیف و ۳۶ درصد متوسط و در گروه فوت شده ۲ درصد خفیف، ۶۴ درصد متوسط و ۳۴ درصد شدید بود (جدول ۲). بر اساس آزمون ROC Curve میزان حساسیت برای سیستم امتیازبندی SOFA با Cutoff معادل ۱۲/۵، مقدار ۶۹/۲۶ درصد و میزان ویژگی ۲۹/۹۲ درصد محاسبه شد. همچنین، برای سیستم امتیازبندی SAPS III با مقدار Cutoff معادل ۵۷، حساسیت ۶۸/۲۲ درصد و ویژگی ۳۲/۲۵ درصد بود.

بحث

در مطالعه‌ی حاضر، بین دو گروه زنده و فوت شده، اختلاف معنی‌داری بر اساس سن، فشار خون سیستول، مکانسیم آسیب، GCS، امتیازات SOFA و SAPS III وجود داشت؛ به طوری که در گروه فوت شده، امتیازات SOFA و SAPS III بالاتر بود و بیشتر موارد در شدت شدید و یا متوسط بود، اما در گروه زنده، بیشتر موارد در شدت خفیف و متوسط بودند و این امتیازات در آن‌ها کمتر بود. در واقع، دو سیستم امتیازبندی SOFA و SAPS III در تعیین مرگ و میر در بیماران بستری در ICU بسیار مؤثرند و در تعیین شدت بیماری و یا نارسایی اعضا نقش به‌سزایی دارند. این دو سیستم، در تعیین مرگ و میر نیز مشابه یکدیگر هستند، اما روش کار با سیستم امتیازبندی SOFA ساده‌تر است و متغیرهای کمتری دارد.

در مطالعه‌ی Hwang و همکاران، با مقایسه‌ی سیستم‌های امتیازبندی SOFA، APACHE II و Trauma and injury severity score (TRISS) در بیماران دچار ترومای بستری در ICU چنین نتیجه‌گیری شد که بین سیستم امتیازبندی SOFA با سیستم‌های TRISS و APACHE تفاوتی در تعیین پیش‌آگهی بیماران دچار تروما وجود ندارد، اگر چه روش محاسبه‌ی SOFA راحت‌تر و ساده‌تر از دو سیستم امتیازبندی دیگر بود و حساسیت SOFA به طور قابل توجهی

ارزشمند است. همچنین، حساسیت سیستم امتیازبندی SOFA بالاتر از سیستم امتیازبندی SAPS III و ویژگی سیستم امتیازبندی SAPS III بالاتر از سیستم امتیازبندی SOFA می‌باشد، اما با این حال، تفاوت زیادی بین دو سیستم امتیازبندی، از نظر میزان حساسیت و ویژگی و تعیین پیش‌آگهی مرگ وجود نداشت. با این وجود، سهولت و راحتی محاسبه‌ی سیستم امتیازبندی SOFA در تعیین میزان مرگ و میر در بیماران دچار تروما بیشتر است.

تشکر و قدردانی

این مقاله، برگرفته از پایان‌نامه‌ی دکتری حرفه‌ای پزشکی عمومی به شماره‌ی ۳۹۵۱۱۸ می‌باشد که در معاونت پژوهشی دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به تصویب رسیده است. بدین وسیله مراتب تقدیر از زحمات تمامی استادان گروه بیهوشی و پرسنل خدمت بخش مراقبت‌های ویژه‌ی بیمارستان الزهراء (س) اصفهان که تلاش شایانی در جهت مراقبت از بیماران بستری در این بخش انجام می‌دهند، اعلام می‌گردد.

بیمارانی بستری در ICU می‌تواند در تعیین ادامه‌ی روند درمان یا توقف آن، بسیار مؤثر باشد. Li و همکاران، در مطالعه‌ای به بررسی قدرت پیش‌آگهی SOFA, APACHE II, SAPS II, SAPS III و Mortality in Emergency Department Sepsis (MEDS) در ۶۷۷ بیمار مبتلا به سپسیس شدید بستری در ICU با سن بیشتر از ۱۸ سال و بقای بیشتر از ۲۴ ساعت پرداختند. میزان مرگ و میر ۴۱/۹ درصد به دست آمد و در مقایسه‌ی گروه زنده مانده با گروه فوت شده، مشخص شد که بیماران فوت شده، سن بالاتر به همراه امتیاز بالاتر SOFA, APACHE II, SAPS II, SAPS III و MEDS داشتند (برای همه $P < 0.001$). تفاوت قابلیت پیش‌بینی سیستم SAPS III در مقایسه با دیگر سیستم‌ها در بیماران بستری شده در ICU با سپسیس شدید، قابل توجه بود، اما برای پیش‌بینی بیماران با سپسیس حاد، ارجحیتی نسبت به سایر سیستم‌ها نداشت (۱۱). با توجه به نتایج مطالعات قبلی و نتایج مطالعه‌ی حاضر، دو سیستم امتیازبندی SOFA و SAPS III برای پیش‌بینی مرگ و میر بیماران دچار ترومای بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، بسیار مؤثر و

References

- Hwang SY, Lee JH, Lee YH, Hong CK, Sung AJ, Choi YC. Comparison of the Sequential Organ Failure Assessment, Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II scoring system, and Trauma and Injury Severity Score method for predicting the outcomes of intensive care unit trauma patients. *Am J Emerg Med* 2012; 30(5): 749-53.
- Bouillon B, Neugebauer E, Rixen D, Lefering R, Tiling T. Value of clinical scoring systems for evaluation of injury severity and as an instrument for quality management of severely injured patients. *Zentralbl Chir* 1996; 121(11): 914-23. [In German].
- Fueglistaler P, Amsler F, Schuepp M, Fueglistaler-Montali I, Attenberger C, Pargger H, et al. Prognostic value of Sequential Organ Failure Assessment and Simplified Acute Physiology II Score compared with trauma scores in the outcome of multiple-trauma patients. *Am J Surg* 2010; 200(2): 204-14.
- Vincent JL, de Mendonca A, Cantraine F, Moreno R, Takala J, Suter PM, et al. Use of the SOFA score to assess the incidence of organ dysfunction/failure in intensive care units: Results of a multicenter, prospective study. Working group on "sepsis-related problems" of the European Society of Intensive Care Medicine. *Crit Care Med* 1998; 26(11): 1793-800.
- Reiter A, Mauritz W, Jordan B, Lang T, Polzl A, Pelinka L, et al. Improving risk adjustment in critically ill trauma patients: The TRISS-SAPS Score. *J Trauma* 2004; 57(2): 375-80.
- Moreno RP, Metnitz PG, Almeida E, Jordan B, Bauer P, Campos RA, et al. SAPS 3--From evaluation of the patient to evaluation of the intensive care unit. Part 2: Development of a prognostic model for hospital mortality at ICU admission. *Intensive Care Med* 2005; 31(10): 1345-55.
- Nair R, Bhandary NM, D'Souza AD. Initial Sequential Organ Failure Assessment score versus Simplified Acute Physiology score to analyze multiple organ dysfunction in infectious diseases in Intensive Care Unit. *Indian J Crit Care Med* 2016; 20(4): 210-5.
- Hosseini M, Ramazani J. Evaluation of Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II and Sequential Organ Failure Assessment scoring systems for prognostication of outcomes among Intensive Care Unit's patients. *Saudi J Anaesth* 2016; 10(2): 168-73.
- Cardenas-Turanzas M, Ensor J, Wakefield C, Zhang K, Wallace SK, Price KJ, et al. Cross-validation of a Sequential Organ Failure Assessment score-based model to predict mortality in patients with cancer admitted to the intensive care unit. *J Crit Care* 2012; 27(6): 673-80.
- Geerse DA, Span LF, Pinto-Sietsma SJ, van Mook WN. Prognosis of patients with haematological malignancies admitted to the intensive care unit: Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) trend is a powerful predictor of mortality. *Eur J Intern Med* 2011; 22(1): 57-61.
- Li Y, Li C. Comparison of simplified acute physiology score III and other scoring systems in prediction of 28-day prognosis in patients with severe sepsis. *Zhonghua Wei Zhong Bing Ji Jiu Yi Xue* 2015; 27(6): 454-9. [In Chinese].

Comparison of the Accuracy of Two Methods on Detection of the Prognosis of Mortality in Patients with Trauma Admitted to the Intensive Care Units of Alzahra Hospital, Isfahan, Iran, in 2015

Parviz Kashefi¹, Zahra Abbasian², Saeed Abbasi³, Mahmoud Saghaei⁴

Original Article

Abstract

Background: Recently, there are many scoring systems to determine the mortality rate among the patients with trauma. The aim of this study was to compare the Simplified Acute Physiology Score (SAPS) III and Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) tests in determining the degree of mortality in patients with trauma admitted to the intensive care units (ICU).

Methods: In this retrospective cross-sectional study, mortality rate was assessed using of SOFA and SAPS III scorings on 100 patients with trauma who admitted to the intensive care units of Alzahra hospital, Isfahan, Iran, in 2015, according to the inclusion and exclusion criteria. The patients were also divided into two groups of survive and non-survive based on mortality.

Findings: The mean SOFA scores in survive and non-survive groups were 6.20 ± 2.97 and 14.16 ± 2.69 , and mean SAPS III scores were 35.02 ± 12.67 and 60.96 ± 13.54 , respectively. The SOFA and SAPS III scores in the non-survive group were significantly higher than survive group ($P < 0.001$ for both tests). Sensitivity and specificity rates of the SOFA test were 69.26% and 29.92%, and for SAPS III test, 68.22% and 32.25%, respectively.

Conclusion: Both SOFA and SAPS III scorings are good criteria for predicting mortality in patients with trauma admitted to the intensive care units. So, the sensitivity and specificity of the two tests were roughly similar, but the convenience and simplicity of the SOFA test were more in determining of mortality rate.

Keywords: Mortality, Trauma, Intensive care unit

Citation: Kashefi P, Abbasian Z, Abbasi S, Saghaei M. Comparison of the Accuracy of Two Methods on Detection of the Prognosis of Mortality in Patients with Trauma Admitted to the Intensive Care Units of Alzahra Hospital, Isfahan, Iran, in 2015. J Isfahan Med Sch 2018; 35(455): 1620-5.

1- Professor, Anesthesiology and Critical Care Research Center AND Department of Anesthesiology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Student of Medicine, Student Research Committee, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Associate Professor, Department of Anesthesiology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- Professor, Department of Anesthesiology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Zahra Abbasian, Email: zahra.abbasian71@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۸/۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۹/۱۹

مجله دانشکده پزشکی اصفهان

سال سی و پنجم / شماره ۴۵۵ / هفته‌ی سوم دی ماه ۱۳۹۶

بررسی وضعیت عوارض بعد از عمل جراحی استومی در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان الزهراء (س) اصفهان، مهر ۱۳۹۴ تا مهر ۱۳۹۵

غلامرضا مهاجری^۱، علی میانجی^۲، مهدی میانجی^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: استومی، عمل جراحی شایعی است که سبب افزایش امید به زندگی در بیماران می‌شود، اما با این حال، این روش نیز دارای عوارضی می‌باشد که شناخت عوارض آن و عوامل مؤثر بر آن، سبب کاهش بروز این عارضه می‌شود. از این رو، هدف از انجام مطالعه‌ی حاضر، بررسی وضعیت عوارض بعد از عمل جراحی استومی در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان الزهراء (س) اصفهان از مهر ۱۳۹۴ تا مهر ۱۳۹۵ بود.

روش‌ها: این مطالعه بر روی ۱۹۷ بیمار تحت استومی انجام گرفت. اطلاعات دموگرافیک و علت جراحی استومی، فراوانی نسبی بروز عوارض و مرگ و میر تعیین و ثبت شد. برای مقایسه‌ی متغیرهای مورد مطالعه، از آزمون‌های t ، χ^2 و Mann-Whitney استفاده شد.

یافته‌ها: شیوع کلی عوارض در بیماران دارای استومی برابر با ۱۰۰ بیمار (۵۰/۸ درصد) به دست آمد. از مجموع ۱۹۷ بیمار مورد مطالعه، ۳۲ نفر (۱۶/۲ درصد) دچار پرولاپس، ۱۷ نفر (۸/۶ درصد) دچار هرنیا، ۲۴ نفر (۱۲/۲ درصد) دچار تحریک پوست، ۸۵ نفر (۴۳/۱ درصد) دچار ترشح از محل استومی و در نهایت ۸۱ نفر (۴۱/۱ درصد) دچار دفع بوی بد از محل استومی بودند. بروز عوارض به صورت کلی در بیماران تحت ایلئوستومی، مبتلایان به بیماری‌های التهابی و رطان رکتوم و افراد دارای استومی دایم، بیشتر از بیماران دیگر بود ($P < 0/050$).

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع بالای عوارض در بیماران تحت استومی، شناخت عوامل مؤثر بر بروز بیشتر عوارض در این بیماران، به خصوص در بیماران مبتلا به سرطان و بیماری‌های التهابی تحت ایلئوستومی و بیماران با استومی دایم، پیشنهاد می‌شود اقدامات پیش‌گیرانه در این بیماران با جدیت بیشتری انجام شود.

واژگان کلیدی: استومی، عوارض، پرولاپس

ارجاع: مهاجری غلامرضا، میانجی علی، میانجی مهدی. بررسی وضعیت عوارض بعد از عمل جراحی استومی در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان الزهراء (س) اصفهان، مهر ۱۳۹۴ تا مهر ۱۳۹۵. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۶؛ ۳۵ (۴۵۵): ۱۶۳۲-۱۶۲۶

مطالعاتی که بیشتر صورت گرفته است، شایع‌ترین علل این عمل جراحی، سرطان‌های کولورکتال، سرطان مثانه و بیماری‌های التهابی روده نظیر Crohn و Ulcerative colitis می‌باشند (۵-۲).

با وجود تلاش‌های صورت گرفته جهت حفظ یکپارچگی بافت روده و درمان بیماری‌های زمینه‌ای، هر ساله تعداد زیادی عمل جراحی استومی صورت می‌گیرد (۴، ۲). هر ساله، حدود ۱/۲ میلیون مرد و زن در ایالات متحده‌ی آمریکا با تشخیص سرطان‌های کولورکتال شناسایی می‌شوند که از این تعداد، ۷۰۰ هزار نفر تحت عمل جراحی استومی به صورت موقت یا دایم قرار می‌گیرند (۱). برآورد شده است که در کشور انگلیس نیز سالانه ۱۳۵ هزار مرد و زن

مقدمه

استومی، یک عمل جراحی می‌باشد که به وسیله‌ی آن، افراد قادر خواهند بود ادرار یا مدفوع خود را در شرایط مختلف درمانی از طریق یک مجرا خارج کنند (۱). در استومی، عملکرد طبیعی دستگاه گوارشی یا ادراری منقطع می‌شود و از طریق مجرای به دیواره‌ی شکم، تخلیه‌ی مواد زاید صورت می‌گیرد که باید به صورت دوره‌ای انجام شود. استومی در شرایط مختلفی مانند سرطان‌های کولورکتال، بیماری‌های التهابی روده، تروما و دیورتیکولیت حاد تعیبه می‌شود. استومی در بیماران با توجه به شرایط آن‌ها می‌تواند به دو صورت موقت یا دایمی انجام گیرد و مشکلات زیادی از نظر افت کیفیت زندگی و عملکرد به وجود می‌آورد. طی

۱- دانشیار، گروه جراحی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشجوی پزشکی، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: alimianji@ymail.com

نویسنده‌ی مسؤؤل: علی میانجی

می‌باشد، پژوهش حاضر با هدف تأمین اطلاعاتی در این زمینه انجام شد. امیدواریم یافته‌های حاصل از این پژوهش، شناخت بهتر این بیماران و راه‌کارهای یاری آنان را فراهم سازد تا در آینده، با کمک برنامه‌های راهبردی، سلامت و کیفیت زندگی این افراد ارتقا یابد.

روش‌ها

این مطالعه، یک مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی بود. بیماران این مطالعه، شامل کلیه‌ی بیمارانی بودند که از مهر ماه ۱۳۹۴ تا مهر ماه ۱۳۹۵ به مرکز درمانی الزهرای (س) اصفهان جهت تعبیه‌ی استومی (کلستومی، ایلئوستومی یا یوروستومی) به صورت موقت و یا دایم، پی‌گیری و معاینات و دریافت مراقبت‌های استومی مراجعه کرده بودند. حجم نمونه‌ی مورد نیاز این مطالعه، با استفاده از فرمول برآورد حجم نمونه جهت مطالعات شیوع محاسبه گردید. سطح اطمینان ۹۵ درصد در نظر گرفته شد. شیوع عوارض بعد از استومی، به علت نبود مطالعه‌ی مشابه به میزان ۰/۵ در نظر گرفته شد که با پذیرش میزان خطای ۰/۰۸، تعداد ۱۵۰ نفر به دست آمد که جهت افزایش دقت مطالعه، ۲۰۰ نفر وارد مطالعه شدند. نمونه‌گیری به صورت غیر احتمالی و از نوع اتفاقی (آسان) انجام شد.

