

Non-responding Health System to Women's Sexual and Reproductive Health Needs: A Mixed Method Study

Lida Moghaddam-Banaem¹,
Soghra Khani^{2,3},
Eesa Mohamadi⁴,
Abu-ALi Vedadhir⁵,
Ebrahim Hajizadeh⁶

¹ Associate Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran

² Assistant Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, Sexual and Reproductive Health Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ PhD in Reproductive Health, Graduate Student of Tarbiat Modarres University, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran

⁴ Professor, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran

⁵ Associate Professor, Department of Anthropology, Faculty of Social Sciences, Tehran University, Tehran, Iran

⁶ Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran

(Received July 30, 2017 ; Accepted April 11, 2018)

Abstract

Background and purpose: Appropriate health services including sexual health are regarded as human rights especially for women. The aim of this study was to determine the extent and causes of lack of sexual health services in women attending health centers, and providing a suitable strategy for their elimination.

Materials and methods: This study was conducted using a sequential explanatory mixed method in 2014. The first phase of the study was done in 514 women who referred to Sari health centers applying a cross-sectional design. Women who did not receive even one of the sexual health services entered the qualitative phase of the study, which was done by conventional qualitative content analysis. Then, the two phases were combined. Nominal group technique was used to prioritize the strategies about sexual health services.

Results: The quantitative phase showed that 20% of females and 50% of male partners did not seek treatments for genital ulcers or abnormal secretions. None of the males with multiple spouses have used condoms at their last sexual intercourses. According to the qualitative phase, two reasons were found for not receiving sexual health services: the lack of women's attendance to health centers and non-accountability of health centers to women's sexual health needs.

Conclusion: The current health system in Iran does not respond to women's sexual health needs. Therefore, in Iran, sexual health services are suggested to be integrated with the health system alongside empowering women about their health needs and increasing men's awareness in providing women's sexual needs.

Keywords: sexual health, healthcare centers, accounting, integration, primary health care

J Mazandaran Univ Med Sci 2018; 28 (160): 88-105 (Persian).

سیستم بهداشتی غیرپاسخگو به نیازهای حوزه سلامت جنسی زنان: یک مطالعه ترکیبی

لیدا مقدم بنائم^۱
صغری خانی^{۳،۲}
عیسی محمدی^۴
ابوعلی ودادهیر^۵
ابراهیم حاجی زاده^۶

چکیده

سابقه و هدف: دریافت خدمات سلامت (شامل سلامت جنسی و باروری)، حق همه آحاد بشر به ویژه زنان است. این مطالعه با هدف تعیین میزان و علل عدم دریافت خدمات سلامت جنسی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی، درک آنان از علل و ارایه راهبرد مناسب برای رفع آن‌ها انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه ترکیبی از نوع توضیحی متوالی، در سال ۱۳۹۳ انجام شد. فاز کمی به روش مقطعی بر روی ۵۱۴ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر ساری انجام شد. زنانی که حداقل یکی از خدمات سلامت جنسی را دریافت نکرده بودند، وارد فاز کیفی شدند. مطالعه کیفی آنالیز محتوای قراردادی انجام شد. ترکیب فازهای کمی و کیفی صورت گرفت. برای اولویت‌بندی راهبردهای افزایش پاسخ‌گویی و دریافت خدمات سلامت جنسی از شیوه گروه اسمی استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های فاز کمی نشان‌داد حدود ۲۰ درصد زنان و ۵۰ درصد از شوهران برای درمان ترشح غیرطبیعی واژینال و یا زخم تناسلی همسر مراجعه نکرده بودند هیچ‌یک از آنان در آخرین نزدیکی جنسی با همسر (که چند همسر دارد) از کاندوم استفاده نکرده بودند. در فاز کیفی مشخص شد عدم دریافت خدمات سلامت جنسی دو علت دارد: عدم مراجعه زنان برای دریافت این خدمات به مراکز بهداشتی و پاسخ‌گونی نبودن مراکز بهداشتی به نیازهای حوزه سلامت جنسی زنان.

استنتاج: سیستم بهداشتی فعلی کشور ایران به نیازهای مربوط به سلامت جنسی زنان پاسخگو نیست. پیشنهاد می‌شود ضمن توانمندسازی زنان در این زمینه و نیز افزایش آگاهی مردان در رفع مسایل زنان در حوزه سلامت جنسی، خدمات حوزه سلامت جنسی در سیستم بهداشتی ایران ادغام شود.

واژه‌های کلیدی: سلامت جنسی، مراکز بهداشتی، پاسخ‌گویی، ادغام، مراقبت‌های اولیه بهداشتی

مقدمه

سلامت جنسی و باروری، رکن اصلی سلامت و توسعه انسانی است. ارتقای بیش‌تر سلامت جنسی و باروری، برای دستیابی به اهداف مربوط به سلامت مادر و

کودک، پیشگیری از HIV و AIDS و سایر بیماری‌های واگیر و برابری جنسیتی، نیاز است. سلامت جنسی و باروری بهتر، پیشرفت به سمت ریشه‌کنی فقر و گرسنگی

مؤلف مسئول: صغری خانی - ساری، بلوار امیرمازندرانی، خیابان وصال، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری E-mail: s.khani@mazums.ac.ir

۱. دانشیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۲. استادیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳. دکترای تخصصی بهداشت باروری، دانش‌آموخته دانشگاه تربیت مدرس، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۴. استاد، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران

۵. دانشیار، گروه جامعه‌شناسی و مردم‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران

۶. استاد، گروه آمار، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۵/۸ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۶/۵/۱۰ تاریخ تصویب: ۱۳۹۷/۱/۲۲

و دستیابی همگانی به آموزش ابتدایی را نیز میسر می‌سازد (۱). سرمایه‌گذاری در سلامت جنسی و باروری، مطمئن‌ترین و مؤثرترین راه برای ارتقای توسعه عادلانه و پایدار و دستیابی به توسعه است (۲). مشکلات سلامت جنسی و باروری ۱۸ درصد بار بیماری‌ها را در سطح جهان تشکیل می‌دهند و ۳۲ درصد بار بیماری‌ها در زنان در سنین باروری (۱۵-۴۴ ساله) است که عفونت‌های مقاربتی شامل HIV، ۱۶ درصد بار را به خود اختصاص می‌دهند (۳). عوامل مرتبط با سلامت جنسی و باروری، علت اصلی مرگ، ناتوانی و رنج کشیدن زنان به ویژه در کشورهای با درآمد متوسط و پایین هستند. سلامت ضعیف جنسی و باروری نقش به سزایی در فقر داشته و مانع مشارکت فعال افراد در توسعه اجتماعی اقتصادی است. دستیابی به سلامت جنسی و باروری، سبب توانمند شدن افراد و جوامع و نقش مؤثر آن‌ها در توسعه می‌شود، به طوری که آن‌ها با موانع کم‌تری از عواقب ناشی از عدم تأمین نیازهای باروری خود مواجه می‌شوند (۴).

تأمین سلامت زنان نقش به سزایی در برنامه‌های طولانی مدت توسعه در هر کشوری دارد (۵). دسترسی به خدمات، دغدغه اصلی ارتقای سلامت و حقوق جنسی و باروری است (۶). به طوری که در مطالعه‌ای کیفی نتیجه گرفته شد که "ارائه خدمات سلامت جنسی به مردم کمک می‌کند تا بتوانند برای پیشگیری از عفونت‌های منتقله از راه جنسی و حاملگی‌های ناخواسته، راه‌های مناسبی را انتخاب کنند، روش پیشگیری از بارداری مناسب‌تری را انتخاب کرده و به این ترتیب بر تداوم استفاده از روش افزوده و از میزان شکست روش بکاهند، در مورد امور جنسی خود راحت‌تر صحبت کرده و نیازهای خود را بهتر بیان کنند و به این ترتیب قادر شوند رفتارهای پیشگیرانه‌ای را اتخاذ کنند، آگاهی خود را در زمینه امور جنسی بالا برده و این اطلاعات را با دیگران شریک شوند، تغییرات مربوط به امور جنسی خود را که در طول زمان رخ می‌دهد بهتر درک کرده و بپذیرند، رفتارهای سالم جنسی را پیش گرفته و مقوله‌هایی مثل

لذت بردن و خشونت‌های جنسی را در نظر بگیرند، و رضایت بیش‌تری از خدمات ارائه شده داشته باشند (۸،۷). بر اساس جدیدترین آمار گزارش شده از سوی سازمان جهانی بهداشت، در سال ۲۰۱۵ بیش از ۳۰۳ هزار زن، در اثر عوارض ناشی از بارداری و زایمان جان خود را از دست دادند؛ یعنی حدود ۸۳۰ زن در روز و بیش‌تر از ۳۵ زن در هر ساعت می‌میرند. ۹۹ درصد این مرگ‌ها در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد. بسیاری از این مرگ‌ها به وسیله دسترسی مادران به مراقبت‌های ضروری مامایی قابل اجتناب هستند (۹).

