

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 مسؤول: 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 شبلی، 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) (۲۵-۰ درصد نمره‌ی کل)، ضعیف (۱۹-۲۷) (۵۰-۲۵ درصد نمره‌ی کل)، متوسط (۲۸-۳۶) (۷۵-۵۰ درصد نمره‌ی کل) و خوب (۳۷-۴۵) (۱۰۰-۷۵ 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)	$29/7 \pm 6/8$	$0/540^\ddagger$
	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 (میانگین \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		
		۹ (۴/۶)		

* 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 (۱۹-۱۷)، 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 ندادند 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 \pm	فراوانی (درصد)					عبارات پرسش‌نامه‌ی مراقبت از سلامت جنسی
	انحراف معیار	هرگز	به ندرت	گاهی اوقات	بیشتر اوقات	
$2/2 \pm 1/4$	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.
$2/3 \pm 1/5$	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.
$4/5 \pm 1/0$	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.
$4/0 \pm 1/2$	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.
$3/3 \pm 1/5$	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.
$2/9 \pm 1/5$	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.
$3/2 \pm 1/5$	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.
$2/4 \pm 1/1$	خیر (۳۶/۹ درصد معادل ۱۲۹ نفر از کل نمونه)					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.
$3/6 \pm 0/8$	۲ (۰/۶)	۱۳ (۴)	۱۴۳ (۴۳/۹)	۱۰۹ (۳۳/۴)	۵۹ (۱۸/۱)	۹. احساس می‌کنم، درباره‌ی موضوعات جنسی اطلاعات کافی دارم.
$3/7 \pm 0/9$	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.

(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 (۲۶-۲۵، 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 اراییه دهندگان 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 اراییه‌ی 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 اراییه 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, Hasanahraei 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