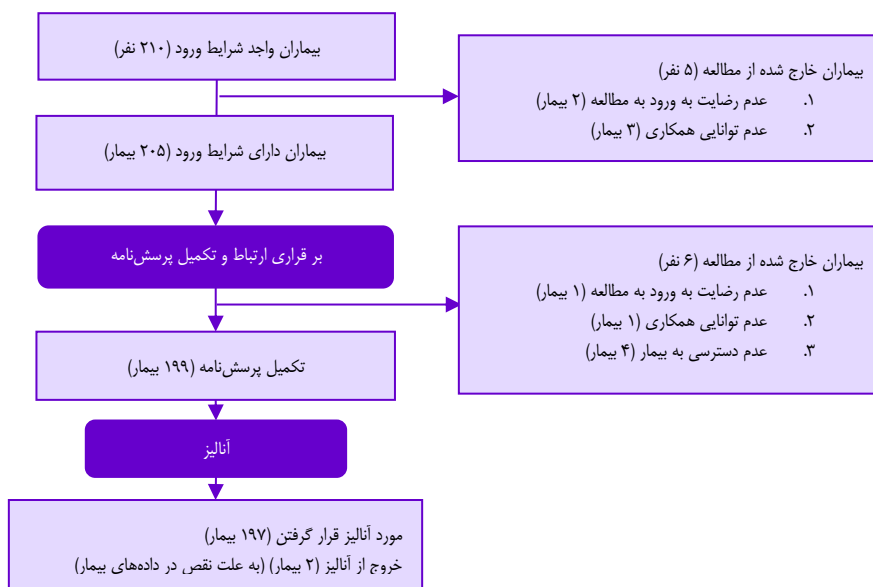
معیارهای ورود، شامل بیماران تحت استومی (کلستومی، ایلئوستومی و یا یوروستومی) به صورت موقت و یا دایم مراجعه کننده به مرکز درمانی الزهرای (س) اصفهان بود که موافقت برای شرکت در مطالعه داشتند. معیارهای خروج از مطالعه، شامل عدم همکاری فرد برای پاسخگویی به سؤالات و نقص در اطلاعات مورد بررسی بود (شکل ۱).

تحت عمل جراحی استومی قرار می‌گیرند (۵).

تغییرات فراوانی در کیفیت زندگی بیمارانی که تحت عمل جراحی استومی قرار گرفتند، صورت می‌گیرد که قسمتی از آن مربوط به مشکلات و درگیری‌های نگهداری روزانه‌ی استومی در بیرون از خانه می‌باشد که شامل تمیز کردن، مراقبت‌های پوستی، نصب کردن کیسه و همراه داشتن همیشگی کیت اورژانسی است. قسمت دیگر مشکلات، مربوط به نگرانی‌هایی نظیر دفع گاز، بوی بد، نشت اطراف استومی، خستگی ناشی از کیفیت ناکافی خواب به علت نشت ترشحات، واکنش‌های پوستی و عوارض پس از عمل مانند پرولاپس، نکروز، انسداد، تنگی، فتق اطراف استومی و توکسیدگی می‌باشد (۱۴-۱۶).

طبق بررسی مطالعات که بین سال‌های ۱۹۶۹-۱۹۹۵، توسط Simmons و همکاران صورت گرفت، افسردگی، تنهایی، تفکرات خودکشی و اعتماد به نفس پایین، به صورت معنی‌داری در افراد دارای استومی شایع‌تر بوده است (۱۵). در پژوهش مشابهی در بیمارستان کارولینای شمالی که توسط Richbourg و همکاران انجام شد، ۷۶ درصد بیماران تحریک پوستی، ۶۲ درصد بیماران ترشح، ۵۹ درصد بوی تعفن و ۵۴ درصد بیماران کاهش لذت در فعالیت‌ها و ۵۳ درصد افسردگی و اضطراب داشتند (۱۶).

عوارض زودرس در ماه اول پس از عمل، ممکن است در کیفیت زندگی بیمار تأثیر بگذارد. تشخیص زودرس علائم، نشانه‌های علائم و مداخلات به موقع برای حفظ استومی مناسب و نتیجه‌ی جراحی موفقیت‌آمیز، حیاتی است (۱۷). نظر به این که آمار دقیقی از بیماران دارای استومی در اصفهان در دست نبود و با توجه به میزان بالای این عمل جراحی و عوارض فراوانی که پس از عمل گریبان‌گیر بیماران



شکل ۱. فلوچارت مطالعه

یافته‌ها

از میان ۱۹۷ بیماری که دارای استومی بودند و وارد این مطالعه شدند، تعداد ۱۳۲ نفر (۶۷/۰ درصد) مرد و ۶۵ نفر (۳۳/۰ درصد) زن بودند. میانگین سن افراد مورد مطالعه برابر با $29/37 \pm 45/39$ سال بود. از ۱۹۷ بیمار مورد مطالعه، ۱۰۸ نفر (۵۴/۸ درصد) دارای کِلستومی، ۵۳ نفر (۲۶/۹ درصد) دارای ایلئوستومی و در نهایت ۳۶ نفر (۱۸/۳ درصد) دارای یوروستومی بودند. شایعترین علت در بیماران تحت استومی شامل کِنسر رکتوم (۲۸/۴ درصد)، کِنسر مثانه و توده لگنی (۱۸/۳ درصد)، انسداد (۱۵/۷ درصد)، انوس بسته (۱۲/۲ درصد)، هیر شپرونگ (۵/۱ درصد)، پرفوریشن (۴/۶ درصد)، ولولوس (۳/۶ درصد)، فیستول (۲ درصد)، بیماری‌های التهابی (۲ درصد) و سایر علل نیز (۸/۱ درصد) از موارد کل را تشکیل میداد. همچنین مشخص شد که از ۱۹۷ بیمار مورد مطالعه دارای استومی، ۹۳ نفر (۴۷/۲ درصد) دارای استومی دائم و ۱۰۴ نفر (۵۲/۸ درصد) دارای استومی موقت بودند.

در مطالعه‌ی حاضر، شیوع کلی عوارض در ۱۰۰ نفر از بیماران (۵۰/۸ درصد) دارای استومی بود و میزان مرگ و میر در ۲۹ بیمار (۱۴/۷ درصد) رخ داد که تمام مرگ و میر رخ داده، ناشی از بیماری زمینهای بود و استومی، علت مرگ بیماران نبود. این ۲۹ مورد شامل ۹ نفر ناشی از سرطان، ۶ نفر آنومالی جنینی، ۴ نفر ولولوس، ۴ نفر پرفوراسیون، ۴ نفر شکم حاد، ۲ نفر انسداد، ۱ نفر ایسکمی مزاتر و ۱ نفر مولتیپل تروما (Multiple trauma) بودند. از مجموع ۱۹۷ بیمار مورد مطالعه، ۳۲ نفر (۱۶/۲ درصد) دچار پرولاپس، ۱۷ نفر (۸/۶ درصد) دچار هرنیا، ۲۴ نفر (۱۲/۲ درصد) دچار تحریک پوست، ۸۵ نفر (۴۳/۱ درصد) دچار ترشح از محل استومی و در نهایت ۸۱ نفر (۴۱/۱ درصد) دچار دفع بوی بد در محل استومی بودند.

در مطالعه‌ی حاضر، مشخص شد که بروز عوارض بر حسب سن ($P = 0/836$)، جنس ($P = 0/364$) و مدت بستری ($P = 0/361$) تفاوت معنی‌داری نداشت، اما مشخص شد که بروز عوارض به صورت کلی در بیماران ایلئوستومی (۶۹/۸ درصد) به صورت معنی‌داری بالاتر از گروه‌های دیگر (۴۳/۵ و ۴۴/۴ درصد) می‌باشد ($P = 0/005$) و همچنین، مشخص شد که بروز عوارض در بیماران دچار بیماری‌های التهابی (۱۰۰ درصد) و بیماران مبتلا به سرطان رکتوم (۶۶/۱ درصد) بیشتر از بیماران با علل دیگر بود ($P = 0/033$) و همچنین، مشخص شد که بروز عوارض در بیماران با استومی دائم (۵۹/۱ درصد)، بیشتر از بیماران با استومی موقت (۴۳/۳ درصد) بود ($P = 0/026$) (جدول ۱).

با بررسی عوارض به صورت جداگانه مشخص شد که بروز پرولاپس در بیماران با علت استومی (بیماری التهابی ۵۰/۰ درصد و

در بیمارستان الزهرا (س)، هر هفته درمانگاه مخصوص بیماران دارای استومی دایر بود که خدماتی نظیر مشاوره، معاینه، بررسی عوارض و ثبت روند درمانی ارائه می‌داد و فرصت بسیار مناسبی را برای ثبت داده‌های مورد نظر در این طرح پژوهشی فراهم می‌ساخت. بعد از انجام هماهنگی‌های لازم، با مراجعه‌ی پژوهشگر به بیمارستان الزهرا (س)، بیماران مراجعه‌کننده جهت دریافت مراقبت‌های استومی انتخاب شدند و پس از جلب رضایت ایشان جهت شرکت در مطالعه، اطلاعات دموگرافیک آن‌ها، سوابق بیماری‌های دیابت و فشار خون بالا، اعتیاد به سیگار و مواد مخدر و الکل و سابقه‌ی مصرف داروهای روان‌پزشکی در پرسش‌نامه‌ای که از قبل تهیه شده بود، ثبت و در فرم جمع‌آوری اطلاعات وارد شد.

مطالعه‌ی حاضر، یک مطالعه‌ی مقطعی بود که از بازه‌ی زمانی مهر ۱۳۹۴ تا مهر ۱۳۹۵ انجام شد. به همین دلیل، تعدادی از بیماران که از قبل، تحت عمل جراحی استومی قرار گرفته و مرخص شده بودند، در دسترس پژوهشگران نبودند. از این رو، از طریق مرور پرونده‌ی بیماران و تماس تلفنی برای دعوت به مراجعه جهت مصاحبه و معاینات لازم وارد مطالعه شدند. گروه دیگر بیماران نیز که از زمان شروع مطالعه به بعد مراجعه کردند، با هماهنگی‌های صورت گرفته با پزشک، بخش‌های جراحی و پرستاران معرفی شدند تا تحت معاینه و ارزیابی کامل قرار گیرند.

فرم ارزیابی در این مطالعه، یک پرسش‌نامه‌ی جمع‌آوری اطلاعات بود که توسط محقق و یا پرستار تکمیل گردید. اطلاعات این پرسش‌نامه، شامل مشخصات بیمار، تعیین نوع عمل جراحی و دایم یا موقت بودن استومی، زمان عمل، زمان بستری، زمان ترخیص، زمان بستن استومی، تعیین عوارض ناشی از استومی نظیر زخم، پرولاپس، توکشدگی و ... و علت تبعیه‌ی استومی بودند.

کلیه‌ی اطلاعات بیماران شامل عوامل دموگرافیک، علایم پیراپزشکی در چک لیست ساخته شده توسط مجری ثبت و در نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۲۲ (version 22, IBM Corporation, Armonk, NY) وارد شد. آنالیزهای آماری در دو بخش توصیفی و تحلیلی ارائه شد. در بخش توصیفی، فراوانی عوارض به عنوان متغیر اصلی در گروه‌های مختلف ارائه گردید و کلیه‌ی خواص دموگرافیک و بالینی بیماران نیز بر اساس معیارهای توصیفی گزارش شد. در بخش تحلیلی، بنا بر برقراری پیش‌فرض‌های آماری از آزمون‌های متناسب پارامتری و غیر پارامتری استفاده شد. برای آنالیز یافته‌های کیفی، از آزمون χ^2 و برای مقایسه‌ی داده‌های کمی از آزمون Independent t استفاده شد. در صورت برقرار نبودن مفروضات اولیه همانند طبیعی بودن توزیع داده‌ها، از آزمون Mann-Whitney استفاده شد. در تمام آزمون‌ها $P < 0/05$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

جدول ۱. فراوانی و میانگین متغیرهای مورد مطالعه بر اساس بروز عوارض در بیماران استومی

مقدار P	عوارض		متغیر
	دارد	ندارد	
۰/۸۳۶	۴۶/۵۷ ± ۲۸/۱۵	۴۴/۱۹ ± ۳۰/۶۷	سن (سال)
۰/۳۶۴	۷۰ (۵۳/۰)	۶۲ (۴۷/۰)	جنس
	۳۰ (۴۶/۲)	۳۵ (۵۳/۸)	مرد زن
۰/۳۶۱	۱۲/۵۰ ± ۹/۴۶	۱۱/۶۷ ± ۱۰/۸۰	مدت بستری (روز)
۰/۰۰۵	۴۷ (۴۳/۵)	۶۱ (۵۶/۵)	نوع استومی
	۳۷ (۶۹/۸)	۱۶ (۳۰/۲)	کلتومی
	۱۶ (۴۴/۴)	۲۰ (۵۵/۶)	ایلئوستومی
	۳۷ (۶۶/۱)	۱۹ (۳۳/۹)	یوروستومی
۰/۰۳۳	۱۶ (۴۴/۴)	۲۰ (۵۵/۶)	علت
	۱۵ (۴۸/۴)	۱۶ (۵۱/۶)	سرطان مثانه و توده‌ی لگنی
	۸ (۳۳/۷)	۱۶ (۶۶/۷)	انسداد
	۴ (۴۰/۰)	۶ (۶۰/۰)	انوس بسته
	۲ (۲۲/۲)	۷ (۷۷/۸)	هیر شپرونگک
	۳ (۴۲/۹)	۴ (۵۷/۱)	پرفوریشن
	۱ (۲۵/۰)	۳ (۷۵/۰)	ولولوس
	۴ (۱۰۰)	۰ (۰)	فیستول
	۱۰ (۶۲/۵)	۶ (۳۷/۵)	بیماری‌های التهابی
	۱۰ (۶۲/۵)	۶ (۳۷/۵)	سایر علل
۰/۰۲۶	۵۵ (۵۹/۱)	۳۸ (۴۰/۹)	نوع استومی
	۴۵ (۴۳/۳)	۵۹ (۵۶/۷)	دایم موقت

کلی در بیماران ایلئوستومی، مبتلایان به بیماری‌های التهابی و بیماران دچار سرطان رکتوم و در بیماران با استومی دایم، بیشتر از بیماران دیگر بود. همچنین، مشخص شد که بروز پرولاپس در بیماران با بیماری التهابی و سرطان رکتوم و در بیماران با ایلئوستومی بیشتر بود، اما تحریک پوستی تنها در بیماران با ایلئوستومی بیشتر بود. هر نیا، در بیماران با استومی دایم بیشتر بود، اما ترشح تنها در بیماران با ایلئوستومی بیشتر بود و بوی بد در بیماران با بیماری التهابی و سرطان رکتوم بیشتر بود.

در مطالعه‌ی Carlsson و همکاران، انواع استومی عبارت از کلتومی (۷۱ درصد)، ایلئوستومی انتهایی (۲۶ درصد) و ایلئوستومی لوپ (۳ درصد) بود. یک یا چند عارضه در ۳۵ درصد بیماران گزارش شد که شامل ۲۷ درصد عوارض استومی و ۱۱ درصد عوارض پوستی بودند. فتق کلوستومی، شایع‌ترین عارضه‌ی جراحی (۲۰ درصد) بود و در زنان (۶۹ درصد)، جراحی‌های اورژانسی و ارتفاع استومی ≥ 5 میلی‌متر، بیشتر مشاهده شد (۱۸). در مطالعه‌ی حاضر نیز بیشتر بیماران تحت کلتومی بودند، اما در مطالعه‌ی حاضر، عوارض در بیش از ۵۰ درصد بیماران دیده شد و در مطالعه‌ی پیش‌گفته، تنها در ۳۵ درصد بیماران عوارض مشاهده شد که این

سرطان رکتوم ۳۰/۴ درصد ($P = 0/041$) و در بیماران با ایلئوستومی (۲۶/۴ درصد در مقابل ۱۳/۹ و ۸/۳ درصد) ($P = 0/047$) ارتباط دارد، اما تحریک پوستی تنها در بیماران با ایلئوستومی (۲۶/۴ درصد در مقابل ۵/۶ و ۱۱/۱ درصد) ($P = 0/001$) ارتباط دارد. هر نیا در بیماران با استومی دایم (۱۲/۹ درصد در مقابل ۴/۸ درصد) ($P = 0/043$) ارتباط دارد، اما ترشح تنها در بیماران با ایلئوستومی (۵۸/۵ درصد در مقابل ۳۸/۰ و ۳۶/۱ درصد) ($P = 0/030$) ارتباط دارد. بوی بد در بیماران با علت استومی (بیماری التهابی ۵۳/۶ درصد و سرطان رکتوم ۱۰۰ درصد) ($P = 0/037$) ارتباط دارد.