در مطالعات مختلف، علل عدم دریافت خدمات سلامت جنسی و باروری بسیار متفاوت گزارش شده است، به طوری که در مطالعه Lindberg و همکاران (۲۰۰۶) که باهدف تعیین نگرش و درک پسران سیاهپوست درباره خدمات سلامت باروری در نیوجرسی آمریکا انجام شد، ترس از داغ‌ننگ، از دست دادن جایگاه اجتماعی، شرم و خجالت را عوامل داخلی و رفتار غیراحترام‌آمیز کارکنان (disrespectful)، عدم وجود شرایط محرمانه قابل اعتماد و چالش‌هایی در دسترسی و مذاکره با سیستم ارائه‌کننده خدمات سلامت را موانع خارجی دریافت خدمات باروری می‌دانستند (۱۰). شناسایی علل عدم دریافت خدمات توسط افراد، نیازمند مدیریت و برنامه‌ریزی توسط مدیران و کارشناسان می‌باشد. مهم‌ترین گام و هدف مدیران جهت رفع این علل، اتخاذ راهبردهای مناسب می‌باشد و لازمه اتخاذ راهبرد مناسب، شناسایی دقیق، همه‌جانبه و کامل مسایل زنان در جامعه است (۱۱). لازمه این شناخت، انجام مطالعات و به دست آوردن داده‌های کمی و داده‌های کیفی است؛ زیرا در مطالعات کمی، امکان دستیابی به عمق نگرش‌ها وجود نداشته و نمی‌توان به مسایلی که با انجام مطالعه کمی به تنهایی شناسایی می‌شوند، اکتفا کرد و برای مشخص کردن این که چرا و چگونه این مسایل احساس می‌شوند، انجام مطالعه کیفی به منظور تبیین درک و توضیح بیش‌تر مشارکت‌کنندگان درباره مسایل ضرورت

دارد. ترکیب این دو نوع داده و مطالعه باهم، به شناخت دقیق تر مسایل کمک کرده و در نتیجه راهبردهای بهتری ارائه می شود (۱۳، ۱۲).

در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی استان مازندران، مسایل با بیش ترین فراوانی در حوزه سلامت جنسی در بعد سابقه و رفتارهای جنسی؛ "چندهمسری"، در بعد STI؛ "ترشح غیر شفاف و پیری شکل" و در بعد HIV/AIDS؛ "کمبود آگاهی درباره راه های انتقال HIV" بوده است (۱۴). ولی تاکنون به طور مشخص علل عدم دریافت خدمات در این حوزه در استان مازندران بررسی نشده است. این مطالعه با هدف ارایه فرااستنتاج از توضیح زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر ساری درباره عدم دریافت خدمات مربوط به حوزه سلامت جنسی و علل آنها در قالب یک مطالعه ترکیبی انجام شد.

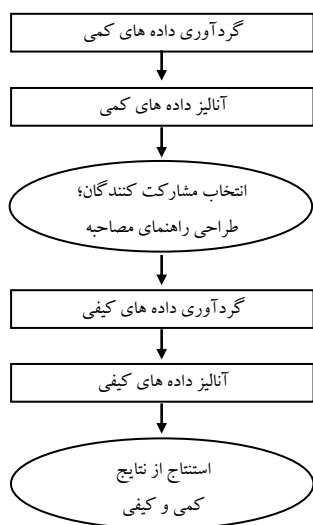
مواد و روش ها

این مطالعه به روش ترکیبی از نوع توضیحی متوالی انجام شد. مطالعات ترکیبی عبارتند است از "ترکیب یا تحلیل هر دو نوع داده های کمی و یا داده های کیفی در یک مطالعه منفرد که در آن داده ها به صورت همزمان یا متوالی جمع آوری می شوند و به کارگیری ادغام داده ها در یک یا بیش تر از یک مرحله از مطالعه را در اولویت قرار می دهد. روش های ترکیبی در یک مطالعه می تواند تصویر بهتر و کامل تری از دنیای اجتماعی در اختیار قرار دهد. افزودن استراتژی های جمع آوری داده ها به طور واضحی، قلمرو (scope) پروژه را افزایش می دهند (۱۲) روش متوالی توضیحی، روشی تحقیقی ترکیبی دو مرحله ای است. هدف کلی این روش، این است که داده های کیفی به توضیح نتایج کمی اولیه کمک کنند. این روش برای تحقیقی مناسب است که در آن محقق برای توضیح نتایج معنی دار (یا غیر معنی دار)، نتایج غیر قابل انتظار (Unexpected result) و یا توضیح یک ارتباط شگفت انگیز (Surprising association) به داده های کیفی نیازمند

است. همچنین این روش می تواند موقعی مورد استفاده قرار گیرد که محقق قصد دارد گروهی را بر اساس نتایج کمی سازماندهی نموده و پس از آن به وسیله تحقیق کیفی، گروه را دنبال کند و یا از خصوصیات کمی شرکت کننده ها استفاده کند تا راهنمای مدل سازی هدفمند برای مرحله کیفی باشند. به طور کلی روش های ترکیبی توضیحی دو نوع هستند. نوع پیگیری (Follow up variant) و نوع انتخاب شرکت کننده (Participant-selection variant) می باشد. در نوع توضیحی انتخاب شرکت کننده ها، در موقع نیاز محقق برای تشخیص و انتخاب هدفدار شرکت کنندگان، از داده های کمی در انجام یک تحقیق کیفی عمیق و تکمیلی استفاده می شود. در این نوع، به طور معمول تأکید تحقیق روی مرحله دوم یا مرحله کیفی است. در این مدل، فاز کمی (QUAN) برجسته تر و بزرگ تر از فاز کیفی (qual) است (۱۵، ۱۶).

QUAN → qual = Explain results

این مطالعه مشتمل بر دو فاز کمی و کیفی بوده و سپس ادغام داده های دو مرحله صورت گرفت. در انتها راهبردهای مناسب برای رفع علل عدم دریافت خدمات از طریق شیوه گروه اسمی ارایه شد. دیاگرام بصری این مطالعه در تصویر شماره ۱ آورده شده است.



تصویر شماره ۱: دیاگرام بصری مطالعه

فاز کمی

در فاز کمی، شیوع و علل عدم دریافت خدمات سلامت جنسی و باروری زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ساری در سال ۱۳۹۳ در قالب یک مطالعه مقطعی بررسی شد. جامعه پژوهش، کلیه زنان واقع در سنین باروری (۱۵-۴۹ سال) مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ساری (محیط پژوهش) هستند. کلیه زنان واقع در سن باروری که طی زمان انجام پژوهش به بخش های مامایی (جهت دریافت مراقبت پره ناتال، بعد از زایمان، بیماری های زنان، غربالگری سرطان پستان و سرویکس و ...)، پایش رشد کودک، تنظیم خانواده، واکسیناسیون کودکان، پزشک خانواده و ... مراکز بهداشتی درمانی مراجعه کرده و معیارهای ورود را داشتند، وارد این پژوهش شدند. نمونه های این پژوهش را ۵۱۴ زن ۱۵-۴۹ ساله ساکن و مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی تشکیل دادند که دارای پرونده بهداشتی بودند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: زنان ۱۵-۴۹ ساله مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ساری که مسلط به زبان فارسی بوده و جهت مشارکت در مطالعه رضایت خود را اعلام کرده باشد. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: ابتلای زنان به بیماری های روانی شدید و شناخته شده ای که قادر به پاسخگویی به سؤالات پرسش نامه نباشند.

حجم نمونه بر اساس مطالعه پایلوت تعیین شد. یک نمونه ۵۰ نفره از زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی انتخاب و پرسشنامه تکمیل شد. تجزیه و تحلیل آماری نشان داد فراوانی عدم دریافت خدمات سلامت جنسی و باروری، ۲۷ درصد است. با درجه اطمینان ۹۵ درصد و خطای ۰/۰۴، حجم نمونه ۴۷۳ نفر محاسبه شد. از آنجایی که موضوعات مطرح شده در پرسشنامه بسیار محرمانه بوده و امکان عدم پاسخگویی به تعداد زیادی از سؤالات وجود داشت، برای جبران پرسشنامه های ناقص، ۱۰ درصد بیش تر نمونه گیری شد. در نهایت ۵۱۴ نفر پرسشنامه ها را تکمیل کردند. نمونه گیری در مراکز

بهداشتی درمانی به صورت چندمرحله ای تصادفی انجام شده است. به طوری که ابتدا لیست مراکز و پایگاه های بهداشتی درمانی ۲۰ گانه شهری را تهیه، سپس با توجه به تعداد مراجعین به هر مرکز، مراکز به دو طبقه با مراجعه زیاد و کم (بر اساس میانه مراجعین) تقسیم شدند. در مرحله بعد با توجه به برآورد تعداد نمونه مورد نیاز جهت انجام این پژوهش (۵۱۴ نفر)، با لحاظ نمودن نسبت مراجعه در هر طبقه، سهمیه طبقه اول، ۳۵۰ نفر و طبقه دوم، ۱۷۰ نفر برآورد شد. سپس از هر طبقه، چهار مرکز به طور تصادفی انتخاب شدند (با توجه به برآورد حجم نمونه و جهت سهولت در نمونه گیری) و نمونه های مورد نیاز با توجه به نسبت مراجعین هر مرکز در طبقه مربوطه انتخاب شدند. شش نفر از نمونه ها در طبقه اول، پرسشنامه را به طور ناقص تکمیل کردند که از پژوهش کنار گذاشته شدند.

ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش، پرسشنامه "ارزیابی نیازهای سلامت جنسی و باروری" است که در مطالعه ای توسط UNFPA^۱ و NEDICO^۲ (۲۰۰۸) در زیمبابوه انجام شد (۱۷) و نسخه بومی سازی شده فارسی آن در دسترس است (۱۸).

جهت ملاحظات اخلاقی، پس از اخذ مجوز اجرای پژوهش از مراجع ذیربط، کلیه نمونه ها جهت اجرای مصاحبه و پر کردن پرسشنامه از هدف اجرای پژوهش مطلع شدند. به آن ها اطمینان داده شد که شرکت در پژوهش اختیاری است. به مشارکت کنندگان اطمینان داده شد که هویت آن ها در تمام مراحل انتشار یافته ها فاش نمی شود. تجزیه و تحلیل آماری توسط فراوانی، میانگین و انحراف معیار، کای دو و آزمون تی مستقل انجام شد.