بحث

در مطالعه‌ی حاضر، مشخص شد که شیوع کلی عوارض در بیماران دارای استومی برابر با ۱۰۰ بیمار (۵۰/۸ درصد) می‌باشد و از مجموع ۱۹۷ بیمار مورد مطالعه، ۳۲ نفر (۱۶/۲ درصد) دچار پرولاپس، ۱۷ نفر (۸/۶ درصد) دچار هر نیا، ۲۴ نفر (۱۲/۲ درصد) دچار تحریک پوست، ۸۵ نفر (۴۳/۱ درصد) دچار ترشح از محل استومی و در نهایت، ۸۱ نفر (۴۱/۱ درصد) دچار دفع بوی بد در محل استومی بودند. در مطالعه‌ی حاضر، مشخص شد که بروز عوارض به صورت

پوست اطراف استومی شدند (۲۰). این در حالی است که در مطالعه‌ی حاضر، مشخص شد که تنها ۱۲/۲ درصد بیماران، مبتلا به تحریک پوستی شدند. این امر، ممکن است ناشی از تفاوت در علت استومی، تفاوت در حجم نمونه‌ی مورد مطالعه و تفاوت در شاخص‌های دموگرافیک بیماران مورد مطالعه باشد.

در مطالعه‌ی دیگری که توسط Park و همکاران به منظور بررسی عوارض و مرگ و میر در بیماران مبتلا به بیماری‌های التهابی روده و تحت ایلئوستومی انجام شد، در مجموع ۳۸ بیمار (۵۴ درصد) دارای یک یا چند عارضه پس از عمل جراحی بودند. عوارض ناشی از استومی در ۴۹ درصد موارد ناشی از تحریک پوستی بود. در مجموع، ۱۸ درصد از بیماران بار دیگر به علت عوارض مرتبط با استومی بستری شدند که از این تعداد، ۳۰ درصد نیاز به جراحی مجدد داشتند. در کل، ۵ بیمار (۷ درصد) دچار نشت در آناستوموز شدند و مرگ و میر در این مطالعه دیده نشد (۲۱). بروز عوارض کلی در مطالعه‌ی پیش‌گفته همسو با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر می‌باشد، اما تحریک پوستی در مطالعه‌ی حاضر، تنها در ۱۲/۲ درصد افراد دیده شد، اما بروز مرگ و میر در مطالعه‌ی حاضر برابر با ۱۴/۷ درصد بود که این اختلاف، ممکن است ناشی از تفاوت در نوع نمونه‌گیری و حجم نمونه‌ی متفاوت باشد.

نتیجه‌گیری نهایی این که شیوع کلی عوارض در بیماران دارای استومی برابر با ۱۰۰ بیمار (۵۰/۸ درصد) بود و در مطالعه‌ی حاضر بروز عوارض به صورت کلی در بیماران ایلئوستومی، مبتلایان به بیماری‌های التهابی و افراد مبتلا به سرطان رکتوم و در بیماران با استومی دایم بیشتر از بیماران دیگر بود. همچنین، مشخص شد که بروز پرولاپس در بیماران با بیماری‌های التهابی و سرطان رکتوم و در بیماران با ایلئوستومی بیشتر بود، اما تحریک پوستی تنها در بیماران با ایلئوستومی بیشتر بود. هرنیا نیز در بیماران با استومی دایم بیشتر بود، اما ترشح تنها در بیماران با ایلئوستومی بیشتر بود و بوی بد در مبتلایان به بیماری‌های التهابی و سرطان رکتوم بیشتر بود. از این رو، با توجه به شیوع بالای عوارض در بیماران تحت استومی و همچنین، شناخت عوامل مؤثر بر بروز بیشتر عوارض در بیماران به خصوص در مبتلایان به بیماری‌های التهابی و سرطان، بیماران تحت ایلئوستومی و استومی دایم، پیشنهاد می‌شود اقدامات پیش‌گیرانه در این بیماران، با جدیت بیشتری انجام شود و پی‌گیری بیماران با فواصل کمتر انجام شود تا از بروز عوارض پیش‌گیری شود و سبب افزایش کیفیت زندگی بیماران گردد.

تشریح و قدردانی

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه‌ی دکتری حرفه‌ای پزشکی عمومی

اختلاف، ممکن است ناشی از این امر باشد که در مطالعه‌ی حاضر، ترشح و بوی بد نیز در گروه عوارض بیماران قرار داده شد و از طرفی، تفاوت در حجم نمونه نیز ممکن است باعث تفاوت در نتایج مطالعه‌ی حاضر و مطالعه‌ی پیش‌گفته باشد.

در پژوهش مشابهی در بیمارستان کارولینای شمالی که توسط Richbourg و همکاران انجام شد، ۷۶ درصد بیماران تحریک پوستی، در ۶۲ درصد بیماران ترشح، در ۵۹ درصد بیماران بوی تعفن و در ۵۴ درصد بیماران کاهش لذت در فعالیت‌ها و در ۵۳ درصد بیماران افسردگی و اضطراب مشاهده گردید (۱۶). این در حالی است که در مطالعه‌ی حاضر، تحریک پوستی، ترشح و بوی بد به مراتب کمتر از مطالعه‌ی پیش‌گفته می‌باشد که این امر ممکن است ناشی از تفاوت در علت استومی، تفاوت در حجم نمونه‌ی مورد مطالعه و تفاوت در شاخص‌های دموگرافیک بیماران مورد مطالعه باشد.

در مطالعه‌ی Jayarajah و همکاران به منظور بررسی عوارض استومی، از ۱۹۲ بیمار تنها ۱۴۶ بیمار به طور منظم برای پی‌گیری به بیمارستان منتقل شدند. میانگین مدت پی‌گیری ۲۸ ماه (در محدوده‌ی ۱۸۳-۳ ماه) بود. در حدود ۳۴/۲ درصد عوارض طولانی مدت جراحی مرتبط با استومی ایجاد شده بود. عوارض شامل پرولاپس (۱۶/۴ درصد)، تحریک پوست (۱۵/۱ درصد) و فتق (۹/۶ درصد) بود. در مجموع، عوارض به طور معنی‌داری در استومی‌های لوپ و اختلال در عملکرد استومی‌ها کمتر بود. تحریک پوست در مردان و در بیماران تحت ایلئوستومی به طور معنی‌داری بالا بود. فتق استومی‌های انتهایی رایج بود و مراقبت دوره‌ای توسط متخصص، عوارض کلی و خاص را کاهش داد (۱۹). نتایج این مطالعه، همسو با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر می‌باشد؛ چرا که در مطالعه‌ی ما نیز مشخص شد که بروز فتق، پرولاپس و تحریک پوستی در ۳۱ درصد بیماران رخ داده بود و از طرفی، مشابه با مطالعه‌ی حاضر، تحریک پوستی بیشتر در بیماران با ایلئوستومی دیده شد. همچنین، مشابه با مطالعه‌ی حاضر، پرولاپس در بیماران با بدخیمی بیشتر بود. اما بر خلاف مطالعه‌ی پیش‌گفته، رابطه‌ی معنی‌داری میان جنسیت و بروز عوارض (کلی و خاص) در بیماران دیده نشد که علت آن ممکن است ناشی از تفاوت در شاخص‌های دموگرافیک بیماران مورد مطالعه باشد.

مطالعه‌ی هم‌گروهی Taneja و همکاران به منظور بررسی عوارض استومی، بر روی ۱۲۸ بیمار که عمل جراحی استومی (شامل کله‌سومی ۴۰ درصد، ایلئوستومی ۵۰ درصد و یوروستومی ۱۰ درصد) داشتند، انجام شد. حدود یک سوم بیماران (۳۶/۷ درصد) شامل یوروستومی ۷/۱ درصد، کله‌سومی ۳۵/۳ درصد و ایلئوستومی ۴۳/۸ درصد) در دوره‌ی ۹۰ روزه پس از جراحی دچار تحریک

عزیزان تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

بود و با حمایت‌های معنوی و مادی حوزه‌ی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد. بدین وسیله، از زحمات این

References

- Grant M, McCorkle R, Hornbrook MC, Wendel CS, Krouse R. Development of a chronic care ostomy self-management program. *J Cancer Educ* 2013; 28(1): 70-8.
- Krouse RS, Grant M, Rawl SM, Mohler MJ, Baldwin CM, Coons SJ, et al. Coping and acceptance: The greatest challenge for veterans with intestinal stomas. *J Psychosom Res* 2009; 66(3): 227-33.
- McCarthy M, Fergus K, Miller D. 'I-We' boundary fluctuations in couple adjustment to rectal cancer and life with a permanent colostomy. *Health Psychol Open* 2016; 3(1): 2055102916633582.
- Dabirian A, Yaghmaei F, Rassouli M, Tafreshi MZ. Quality of life in ostomy patients: A qualitative study. *Patient Prefer Adherence* 2010; 5: 1-5.
- Krogsgaard M, Thomsen T, Vinther A, Gogenur I, Kaldan G, Danielsen AK. Living with a parastomal bulge - patients' experiences of symptoms. *J Clin Nurs* 2017; 26(23-24): 5072-81.
- Coons SJ, Chongpison Y, Wendel CS, Grant M, Krouse RS. Overall quality of life and difficulty paying for ostomy supplies in the Veterans Affairs ostomy health-related quality of life study: an exploratory analysis. *Med Care* 2007; 45(9): 891-5.
- Sun V, Grant M, Wendel CS, McMullen CK, Bulkley JE, Herrinton LJ, et al. Sexual function and health-related quality of life in long-term rectal cancer survivors. *J Sex Med* 2016; 13(7): 1071-9.
- Anaraki F, Vafaie M, Behboo R, Esmailpour S, Maghsoodi N, Safaie A, et al. The city of hope-quality of life-ostomy questionnaire: Persian translation and validation. *Ann Med Health Sci Res* 2014; 4(4): 634-7.
- Jain S, McGory ML, Ko CY, Sverdlik A, Tomlinson JS, Wendel CS, et al. Comorbidities play a larger role in predicting health-related quality of life compared to having an ostomy. *Am J Surg* 2007; 194(6): 774-9.
- Yilmaz E, Celebi D, Kaya Y, Baydur H. A descriptive, cross-sectional study to assess quality of life and sexuality in Turkish patients with a colostomy. *Ostomy Wound Manage* 2017; 63(8): 22-9.
- McMullen CK, Hornbrook MC, Grant M, Baldwin CM, Wendel CS, Mohler MJ, et al. The greatest challenges reported by long-term colorectal cancer survivors with stomas. *J Support Oncol* 2008; 6(4): 175-82.
- Boraii S. A descriptive study to assess quality of life in Egyptian patients with a stoma. *Ostomy Wound Manage* 2017; 63(7): 28-33.
- Popek S, Grant M, Gemmill R, Wendel CS, Mohler MJ, Rawl SM, et al. Overcoming challenges: Life with an ostomy. *Am J Surg* 2010; 200(5): 640-5.
- Symms MR, Rawl SM, Grant M, Wendel CS, Coons SJ, Hickey S, et al. Sexual health and quality of life among male veterans with intestinal stomas. *Clin Nurse Spec* 2008; 22(1): 30-40.
- Simmons KL, Smith JA, Bobb KA, Liles LL. Adjustment to colostomy: Stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. *J Adv Nurs* 2007; 60(6): 627-35.
- Richbourg L, Thorpe JM, Rapp CG. Difficulties experienced by the ostomate after hospital discharge. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2007; 34(1): 70-9.
- Butler DL. Early postoperative complications following ostomy surgery: A review. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2009; 36(5): 513-9.
- Carlsson E, Fingren J, Hallen AM, Petersen C, Lindholm E. The prevalence of ostomy-related complications 1 year after ostomy surgery: A prospective, descriptive, clinical study. *Ostomy Wound Manage* 2016; 62(10): 34-48.
- Jayarajah U, Samarasekera AM, Samarasekera DN. A study of long-term complications associated with enteral ostomy and their contributory factors. *BMC Res Notes* 2016; 9(1): 500.
- Taneja C, Netsch D, Rolstad BS, Inglese G, Lamerato L, Oster G. Clinical and economic burden of peristomal skin complications in patients with recent stomas. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2017; 44(4): 350-7.
- Park J, Gessler B, Block M, Angenete E. Complications and Morbidity associated with Loop Ileostomies in Patients with Ulcerative Colitis. *Scand J Surg* 2017. [Epub ahead of print].

Evaluation of Postoperative Complications of Ostomy in Patients Referred to Alzahra Hospital, Isfahan, Iran, from October 2015 to October 2016

Gholamreza Mohajeri¹, Ali Mianji², Mahdi Mianji²

Original Article

Abstract

Background: Ostomy is a common surgical procedure that increases life expectancy in needy patients; however, it also has complications that recognizing them and effective factors will reduce the incidence of these complications. This study aimed to investigate postoperative complications of ostomy.

Methods: This study was performed on 197 patients undergoing ostomy surgery in Alzahra hospital, Isfahan, Iran, from October 2015 to October 2016. Demographic data and the cause of ostomy, relative frequency of complications and mortality were recorded. T, chi-square, and Mann-Whitney tests were used to compare the studied variables.

Findings: The overall incidence of complications in patients with ostomy was 100 (50.8%). Of the total of 197 patients, 32 patients (16.2%) had prolapse, 17 (8.6%) had hernia, 24 (12.2%) had irritation, 85 (43.1%) had secretion, and 81 (41.1%) complained of bad smell at the site. The incidence of complications in patients with inflammatory diseases, rectal cancer, and permanent ostomy was higher than other patients ($P < 0.05$ for all).

Conclusion: Considering the high prevalence of complications in patients undergoing ostomy, recognizing the factors affecting more complications in patients with inflammatory diseases, rectal cancer, and permanent ostomy, preventive measures in these patients should be performed more seriously.

Keywords: Ostomy, Complications, Prolapse

Citation: Mohajeri G, Mianji A, Mianji M. Evaluation of Postoperative Complications of Ostomy in Patients Referred to Alzahra Hospital, Isfahan, Iran, from October 2015 to October 2016. J Isfahan Med Sch 2018; 35(455): 1626-32.

1- Associate Professor, Department of Surgery, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2- Student of Medicine, Student Research Committee, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
Corresponding Author: Ali Mianji, Email: alimianji@ymail.com

فراوانی مننژیت در شیرخواران ۱۸-۶ ماهه با اولین تب و تشنج و حال عمومی خوب مراجعه کننده به بیمارستان‌های امام حسین و امین اصفهان در سال ۱۳۹۵

جعفر نصیری^۱، فاطمه مختاریان^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: تشنج ناشی از تب، شایع‌ترین شکل تشنج در کودکان است که در ۳-۵ درصد کودکان ۶ ماهه تا ۶ ساله رخ می‌دهد. در تب تشنج، بایستی عفونت‌های مغزی را مد نظر داشت و از طریق شرح حال، معاینه‌ی بالینی و در صورت لزوم بررسی مایع مغزی- نخاعی، آن را بررسی کرد. برخورد مراکز مختلف جهان در مورد انجام بررسی مایع مغزی- نخاعی متفاوت است. این سؤال همیشه مطرح بوده است که «آیا در همه‌ی شیرخواران زیر ۱۸ ماه با اولین تشنج ناشی از تب، باید مایع مغزی- نخاعی بررسی شود یا خیر؟». مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی بروز مننژیت در شیرخواران ۱۸-۶ ماهه با اولین تشنج ناشی از تب و حال عمومی خوب انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه‌ی آینده‌نگر، بروز مننژیت را در شیرخواران ۱۸-۶ ماهه با اولین تب و تشنج و حال عمومی خوب (بدون علائم مطرح کننده‌ی مننژیت و سپسیس) که از خرداد تا اسفند ۱۳۹۵ به بیمارستان‌های امام حسین (ع) و امین اصفهان مراجعه کردند، مورد بررسی قرار داد. کلیه‌ی اطلاعات مربوط به بیماران که از طریق شرح حال، معاینه‌ی بالینی و بررسی‌های پیراپزشکی و انجام پانکسیون لومبار به دست آمد، در فرم‌های از پیش تهیه شده وارد و با استفاده از نرم‌افزار SPSS واکاوی گردید.

یافته‌ها: ۱۷۰ بیمار مراجعه کننده به بیمارستان با اولین تشنج ناشی از تب و حال عمومی خوب (بدون علائم مطرح کننده‌ی مننژیت یا سپسیس) مورد مطالعه قرار گرفتند و پانکسیون لومبار انجام شد. ۱۲۸ نفر (۷۵/۳ درصد) تشنج ساده و ۴۲ نفر (۲۴/۷ درصد) تشنج کمپلکس داشتند. برای ۲ مورد (۱/۲ درصد) از بیماران تشخیص مننژیت (باکتریال یا آسپتیک) داده شد که هیچ کدام باکتریال نبودند.