فاز کیفی

در این فاز، تحقیق کیفی از نوع تحلیل محتوای قراردادی (۲۰۱۹) با هدف کشف علل عدم دریافت خدمات سلامت جنسی از مراکز بهداشتی درمانی انجام

1. United Nations Population Funds
2. New Dimension Consulting

شد. جامعه پژوهش شامل زنانی که در مرحله اول، حداقل یکی از خدمات سلامت جنسی را دریافت نکرده بودند و ارائه کنندگان خدمات بهداشتی (ماماها، پزشکان خانواده و پزشکان عمومی شاغل در مراکز بهداشتی درمانی شهر ساری)، بودند. نمونه‌ها با استفاده از روش مبتنی بر هدف انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها، فرد مصاحبه‌گر با استفاده از روش مصاحبه نیمه ساختار یافته با افراد مورد پژوهش مصاحبه کرد. کلیه مصاحبه‌ها در مراکز بهداشتی درمانی و فضا و زمانی آرام در مراکز بهداشتی درمانی انجام شد. میانگین مدت زمان مصاحبه‌ها ۴۵ دقیقه بود (۲۵-۶۰ دقیقه).

روش جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه بدون ساختار بوده و سؤال‌های باز و کلی با توجه به دریافت خدمات سلامت جنسی فرموله و پرسیده شد؛ مثلاً "لطفاً درباره ارایه خدمات مربوط به سلامت جنسی که در مراکز بهداشتی ارائه می‌شود، توضیح دهید؟"، "دریافت خدمات مربوط به سلامت جنسی توسط شما چگونه است؟" و "در صورت عدم دریافت خدمات مربوط به سلامت جنسی توسط شما از مراکز بهداشتی، علت (علل) آن چیست؟". بعد از ارایه پاسخ‌ها توسط مشارکت کنندگان و براساس آن‌ها، سؤال‌های هدایت کننده و اکتشافی مثل این که "ممکن است در این مورد بیش‌تر توضیح دهید؟"، "منظورتان از این چیست؟"، "یعنی چه؟" و "چطور شد به این نتیجه رسیدید؟" و.... استفاده شد. مصاحبه‌ها پس از کسب رضایت شرکت کنندگان ضبط شد. پس از جمع‌آوری داده‌ها، مراحل ذیل اجرا شد:

آماده کردن داده‌های متنی، تصمیم‌گیری در خصوص واحد آنالیز و کدها، طبقه‌بندی، آزمون کدگذاری در نمونه‌ای از متن، کدگذاری تمام متن، بررسی ثبات کدگذاری، نتیجه‌گیری از داده‌های کد شده، گزارش روش‌ها و یافته‌ها. در نهایت و با خواندن و تجزیه و تحلیل مکرر، طبقات، زیرطبقات و درونمایه‌ها تعیین شدند (۲۱). پس از انجام مصاحبه اول، از روی دستگاه ضبط صوت، پیاده شد. پس از آن متن را چندین بار خوانده،

عبارات یا جملات مرتبط با موضوع اصلی تحقیق با رنگ متفاوت در نرم افزار word مشخص شد. در این قسمت ممونویسی نیز انجام شد. سپس کدهای اولیه مشخص شده، تأیید تلفنی مشارکت کنندگان اخذ و به رؤیت اعضای گروه تحقیق (از طریق e.mail) رسانده شد. پس از تأیید توسط آنان، در یک پوشه الکترونیکی نگهداری شد. پس از انجام مصاحبه دوم و اجرای کلیه مراحل فوق، کدهای اولیه با کدهای فایل مذکور مقایسه و در صورت جدید بودن کد، به لیست مربوطه اضافه شد، ولی در صورت تکراری بودن، جلوی کد مربوطه در لیست شماره‌های ۱ و ۲ نوشته شد تا این که مصاحبه‌ها پایان یافته و دیگر هیچ کد جدیدی وجود نداشت (Data saturation) (۲۲). لیست نهایی کدها به رؤیت کلیه اعضای تحقیق رسیده، پس از تأیید به تعداد محدودی از متخصصان مرتبط با موضوع تحقیق داده شد تا نظر خود را اعلام نمایند (External check). سپس به طبقه‌بندی کدها اقدام شد. حاصل این اقدامات، کدهای ثانویه (کدهای تفسیری) بود. پس از آن با چندین بار مطالعه، کدهای مرحله سوم و درونمایه‌ها استخراج شد. جهت تضمین استحکام داده‌ها، از روش‌های مقبولیت و اصالت داده‌ها، تصدیق یا اعتماد داده‌ها، قابلیت اطمینان و ثبات، یکپارچگی (انسجام) و انتقادپذیری (۲۳) بهره‌گیری شد.

ترکیب فازهای کمی و کیفی

باتوجه به نوع مطالعه (توضیحی متوالی) (۱۲)، ترکیب در دو مرحله صورت گرفت: ۱) اتصال: پس از اتمام فاز کمی و تجزیه و تحلیل داده‌ها، انتخاب نمونه‌ها در فاز دوم از بین ۱۶۲ نفر (۱۳/۵ درصد) زنانی که حداقل یکی از خدمات سلامت جنسی را دریافت نکرده بودند، انجام شد که ۲۲ نفر از آن‌ها وارد فاز دوم (کیفی) شدند. ۲) ادغام: توسط استراتژی فرااستنتاج، پس از اتمام فازهای کمی و کیفی (در قسمت بحث) تفسیر شد که چطور داده‌های کیفی، داده‌های کمی را توضیح می‌دهند.

شیوه گروه اسمی: در نهایت برای ارائه و اولویت بندی راهبردهای افزایش پاسخگویی و دریافت خدمات سلامت جنسی از شیوه گروه اسمی (۲۴) استفاده شد. جلسه گروه اسمی در تاریخ نهم تیر ماه ۱۳۹۳ از ساعت ۹ صبح تا ۱۳ در اتاق کنفرانس ساختمان شماره پنج دانشکده پزشکی دانشگاه تربیت مدرس با مشارکت ۹ متخصص و مجرب در حوزه سلامت باروری جنسی برگزار گردید. این متخصصین شامل اساتید دانشگاه، محققین و سیاست‌گذاران با رشته‌های تخصصی بهداشت مادر و کودک، پرستاری، آموزش بهداشت، جامعه‌شناسی، سلامت باروری (دو نفر)، پزشکی اجتماعی و فلوشیپ سلامت جنسی بودند. هم‌چنین دو نفر از افراد سیاست‌گذار شاغل در واحدهای سلامت خانواده و HIV/AIDS وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در نشست حضور داشتند. افراد بر اساس دارا بودن اطلاعات غنی و داشتن تجربه در زمینه سلامت باروری جنسی انتخاب و دعوت شدند. علاوه بر این، تمام اعضای تیم پژوهش در جلسه حضور داشتند. پژوهشگر به عنوان تسهیل‌کننده، نشست را اداره کرد. متخصصان در پاسخ به سؤال "با توجه به یافته‌های ارائه شده و تجارب ارزشمند خودتان، چه راهبردهایی برای عدم دریافت خدمات مربوط به سلامت جنسی پیشنهاد می‌کنید؟" ابتدا در سکوت هر یک از متخصصین به طور جداگانه راهبردهای پیشنهادی خود را یادداشت کردند. در مرحله تولید و ثبت ایده، تعداد ۶۵ ایده ارائه شد. در مرحله بعدی (بحث درباره تک تک راهبردها)، راهبردهای تکراری حذف و یا در هم ادغام شدند و در نهایت ۳۰ راهبرد در شش طبقه؛ راهبردهای آموزشی، فرهنگ‌سازی، مدیریتی، قوانین، ادغام و مستندسازی باقی ماند. در مرحله بعد "اولویت‌بندی"، این ۳۰ راهبرد در قالب یک مقیاس لیکرت بدون اولویت (امتیاز ۱)، اولویت کم (امتیاز ۲)، اولویت متوسط (امتیاز ۳)، اولویت زیاد (امتیاز ۴) و بیش‌ترین اولویت (امتیاز ۵) تهیه و در اختیار متخصصان قرار داده شد. آنان به هر یک از راهبردها

امتیاز دادند. سپس برای محاسبه امتیاز هر آیت، تعداد افرادی که هر گزینه را انتخاب کرده بودند را در امتیاز آن ضرب و جمع امتیازهای هر راهبرد محاسبه شد. در نهایت این امتیازها به ترتیب نزولی مرتب شدند و در پایان، پنج اولویت اول به عنوان راهبردهای مناسب انتخاب شدند.

یافته‌ها

۱- فاز کمی

توصیف نمونه‌ها نشان داد میانگین سن $31/6 \pm 7$ سال، میانگین سن ازدواج $19/6 \pm 5$ سال و میانگین سن همسر $34/8 \pm 8$ سال بود. اکثریت افراد (۴۱/۷ درصد) دارای تحصیلات دیپلم، خانه‌دار (۷۶ درصد) و شغل همسر، کارگر (۲۲/۶ درصد) بود. در اکثریت موارد (۸۹/۷ درصد) همسر سرپرست خانوار بود. در ۳۲/۹ درصد موارد، خود فرد تصمیم‌گیرنده برای موضوعات مرتبط با سلامتی بود. در ۲۵/۳ درصد، همسر مسئول خرید مایحتاج منزل و در ۵۶/۲ درصد، خود فرد و همسرش به‌طور مشترک برای موضوعات مرتبط با سلامت باروری مسئول بودند. جدول شماره ۱، ویژگی‌های فردی نمونه‌ها را نشان می‌دهد.