نتیجه‌گیری: در شیرخواران با گروه سنی ۱۸-۶ ماه با اولین تب و تشنج و حال عمومی خوب، بدون علائم مطرح کننده‌ی مننژیت و سپسیس، نیازی به انجام پانکسیون لومبار به عنوان بررسی معمول نمی‌باشد و توصیه‌های پیشین در این زمینه، باید مورد بازنگری قرار گیرد.

واژگان کلیدی: تشنج، تب، مننژیت، باکتریال، پانکسیون لومبار

ارجاع: نصیری جعفر، مختاریان فاطمه فراوانی مننژیت در شیرخواران ۱۸-۶ ماهه با اولین تب و تشنج و حال عمومی خوب مراجعه کننده به

بیمارستان‌های امام حسین و امین اصفهان در سال ۱۳۹۵. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۶؛ ۳۵ (۴۵۵): ۱۶۳۹-۱۶۳۳

تشنج کمتر از ۱۵ دقیقه و وقوع تنها یک نوبت تشنج) و تشنج کمپلکس (تشنج کانونی، طول مدت تشنج ۱۵ دقیقه یا بیشتر و یا تکرار مجدد تشنج در طول ۲۴ ساعت اول) طبقه‌بندی می‌شوند (۳). اغلب تشنج‌ها ناشی از تب‌هایی است که توسط عفونت‌های ویروسی دستگاه تنفسی فوقانی، عفونت‌های گوش یا سرخچه ایجاد می‌شوند؛ اما با توجه به این که وقوع عفونت‌های باکتریال فوکال اختصاصی شامل باکتری، عفونت دستگاه ادرای و مننژیت با افزایش دما، افزایش می‌یابند، پس ممکن است تشنج به دلیل این عفونت‌ها نیز ایجاد شود (۴-۵).

مقدمه

تشنج ناشی از تب، از شایع‌ترین بیماری‌های نورولوژیک کودکان است که در ۳-۵ درصد کودکان ۶ ماهه تا ۶ ساله رخ می‌دهد. این نوع تشنج که شایع‌ترین شکل تشنج در کودکان است، به طور معمول بی‌خطر است و خطر تشنج‌های بدون تب را افزایش نمی‌دهد (۱-۲). تشنج ناشی از تب، به تشنجی اطلاق می‌شود که همراه با تب و بدون شواهدی از عفونت مغزی، اختلالات متابولیک و یا سابقه‌ی قبلی از تشنج بدون تب باشد. این تشنج‌ها، به دو دسته‌ی کلی شامل تشنج ساده (تشنج‌های منتشر بدون ویژگی‌های کانونی، طول مدت

۱- استادیار، گروه نورولوژی اطفال، دانشکده‌ی پزشکی و مرکز تحقیقات رشد و نمو کودکان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشجوی پزشکی، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

تشنج انجام شد، پانکسیون مایع مغزی- نخاعی در تمامی کودکان صورت گرفت، اما شیوع مننژیت ۴/۷ درصد گزارش شد (۱۲).

روش‌ها

این مطالعه آینده‌نگر از نوع مقطعی بود که فراوانی مننژیت را در شیرخواران ۱۸-۶ ماهه با اولین تب و تشنج و حال عمومی خوب مورد بررسی قرار داد.

کلیه‌ی کودکان با اولین تب و تشنج که در اورژانس بیمارستان‌های امام حسین (ع) و امین اصفهان از خرداد ۱۳۹۵ تا اسفند ۱۳۹۵ بستری شده بودند، به شرط مطابقت با معیارهای ورود به مطالعه، مورد بررسی قرار گرفتند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل تشنج همراه با تب، سن ۱۸-۶ ماه و نداشتن علایم بالینی سپسیس و مننژیت بودند. معیارهای خروج از مطالعه، شامل عدم رضایت خانواده، بررسی با نتایج نامشخص، مصرف هر گونه آنتی‌بیوتیک قبل از بستری، سابقه‌ی قبلی تشنج بدون تب و سابقه‌ی قبلی تشنج همراه با تب بودند.

علایم مننژیت شامل سردرد، تحریک‌پذیری، تهوع، استفراغ، بی‌حالی فراتر از Postictal، فتوفوبی، بی‌قراری، کاهش سطح هوشیاری و تغذیه‌ی ضعیف و یافته‌های بالینی شامل سفتی گردن، نشانه‌ی کرنیگ (Kernig's sign) و نشانه‌ی برودزینسکی (Brudzinski's sign) بودند که در صورت وجود هر کدام از این علایم در شیرخوار، بیمار وارد مطالعه نشد.

سپسیس، به معنی شواهد عفونت همراه با حداقل دو مورد از یافته‌های دمای مرکزی (رکال، مثانه، دهان یا پروب مرکزی) بالای ۳۸/۵ درجه‌ی سانتی‌گراد یا کمتر از ۳۶ درجه‌ی سانتی‌گراد، تاکی‌کاردی (ضربان قلب بالاتر از دو انحراف معیار بالای میزان طبیعی برای سن) یا برای کودکان زیر یک سال برادی‌کاردی (ضربان قلب زیر صدک ۱۰ برای سن)، تعداد تنفس بیشتر از دو انحراف معیار بالای میزان طبیعی برای سن یا تهویه‌ی مکانیکی به دنبال مشکل ریوی حاد و تعداد لکوسیت بالاتر یا پایین‌تر برای سن یا نوتروفیل نابالغ بیشتر از ۱۰ درصد بود؛ که در صورت تشخیص سپسیس در شیرخوار، بیمار وارد مطالعه نمی‌شد (۱۹).

بررسی با نتایج نامشخص شامل تمام مواردی است که شیرخوار قابل پی‌گیری نبود. برای مثال، ترک بیمارستان با رضایت شخصی و یا عدم انجام پانکسیون لومبار مثلاً به دلیل عدم رضایت خانواده؛ که منجر به خروج شیرخوار از مطالعه شده است.

در کلیه‌ی بیماران، شرح حال دقیق نظیر در خصوص میزان تب، مدت تب قبل از تشنج، مدت تشنج، نوع تشنج، علایم پس از تشنج، بی‌قراری، بی‌اشتهایی، مراجعه به پزشک در یک هفته قبل از تشنج، مصرف داروها به خصوص آنتی‌بیوتیک‌ها گرفته شد.

مننژیتی که باعث ایجاد تب و تشنج می‌شود، ناشی از پاتوژن‌های باکتریال نظیر *Haemophilus influenzae* نوع ب، *Streptococcus pneumoniae*، *Neisseria meningitidis* و *Staphylococcus aureus* یا پاتوژن‌های ویروسی شامل *Herpes simplex virus* نوع یک، می‌باشد (۷-۶).

با توجه به احتمال بروز تشنج در بیماران دچار مننژیت، از زمان‌های دور در هر بیمار با تب و تشنج، نگرانی در مورد احتمال عفونت مغزی وجود داشته است (۹-۸). در کودکان زیر ۱۸ ماه و به ویژه در شیرخواران زیر ۱۲-۶ ماه، علایم اختصاصی مننژیت ممکن است وجود نداشته باشد. به همین دلیل، بسیاری از مراکز جهان در کودکان زیر ۱۲ ماه، بررسی مایع مغزی- نخاعی (Cerebrospinal fluid یا CSF) را به طور مؤکد توصیه کرده‌اند (۱۱-۱۰).

در سال‌های اخیر و به خصوص پس از شروع واکسیناسیون عمومی کودکان علیه *Haemophilus influenzae* و *Streptococcus pneumoniae* (Pneumococcus)، الزامی بودن انجام پانکسیون مایع مغزی- نخاعی در شیرخواران مبتلا به تب و تشنج که حال عمومی خوبی دارند، مورد سؤال قرار گرفته است (۱۲، ۱۰).

با وجود توصیه‌های انجمن اطفال آمریکا در بسیاری از مراکز کودکان آمریکا، همه‌ی شیرخواران با تب و تشنج مورد بررسی مایع مغزی- نخاعی قرار نمی‌گیرند.

بدیهی است در کلیه‌ی بیماران با علایم مطرح‌کننده‌ی عفونت مغزی این بررسی انجام می‌شود و در صورت عدم امکان انجام این بررسی، درمان‌های مربوط شروع می‌شود.

در برخی مطالعات که به تازگی در آمریکا، فرانسه و انگلیس انجام شده است، شیوع مننژیت در شیرخواران ۱۸-۶ ماهه با تب و تشنج و حال عمومی خوب، نزدیک به صفر گزارش شده است (۱۶-۱۲) و به همین دلیل، گرایش مهم‌ترین مراکز اطفال جهان در حال حاضر انتخاب مواردی است که نیاز به بررسی مایع مغزی- نخاعی دارند و انجام آن به صورت معمول مورد قبول این مراکز نیست (۱۷-۱۱).

بر اساس مطالعه‌ای که در کشور هند روی کودکان ۱۸-۶ ماهه با اولین تب و تشنج انجام شد، تنها در ۴/۴ درصد کودکان، پانکسیون مایع مغزی- نخاعی انجام شد و شیوع مننژیت ۴/۴ درصد گزارش گردید (۱۸). همچنین، مطالعه‌ی مشابهی در کشور نپال در گروه سنی ۶ ماه تا ۵ سال نشان می‌دهد که تنها برای ۱۷ درصد تشخیص مننژیت داده‌اند که به تفکیک گروه سنی، شیوع مننژیت در کودکان ۱۲-۶ ماه ۳۰ درصد، ۱۸-۱۲ ماه ۲۰ درصد و بالای ۱۸ ماه ۵ درصد بوده است. در نتیجه، انجام پانکسیون مایع مغزی- نخاعی در گروه سنی ۱۸-۶ ماه را جهت رد مننژیت حتی بدون علایم تحریک‌مننژ لازم می‌دانند (۸). در مطالعه‌ای که در تهران روی کودکان ۶ ماه تا ۵ سال با اولین تب و

از ۱۷۰ شیرخوار، ۶۹ نفر (۴۰/۶ درصد) در گروه سنی ۱۲-۶ ماهه و ۱۰۱ نفر (۵۹/۴ درصد) در گروه سنی ۱۸-۱۲ ماهه بودند. در گروه سنی ۱۲-۶ ماهه ۴۹ نفر (۷۱/۰ درصد) با تب و تشنج ساده و ۲۰ نفر (۲۹/۰ درصد) با تب و تشنج کمپلکس مراجعه کرده‌اند. همچنین، در گروه سنی ۱۲-۱۸ ماهه ۷۹ نفر (۷۸/۲ درصد) با تب و تشنج ساده و ۲۲ نفر (۲۱/۸ درصد) با تب و تشنج کمپلکس مراجعه نمودند. برای دو مورد (۱/۲ درصد) از بیماران تشخیص مننژیت داده شد که هر دو نفر در گروه سنی ۱۸-۱۲ ماهه قرار داشتند. یکی از شیرخواران ۱۳ ماهه با تب و تشنج ساده و دیگری، ۱۸ ماهه با تب و تشنج کمپلکس بود و هیچ کدام مننژیت باکتریال نداشتند (جدول ۱).

جدول ۱. توزیع فراوانی متغیرهای مختلف در شیرخواران مورد بررسی

متغیر	تعداد (درصد)
نوع تشنج	ساده (۷۵/۳) ۱۲۸
	کمپلکس (۲۴/۷) ۴۲
نوع زایمان	سزارین (۵۷/۶) ۹۸
	طبیعی (۴۲/۴) ۷۲
سن حاملگی	ترم (۹۰/۰) ۱۵۳
	پره‌ترم (۱۰/۰) ۱۷
سابقه‌ی فامیلی تب تشنج	خیر (۷۶/۵) ۱۳۰
	بله (۲۳/۵) ۴۰
سابقه‌ی فامیلی تشنج بدون تب (صرع)	خیر (۸۴/۱) ۱۴۳
	بله (۱۵/۹) ۲۷
CRP	منفی (۶۸/۲) ۱۱۶
	مثبت (۳۱/۸) ۵۴
مننژیت باکتریایی	منفی (۱۰۰) ۱۷۰
	مثبت (۰) ۰
WBC در مایع مغزی-نخاعی	طبیعی (۹۸/۸) ۱۶۸
	پلئوسیتوز (۱/۲) ۲
WBC در خون	طبیعی (۶۱/۲) ۱۰۴
	لکوسیتوز (۳۸/۸) ۶۶

CRP: C-reactive protein; WBC: White blood cell

شایع‌ترین علل تشنج ناشی از تب، شامل علائم کوریزا (۳۴/۱ درصد)، تب به تنهایی (۲۵/۳ درصد)، اسهال (۱۱/۸ درصد)، اسهال و استفراغ (۸/۸ درصد)، سرفه (۸/۲ درصد) و استفراغ (۶/۵ درصد) می‌باشد.

شایع‌ترین علت تب شامل Upper respiratory tract infection (URI) در ۵۹/۴ درصد از بیماران، گاستروانتریت در ۲۲/۹ درصد، اوتیت مدیا در ۵/۳ درصد، UTI (UTI) در ۲/۹ درصد و Roseola در ۲/۴ درصد از بیماران بود و در ۵/۹ درصد عفونت‌های ویروسی دیگر مطرح بود.

معاینات دقیق بالینی، به ویژه بررسی علائم مننژیت وضعیت فوتوتال برای کلیه‌ی بیماران انجام شد.

بررسی‌های آزمایشگاهی شامل Complete blood count (CBC)، Erythrocyte sedimentation rate (ESR)، C-reactive protein (CRP)، Blood sugar (BS)، کلسیم (Ca) و سدیم (Na) برای کلیه‌ی بیماران انجام گرفت.

در کلیه‌ی این بیماران، آنالیز و کشت مایع مغزی-نخاعی انجام شد. پلئوسیتوز مایع مغزی-نخاعی به تعداد White blood cell (WBC) بیشتر از ۵ در مایع مغزی-نخاعی اطلاق می‌شود (۲۰). تعداد WBC در پانکسیون لومبار تروماتیزه شده طبق فرمول اصلاح شده $[\text{CSF WBC count} - (\text{CSF RBC count}/500)]$ است (۱۰). مننژیت باکتریایی، به معنی کشت مثبت پاتوژن در مایع مغزی-نخاعی یا پلئوسیتوز مایع مغزی-نخاعی همراه با کشت خون مثبت است. پلئوسیتوز مایع مغزی-نخاعی با اغلب سلول‌های منونوکلئار و کشت منفی مایع مغزی-نخاعی یا خون، به شرط عدم مصرف آنتی‌بیوتیک در هفته‌ی اخیر، مننژیت آسپتیک در نظر گرفته می‌شود (۲۱). کلیه‌ی اطلاعات مربوط به بیماران که از طریق شرح حال و معاینه‌ی بالینی و بررسی‌های پیراپزشکی به دست آمد، در فرم‌های از پیش تهیه شده وارد و با استفاده از نرم‌افزار SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) و آزمون‌های χ^2 و Independent t واکاوی شد.

برای تعیین حجم نمونه، با توجه به هدف مطالعه که تعیین شیوع فراوانی و یا همان نسبت می‌باشد، از فرمول تعیین حجم نمونه استفاده شد. سطح خطای نوع اول ۰/۰۵ در نظر گرفته شد و با توجه به مطالعه‌ی Joshi و همکاران (۸) و پس از جایگزین کردن اعداد مورد نظر، حجم نمونه معادل ۱۷۰ نفر تعیین شد.

یافته‌ها

این تحقیق به منظور بررسی فراوانی مننژیت در شیرخواران ۱۸-۶ ماهه با اولین تشنج ناشی از تب و حال عمومی خوب (بدون علائم مطرح کننده‌ی مننژیت یا سپسیس)، مراجعه کننده به بخش اورژانس بیمارستان‌های حضرت امام حسین (ع) و امین در سال ۱۳۹۵ انجام شد.

بدین منظور، ۱۷۰ شیرخوار مورد بررسی قرار گرفتند که ۱۰۶ نفر (۶۲/۴ درصد) در بیمارستان امام حسین (ع) و ۶۴ نفر (۳۷/۶ درصد) در بیمارستان امین بستری بودند. ۱۲۸ نفر (۷۵/۳ درصد) از بیماران تب و تشنج ساده و ۴۲ نفر (۲۴/۷ درصد) تب و تشنج کمپلکس داشتند. میانگین سنی شیرخواران با تب و تشنج ساده ۱۴/۲ ماهه و در تب و تشنج کمپلکس، ۱۳/۱ ماهه بود.