تعداد ۱۶۸ نفر (۳۳/۱ درصد) سابقه ترشح غیرشفاف و یا رنگی واژینال داشتند. زخم تناسلی در ۳۴ نفر (۶/۷ درصد) تجربه شده بود. در شوهران ۵ نفر (۱ درصد)، زخم تناسلی تجربه شده بود. ۲۹ نفر (۱۹/۷ درصد) برای درمان ترشح غیرشفاف و یا رنگی واژینال خود مراجعه نکرده بودند. پنج نفر (۵۰ درصد) از شوهران جهت دریافت درمان زخم تناسلی مراجعه نکرده بودند. در پاسخ به سؤال "آیا همسر شما به جز شما، همسر دیگری هم دارد؟"، ۱۴ نفر (۲/۷ درصد) پاسخ بله دادند که هیچ‌یک از آنان (۱۰۰ درصد) در آخرین نزدیکی جنسی با همسر (که چند همسر دارد) از کاندوم استفاده نکرده بودند. تاکنون فقط ۷۰ نفر (۱۳/۶ درصد) آزمایش HIV داده بودند. ۱۱۰ نفر (۲۲/۲ درصد)

جدول شماره ۱- مشخصات نمونه ها از نظر مشخصات اجتماعی- جمعیتی - ساری (n= 514).

متغیر	آماره تعداد (درصد)
میزان تحصیلات	
بیسواد	۶ (۱/۲)
زیردیپلم	۱۱۸ (۲۳)
دیپلم	۲۱۳ (۴۱/۷)
بالای دیپلم	۱۷۴ (۳۴/۱)
missing	۳ (۰/۶)
شغل	
خانه دار	۳۹۱ (۷۶)
مشاغل دولتی	۷۹ (۱۵/۴)
دانش آموز و دانشجو	۲۲ (۴/۳)
مشاغل خصوصی	۲۲ (۴/۳)
میزان تحصیلات همسر	
همسر ندارد	۱۵ (۲/۹)
بیسواد	۹ (۱/۷)
زیردیپلم	۱۳۱ (۲۵/۵)
دیپلم	۲۰۵ (۳۹/۹)
بالای دیپلم	۱۴۸ (۲۸/۸)
missing	۶ (۱/۱)
شغل همسر	
همسر ندارد	۲۳ (۴/۴)
بیکار	۱۹ (۳/۷)
کارمند اداری	۸۷ (۱۶/۹)
کارگر ماهر فنی	۸۹ (۱۷/۳)
کارگر ساده	۱۱۶ (۲۲/۶)
خدمات تخصصی	۲۶ (۵/۰)
راننده شهری و بین شهری	۵۰ (۹/۸)
بازنشسته	۱۴ (۲/۸)
مشاغل کشاورزی، دامداری، شیلات	۳۲ (۶/۲)
سایر موارد	۵۸ (۱۱/۳)
سرپرست خانوار	
خودم	۱۵ (۲/۹)
شوهرم	۴۶۱ (۸۹/۷)
پدرم	۲۷ (۵/۲)
سایر بستگان	۳ (۰/۶)
missing	۸ (۱/۶)
فرد تصمیم گیرنده برای مسایل مربوط به سلامتی	
خودم	۲۱۰ (۳۲/۹)
شوهرم	۱۶۹ (۱۹/۸)
خودم و شوهرم	۱۰۲ (۴۰/۸)
سایر بستگان	۲۰ (۳/۹)
پدرم و یا مادرم	۵ (۱)
missing	۸ (۱/۶)
فرد تصمیم گیرنده برای مسایل مربوط به خرید مایحتاج منزل	
خودم	۹۲ (۱۷/۹)
شوهرم	۱۳۰ (۲۵/۳)
خودم و شوهرم	۳۱ (۴۶/۹)
سایر بستگان	۲۴۱ (۶)
missing	۱۳ (۲/۵)
پدرم و یا مادرم	۷ (۱/۴)
فرد تصمیم گیرنده برای مسایل مربوط به سلامت باروری	
خودم	۱۳۴ (۲۶/۱)
شوهرم	۵۳ (۱۰/۳)
خودم و شوهرم	۲۸۹ (۵۶/۲)
سایر بستگان	۶ (۱/۲)
missing	۹ (۱/۷)
پدرم و یا مادرم	۲۳ (۴/۵)

در صورت دسترسی به امکانات مشاوره و آزمایش داوطلبانه تمایل به دادن آزمایش نداشتند. از میان نمونه‌ها، ۲۹ نفر (۵/۸ درصد) اظهار داشتند تا به حال مورد ضرب و شتم قرار گرفته‌اند. بیش تر آنان توسط شوهرشان مورد ضرب و شتم قرار گرفته بودند. ۱ نفر مورد ضرب و شتم قرار گرفتن را به پلیس گزارش کرده بودند. تعداد ۹۵ نفر (۱۸/۵ درصد) وادار به نزدیکی جنسی شده بودند. از این میان، ۷۳ نفر (۷۶/۸ درصد) این موضوع را گزارش نکرده بودند. جدول شماره ۲ میزان عدم دریافت خدمات مربوط به سلامت جنسی و باروری را نشان می‌دهد.

بیش ترین علت عدم استفاده از روش پیشگیری از بارداری قبل از بارداری ناخواسته، داشتن عوارض جانبی بود (۵ نفر (۲۱/۷ درصد)). شایع ترین علت عدم استفاده مداوم از کاندوم به ترتیب "اعتراض همسر" بود. بیش ترین علت عدم مراجعه برای درمان STIs، طولانی بودن مدت انتظار در مراکز درمانی و شایع ترین علت عدم تمایل به دادن آزمایش HIV، در معرض خطر ابتلا ندیدن خود و شایع ترین علت عدم گزارش مورد ضرب و شتم قرار گرفتن، ترس از ایجاد مشکلات در رابطه بود. جدول شماره ۳، شایع ترین علل عدم دریافت خدمات مربوط به سلامت جنسی را در ابعاد مختلف نشان می‌دهد.

۲- فاز کیفی

تحلیل داده ها در این مرحله منجر به انتزاع دو درونمایه شد: "عدم مراجعه برای دریافت درمان STIs و HIV/AIDS" و "مراکز بهداشتی غیرپاسخگو به نیازهای سلامت جنسی زنان"؛ به این معنی که یا زنان برای دریافت خدمات حوزه سلامت جنسی به مراکز بهداشتی مراجعه نمی کنند و یا این که مراکز شرایط لازم را برای ارائه این خدمات ندارند. در هر صورت مراکز، پاسخگوی نیازهای مربوط به حوزه سلامت جنسی زنان نیستند. روند انتزاع درونمایه ها در جدول شماره ۴ آورده شده است.

جدول شماره ۲: میزان عدم دریافت خدمات سلامت جنسی

متغیر	آماره
تعداد (درصد)	
استفاده از کاندوم در موارد چندهمسری بودن شوهر (۱۴ نفر)	
خیر	۱۱ (۷۸/۶)
بله	۳ (۲۱/۴)
جمع	۱۴ (۱۰۰)
علائم STIs (ترشح غیرشفاف و یا رنگی و زخم تناسلی) (۵۱۴ نفر)	
خیر	۳۳۹ (۶۵/۹)
بله	۱۶۸ (۳۲/۷)
missin	۷ (۱/۴)
زخم تناسلی شوهر (۵۱۴ نفر)	
خیر	۴۹۷- (۹۶/۷)
بله	۵ (۰/۱)
missing	۱۲ (۲/۳)
دادن آزمایش HIV (۵۱۴ نفر)	
خیر	۴۴۱ (۵۸/۸)
بله	۷۰ (۱۳/۶)
missing	۳ (۰/۶)
گزارش مورد ضرب و شتم قرار گرفتن (۵۱۴ نفر)	
خیر	۴۷۴ (۹۲/۲)
بله	۲۹ (۵/۷)
missing	۱۱ (۲/۱)
گزارش اجبار جنسی (۵۱۴ نفر)	
خیر	۴۰۸ (۷۹/۴)
بله	۹۵ (۱۸/۵)
missing	۱۱ (۲/۱)

جدول شماره ۳: شایع ترین علل عدم دریافت خدمات سلامت جنسی

دامنه سلامت	نوع خدمت	شایع ترین علل عدم دریافت خدمت
جنسی		(عدم مراجعه)
تنظیم خانواده	استفاده از روش پیشگیری	کمبود وسایل پیشگیری از بارداری، در دسترس نبودن وسایل جدید پیشگیری از بارداری
رفتار جنسی	مراجعه برای دریافت کاندوم از مرکز در موارد چندهمسری بودن شوهر	-اعتراف همسر -اعتقاد به عدم لزوم استفاده از کاندوم در ارتباط جنسی با همسر -کاهش لذت جنسی
STIs	مراجعه برای درمان STIS	-طولانی بودن مدت انتظار در مراکز درمانی -عدم استطاعت مالی
HIV/AIDS	تمایل به دادن آزمایش HIV	-خودم را در معرض خطر نمی بینم -می ترسم از وضعیت خود باخیر شوم -امکان رفتن به آن جا را ندارم

درونمایه اول: عدم مراجعه برای دریافت خدمات

مربوط به حوزه سلامت جنسی

به این معنی که مشارکت کنندگان (زنان و کارکنان)،

مسائل مربوط به حوزه سلامت جنسی خود را در مراکز

مطرح نمی کردند که علل ذکر شده شامل این موارد بوده

است: شرم و خجالت، عدم آرایه خدمات مربوط به حوزه

مسایل جنسی در مردان در مواردی که مشکل به مردان

مربوط می شود به طوری که هیچ خدماتی به جوانان و

جدول شماره ۴: روند انتزاع درونمایه ها

درونمایه	طبقه	زیرطبقه
عدم رضای جنسی با کاندوم و آکرزی نسبت آن	عدم رضای جنسی با کاندوم و آکرزی نسبت آن	عدم استفاده از کاندوم به علت فراهمی ناکافی کاندوم
عدم مراجعه جهت دریافت کاندوم	عدم مراجعه جهت دریافت کاندوم	شرم و خجالت مانع تهیه کاندوم
در موارد چندهمسری	در موارد چندهمسری	کمبود آگاهی درباره لزوم استفاده از کاندوم در موارد چندهمسری بودن شوهر و ابتلا به بیماری های مقاربتی
عدم مراجعه برای دریافت درمان STIs و	عدم مراجعه برای دریافت درمان STIs و	عدم استفاده از کاندوم در موارد اجبار جنسی در موارد چندهمسری
HIV/AIDS به دلیل	عدم پیگیری تشخیص و جستجوی	عدم استفاده از کاندوم به علت مردانه بودن روش (خارج از اختیار زن)
عدم حساسیت نسبت به	درمان STIs و HIV/AIDS	کمبود آگاهی؛ به عنوان علت عدم پیگیری تشخیص و جستجوی درمان
ابتلا به آن ها	انجام ندادن آزمایش HIV	عدم پیگیری تشخیص و جستجوی درمان STIs و HIV/AIDS به علت ترس از روش های تشخیصی و درمانی، بهبود خودبخودی و فقر اقتصادی
انجام ندادن آزمایش HIV	انجام ندادن آزمایش HIV	عدم انجام آزمایش HIV دلیل فقر اقتصادی و کمبود آگاهی
ازدواج موقت متعدد (مرد و زن)	ازدواج موقت متعدد (مرد و زن)	انجام ندادن آزمایش HIV به دلیل ترس از انگ اجتماعی
به عنوان یک رفتار پرخطر جنسی	به عنوان یک رفتار پرخطر جنسی	نقش همسالان در ازدواج موقت شوهر
		خانواده ناکارآمد عامل ازدواج موقت زنان بدون همسر
		ازدواج موقت به علت فقر و بیکاری
مراکز بهداشتی	عدم کارآیی مراکز در تأمین	عدم وجود شرایط لازم در مراکز بهداشتی برای طرح مسایل جنسی
غیرپاسخگو به نیازهای	نیازهای جنسی مراجعین	محدود بودن مراجعین مراکز به زنان و کودکان
سلامت جنسی زنان	سلامت جنسی زنان	طرح مسایل جنسی به عنوان یک تابوی فرهنگی - اجتماعی
		بازدارنده های اجتماعی اقتصادی دریافت خدمات جنسی از مراکز بهداشتی
		اولویت ندادن به مسایل جنسی
		ارائه خدمات بدون نیازسنجی
		لحاظ نکردن مشاوره جنسی به عنوان جزئی از شرح وظایف کارکنان مراکز
		فراهمی وسایل پیشگیری از بارداری بدون اساس نیازسنجی

مردان ارائه نمی‌شود (دوستدار مردان نبودن مراکز) و تابوی فرهنگی - اجتماعی بودن مسایل جنسی در جامعه. ارائه خدمات در مراکز، بدون انجام نیازسنجی و نیز در اولویت قرار نداشتن مسایل جنسی، یکی از مواردی است که سیستم بهداشتی را در پاسخگویی به مسایل جنسی دچار چالش می‌کند. بنا به اظهار مراجعین و کارکنان، اهمیت ندادن و در اولویت قرار ندادن مسایل جنسی در مراکز، موجب ناکارآمدی مراکز در این بعد حساس از نیازهای مراجعین شده است. متنوع و زیاد بودن حجم کار کارکنان از عواملی است که پرداختن به امور مشکلات جنسی مراجعین را از اولویت خارج می‌سازد. حتی خود مراجعین هم مسایل دیگری در زندگی، مهم‌تر از پرداختن به مسایل جنسی اعلام کردند (مانند فقر اقتصادی، بیماری و اعتیاد همسر و...) که باعث می‌شود آن‌ها حتی در صورت مراجعه به مراکز هم این مسایل را مطرح نکنند. یکی دیگر از علل عدم مراجعه زنان برای دریافت خدمات حوزه سلامت جنسی، عدم حساسیت آنان نسبت به HIV/AIDS و STIs علیرغم داشتن رفتارهای پرخطر جنسی، بود. رفتارهای حاکی از عدم حساسیت آنان نسبت به HIV/AIDS و STIs، عدم استفاده از کاندوم در موارد چندهمسری است. عدم استفاده از کاندوم می‌تواند ناشی از کمبود آگاهی آنان، فراهمی ناکافی کاندوم، عدم لذت جنسی و مردانه بودن روش کاندوم باشد. یکی دیگر از مواردی که بر عدم حساسیت مراجعین نسبت به HIV/AIDS، STIs دلالت دارد، "عدم مراجعه مشارکت‌کنندگان برای پیگیری تشخیص و درمان" بود. دلایل ذکر شده توسط مشارکت‌کنندگان برای عدم مراجعه جهت تشخیص و درمان عبارت بودند از: ترس از روش‌های تشخیصی و درمانی، بهبودی (رفع علائم) خودبخودی و فقر اقتصادی.

از دیگر ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان که بر عدم حساسیت مشارکت‌کنندگان به STIs و HIV/AIDS دلالت دارد، ندادن آزمایش HIV، علی‌رغم داشتن رفتارهای پرخطر جنسی است. عواملی مانند کمبود آگاهی، فقر

اقتصادی و ترس از انگ اجتماعی، مانع دادن آزمایش می‌شوند. مشارکت‌کنندگان با ازدواج‌های موقت مکرر، نیز علیرغم داشتن رفتاری بسیار پرخطر، نسبت به STIs و HIV/AIDS حساس نیستند؛ به این معنی که زنان و مردان در قالب صیغه (ازدواج موقت)، با چند شریک جنسی رابطه برقرار می‌کنند و از نظر شرعی، قانونی و اجتماعی نیز این رفتار پرخطر را توجیه می‌کنند. در مجموع تحلیل این دسته از تجارب و ادراکات زنان مراجعه‌کننده و نیز کارکنان مراکز بهداشتی درمانی نشان می‌دهد که یک علت مهم عدم دریافت خدمات مربوط به سلامت جنسی در زنان، عدم حساسیت آنان به در معرض خطر بودن نسبت به ابتلا به STIs شامل HIV/AIDS، علیرغم رفتارهای پرخطر جنسی است. رفتارهایی که بر عدم حساس بودن زنان در این مورد دلالت دارند، عبارتند از: عدم استفاده از کاندوم در موارد ازدواج موقت (زن مطلقه و یا مرد)، عدم پیگیری تشخیص و جستجوی درمان STIs و HIV/AIDS، انجام ندادن آزمایش HIV و ازدواج موقت متعدد.

دروزمایه دوم: مراکز بهداشتی غیرپاسخگو به نیازهای سلامت جنسی زنان

تمامی مشارکت‌کنندگان اعم از زنان مراجعه‌کننده یا کارکنان، سیستم بهداشتی را در حل مسایل و مشکلات جنسی مراجعین ناموفق اعلام کردند. حال این عدم قدرت پاسخگویی به نیازهای جنسی را به نامطلوب بودن ساختار، عدم آمادگی کارکنان جهت ارائه خدمات مربوط به مسایل جنسی و عدم حضور مشاور در مراکز مرتبط دانسته و یا این که آن را ناشی از عدم انجام نیازسنجی جهت ارائه خدمات جنسی می‌دانند؛ یعنی یا شرایط برای ارائه خدمات فراهم نیست، یا این که خدماتی که در مراکز ارائه می‌شوند، بر اساس نیازسنجی نیست. ممکن است انجام کارهایی از قبیل تکمیل فرم‌های تکراری و وقت‌گیر و دادن آمارهایی که ممکن است هیچ وقت استفاده نشوند، شرایط را برای ارائه خدماتی بسیار ضروری مثل خدمات جنسی، نامطلوب کند.

مشکلات عدیده ساختاری مراکز بهداشتی، بر ناکارآمدی این مراکز در پاسخگویی به مسایل جنسی مراجعین دلالت دارند. به طوری که اکثریت کارکنان و مراجعین محیط مراکز را برای طرح مسایل جنسی مناسب نمی دانستند (عدم وجود اتاق مخصوص مشاوره، استیجاری بودن ساختمان مراکز). مشکلات پرسنلی مراکز نیز غیرپاسخگو بودن مراکز را نسبت به نیازهای جنسی مراجعین تشدید می کند، از قبیل عدم آشنایی کارکنان (پزشک و ماما) با مشکلات جنسی و درمان آن‌ها، عدم وجود این موضوع در سرفصل آموزشی آنان و عدم حضور مشاور آموزش دیده در مراکز.

مشکلات مربوط به نحوه اجرای طرح پزشک خانواده، یکی از مسایلی است که مانع طرح مسایل جنسی در مراکز می شود. به طوری که مشارکت کننده ۹ با ۳۲ سال سن و باردار می گوید: "دکترم اصلاً مشاوره نمیده. سؤال‌های ما رو پاسخ نمی ده. این مرکز در حد مامایی خوبه. مثلاً به بار من ترشح شدید داشتم خیلی اذیت می شدم. اومدم اینجا خانم ماما گفت برو پیش پزشک خانواده‌ات. اینجا ما فقط افرادی که پزشک خانواده شان تو این مرکز حضور دارد پذیرش می کنیم. من هم دیگه حوصله نداشتم، هم وقت نکردم. دیگه نتونستم برم پیش پزشک خانواده ام".