جدول ۲. میانگین متغیرهای کمی مختلف در شیرخواران به تفکیک نوع تشنج

متغیر	مقدار P	
	کمپلکس	ساده
	میانگین \pm انحراف معیار	
سن (ماه)	۱۳/۱ \pm ۰/۵	۱۴/۲ \pm ۰/۳
طول مدت تشنج (دقیقه)	۹/۴ \pm ۱/۵	۶/۴ \pm ۰/۶
طول مدت تب تا وقوع تشنج (ساعت)	۲۰/۳ \pm ۲/۴	۱۹/۷ \pm ۱/۳

جدول ۴. توزیع فراوانی متغیرهای مختلف به تفکیک نوع تشنج

متغیر	تشنج ساده		تشنج کمپلکس	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	مقدار P
فاز Postictal	۸۵ (۶۶/۴)	۱۹ (۴۵/۲)		۰/۰۱۰
لکوسیتوز	۵۱ (۳۹/۸)	۱۵ (۳۵/۷)		۰/۰۳۰
CRP+	۴۵ (۳۵/۲)	۹ (۲۱/۴)		۰/۰۴۷

CRP: C-reactive protein

بحث

تشنج ناشی از تب، از شایع‌ترین بیماری‌های نورولوژیک کودکان است که در ۳-۵ درصد کودکان ۶ ماهه تا ۶ ساله رخ می‌دهد. در هر بیمار مبتلا به تب و تشنج، نگرانی اصلی پزشکان عفونت مغزی است که باید از طریق معاینه‌ی فیزیکی و در صورت لزوم، پانکسیون لومبار بررسی و رد شود. با توجه به عدم وجود علائم تحریک مننژ در شیرخواران زیر ۱۸ ماه و به ویژه شیرخواران زیر ۱۲ ماه، طبق مطالعات قبلی انجام پانکسیون لومبار باید برای تمام کودکان زیر ۱۸ ماه انجام شود. البته، بیشتر مطالعات گذشته‌نگر بوده‌اند. با این حال، این سؤال همیشه مطرح شده است که «آیا برای همه‌ی کودکان زیر ۱۸ ماه مبتلا به اولین تشنج ناشی از تب، باید پانکسیون لومبار انجام شود؟».

مطالعه‌ی حاضر، نشان می‌دهد که فراوانی مننژیت در شیرخواران ۱۸-۶ ماهه با اولین تب و تشنج (ساده و کمپلکس) و حال عمومی خوب، ۱/۲ درصد بوده است که هیچ کدام از این موارد باکتریال نبوده است. نتایج به دست آمده، مشابه مطالعه‌ای است که توسط کیمیا و همکاران (۱۴) در آمریکا انجام شده است. این مطالعه‌ی هم‌گروهی گذشته‌نگر بوده و شیرخواران ۱۸-۶ ماه با اولین تب و تشنج ساده را مورد بررسی قرار داده است و در هیچ یک از آن‌ها، مننژیت باکتریال گزارش نشده است. همچنین، طبق مطالعه‌ی گذشته‌نگر دیگری که در کشور فرانسه توسط Guedj و همکاران (۲۲) انجام شده است، هیچ یک از شیرخواران ۱۱-۶ ماه با اولین تب و تشنج ساده، مننژیت باکتریال نداشته‌اند. بر اساس مطالعه‌ی گذشته‌نگری که توسط Shaked و همکاران (۱۷) در آمریکا انجام شده است، فراوانی مننژیت باکتریال و آسپتیک در شیرخواران ۱۲-۶ ماه با اولین تب و تشنج ساده، صفر درصد گزارش شده است. این نتایج، می‌تواند ناشی

سابقه‌ی خانوادگی تشنج ناشی از تب در ۲۳/۵ درصد از بیماران و سابقه‌ی خانوادگی صرع در ۱۵/۹ درصد از بیماران وجود داشت. با توجه به جدول ۲، آزمون Independent t نشان داد که میانگین سن ($P = ۰/۰۹۰$) و طول مدت تب تا وقوع تشنج ($P = ۰/۸۰۰$) بین دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت، اما میانگین طول مدت تشنج در شیرخواران با نوع تشنج کمپلکس به طور معنی‌داری بیشتر بود ($P = ۰/۰۲۰$)، که البته یکی از معیارهای طبقه‌بندی تشنج کمپلکس به حساب می‌آید.

با توجه به جدول ۳، آزمون χ^2 نشان داد که توزیع فراوانی نوع تشنج با نوع زایمان ($P = ۰/۵۲۰$)، سن حاملگی ($P = ۰/۴۱۰$)، سابقه‌ی فامیلی تشنج ($P = ۰/۹۶۰$) و سابقه‌ی فامیلی صرع ($P = ۰/۱۹۰$) ارتباط معنی‌داری نداشت.

جدول ۳. توزیع فراوانی نوع تشنج به تفکیک متغیرهای مختلف

متغیر	تشنج ساده		تشنج کمپلکس	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	مقدار P
نوع زایمان	۷۲ (۷۳/۵)	۲۶ (۲۶/۵)		۰/۵۲۰
سزارین	۵۶ (۷۷/۸)	۱۶ (۲۲/۲)		
طبیعی	۱۱۶ (۷۵/۸)	۳۷ (۲۴/۲)		۰/۴۱۰
سن حاملگی	۱۲ (۷۰/۶)	۵ (۲۹/۴)		
ترم	۹۸ (۷۵/۴)	۳۲ (۲۴/۶)		۰/۹۶۰
پره‌ترم	۳۰ (۷۵/۰)	۱۰ (۲۵/۰)		
سابقه‌ی فامیلی تشنج ناشی از تب	۱۰۵ (۷۳/۴)	۳۸ (۲۶/۶)		۰/۱۹۰
خیر	۲۳ (۸۵/۲)	۴ (۱۴/۸)		
بله				
سابقه‌ی فامیلی تشنج بدون تب (صرع)				

با توجه به جدول ۴، آزمون χ^2 نشان داد که فراوانی لوکوسیتوز بین شیرخواران با نوع تشنج ساده و کمپلکس تفاوت معنی‌داری نداشت ($P = ۰/۰۳۰$)، اما فراوانی فاز Postictal ($P = ۰/۰۱۰$) و CRP active ($P = ۰/۰۴۷$) در نوع تشنج ساده به طور معنی‌داری بیشتر از تشنج کمپلکس بود.

شیرخواران با تب و تشنج کمپلکس دچار مننژیت شده‌اند. هیچ کدام علائم تحریک مننژ نداشته‌اند، اما حداقل یکی از علائم نقص عصبی و یا بی حالی ثبت شده است.

همچنین، طبق مطالعه‌ی مقطعی که توسط Siddiqui و همکاران (۲۵) در پاکستان بر روی کودکان ۶ ماهه تا ۶ ساله انجام شده است، ۷/۶ درصد مننژیت باکتریال گزارش شده که به تفکیک ۴۱/۶ درصد در گروه سنی ۱۲-۶ ماه، ۳۳/۳ درصد در گروه ۱۸-۱۲ ماه و ۲۵/۰ درصد در گروه بالای ۱۸ ماه بوده است و بیماران حداقل یکی از علائم بی‌حالی، فونتانل برجسته، سفتی گردن و اختلال تغذیه‌ای را داشته‌اند.

به نظر می‌رسد برای نتیجه‌گیری قطعی، این مطالعه کوچک است و نیاز به مطالعات مشابه بزرگ‌تر می‌باشد تا نتایج قابل اعتمادتری به دست آید.

نتیجه‌گیری نهایی این که در شیرخواران با گروه سنی ۱۸-۶ ماه با اولین تب و تشنج و حال عمومی خوب، بدون علائم مطرح کننده مننژیت و سپسیس، نیازی به انجام پانکسیون لومبار به عنوان بررسی معمول نمی‌باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه‌ی دکترای حرفه‌ای پزشکی عمومی به شماره‌ی طرح ۳۹۴۱۰۵۹ می‌باشد.

با سپاس از پدر و مادرم که در سختی‌ها و دشواری‌های زندگی همواره یآوری دلسوز و پشتیبانی مطمئن برایم بوده‌اند و استاد گرامیم جناب آقای دکتر نصیری به دلیل یاری‌ها و راهنمایی‌های بی‌چشمداشت ایشان که بسیاری از سختی‌ها را برایم آسان‌تر نمودند.

از پوشش بالای واکسیناسیون بر علیه گونه‌های شایع مننژیت در دوران کودکی باشد. همچنین، در مطالعه‌ی گذشته‌نگری که در یزد توسط گلستان و همکاران (۲۳) انجام شد و کودکان ۶ ماهه تا ۶ ساله مورد بررسی قرار گرفته‌اند، ۳ درصد بیماران (۳ مورد) مننژیت آسپتیک داشته‌اند که تنها یک نفر از آن‌ها سن زیر یک سال داشته است، اما موردی از مننژیت باکتریال گزارش نشده است.

از سوی دیگر، نتایج برخی مطالعات بسیار متفاوت است. در مطالعه‌ی گذشته‌نگری که توسط احسانی‌پور و همکاران (۲۴) در تهران انجام شد، کودکان ۵ ماهه تا ۶ ساله مورد مطالعه قرار گرفتند؛ ۳/۶ درصد مننژیت و ۱/۶ درصد مننژیت باکتریال داشته‌اند که تمامی آن‌ها در شیرخواران کمتر از ۱۸ ماه با اولین تب و تشنج مشاهده شده است. بیماران علائم تحریک مننژ نداشته‌اند، اما تمامی آن‌ها حداقل یکی از علائم فونتانل برجسته، خواب‌آلودگی، تحریک‌پذیری، بی‌حالی و استفراغ مکرر را داشته‌اند.

همچنین، بر اساس مطالعه‌ی گذشته‌نگر دیگری که توسط توسلی و همکاران (۲۱) در تهران انجام شده و نتایج آن با یافته‌های مطالعه‌ی احسانی‌پور و همکاران (۲۴) مطابقت دارد، ۴/۵ درصد کودکان یک ماهه تا ۶ ساله مننژیت داشته‌اند که ۱/۶۵ درصد آن‌ها مننژیت باکتریال و همه در سن زیر ۱۸ ماه و با اولین تب و تشنج کمپلکس و بدون علائم تحریک مننژ مراجعه کرده بودند. البته، این مطالعات قبل از برنامه‌ی واکسیناسیون کشوری *Haemophilus influenzae* نوع ب انجام شده است.

بر اساس مطالعه‌ی دیگری که توسط Batra و همکاران (۱۸) در هند بر روی شیرخواران ۱۸-۶ ماه با اولین تب و تشنج انجام شده است، ۰/۸۶ درصد شیرخواران با تب و تشنج ساده و ۴/۸ درصد

References

- Sattar S, Saha SK, Parveen F, Banu LA, Momen A, Ahmed AU, et al. Intermittent prophylaxis of recurrent febrile seizures with clobazam versus diazepam. *Mymensingh Med J* 2014; 23(4): 676-85.
- Shiva F, Hashemian HR. Febrile seizures: Clinical course and diagnostic evaluation. *J Pak Med Assoc* 1998; 48(9): 276-7.
- Subcommittee on Febrile Seizures; American Academy of Pediatrics. Neurodiagnostic evaluation of the child with a simple febrile seizure. *Pediatrics* 2011; 127(2): 389-94.
- Hoberman A, Wald ER. Urinary tract infections in young febrile children. *Pediatr Infect Dis J* 1997; 16(1): 11-7.
- Jaffe DM, Fleisher GR. Temperature and total white blood cell count as indicators of bacteremia. *Pediatrics* 1991; 87(5): 670-4.
- Baraff LJ. Management of fever without source in infants and children. *Ann Emerg Med* 2000; 36(6): 602-14.
- Jaskiewicz JA, McCarthy CA, Richardson AC, White KC, Fisher DJ, Dagan R, et al. Febrile infants at low risk for serious bacterial infection--an appraisal of the Rochester criteria and implications for management. Febrile Infant Collaborative Study Group. *Pediatrics* 1994; 94(3): 390-6.
- Joshi BR, Rayamajhi A, Mahaseth C. Children with first episode of fever with seizure: Is lumbar puncture necessary? *JNMA J Nepal Med Assoc* 2008; 47(171): 109-12.
- Laditan AA. Analysis of the results of routine lumbar puncture after a first febrile convulsion in Hofuf, Al-Hassa, Saudi Arabia. *East Afr Med J* 1995; 72(6): 376-8.
- Kimia A, Ben-Joseph EP, Rudloe T, Capraro A, Sarco D, Hummel D, et al. Yield of lumbar puncture among children who present with their first complex febrile seizure. *Pediatrics* 2010; 126(1): 62-9.

11. Rosman NP. Evaluation of the child who convulses with fever. *Paediatr Drugs* 2003; 5(7): 457-61.
12. Ghotbi F, Shiva F. An assessment of the necessity of lumbar puncture in children with seizure and fever. *J Pak Med Assoc* 2009; 59(5): 292-5.
13. Casasoprana A, Hachon Le Camus C, Claudet I, Grouteau E, Chaix Y, Cances C, et al. Value of lumbar puncture after a first febrile seizure in children aged less than 18 months. A retrospective study of 157 cases. *Arch Pediatr* 2013; 20(6): 594-600. [In French].
14. Kimia AA, Capraro AJ, Hummel D, Johnston P, Harper MB. Utility of lumbar puncture for first simple febrile seizure among children 6 to 18 months of age. *Pediatrics* 2009; 123(1): 6-12.
15. Trainor JL, Hampers LC, Krug SE, Listernick R. Children with first-time simple febrile seizures are at low risk of serious bacterial illness. *Acad Emerg Med* 2001; 8(8): 781-7.
16. Carroll W, Brookfield D. Lumbar puncture following febrile convulsion. *Arch Dis Child* 2002; 87(3): 238-40.
17. Shaked O, Pena BM, Linares MY, Baker RL. Simple febrile seizures: Are the AAP guidelines regarding lumbar puncture being followed? *Pediatr Emerg Care* 2009; 25(1): 8-11.
18. Batra P, Gupta S, Gomber S, Saha A. Predictors of meningitis in children presenting with first febrile seizures. *Pediatr Neurol* 2011; 44(1): 35-9.
19. Goldstein B, Giroir B, Randolph A. International pediatric sepsis consensus conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics. *Pediatr Crit Care Med* 2005; 6(1): 2-8.
20. Kim KS. Bacterial meningitis beyond the neonatal period. In: Cherry J, Demmler-Harrison GJ, Kaplan SL, Steinbach WJ, Hotez P, editors. Feigin and Cherry's textbook of pediatric infectious diseases. Philadelphia, PA: Saunders; 2013.
21. Tavasoli A, Afsharkhas L, Edraki A. Frequency of meningitis in children presenting with febrile seizures at Ali-Asghar Children's Hospital. *Iran J Child Neurol* 2014; 8(4): 51-6.
22. Guedj R, Chappuy H, Titomanlio L, Trieu TV, Biscardi S, Nissack-Obiketeki G, et al. Risk of bacterial meningitis in children 6 to 11 months of age with a first simple febrile seizure: A retrospective, cross-sectional, observational study. *Acad Emerg Med* 2015; 22(11): 1290-7.
23. Golestan M, Fallah R, Akhavan- Karbasi S. Evaluation of CSF in 100 children admitted with febrile seizures. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci* 2009; 16(5): 3-7. [In Persian].
24. Ehsanipour F, Khodapanahandeh F, Aslani Z. The prevalence of meningitis in children with febrile seizure hospitalized at Hazrat Rasoul Hospital (1997-2002). *Razi J Med Sci* 2005; 11(44): 907-11. [In Persian].
25. Siddiqui HB, Haider N, Khan Z. Frequency of acute bacterial meningitis in children with first episode of febrile seizures. *J Pak Med Assoc* 2017; 67(7): 1054-8.

Incidence of Meningitis in Children Aged 6-18 Months with First Febrile Seizure and Good General Condition Referring to Imam Hossein and Amin Hospitals, Isfahan, Iran, from May 2016 to March 2017

Jafar Nasiri¹, Fatemeh Mokhtarian²

Original Article

Abstract

Background: Febrile seizure is the most common type of childhood seizures that occurs in about 3-5 percent of children between the ages of six months and six years. Cerebral infections should be assessed through clinical examinations or, if necessary, lumbar puncture. However, this question has always been raised whether all children with the first febrile convulsion under the age of 18 months must really have lumbar puncture? This study aimed to assess the incidence of meningitis in children aged 6-18 months with first febrile seizure and good general condition.

Methods: In this prospective study, the of incidence of meningitis in children aged 6-18 month with first febrile seizure and good general condition (without symptoms suggestive of meningitis or sepsis) was calculated among the patients hospitalized in Imam Hossein and Amin hospitals, Isfahan, Iran, from May 2016 to March 2017. All patients' data from clinical and paraclinical examinations were entered into prepared forms and analyzed via SPSS software.