یکی دیگر از مسایلی که بر عدم پاسخگویی سیستم بهداشتی به نیازهای جنسی مراجعین دلالت دارد، لحاظ نکردن مشاوره جنسی در شرح وظایف کارکنان مراکز است. این موضوع هم از سوی کارکنان و هم از سوی مراجعین به عنوان علت عدم پاسخگویی مراجعین به مشکلات جنسی مراجعین اعلام شد.

با توجه به تأثیر به سزای کاندوم در پیشگیری از بیماری‌های STIs, HIV/AIDS، فراهمی آن امری بسیار ضروری است. در حالی که در مراکز این شرایط فراهم نیست. یعنی وسایل پیشگیری از بارداری و بالاحص کاندوم در مراکز به میزان کافی فراهم نیست و همین مسأله نشان‌دهنده عدم نیازسنجی جهت ارائه خدمات در

مراکز و در نتیجه عدم کارایی آن‌ها در پاسخگویی به بخش اعظم نیازهای مراجعین است. در مجموع تحلیل این دسته از تجارب و ادراکات زنان و کارکنان مراکز، منعکس کننده پاسخگو نبودن مراکز بهداشتی درمانی در تأمین نیازهای جنسی زنان است. مشارکت کنندگان این مشکل را به عدم کارایی مراکز در ارائه خدمات مربوط به سلامت جنسی و نیز ارائه خدمات در مراکز بدون انجام نیازسنجی ربط می دهند.

۳- ترکیب فازهای کمی و کیفی

به دلیل نوع مطالعه (توضیحی متوالی)، ترکیب فازهای کمی و کیفی در دو مرحله انجام شد:

۱- اتصال: از بین ۱۶۸ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی که در فاز کمی مشخص شد برای دریافت خدمات مربوط به سلامت جنسی به مراکز بهداشتی مراجعه نکرده اند، ۲۲ نفر و از بین کارکنان، ۵ نفر وارد فاز کیفی شدند.

۲- ادغام: با استفاده از استراتژی فرااستنتاج تفسیر شد که داده‌های فاز کیفی چطور داده‌های فاز کمی را توضیح می دهند. در این مطالعه در فاز کمی، زنانی که خدمات مربوط به سلامت جنسی را دریافت نکرده بودند، شناسایی شدند. در بخش کیفی، توضیح زنان درباره علل عدم دریافت خدمات مشخص شد و در بخش ترکیبی استنتاج شد که این توضیحات ارائه شده در بخش کیفی چگونه آن علل عدم دریافت خدمات مطرح شده در فاز کمی را تفسیر می کنند. به عنوان مثال، در بخش کمی، زنانی که مبتلا به ترشح غیرطبیعی واژینال بودند ولی برای دریافت درمان مراجعه نکرده بودند، شناسایی شدند؛ در بخش کیفی از آنان درباره عدم دریافت درمان توضیح خواسته شد، که آنان عللی مثل فقر اقتصادی، شرم و خجالت، عدم اراده این خدمات در مراکز، بهبودی خودبخودی و ... را ذکر کردند. در بخش ترکیبی تفسیر شد که این گویه‌های اظهار شده توسط مشارکت کنندگان، چگونه عدم مراجعه برای دریافت خدمات مربوط به سلامت

بحث

یافته‌های کمی مطالعه حاضر در مراکز بهداشتی درمانی نشان داد زنانی که شوهران آنان، طی یک سال گذشته بیش‌تر از یک همسر داشته‌اند، در روابط جنسی خود، از کاندوم استفاده مداوم ندارند. این یافته مشابه یافته مطالعه Chatterjee و همکاران (۲۰۰۶) در هند و Waithaka (2001) در کنیا است (۲۶، ۲۵). در حالی که در مطالعه Silveira و همکاران (۲۰۰۵) که در برزیل انجام شد، فراوانی عدم استفاده از کاندوم در آخرین رابطه جنسی بسیار پایین گزارش شد (۲۷). تفاوت یافته‌ها می‌تواند با بستر رفتارهای جنسی و استفاده از کاندوم مرتبط باشد؛ به‌طور مثال در ایران و کنیا که میزان عدم استفاده از کاندوم بسیار بالاست، ممکن است اجرای مطالعه حاضر همزمان با عدم ارائه کاندوم به میزان کافی در مراکز بهداشتی ایران به دنبال اجرای سیاست جدید جمعیتی (در زمان انجام مطالعه) و رایگان نبودن کاندوم در بیش از ۸۷ درصد مراکز بهداشتی کنیا مسبب این مشابهت باشد. علت تفاوت میزان عدم استفاده از کاندوم در مطالعه‌های کنیا و مطالعه حاضر با مطالعه Silveira و همکاران ممکن است به علت تفاوت در سؤال مربوطه باشد؛ در مطالعه حاضر و مطالعه کنیا، استفاده مداوم از کاندوم طی یک سال گذشته پرسیده شد، در حالی که در مطالعه Silveira و همکاران، استفاده از کاندوم در آخرین رابطه جنسی سؤال شده است (۲۷).

سؤال فاز کیفی این مطالعه در این راستا این بود که زنان علیرغم داشتن رفتارهای پرخطر، چه توضیحی برای عدم استفاده از کاندوم دارند؟ یافته‌های کمی مطالعه حاضر نشان داد بیش‌ترین علت عدم استفاده از کاندوم، دوست نداشتن کاندوم است. در مطالعه کیفی حاضر، توضیح بیش‌تر زنان درباره علل عدم استفاده از کاندوم بر عدم حساسیت زنان به در معرض خطر بودن نسبت به HIV/AIDS دلالت دارد. مسایلی از قبیل عدم ارضای جنسی مردان با کاندوم، حساسیت (آلرژی) زن نسبت به آن، عدم استفاده از کاندوم به علت فراهمی ناکافی

جنسی به مراکز بهداشتی را توضیح می‌دهد. به عنوان مثال در توضیح علت عدم استفاده از کاندوم در موارد چند همسری، فرهنگ مردسالاری و عدم کنترل زنان روی منابع مطرح شد. در قسمت بحث با تفصیل بیش‌تری به بخش فراستنتاج پرداخته می‌شود.

۴- راهبردهای دارای اولویت برای پاسخگو شدن مراکز بهداشتی به مسایل مربوط به سلامت جنسی زنان

در مرحله تولید و ثبت ایده، تعداد ۳۰ ایده ارائه شد. در مرحله بعدی (بحث)، راهبردهای تکراری حذف و یا در هم ادغام شدند. ۲۶ ایده باقی ماند. در مرحله بعد "اولویت‌بندی"، این ۲۶ راهبرد در قالب یک مقیاس لیکرت بدون اولویت (امتیاز ۱)، اولویت کم (امتیاز ۲)، اولویت متوسط (امتیاز ۳)، اولویت زیاد (امتیاز ۴) و بیش‌ترین اولویت (امتیاز ۵) تهیه و در اختیار متخصصان قرار داده شد. آنان به هر یک از راهبردها امتیاز دادند. سپس برای محاسبه امتیاز هر آیت، تعداد افرادی که هر گزینه را انتخاب کرده بودند را در امتیاز آن ضرب و در مرحله بعد همه امتیازهای هر راهبرد با هم جمع بسته می‌شد. در نهایت این امتیازها به ترتیب نزولی مرتب شدند و در پایان، پنج اولویت اول به عنوان راهبردهای مناسب انتخاب شدند که عبارت بودند از: توانمندسازی زنان، افزایش مشارکت مردان، ارتقای سواد سلامت، آموزش و پیوند خدمات سلامت جنسی در سیستم PHC (جدول شماره ۵).

جدول شماره ۵: راهبردهای دارای ۵ اولویت اول برای شایع‌ترین نیازها

اولویت	راهبرد	نوع راهبرد
۱	توانمندسازی زنان در مواجهه درست با نیازهای مربوط به حوزه سلامت جنسی خود	دراز مدت
۲	ارائه اطلاعات و آموزش به مردان برای افزایش آگاهی و بهبود نگرش در رابطه با حقوق و سلامت باروری جنسی در سطوح مختلف اجتماعی شامل: محل کار، رسانه گروهی (به ویژه رادیو)، مراکز سنتی و مجازی	دراز مدت
۳	اضافه نمودن محتوای آموزشی درباره آشنایی زوجین با حقوق و سلامت باروری جنسی در Package خدمات مشاوره‌ای قبل از ازدواج	میان مدت
۴	ارتقای سواد سلامت جامعه در ارتباط با موضوعات سلامت و حقوق جنسی و باروری منطبق با چارچوب‌های مذهبی، فرهنگی و اجتماعی از طریق آموزش‌های همگانی در رسانه‌ها خصوصاً صدا و سیما	دراز مدت
۵	ادغام خدمات سلامت جنسی در سیستم PHC	کوتاه مدت

کاندوم، شرم و خجالت به هنگام تهیه کاندوم، کمبود آگاهی درباره لزوم استفاده از کاندوم در صورتی که شوهر مبتلا به بیماری‌های مقاربتی باشد و عدم استفاده از کاندوم در موارد چندهمسری بودن شوهر بود. ضمن این که زنان یکی از مهم‌ترین علل عدم استفاده از کاندوم را "مردانه بودن (خارج از کنترل زن بودن) استفاده از کاندوم" ذکر کردند. مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (CDC)، وضعیت اقتصادی، نوع شریک جنسی و گفتمان قدرت را از عوامل دخیل در این رفتار (عدم استفاده مداوم از کاندوم) دانسته و پرداخت مبلغ در قبال رابطه جنسی را عامل مهم افزایش میزان عدم استفاده از کاندوم می‌داند (۲۸). در حالی که در مطالعه Agha و همکاران (۲۰۰۲)، مهم‌ترین علت عدم استفاده از کاندوم، دوست نداشتن کاندوم (۲۹) و در مطالعه فلاحی و همکاران (۱۳۹۱) بیش‌ترین علت عدم استفاده از کاندوم از نظر مردان، عدم لذت جنسی ذکر شد (۳۰). با عمیق شدن در علت بیان شده برای عدم استفاده از کاندوم، مشخص می‌شود، در همه مطالعات به نوعی "عدم لذت جنسی"، ذکر شده است که علت ریشه‌ای آن، همان درک نادرست از خطر است. بنابراین صرف افزایش آگاهی زنان درباره HIV/AIDS، منجر به اتخاذ رفتار پیشگیری از این بیماری نمی‌شود. بلکه درک آنان است که روی رفتار آنان تأثیر می‌گذارد. در مطالعه Waithaka، یکی از علل عدم استفاده از کاندوم، قدرت کم‌تر زنان در چانه زنی با مردان (فرهنگ مردسالاری) به ویژه درباره مسایل موبوط به امور جنسی و استفاده از کاندوم در کنیا ذکر شد (۲۶). این موضوع در مطالعات زیادی ذکر شده است (۳۱-۳۵). با جمع‌بندی (فرااستنتاج) علل عدم استفاده از کاندوم (در صورت ضرورت) را می‌توان ناشی از سه عامل دانست: اولاً عدم قدرت مذاکره زنان در اجتناب از رفتارهای پرخطر جنسی در برابر مردان (از جمله عدم استفاده از کاندوم در صورت داشتن چند همسر (ازدواج موقت))، ثانیاً عدم درک صحیح از خطر HIV/AIDS و ثالثاً وابستگی (اقتصادی، اجتماعی و ...) زنان به مردان.

در توضیح عدم مراجعه برای درمان STIs، یافته‌های کیفی هر دو درونمایه، توضیح‌دهنده این یافته بودند. درونمایه "عدم حساسیت به در معرض خطر بودن نسبت به HIV/AIDS" بر عدم پیگیری تشخیص و جستجوی درمان STIs و HIV/AIDS، انجام ندادن آزمایش HIV و ازدواج‌های موقت متعدد (مرد و یا زن) دلالت دارند. در مصاحبه‌های عمیق مرحله کیفی مشخص شد به دلیل کمبود آگاهی زنان و همسر/شریک جنسی آن‌ها، تشخیص و درمان بیماری خود را پیگیری نمی‌کنند. عدم آگاهی از لزوم درمان زخم تناسلی شوهر، عدم آگاهی از علایم STIs و HIV/AIDS و عدم آگاهی از اهمیت درمان بیماری STIs و HIV/AIDS از مسایل دیگری بود که منجر به عدم مراجعه برای درمان شده بود. یکی دیگر از مواردی که عدم مراجعه برای درمان بیماری را توضیح می‌دهد، بهبود خودبخودی است. یعنی خانم‌ها در موارد ابتلای خودشان و یا ابتلای شوهرشان به بیماری، اظهار می‌کردند خودش خوب شد. تمامی این موارد منعکس‌کننده عدم درک صحیح زنان از این بیماری‌هاست.

توضیح دیگر درباره عدم مراجعه برای درمان، فقر اقتصادی است. آنان گران بودن مراحل تشخیص و درمان و نداشتن پول را یکی دیگر از عوامل عدم مراجعه اظهار می‌کنند. توضیح دیگر زنان درباره عدم مراجعه به محل مناسب برای درمان، عدم تمایلشان را در برقراری ارتباط جنسی با شوهر معتاد و یا شوهری که به او خیانت کرده (ازدواج با زن دیگر) ذکر کردند. در نتیجه روابط زوجی مختل در زندگی روزانه، منجر به از دست دادن حمایت مالی او جهت تأمین هزینه درمان و ... می‌شود.

از موارد دیگر برای توضیح عدم مراجعه برای درمان و یا مراجعه به محل‌های نامناسب، ازدواج مجدد شوهر است. در این موارد شوهر او را ترک کرده و با همسر جدید خود زندگی می‌کند و دیگر هیچ حمایتی از این زن به عمل نمی‌آورد. بنابراین فقر اقتصادی و فرهنگی، وابستگی اقتصادی زن، اعتیاد و ... سبب می‌شوند

زن از حمایت مالی و عاطفی کافی همسر خود برخوردار نباشد. به دلیل وجود مشکل در تأمین هزینه درمان، اقدامی جهت درمان صورت نمی‌گیرد.

توضیح دیگری که از سوی زنان درباره عدم مراجعه زنان برای پیگیری درمان STIs ذکر شد، ترس از انگ (برچسب) (social labeling) و داغ ننگ (stigma) در موارد ضرورت انجام آزمایش HIV است. مشارکت کنندگان مطرح می‌کردند وقتی از ازدواج مجدد شوهر مطلع شدند، به او پیشنهاد دادند آزمایش HIV بدهد، ولی او به دلیل پرهیز از فکریهای بد مردم، آزمایش نداد. داغ ننگ HIV به اشکال مختلفی وجود دارد، از قبیل شایعات بی‌اساس و سوءاستفاده کلامی، قضاوت و ارزش‌های اخلاقی درباره افراد مبتلا به HIV. افرادی که نسبت به عفونت بیش‌تر آسیب‌پذیر هستند که می‌تواند به صورت تبعیض، شامل خشونت و سوءاستفاده فیزیکی و همین‌طور از دست دادن شغل و عدم دریافت خدمات ظاهر شود (۳۶). بنابراین در توضیح عدم دریافت خدمات مربوط به سلامت جنسی توسط عدم مراجعه برای تشخیص و درمان بیماری‌های مقاربتی و HIV/AIDS، به دلیل حساس نبودن آنان به در معرض خطر بودن نسبت به این بیماری‌ها و عدم درک صحیح از خطر در زنان و مردان و نیز با عدم قدرت مذاکره زن با شریک جنسی درباره استفاده از کاندوم در موارد چندهمسری بودن شوهر توضیح داده می‌شود. لذا فراهم کردن و در اختیار گذاشتن کاندوم زنانه به ویژه برای گروه‌های با رفتار پرخطر جنسی، ضروری است.

درونمایه دوم (سیستم بهداشتی غیر پاسخگو به نیازهای مربوط به سلامت جنسی زنان)، هم درک زنان و هم کارکنان نشان‌دهنده نامناسب بودن شرایط مراکز برای ارائه خدمات مربوط به حوزه سلامت جنسی بود. زنان اعلام کردند مراکز در این حوزه مشاور ندارند و ضمن این که فضای فیزیکی مراکز نیز برای طرح مسایل خصوصی آنان مناسب نیست، چون چند کارمند در یک اتاق حضور دارند. کارکنان (پزشک و ماما) نیز اعلام

کردند در کوریکولوم درسی آنان، موضوعات مرتبط با حوزه سلامت جنسی وجود ندارد و آنان هیچ اطلاعاتی از این موضوعات ندارند. این درونمایه، مشخص می‌کند که زنانی که مشکلات جنسی را تجربه کرده بودند، در پاسخ به سؤالاتی مانند: "آیا تا به حال مشکلات جنسی خود را با کارکنان مرکز در میان گذاشته اید؟ آن‌ها چه کمکی به شما کردند؟" اظهار داشتند که این مسایل را به چند دلیل مطرح نکردند: اول آن که مراکز، فردی را که بتواند درباره این مسایل مشاوره ارائه بدهد، ندارند. دوم آن که نگران فاش شدن اسرار خصوصی خود بوده و از این که این مسأله به گوش شوهرشان برسد و ارتباطشان بدتر از قبل شود (مورد خشونت قرار بگیرند)، هراس داشتند. سوم آن که تعداد زیادی از آن‌ها، این مسایل را امری کاملاً طبیعی می‌دانستند و به دلیل افزایش سن و بزرگ شدن فرزندان، دیگر داشتن فعالیت جنسی جایز نیست.

در این رابطه، کارکنان نیز صراحتاً اعلام کردند که درباره مسایل جنسی نه اطلاعات کافی دارند، نه در طول تحصیل آموزش کافی دیده‌اند و نه مهارت کافی درباره انجام مشاوره در زمینه سلامت جنسی را دارند. ضمن این که فضای فیزیکی مراکز مناسب مشاوره جنسی نیست. لذا تا حد ممکن سعی می‌کنند اصلاً این موضوع مطرح نشود.

جهت پاسخگویی به درونمایه‌های مطالعه کیفی، متخصصین حاضر در گروه اسمی، راهبرد "توانمندسازی زنان در تأمین نیازهای مربوط به حوزه سلامت جنسی خود" را ارائه کردند، ولی از آنجایی که تأمین بسیاری از نیازهای زنان در حوزه سلامت جنسی و باروری، به مردان وابسته است، راهبرد "ارائه اطلاعات و آموزش به مردان برای افزایش آگاهی و بهبود نگرش در رابطه با حقوق و سلامت جنسی و باروری در سطوح مختلف اجتماعی شامل: محل کار، رسانه گروهی (به ویژه رادیو)، مراکز سنتی و مجازی" را ارائه کردند. بدون مشارکت مردان، ایجاد تغییر جهت

ارتقای سلامت و همین طور توانمندسازی زنان بسیار سخت و غیر ممکن است. زیرا مردان نه تنها مانع دسترسی زنان و کودکان به منابع هستند، بلکه خود، آن‌ها را مورد سوءاستفاده قرار می‌دهند (۳۸، ۳۷).