Findings: Among 170 studied patients, all of them had lumbar puncture, 128 cases (75.3%) presented with simple and 42 (24.7%) with complex febrile seizure. Meningitis (bacterial or aseptic) were identified in 2 cases (1.2%). None of them had bacterial meningitis.

Conclusion: Groups of children aged 6-18 months with first febrile seizure and good general condition and without symptoms suggestive of meningitis or sepsis do not need lumbar puncture; and previous recommendations should be reviewed in all children under the age of 18 months with the first febrile convulsion.

Keywords: Seizures, Febrile, Meningitis, Bacterial, Spinal puncture

Citation: Nasiri J, Mokhtarian F. **Incidence of Meningitis in Children Aged 6-18 Months with First Febrile Seizure and Good General Condition Referring to Imam Hossein and Amin Hospitals, Isfahan, Iran, from May 2016 to March 2017.** J Isfahan Med Sch 2018; 35(455): 1633-9.

1- Assistant Professor, Department of Pediatric Neurology, School of Medicine AND Child Growth and Development Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Student of Medicine, Student Research Committee, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Fatemeh Mokhtarian, Email: mokhtarian80@yahoo.com

وضعیت بهره‌مندی زنان میان‌سال متأهل از خدمات سلامت جنسی؛ یک مطالعه‌ی مقطعی

صدیقه مقسمی^۱، گیتی ازگلی^۲، فضل اله احمدی^۳، معصومه سیمبر^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: سلامت جنسی در تمام عمر مهم است. با این حال، عمده‌ی تحقیقات و برنامه‌های بهداشتی در سنین باروری بوده و تحقیقات کمی به بررسی وضعیت سلامت جنسی زنان در میان‌سالی پرداخته است. این تحقیق، با هدف تعیین وضعیت بهره‌مندی زنان میان‌سال متأهل از خدمات سلامت جنسی انجام شد.

روش‌ها: مطالعه‌ی مقطعی حاضر، در سال ۱۳۹۵ بر روی ۳۲۶ زن میان‌سال ۴۵-۴۰ ساله در شهر گرگان انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌ی محقق‌ساخته‌ی پایا و روا در سه بخش دموگرافیک و مراقبت از سلامت جنسی، منابع کسب اطلاعات و محل مراجعه برای حل مشکلات جنسی جمع‌آوری گردید. داده‌ها در سطح معنی‌داری $P < 0/050$ با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های توصیفی، پارامتریک و غیر پارامتریک تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: ۴۶/۹ درصد زنان هرگز برای معاینه‌ی پستان مراجعه نکرده بودند. ۴۳/۹ درصد آنان هر ۵ سال یک بار آزمایش دهانه‌ی رحم انجام نمی‌دادند. ۴۱/۱ درصد برای حل مشکل سلامت جنسی خود به مراکز بهداشتی و یا درمانی مراجعه می‌کردند. ۲۲/۱ درصد افراد، هرگز سوالات سلامت جنسی خود را از کارکنان بهداشتی نمی‌پرسیدند. مهم‌ترین منابع کسب اطلاعات به ترتیب کارکنان بهداشتی زن (۶۰ درصد)، کتاب‌ها و مجلات (۳۲/۸ درصد) و سپس دوستان (۱۹/۸ درصد) بودند. برخی مشخصات دموگرافیک و باروری با نمره‌ی مراقبت جنسی مرتبط بود ($P < 0/050$).

نتیجه‌گیری: وضعیت مراقبت و بهره‌مندی از خدمات سلامت جنسی در زنان میان‌سال مطلوب نبوده و نیازمند توجه بیشتری است. انجام مطالعات کیفی، جهت بررسی عمیق و مبتنی بر بستر عوامل مؤثر پیشنهاد می‌شود.

واژگان کلیدی: سلامت جنسی، میان‌سالی، خدمات سلامت زنان، رفتارهای جستجوی سلامت

ارجاع: مقسمی صدیقه، ازگلی گیتی، احمدی فضل اله، سیمبر معصومه. وضعیت بهره‌مندی زنان میان‌سال متأهل از خدمات سلامت جنسی؛ یک مطالعه‌ی مقطعی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۶؛ ۳۵ (۴۵۵): ۱۶۴۷-۱۶۴۰

سلامت جنسی، در سراسر طول زندگی حایز اهمیت است. افراد در رده‌های سنی مختلف، به اطلاعات، خدمات و مراقبت‌های سلامت جنسی متفاوتی نیاز دارند (۲). انفجار جمعیت میان‌سالان، تمایل فزاینده به بهینه‌سازی سالمندی (Aging) و اختصاص بخش عمده‌ای از طول مدت زندگی افراد به این دوره (۳) از یک طرف و تابو بودن امور جنسی برای افراد میان‌سال و مسن در بسیاری از فرهنگ‌ها از طرف دیگر، پژوهش‌های بهداشتی در این گروه‌های سنی را حایز اهمیت زیادی می‌سازد. تابو بودن امور جنسی در میان‌سالی و سالمندی، موجب می‌شود افراد در این گروه‌های سنی، برای تطابق با هنجارهای اجتماعی، تمایلات و رفتارهای جنسی خود را مخفی کنند

مقدمه

سلامت جنسی، وضعیت رفاه جسمی، عاطفی، روانی و اجتماعی افراد در امور جنسی است و تنها فقدان بیماری، اختلال عملکرد یا ناتوانی نیست. لازمه‌ی تحقق سلامت جنسی، رویکرد مثبت و محترمانه به امور جنسی و روابط جنسی و نیز امکان‌پذیر بودن تجارب جنسی لذت‌بخش و ایمن، فارغ از جبر، تبعیض و خشونت است. به منظور دستیابی و حفظ سلامت جنسی، حقوق جنسی همه‌ی افراد باید رعایت و تأمین گردد. دسترسی به خدمات سلامت جنسی و باروری، از مصادیق حقوق جنسی است و دستیابی به سلامت جنسی بدون دسترسی به مراقبت‌های با کیفیت ممکن نیست (۱).

- ۱- دانشجوی دکتری، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۲- استادیار، مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری و گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۳- استاد، گروه پرستاری، دانشکده‌ی علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
- ۴- استاد، مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

Email: gozgoli@sbmu.ac.ir

نویسنده‌ی مسؤؤل: گیتی ازگلی

بهداشتی از پنج مرکز بهداشتی-درمانی منتخب (مراکز بهداشتی شماره ۵-۱) و پلی‌کلینیک بیمارستان شهید صیاد شیرازی شهر گرگان در فاصله‌ی زمانی آذر تا دی ۱۳۹۵ انجام گرفت.

حجم نمونه بر اساس مطالعه‌ی الهوردی‌پور و امامی (۱۴) و با میزان اطمینان ۹۵ درصد با توجه به فرمول برآورد حجم نمونه با خطای میانگین ۰/۰۵ و سطح اطمینان ۹۵ درصد، معادل ۳۲۶ نفر برآورد شد.

با توجه به این که پرسش‌نامه‌ها در مراکز بهداشتی-درمانی، با رضایت مشارکت‌کنندگان و با حضور پژوهشگر تکمیل شد، هیچ پرسش‌نامه‌ای به دلیل اطلاعات ناقص حذف نشد. معیارهای ورود به مطالعه، شامل سن ۴۰-۶۵ سال، زندگی با همسر و داشتن روابط جنسی با وی و سواد خواندن و نوشتن بود. معیارهای خروج از مطالعه، شامل سابقه‌ی ابتلا به بدخیمی‌ها و درمان‌های مرتبط با آن، ابتلا به بیماری‌های مزمن کنترل نشده نظیر دیابت و پرفشاری خون، بیماری‌های روان‌پزشکی مانند افسردگی و اضطراب تحت درمان بنا بر اظهار فرد بود. از همه‌ی مشارکت‌کنندگان در مطالعه، رضایت‌نامه‌ی آگاهانه گرفته شد.

ابزار جمع‌آوری داده، پرسش‌نامه‌های محقق ساخته شامل پرسش‌نامه‌های خود گزارشی مشخصات دموگرافیک و باروری (۱۲ سؤال)، مراقبت از سلامت جنسی (۱۰ سؤال)، منابع کسب اطلاعات جنسی (۲ سؤال) و محل مراجعه برای حل مشکلات جنسی (۱ سؤال) بود. طراحی بخش مراقبت از سلامت جنسی بر اساس یافته‌های حاصل از تبیین مفهوم سلامت جنسی با استفاده از مصاحبه‌های عمیق و نیمه ساختاریافته با زنان میان‌سال و تحلیل محتوای قراردادی بود. این بخش، شامل سؤالاتی راجع به خود مراقبتی، استفاده از خدمات و رضایت از خدمات سلامت جنسی و شیوه‌ی نمره‌دهی در طیف لیکرت همیشه (۵)، بیشتر اوقات (۴)، گاهی اوقات (۳)، به ندرت (۲) و هرگز (۱) بود.

برای تعیین روایی ابزار، از دو روش کمی و کیفی استفاده شد. در روش روایی محتوای کیفی، از ۱۷ متخصص در رشته‌های سلامت جنسی و باروری، پزشکی اجتماعی و روان‌شناسی خواسته شد تا هر یک از عبارات پرسش‌نامه را از نظر رعایت دستور زبان، استفاده از کلمات در جای مناسب، قرارگیری گویه‌ها در جای مناسب و امتیازدهی مناسب بررسی و نظرات اصلاحی خود را به صورت مبسوط و کتبی ارائه نمایند.

برای اندازه‌گیری روایی محتوای کمی ابزار، از محاسبه‌ی نسبت روایی محتوا (Content validity ratio یا CVR) و شاخص روایی محتوا (Content validity index یا CVI) استفاده شد. بر اساس جدول Lawshe، گویه‌ها با مقدار CVR بیشتر از ۰/۴۹ در پرسش‌نامه

(۴) و این امر، بهره‌مندی آنان از مراقبت و خدمات سلامت جنسی را محدود می‌سازد و در نتیجه احتمال پیامدهای نامطلوب در آنان را افزایش می‌دهد (۵).

توافق چندانی درباره‌ی دامنه‌ی سنی میان‌سالی وجود ندارد، اما رایج‌ترین عقیده بر آن است که میان‌سالی از ۴۰ سالگی شروع و در ۶۰-۶۵ سالگی به پایان می‌رسد (۳). بر اساس این تعریف، طبق آخرین سرشماری، ۲۵ درصد کل جمعیت کشور ایران (معادل ۲۰۱۷۰۵۶۷ میلیون نفر) را میان‌سالان تشکیل می‌دهند (۶). نظر به روند رو به افزایش جمعیت بزرگسال و تغییر هرم جمعیتی در ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز توجه به این قشر خاص را با طراحی برنامه‌ی مراقبت ادغام یافته‌ی میان‌سالان مورد توجه قرار داده است (۷).

مطالعه‌ی کیفی در شیلی، نشان داد که با وجود نیازهای بهداشتی ویژه‌ی زنان میان‌سال، کارکنان بهداشتی نظیر ماماها خود را فاقد صلاحیت‌های لازم در زمینه‌هایی چون موضوعات جنسی می‌دانند و توجه آن‌ها بیشتر به برآورده کردن نیازهای زیست-پزشکی زنان میان‌سال است (۸). علاوه بر این، مطالعات در داخل و خارج از کشور نشان می‌دهد که بسیاری از زنان دارای مشکلات جنسی، در صدد مراجعه‌ی پزشکی برای مشکلات جنسی خود بر نمی‌آیند (۹-۱۰). بنابراین، سلامت جنسی، نه تنها توسط ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی بلکه توسط خود زنان نیز اغلب نادیده گرفته می‌شود و در مراقبت بهداشتی پیش‌گیرانه به آن اولویت داده نمی‌شود (۱). این در حالی است که اختلالات عملکرد جنسی در میان‌سالی و یائسگی شیوع بالایی دارند (۱۱-۱۲) و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی از عوامل پیش‌گیری‌کننده از آن است (۱۳).

با توجه به این که مطالعات کمی به بررسی وضعیت بهره‌مندی زنان میان‌سال ایرانی از خدمات سلامت جنسی پرداخته‌اند و از طرف دیگر، شاخص‌های فراهمی، دسترسی و استفاده از خدمات سلامت جنسی در جلسه‌ی مشترک تکمیلی سازمان بهداشت جهانی و صندوق جمعیت ملل متحد مورد توجه و تأکید بوده است، چگونگی وضعیت مراقبت از سلامت جنسی و بهره‌مندی زنان میان‌سال از خدمات سلامت جنسی، سؤال اصلی پژوهش حاضر بود.

روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر، یک مطالعه‌ی مقطعی (توصیفی-تحلیلی) بود. پس از اخذ معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دانشگاه علوم پزشکی گلستان، نمونه‌گیری به روش در دسترس از بین زنان میان‌سال مراجعه‌کننده برای انجام مراقبت میان‌سالی یا دیگر خدمات بهداشتی-درمانی در یکی از پایگاه‌های

سیستم گزارش‌دهی مطالعات مشاهده‌ای در اپیدمیولوژی (Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology statement یا STROBE statement) استفاده شد (۱۶).

یافته‌ها

میانگین سن جمعیت نمونه $4/9 \pm 45/5$ سال با میانگین طول مدت ازدواج $5/0 \pm 21/2$ سال بود. همه‌ی زنان متأهل و $97/2$ درصد یک بار ازدواج کرده بودند. ارتباط متغیرهای دموگرافیک با نمره‌ی مراقبت از سلامت جنسی در جدول ۱ آمده است (جدول ۱).

ارتباط متغیرهای باروری با نمره‌ی مراقبت از سلامت جنسی در ادامه آورده شده است (جدول ۲).

نتایج نشان داد وضعیت مراقبت از سلامت جنسی در $38/0$ درصد از نمونه‌ها خیلی ضعیف و ضعیف، در $42/6$ درصد متوسط و در $19/3$ درصد خوب بود. $46/9$ درصد زنان عدم مراجعه جهت معاینه‌ی پستان و $43/9$ عدم انجام پاپ اسمیر هر ۵ سال یک بار داشتند. $52/5$ درصد در صورت نیاز، برای حل مشکل جنسی خود به مراکز مشاوره و درمانی دسترسی داشتند. $47/8$ درصد در پرسیدن سؤالات سلامت جنسی خود از کارشناسان، راحت بودند و $22/1$ درصد هرگز سؤالات سلامت جنسی خود را از مراقبین نمی‌پرسیدند (جدول ۳).

حفظ شدند. گویه‌ها با مقدار CVI کمتر از $0/78$ اصلاح شد. میانگین شاخص روایی محتوای ابزار (Scale-CVI/Ave) معادل $0/96$ بود که نشان دهنده‌ی روایی محتوای عالی ابزار بود (۱۵).

پایایی پرسش‌نامه با ضریب Cronbach's alpha در حد مناسب و قابل قبول ($\alpha = 0/7$) بود. دامنه‌ی نمره‌ی خام پرسش‌نامه برای سؤالات ۱-۱۰ (به جز سؤال ۸)، معادل ۹-۴۵ بود. به دلیل این که پاسخ برخی شرکت کنندگان به سؤال ۸، خیر بود و می‌توانست به طور کاذب مجموع نمره‌ی مراقبت از سلامت جنسی آن‌ها را کمتر نشان دهد، این سؤال در جمع نمره‌ی پرسش‌نامه در نظر گرفته نشد. وضعیت مراقبت از سلامت جنسی پاسخ دهندگان بر حسب درصد نمره‌ی کل کسب شده در چهار گروه، خیلی ضعیف (۹-۱۸) ($25-0$ درصد نمره‌ی کل)، ضعیف (۱۹-۲۷) ($50-25$ درصد نمره‌ی کل)، متوسط (۲۸-۳۶) ($75-50$ درصد نمره‌ی کل) و خوب (۳۷-۴۵) ($100-75$ درصد نمره‌ی کل) طبقه‌بندی شد.

اطلاعات به دست آمده، با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) تحلیل گردید. طبیعی بودن داده‌های کمی با آزمون Shapiro-Wilk تعیین گردید. از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری همبستگی، آزمون‌های پارامتریک و غیر پارامتریک در سطح اطمینان ۹۵ درصد برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. در گزارش یافته‌ها، از معیارهای بیانیه‌ی بهبود

جدول ۱. بررسی ارتباط بین نمره‌ی مراقبت از سلامت جنسی زنان میانسال با متغیرهای دموگرافیک

متغیر	تعداد (درصد)	نمره‌ی مراقبت از سلامت جنسی (میانگین \pm انحراف معیار)	مقدار P
دفعات ازدواج	یک بار (۹۷/۲)	$29/6 \pm 6/9$	$0/038^*$
	دوبار (۲/۸)	$34/4 \pm 5/0$	
تحصیلات	ابتدایی و کمتر (۱۲/۶)	$29/9 \pm 7/8$	$0/009^{**}$
	راهنمایی (۱۷/۸)	$31/1 \pm 6/4$	
	دبیرستان و دیپلم (۳۰/۴)	$27/8 \pm 6/9$	
	دانشگاهی (۳۹/۳)	$30/7 \pm 6/4$	
شغل	خانه‌دار (۵۶/۲)	$29/1 \pm 6/8$	$0/048^\dagger$
	شاغل (۴۳/۸)	$30/7 \pm 6/9$	
درآمد ماهانه‌ی خانوار	کمتر از یک میلیون (۲۴/۲)	$28/8 \pm 6/3$	$0/310^\ddagger$
	کمتر از دو میلیون (۴۰/۵)	$30/1 \pm 6/9$	
	بیش از دو میلیون (۳۵/۳)	$30/3 \pm 7/2$	
وضعیت ملک مسکونی	شخصی (۸۲/۸)	$29/7 \pm 6/8$	$0/540^\dagger$
	استیجاری و سایر (۱۷/۲)	$30/3 \pm 7/0$	

* مقدار P برای آزمون Mann-Whitney، ** مقدار P برای آزمون Kruskal-Wallis، † مقدار P برای آزمون Independent t، ‡ مقدار P برای آزمون ANOVA

جدول ۲. بررسی ارتباط بین نمره مراقبت از سلامت جنسی زنان میان‌سال با متغیرهای باروری

متغیر	تعداد (درصد)	نمره مراقبت از سلامت جنسی (میانه \pm انحراف معیار)	مقدار P	
وضعیت قاعدگی	یائسه	۲۸/۸ \pm ۷/۳	۰/۱۶۰*	
	غیر یائسه	۳۰/۱ \pm ۶/۷		
نوع زایمان	طبیعی	۲۹/۶ \pm ۶/۹	۰/۷۰۰*	
	سزارین	۳۰/۱ \pm ۶/۷		
	هر دو	۲۹/۴ \pm ۷/۵		
	هیچ کدام	۳۱/۸ \pm ۵/۵		
تعداد بارداری	عدم بارداری	۳۱/۷ \pm ۵/۶	۰/۰۲۶**	
	یک بار بارداری	۲۸/۸ \pm ۵/۸		
	دو بار بارداری	۲۹/۱ \pm ۶/۹		
	سه بار بارداری	۳۱/۸ \pm ۷/۰		
	چهار بار بارداری	۲۸/۱ \pm ۷/۰		
	پنج بار و بیشتر	۳۱/۰ \pm ۶/۸		
	روش پیش‌گیری از بارداری فعلی در زنان غیر یائسه	روش طبیعی	۳۰/۰ \pm ۶/۱	۰/۳۸۰**
		کاندوم	۳۰/۰ \pm ۷/۰	
		قرص	۳۱/۷ \pm ۶/۵	
		بستن لوله در زن	۲۹/۱ \pm ۶/۷	
بستن لوله در مرد		۳۰/۶ \pm ۸/۳		
هیچ روش		۲۸/۶ \pm ۷/۴		
سایر		۳۲/۳ \pm ۷/۶		

* مقدار P برای آزمون Mann-Whitney، ** مقدار P برای آزمون Kruskal-Wallis

از گروه‌های پرخطر ابتلا به سرطان دهانه‌ی رحم و پستان هستند و آمارها روند افزایشی بروز این سرطان‌ها در کشور را نشان می‌دهد (۱۷-۱۹)، اما با این حال، فقدان برنامه‌ی غربالگری مناسب و اجرای سازمان یافته‌ی آن در ایران (۱۷) موجب شده است که بسیاری از زنان حتی یک بار هم چنین آزمون‌هایی را انجام ندهاده باشند (۲۰، ۱۴). در حالی که اجرای برنامه‌های غربالگری وسیع و اختصاصی سن در برخی کشورها نظیر آمریکا، موجب کاهش میزان سرطان‌های زنان شده است (۲۱).

یافته‌ها نشان داد که اگر چه حدود سه چهارم زنان میان‌سال برای حل مشکل جنسی خود اقدام می‌کردند، اما کمتر از نیمی از آنان برای حل مشکلات خود به مراکز مشاوره و درمانی مراجعه می‌کنند. به طور مشابه، نتایج دیگر مطالعات نیز حاکی از آن است که عده‌ی کمی از افراد میان‌سال، حتی در صورت وجود مشکلات جنسی، درصدد مراقبت‌های پزشکی بر می‌آیند. میانگین این میزان در کشورهای منتخب اروپا ۲۶ درصد بود (۹).

در مطالعه‌ی پاک‌گوهر و همکاران، تنها ۲۷/۲ درصد زنان یائسه‌ی مبتلا به بی‌اختیاری ادرار در صدد اقدام پزشکی برآمده بودند.

۳۶/۹ درصد زنان میان‌سال مورد مطالعه، سابقه‌ی مراجعه در زمینه‌ی مسایل جنسی نداشتند. حدود ۳۰ درصد از افرادی که مراجعه داشتند، راهنمایی دریافتی را کارآمد و مؤثر نمی‌دانستند. در مطالعه‌ی حاضر، مهم‌ترین منبع تخصصی برای کسب اطلاعات جنسی کارکنان بهداشتی زن (۵۰/۸ درصد) و مهم‌ترین منبع عمومی کتاب/ مجلات (۳۲/۸ درصد) بود. ۳۵/۰ درصد زنان میان‌سال هیچ منبع تخصصی و حدود ۲۱/۴ درصد نیز هیچ منبع غیر تخصصی برای کسب اطلاعات جنسی نداشتند.

بحث

نتایج نشان داد، وضعیت کلی مراقبت و استفاده از خدمات سلامت جنسی در بیشتر زنان مورد پژوهش متوسط و ضعیف بود. در بین جنبه‌های مورد بررسی، اقدامات غربالگری سرطان‌های زنان (پستان و دهانه‌ی رحم) نسبت به دیگر جنبه‌ها، از وضعیت ضعیف‌تری برخوردار بود؛ به طوری که بیش از نیمی از زنان در مطالعه‌ی حاضر، اغلب چنین مراقبت‌هایی را انجام نمی‌دادند. این یافته‌ها، با یافته‌های سایر مطالعات ایرانی هم‌خوانی دارد. اگر چه زنان ایرانی در میان‌سالی

جدول ۳. فراوانی و میانگین نمرات گویه‌های مراقبت و خدمات سلامت جنسی در زنان میان‌سال

میانگین ± انحراف معیار	فراوانی (درصد)					عبارات پرسش‌نامه‌ی مراقبت از سلامت جنسی
	هرگز	به ندرت	گاهی اوقات	بیشتر اوقات	همیشه	
۲/۲ ± ۱/۴	۱۵۳ (۴۶/۹)	۶۴ (۱۹/۶)	۴۰ (۱۲/۳)	۲۶ (۸)	۴۳ (۱۳/۲)	۱. سالانه برای معاینه‌ی پستان‌ها به مراکز بهداشتی یا درمانی مراجعه می‌کنم.
۲/۳ ± ۱/۵	۱۴۳ (۴۳/۹)	۵۹ (۱۸/۱)	۴۵ (۱۳/۸)	۲۵ (۷/۷)	۵۴ (۱۶/۶)	۲. حداقل هر ۵ سال یک بار آزمایش دهانه‌ی رحم (پاپ اسمیر) انجام می‌دهم.
۴/۵ ± ۱/۰	۱۵ (۴/۶)	۸ (۲/۵)	۲۰ (۶/۱)	۳۹ (۱۲)	۲۴۴ (۷۴/۸)	۳. از روابط جنسی که فکر می‌کنم برای سلامتیم مضر است، پرهیز می‌کنم.
۴/۰ ± ۱/۲	۲۳ (۷/۱)	۲۲ (۶/۷)	۳۶ (۱۱/۰)	۷۸ (۲۳/۹)	۱۶۷ (۵۱/۲)	۴. در صورت مواجهه با مشکلات جنسی، برای حل آن اقدام می‌کنم.
۳/۳ ± ۱/۵	۷۲ (۲۲/۱)	۴۲ (۱۲/۹)	۴۱ (۱۲/۵)	۵۳ (۱۶/۳)	۱۱۸ (۳۶/۲)	۵. در صورت نیاز، برای حل مشکل جنسی خود به مراکز مشاوره و درمانی دسترسی دارم.
۲/۹ ± ۱/۵	۸۷ (۲۶/۷)	۵۵ (۱۶/۹)	۵۰ (۱۵/۳)	۴۵ (۱۳/۸)	۸۹ (۲۷/۳)	۶. در صورت نیاز، برای حل مشکل جنسی خود به مراکز مشاوره و درمانی مراجعه می‌کنم.
۳/۲ ± ۱/۵	۷۲ (۲۲/۱)	۵۱ (۱۵/۶)	۴۶ (۱۴/۱)	۵۱ (۱۵/۶)	۱۰۵ (۳۲/۲)	۷. در صورت نیاز، از کارشناسان مراکز مشاوره و درمانی سوالات جنسی خود را به راحتی می‌پرسم.
۲/۴ ± ۱/۱						۸. اگر تاکنون برای مسایل جنسی به مراکز مشاوره یا درمانی مراجعه داشته‌اید، به سؤال زیر پاسخ دهید.
	۳۰ (۱۵/۲)	۲۷ (۱۳/۷)	۳۵ (۱۷/۸)	۳۷ (۱۸/۸)	۶۸ (۳۴/۵)	۸. راهنمایی کارکنان بهداشتی در موضوعات جنسی برایم مؤثر و کارآمد بوده است.
	۲ (۰/۶)	۱۳ (۴)	۱۴۳ (۴۳/۹)	۱۰۹ (۳۳/۴)	۵۹ (۱۸/۱)	۹. احساس می‌کنم، درباره‌ی موضوعات جنسی اطلاعات کافی دارم.
	۴ (۱/۲)	۲۰ (۶/۱)	۱۰۶ (۳۲/۵)	۱۱۹ (۳۶/۵)	۷۷ (۲۳/۶)	۱۰. احساس می‌کنم، همسرم درباره‌ی موضوعات جنسی اطلاعات کافی دارد.

خیر (۳۶/۹ درصد معادل ۱۲۹ نفر از کل نمونه)

(۸)، از دیگر موانع عدم تأمین نیازهای مراقبتی و درمانی مشکلات جنسی زنان میان‌سال است (۲۵، ۸).

در مطالعه‌ی حاضر، بیش از نیمی از زنان میان‌سال اطلاعات خود و همسرشان راجع به موضوعات جنسی را کافی می‌دانستند. این یافته، با نتایج دیگر مطالعات درباره‌ی ناکافی بودن دانش جنسی زنان در ایران مغایر است (۲۶-۲۷، ۵). با توجه به این که گروه هدف مطالعات قبلی، اغلب زنان سنین باروری و یا نوجوان بوده‌اند، احتمال می‌رود تفاوت موجود، ناشی از کسب تجربه طی سال‌های طولانی زندگی زناشویی تا میان‌سالی باشد.

در مطالعه‌ی حاضر، کارکنان بهداشتی زن، روش‌های خصوصی مانند کتاب و مجلات و رسانه‌های دسته جمعی، به ترتیب مهم‌ترین منابع تخصصی و عمومی برای کسب اطلاعات جنسی بودند. این نتایج با یافته‌های مطالعه‌ی جهانی درباره‌ی نگرش و رفتارهای جنسی زنان میان‌سال و مسن (۲۸) هم‌خوانی دارد، اما در مطالعه‌ی رفائی شیرپاک و همکاران، دوستان منبع اصلی و کتابها و رسانه‌های دسته

در مطالعه‌ی حاضر، میزان اقدام برای حل مشکل و مراجعه به پزشک با هم متفاوت بود. همچنین، میزان مراجعه در مطالعه‌ی حاضر نسبت به دو مطالعه‌ی قبلی کمی بالاتر بود. احتمال می‌رود چنین تفاوت‌هایی ناشی از تفاوت شدت و اهمیت درک شده‌ی مشکل جنسی توسط زنان میان‌سال (۲۲) و شیوع بیشتر اقدامات خود درمانی در مسایل جنسی (۲۳) به دلیل تابوها و الگوهای غیر جنسی بودن زنان میان‌سال است.

در مطالعه‌ی حاضر، در اغلب موارد صحبت کردن با کارکنان بهداشتی برای زنان میان‌سال راحت نبود که می‌تواند ناشی از شرم و حیای افراد در صحبت راجع به موضوعات جنسی باشد (۲۴). علاوه بر آن، اگر چه بیش از نیمی از زنان سابقه‌ی دریافت راهنمایی و مشاوره از کارکنان بهداشتی برای مسایل جنسی خود را داشتند، اما حدود یک سوم افراد، آن را مؤثر و کارآمد نمی‌دانستند. بی‌علاقگی کارکنان بهداشتی به صحبت درباره‌ی موضوعات جنسی با مراجعین (۲۵) و همچنین، صلاحیت و اعتماد به نفس ناکافی کارکنان بهداشتی

جمعی دیگر منابع اطلاعات بودند (۲۷).

ترجیح مراجعه به درمانگر هم‌جنس در مسایل جنسی در مطالعات دیگر گزارش شده است (۲۹). این یافته‌ها، به طور ضمنی نشان دهنده اهمیت حفظ حریم خصوصی و هم‌جنس بودن مشاور در دریافت خدمات سلامت جنسی است. اولویت زنان میان‌سال برای مراجعه به مطب خصوصی در مطالعه‌ی حاضر، هم‌راستا با یافته‌های پیش‌گفته و به طور احتمالی، به دلیل عدم تأمین حریم خصوصی افراد در مراکز بهداشتی و درمانی دولتی و عمومی است.

در مطالعه‌ی حاضر، حدود یک سوم زنان میان‌سال هیچ منبع تخصصی و یک پنجم آنان هیچ منبع عمومی برای کسب اطلاعات جنسی نداشتند. با این وجود، همان‌طور که پیش‌تر اشاره شد، کمتر از ۱۰ درصد آنان اطلاعات خود و همسرانشان را ناکافی قلمداد می‌کردند. احتمال می‌رود چنین یافته‌ای، ناشی از خطای بیش برآورد دانش جنسی توسط زنان میان‌سال و خطر درک شده‌ی پایین آن‌ها راجع به مشکلات و خطرات مرتبط با موضوعات جنسی است. چنین وضعیتی، می‌تواند زنان میان‌سال را با پیامدهای نامطلوب سلامت جنسی نظیر افزایش خطر بیماری‌های مقاربتی و نارضایتی زناشویی مواجه سازد (۲۷، ۵).

برخی عوامل دموگرافیک و باروری با نمره‌ی مراقبت از سلامت جنسی در زنان میان‌سال مرتبط بودند. زنان میان‌سال با تحصیلات دبیرستان و دیپلم، نسبت به زنان با تحصیلات دانشگاهی یا راهنمایی و کمتر، نمره‌ی مراقبت کمتری داشتند. به عبارت دیگر، سطح تحصیلات با اقدام برای رفع مشکل جنسی مرتبط بود و الگوی ۷ شکل داشت. زنان شاغل، نوبت ازدواج دوم و دارای سه فرزند، نمره‌ی بالاتری نسبت به دیگر هم‌تایان خود داشتند. بر خلاف مطالعه‌ی حاضر، در مطالعه‌ی وحدانی‌نیا و همکاران (۱۰) و مطالعه‌ی جهانی درباره‌ی نگرش و رفتارهای جنسی (۹)، اقدام برای رفع مشکلات جنسی با متغیرهای دموگرافیک نظیر سطح تحصیلات و وضعیت شغلی مرتبط نبود. تناقض یافته‌های مطالعه‌ی حاضر با دیگر مطالعات، ناشی از آن است که عوامل اجتماعی-اقتصادی مانند سطح تحصیلات، شغل و درآمد، به تنهایی توجیه‌کننده‌ی بهره‌مندی زنان از خدمات بهداشتی نیست و باورهای بهداشتی افراد، وضعیت اراییه‌ی خدمات در نظام سلامت و بسیاری از عوامل دیگر نیز در این زمینه مؤثر است.

اگر چه دهه‌های گذشته، با دستاوردهای زیادی در حوزه‌ی

سلامت و حقوق جنسی و باروری در ایران همراه بوده است، اما بهبود و ارتقای بیشتر وضعیت سلامت جنسی زنان میان‌سال، نیازمند افزایش سواد سلامت جنسی و دسترسی عادلانه‌ی آنان به خدمات مراقبت از سلامت جنسی است. به علاوه، دسترسی به مراقبت‌های جنسی با کیفیت از طریق مهارت‌ورزی مناسب ارایه دهنده‌گان مراقبت بهداشتی و حفظ حریم خصوصی، باید تضمین گردد. همچنین، لازم است کارکنان بهداشتی به ویژه ماماها، متخصصین بهداشت باروری و پزشکان در ویزیت‌های معمول خود درباره‌ی سلامت جنسی زنان میان‌سال سؤال کنند تا احتمال ارایه‌ی مراقبت کافی به زنان افزایش یابد. از نقاط قوت این مطالعه، بررسی ابعاد مهم مراقبت از سلامت جنسی نظیر غربالگری سرطان‌های زنان، وضعیت دسترسی و دریافت خدمات سلامت جنسی و منابع کسب اطلاعات جنسی در سنین میان‌سالی بود که عامل مهم مؤثری بر سلامت جنسی زنان است. از نقاط ضعف مطالعه‌ی حاضر، عدم نمونه‌گیری از جمعیت زنان میان‌سال غیر متأهل بود. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، به این موضوع پرداخته شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های دیگر، موانع و تسهیل‌گرهای ارایه و دریافت خدمات سلامت جنسی در نظام سلامت ایران، با استفاده از مطالعات عمیق و مبتنی بر بستر عوامل مؤثر مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه‌گیری نهایی این که وضعیت مراقبت از سلامت جنسی در زنان میان‌سال متأهل به ویژه در خصوص غربالگری سرطان‌های زنان، مطلوب نیست. علاوه بر آن بهره‌مندی زنان میان‌سال از خدمات مراقبت از سلامت جنسی نیز با چالش‌ها و کمبودهایی همراه است. ارتقای کیفیت و کمیت خدمات سلامت جنسی در زنان میان‌سال نیازمند برنامه‌ریزی، سیاست‌گذاری و اقدام ویژه‌ی مبتنی بر نیاز این گروه سنی است.

تشکر و قدردانی

مطالعه‌ی حاضر بخشی از نتایج پایان‌نامه‌ی دکتری تخصصی بهداشت باروری به شماره‌ی ۵۹۵۳ مصوب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران است که با کد SBMU2.REC.1394.18 به تأیید کمیته‌ی اخلاق رسیده است. نویسندگان از مسؤولین این دانشگاه و نیز دانشگاه علوم پزشکی گلستان، همکاران محترم مامایی در مراکز بهداشتی-درمانی شهر گرگان و مشارکت‌کنندگان در این پژوهش تشکر می‌نمایند.

References

1. World Health Organization. Sexual and reproductive health: Defining sexual health [Online]. [cited 2010]; Available from: URL: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
2. Department of Health (United Kingdom). A

- framework for sexual health improvement in England [Online]. [cited 2013 Mar 15]; Available from: URL: <https://www.gov.uk/government/publications/a-framework-for-sexual-health-improvement-in-england>
3. Lachman ME. Development in midlife. *Annu Rev Psychol* 2004; 55: 305-31.
 4. Lusti-Narasimhan M, Beard JR. Sexual health in older women. *Bull World Health Organ* 2013; 91(9): 707-9.
 5. Statistical Center of Iran. Population and housing census, 2016 [Online]. [cited 2017]; Available from: URL: <https://www.amar.org.ir/english/Population-and-Housing-Censuses>
 6. Bostani Khalesi Z, Ghanbari Khanghah A. Perception and experience of married women of reproductive age about the importance of sexual health education: A content analysis study. *Iran J Obstet Gynecol Infert* 2015; 18(172): 7-17. [In Persian].
 7. Isfahan University of Medical Sciences. Introduction to Comprehensive Midlife Health Services [Online]. [cited 2017]; Available from: URL: <http://phc.mui.ac.ir/fa/node/3512>
 8. Binfa L, Pantoja L, Gonzalez H, Ransjo-Arvidson AB, Robertson E. Chilean midwives and midwifery students' views of women's midlife health-care needs. *Midwifery* 2011; 27(4): 417-23.
 9. Moreira ED, Jr., Brock G, Glasser DB, Nicolosi A, Laumann EO, Paik A, et al. Help-seeking behaviour for sexual problems: the global study of sexual attitudes and behaviors. *Int J Clin Pract* 2005; 59(1): 6-16.
 10. Vahdaninia M, Montazeri A, Goshtasebi A. Help-seeking behaviors for female sexual dysfunction: a cross sectional study from Iran. *BMC Womens Health* 2009; 9: 3.
 11. Beigi M, Fahami F, Hasanzahraei R, Arman S. Sexual dysfunction in menopause. *J Isfahan Med Sch* 2008; 26(90): 294-300. [In Persian].
 12. Nazarpour S, Simbar M, Tehrani FR. Factors affecting sexual function in menopause: A review article. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2016; 55(4): 480-7.
 13. Blumel JE, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, et al. Sexual dysfunction in middle-aged women: a multicenter Latin American study using the Female Sexual Function Index. *Menopause* 2009; 16(6): 1139-48.
 14. Allahverdipour H, Emami A. Perceptions of cervical cancer threat, benefits, and barriers of Papanicolaou smear screening programs for women in Iran. *Women Health* 2008; 47(3): 23-37.
 15. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health* 2007; 30(4): 459-67.
 16. STROBE Statement. Strengthening the reporting of Observational studies in epidemiology [Online]. [cited 2017]; Available from: URL: <https://www.strobe-statement.org/index.php?id=strobe-home>
 17. Khodakarami N, Farzaneh F, Yavari P, Khayamzadeh M, Taheripanah R, Esmaeil Akbari M. The new guideline for cervical cancer screening in low risk Iranian women. *Iran J Obstet Gynecol Infert* 2014; 17(95): 8-17.
 18. Asgarian F, Mirzaei M, Asgarian S, Jazayeri M. Epidemiology of breast cancer and the age distribution of patients over a period of ten years. *Iran J Breast Dis* 2016; 9(1): 31-6. [In Persian].
 19. Aghajani H, Eatemad K, Goya M, Ramezani R, Modirian M, Nadali F. Iranian annual of national cancer registration report 2008-2009. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical education; 2011. [In Persian].
 20. Naghibi SA, Shojaizadeh D, Yazdani Cherati J, Montazeri A. Breast cancer preventive behaviors among Iranian women: A systematic review. *Payesh Health Monit* 2015; 14(2): 181-91. [In Persian].
 21. Practice Bulletin No. 157: Cervical cancer screening and prevention. *Obstet Gynecol* 2016; 127(1): e1-e20.
 22. Pakgohar M, Sabetghadam S, Vasegh Rahimparvar SF, Kazemnejad A. Quality of life (QoL) and help-seeking in postmenopausal women with urinary incontinence (UI): A population based study. *Arch Gerontol Geriatr* 2014; 59(2): 403-7.
 23. van Lankveld J. Self-help therapies for sexual dysfunction. *J Sex Res* 2009; 46(2-3): 143-55.
 24. Maticka-Tyndale E, Shirpak KR, Chinichian M. Providing for the sexual health needs of Canadian immigrants: the experience of immigrants from Iran. *Can J Public Health* 2007; 98(3): 183-6.
 25. Dyer K, das Nair R. Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United kingdom. *J Sex Med* 2013; 10(11): 2658-70.
 26. Latifnejad RR, Javadnoori M, Hasanpour M, Hazavehei SM, Taghipour A. Socio-cultural challenges to sexual health education for female adolescents in Iran. *Iran J Reprod Med* 2013; 11(2): 101-10.
 27. Rafaei Shirpak K, Chinichian M, Eftekhari Ardebili H, Pour Reaz A, Ramzankhani A. Need assessment: Sexual health education in family planning centers, Tehran, Iran. *Payesh* 2010; 9(3): 251-60. [In Persian].
 28. Buvat J, Glasser D, Neves RC, Duarte FG, Gingell C, Moreira ED, Jr. Sexual problems and associated help-seeking behavior patterns: Results of a population-based survey in France. *Int J Urol* 2009; 16(7): 632-8.
 29. Nasirian M, Baneshi MR, Kamali K, Haghdoost AA. Population-based survey on STI-associated symptoms and health-seeking behaviours among Iranian adults. *Sex Transm Infect* 2016; 92(3): 232-9.

Sexual Health Care Utilization in Married Middle Aged Women; A Cross-Sectional Study

Sedigheh Moghasemi¹, Giti Ozgoli², Fazlollah Ahmadi³, Masomeh Simbar⁴

Original Article

Abstract

Background: Sexual health is important in life course, but major researches and health programs are focused on reproductive age. This study aimed to assess sexual health care utilization in married middle aged women.

Methods: A cross-sectional study was done on 326 middle-aged women (40 to 65 years old) in 2016 in Gorgan City, Iran, using Quota sampling. Data were gathered using researcher-made valid and reliable questionnaire including three parts of demographic and sexual health care, source of information, and place for sexual health help-seeking. Data were analyzed using descriptive, parametric, and nonparametric statistic tests via SPSS software at the significant level of $P < 0.05$.

Findings: 46.9% of subjects did not have any clinical breast exam. 43.9% of them did not have Pap smear even every 5 years. 41.1% were referred to health centers for their sexual problems. 22.1% never asked their sexual problems from health care providers. The most important sexual health information sources were female health care providers (60%), books/magazines (32.8%), and friends (19.8%). Some demographic and reproductive characteristics were related to sexual health care score ($P < 0.050$).

Conclusion: Sexual health status and utilization of sexual healthcare services in middle-aged women is not suitable and needs more attention. Conducting qualitative studies in order to deep evaluation of barriers and facilitating factors in a context-based approach is suggested.

Keywords: Sexual health, Middle aged, Women's health services, Help-seeking behavior

Citation: Moghasemi S, Ozgoli G, Ahmadi F, Simbar M. **Sexual Health Care Utilization in Married Middle Aged Women; A Cross-Sectional Study.** J Isfahan Med Sch 2018; 35(455): 1640-7.

1- PhD Student, Student Research Committee, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Assistant Professor, Midwifery and Reproductive Health Research Center AND Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Professor, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

4- Professor, Midwifery and Reproductive Health Research Center AND Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Giti Ozgoli, Email: gozgoli@sbmu.ac.ir

Editorial Board (In alphabetical order)

1. **Khosrow Adeli** PhD, Professor of Clinical Biochemistry, University of Toronto, Toronto, Canada; khosrow.adeli@sickkids.ca
2. **Ali Akhavan** MD, Assistant Professor of Radiation Oncology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran ali52akhavan@yahoo.com
3. **Mohammadreza Akhlaghi** MD, Associate Professor of Otolaryngology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; akhlaghi@med.mui.ac.ir
4. **Reza Amin** MD, Professor of Pediatrics, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran; aminr@sums.ac.ir
5. **Babak Amra** MD, Professor of Pulmonology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran amra@med.mui.ac.ir
6. **Saeed A. Jortani** PhD, Professor of Pathology, University of Louisville, Louisville, KY, USA; sajort01@louisville.edu
7. **Reza Bagherian-Sararoudi** PhD, Associate Professor of Psychiatry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; bagherian@med.mui.ac.ir
8. **Majid Barekatin** MD, Professor of Psychiatry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran barekatin@med.mui.ac.ir
9. **Ken Bassett** MD, PhD, Professor of Therapeutics Initiative, University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada; bassett@chspr.ubc.ca
10. **Ahmad Chitsaz** MD, Professor of Neurology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; chitsaz@med.mui.ac.ir
11. **Afsoon Emami-Naini** MD, Associate Professor of Nephrology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; af_emami@med.mui.ac.ir
12. **Shahin Emami** Department of Biochemistry, Saint Antoine Hospital, Paris, France; shahin.emami@cgc.edu
13. **Ebrahim Esfandiary** MD, PhD, Professor of Medical Anatomy, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; esfandiari@med.mui.ac.ir
14. **Ahmad Esmailzadeh** PhD, Professor of Nutrition, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; esmailzadeh@hlth.mui.ac.ir
15. **Ziba Farajzadegan** MD, Professor of Community Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; farajzadegan@med.mui.ac.ir
16. **Aziz Gahari** MD, Professor Plastic Surgery, University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada; aziz.ghahary@ubc.ca
17. **Jafar Golshahi** MD, Associate Professor of Cardiology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; golshahi@med.mui.ac.ir
18. **Mostafa Hashemi** MD, Associate Professor of Otolaryngology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; mostafahashemi60@gmail.com
19. **Saied Morteza Heidari** MD, Professor of Anesthesiology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; m_heidari@med.mui.ac.ir
20. **Ali Hekmatnia** MD, Professor of Radiology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; hekmatnia@med.mui.ac.ir
21. **Fariba Iraj** MD, Professor of Dermatology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; iraji@med.mui.ac.ir
22. **Faramarz Ismail-Beigi** MD, PhD, Professor of Endocrinology, University Hospitals Cleveland Medical Center, Cleveland, OH, USA; faramarz.ismail-beigi@case.edu
23. **Roya Kelishadi** MD, Professor of Pediatrics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; kelishadi@med.mui.ac.ir
24. **Behnaz Khani** MD, Associate Professor of Obstetrics and Gynecology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; khani@med.mui.ac.ir
25. **Majid Kheirollahi** PhD, Associate Professor of Genetics and Molecular Biology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; mkheirollahi@med.mui.ac.ir
26. **Parvin Mahzouni** MD, Professor of Pathology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; mahzouni@med.mui.ac.ir
27. **Marjan Mansourian** PhD, Assistant Professor of Epidemiology and Biostatistics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; j_mansourian@hlth.mui.ac.ir
28. **Mohammad Mardani** MD, Professor of Medical Anatomy, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; mardani@med.mui.ac.ir
29. **Mehdi Modarres-Zadeh** MD, Professor of Ophthalmology, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; mmodarres51@yahoo.com
30. **Etie Moghisi** MD, Associate Professor of Endocrinology, Marina Diabetes and Endocrinology Center, Marina del Rey, CA, USA; emoghissi@gmail.com
31. **Mohammadreza Nourbakhsh** PhD, Professor of Physiotherapy, North Georgia College, Dahlonega, GA, USA; reza.nourbakhsh@ung.edu
32. **Farzin Pourfarzad** PhD, Department of Cell Biology and Genetics, Erasmus University MC Rotterdam, The Netherlands; f.pourfarzad@erasmusmc.nl
33. **Masoud Pourmoghaddas** MD, Professor of Cardiology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; m_pourmoghadas@med.mui.ac.ir
34. **Maryam Radahmadi** PhD, Assistant Professor of Physiology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; m_radahmadi@med.mui.ac.ir
35. **Hassan Razmj** MD, Professor of Ophthalmology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; razmj@med.mui.ac.ir
36. **Reza Rouzbahani** MD, Assistant Professor of Community Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; rouzbahani@med.mui.ac.ir
37. **Masih Saboori** MD, Professor of Neurosurgery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; saboori@edc.mui.ac.ir
38. **Mohammad Reza Safavi** MD, Associate Professor of Anesthesiology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; safavi@med.mui.ac.ir
39. **Rasoul Salehi** PhD, Assistant Professor of Genetics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; r_salehi@med.mui.ac.ir
40. **Mansour Sholevar** MD, Professor of Cardiology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; sholevar@med.mui.ac.ir
41. **Mohammadreza Sharifi** MD, PhD, Professor of Physiology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; sharifi@med.mui.ac.ir
42. **Masoud Soheilian** MD, Professor of Ophthalmology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran; masoud_soheilian@yahoo.com



JOURNAL OF ISFAHAN MEDICAL SCHOOL

Vol. 35, No. 455, 3rd Week January 2018

Isfahan University of Medical Sciences

Chairman: **Mansour Sholehvar MD**

Emerita Editor-in-Chief: **Roya Kelishadi MD**

Editor-in-Chief: **Majid Berekatain MD**

Associate Editor: **Maryam Radahmadi PhD**

Owner:

Isfahan University of Medical Sciences
Email: publications@mui.ac.ir

Office:

P.O. Box 81744-176, Isfahan, Iran
Tel/fax: +98 31 37922291
Email: jims@med.mui.ac.ir
Website: <http://jims.mui.ac.ir>

Executive Manager: Ali Moradi, Office Secretary: Golnaz Rajabi

Publisher:

Vesnu Publications

Email: farapublications@gmail.com
<http://farapub.com>

Tel/fax: +98 31 32224382
Circulation: 500

This journal is indexed in the following international indexes

- Scopus
- Chemical Abstracts
- Islamic World Science Citation Center (ISC)
- Academic Search Complete EBSCO Publishing databases
- WHO/EMRO/Index Medicus
- Google Scholar
- Index Copernicus
- Directory of Open Access Journal (DOAJ)
- Index Academicus
- Scientific Information Database (www.sid.ir)
- www.iranmedex.com

The online version is available in; IUMS website (www.journals.mui.ac.ir/jims), Iran Publications database (www.magiran.com), Scientific Information Database website (www.sid.ir) and in Health Researchers website (www.iranmedex.com).

Copyright: All rights reserved, no part may be reproduced without the prior permission of the publisher.