جهت تأمین نیازهای جنسی و باروری زنان باید به بسترهای اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی توجه لازم مبذول گردد. در این زمینه، یکی از راهبردهایی که توسط گروه متخصصین و مطلعین مشارکت‌کننده در گروه اسمی ارائه شد، "ارتقای سواد سلامت جامعه در ارتباط با موضوعات سلامت و حقوق جنسی و باروری و خشونت منطبق با چارچوب‌های مذهبی، فرهنگی و اجتماعی از طریق آموزش‌های همگانی در رسانه‌ها خصوصاً صدا و سیما" است. هر دو مفهوم "سلامت" و "سواد" در زندگی روزانه ضروری هستند. سواد سلامت به مثابه توانمندی است. سواد سلامت جنسی نیز یکی از اجزای سواد سلامت است. سواد سلامت یکی از تعیین‌کننده‌های وضعیت سلامت جامعه است (۴۰، ۳۹). مراکز بهداشتی درمانی، مناسب‌ترین بستر در ارتقای سواد سلامت جامعه هستند.

راهبرد بسیار مهمی که می‌توان گفت در صورت اجرا، قادر به پاسخ‌گویی به تمامی درونمایه‌های انتزاع شده در مطالعه کیفی، خواهد بود، "پیوند (linkage) ارائه خدمات کامل سلامت جنسی و باروری و ادغام آن‌ها در سیستم PHC" است. با پیوند خدمات SRH در سیستم PHC، ضمن تأمین نیازهای کامل جنسی و باروری شامل HIV/AIDS، ارتقای ارائه خدمات مراکز نیز تحقق خواهد یافت. خدمات ادغام یافته سلامت در بستر هماهنگی خوب بین شبکه ارجاع و خدمات اجتماعی، راهبرد مناسبی برای تأمین نیازهای خاص

سلامت شناخته می‌شود. تقویت اتصال و ادغام در داخل و بین خدمات می‌تواند دسترسی را افزایش دهد که اولویت پایه برای افرادی است که با موانع ناشی از فقر، طبقه اجتماعی پایین، فقدان تحصیلات، داغ‌نگ، تبعیض و خشونت مبتنی بر جنسیت مواجه هستند (۴۱).

این پژوهش یک مطالعه ترکیبی متوالی توضیحی از نوع پیگیری می‌باشد که به توضیح بهتر علل عدم دریافت خدمات مربوط به سلامت جنسی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی و عوامل مرتبط با آن‌ها کمک می‌کند. یافته‌های این پژوهش نشان داد علل عدم دریافت خدمات مربوط به سلامت جنسی زنان عبارتند از: کمبود وسایل پیشگیری از بارداری در بعد تنظیم خانواده، مخالفت همسر با استفاده از کاندوم در بعد رفتارهای جنسی، طولانی بودن مدت انتظار در مراکز در بعد STIs، در معرض خطر ابتلا به HIV/AIDS ندیدن خود در بعد HIV/AIDS و ترس از ایجاد مشکل در رابطه با همسر در بعد خشونت را ذکر کردند. توانمندسازی زنان، آموزش مردان و پیوند و ادغام خدمات مربوط به سلامت جنسی و HIV/AIDS در سیستم PHC در ایران از مهم‌ترین راهبردهای ارائه شده جهت حل مشکلات مربوط به حوزه سلامت جنسی زنان اعلام شدند.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل پایان نامه دکترای تخصصی - از دانشگاه تربیت مدرس است. بدین وسیله از حمایت‌های دانشگاه تربیت مدرس جهت انجام این پروژه تقدیر به عمل می‌آید. از مشارکت کنندگان در مطالعه (کمی و کیفی) تقدیر به عمل می‌آید.

References

1. Benn H. Sexual and reproductive health and rights: a position paper. Department for International Development, editor. UK, Glascoww: Department for International Development (DFID); 2004. p. 3.
2. Bharat S, Mahendra V. Meeting the sexual

- and reproductive Health Needs of People Living with HIV: challenges for health care providers. *Reprod Health Matters* 2007; 15(29 Suppl): 93-112.
3. United Nations Population Fund. Sexual and reproductive health for all. Reducing poverty, advancing development and protecting human rights. New York: UNPF; 2010.
4. Griffin S. Literature review on sexual and reproductive health rights: universal access to services, focussing on East and Southern Africa and South Asia. Panos, London: Department for International Development; 2006.
5. Kasliwal A, Elliman A, Dickson J, Gilbert L, Aung S, Doshi J. service standard for sexual and reproductive healthcare- introduction. England: Royal College of obstetricians and gynaecologists. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH) 2011: 1-22.
6. Denmark Mistry of Foreign Affairs of Denmark (MoFAo). The promotion of sexual and reproductive health and rights. Copenhagen, Denmark: 2006.
7. United Nations Population Information Network (POPIN), UNFPA. Guideline on Reproductive Health. New York: United Nations; 2012 [cited 2014 12/1/2014]. Available from: <http://www.un.org/popin/unfpa/taskforce/guide/iatfreph.gdl.html>.
8. Refaie Shirpak K, Chinichian M, Maticka Tyndale E, Eftekhari Ardebili H, Pourreza A, Ramenzankhani A. A qualitative assessment of the sex education needs of married Iranian women. *Sexuality & Culture* 2008; 12(3): 133-150.
9. World Health Organization. WHO, UNICEF, UNFPA, Bank W, Division UNP. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015. New York: (WHO), 2015.
10. Lindberg C, Lewis-Spruill C, Crownover R. Barriers to sexual and reproductive health care: urban male adolescents speak out. *Issues Compr Pediatr Nurs* 2006; 29(2): 73-88.
11. Marsden P, Caffrey M, McCaffery J. Human Resources Management Assessment Approach. Washington DC: Capacity Plus; 2013.
12. Cresswell J, Clark V. Designing and conduction mixed methods research. 2nd ed. Los Angeles, USA: Sage; 2011.
13. Hall R. Mixed Methods: In search of a Paradigm. Nova Science Publishers; 2012. 71-78.
14. Khani S, Banaem LM-, Mohammadi E, Vedadhir A, Hajizadeh E. The most Common Sexual and Reproductive Health Needs in Women Referred to Healthcare and Triangle centers of Sari-2013. *J Mazaran Univ Med Sci* 2014; 23(1): 41-53 (Persian).
15. Feilzer MY. Doing mixed methods research pragmatically: Implications for the rediscovery of pragmatism as a research paradigm. *Journal of Mixed Methods Research* 2010; 4(1): 6-16.
16. Tashakkori A, Teddlie C. Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioural Research. London: Cassell; 2003.
17. Migration (IOM) and United Nations Population Fund (UNFPA). Sexual and Reproductive Health (SRH) Needs Assessment among Mobile and Vulnerable Population (MPV) Communities in Zimbabwe Study Report Zimbabwe: NEDICO and UNFPA Community, 2008.
18. Khani S, Moghaddam-Banaem L, Mohamadi E, Vedadhir A, Hajizadeh E. Psychometric properties of the Persian version of the Sexual and Reproductive Health Needs Assessment Questionnaire. *East Mediter Health J* 2015; 21(1): 29-33.

19. Graneheim U, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2): 105-112.
20. Hsieh HF, Shannon SE. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qual Health Res* 2005; 15(9): 1277-1288.
21. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* 2008; 62(1): 107-115.
22. Zhang Y, Wildemuth B. Applications of social research methods to questions in information and library science. 2009: 308-319 (E-Books).
23. Creswell JW, Miller DL. Determining validity in qualitative inquiry. *Theory Into Practice* 2000; 39(3): 124-130.
24. Bin Abdullah MM, Islam R. Nominal group technique and its applications in managing quality in higher education. *Pakistan Journal of Commerce and Social Science* 2011; 5(1): 81-99.
25. Chatterjee N, Hosain GM. Perceptions of risk and behaviour change prevention of HIV among married women in Mumbai, India. *J Health Popul Nutr* 2006; 24(1): 81-88.
26. Waithaka M, Bessinger R. Sexual behavior and condom use in the context of HIV prevention in Kenya. Nairobi: Population Services International; 2001.
27. Silveira M, Santos I, Béria J, Horta B, Tomasi E, Victora C. Factors associated with condom use in women from an urban area in southern Brazil. *Cadernos de Saúde Pública* 2005; 21(5): 1557-1564.
28. Centers for Disease Control and Prevention (CfD). HIV risk among adult sex workers in the United States. Retrieved March 2013; 6: 2014.
29. Agha S, Kusanthan T, Longfield K, Klein M, Berman J. Reasons for non-use of condoms in eight countries in sub-Saharan Africa. Zambia: University of Zambia; PSI, 2002.
30. Fallahi H, Tavafian SS, Yaghmaie F, Hajizadeh E. Perceived susceptibility to AIDS in men living with HIV: a qualitative research. *Payesh* 2014; 13: 357-365 (Persian).
31. Frieden T. Strategies for reducing health disparities—selected CDC-sponsored interventions, United States, 2014. USA: Center for Diseases Control and Prevention (CDC): Mortality and Morbidity Weekly Report (MMWR) 2014; 63(Suppl 1): 1-69.
32. Kaler A. The future of female-controlled barrier methods for HIV prevention: female condoms and lessons learned. *Culture, Health & Sexuality* 2004; 6(6): 501-516.
33. Lotfi R, Ramezani Tehrani F, Yaghmaei F, Hajizadeh E. Barriers to condom use among women at risk of HIV/AIDS: a qualitative study from Iran. *BMC Women's Health* 2012; 12(1): 13.
34. Matthews J, Harrison T. An update on female-controlled methods for HIV prevention: female condom, microbicides and cervical barriers: prevention. *Southern African Journal of HIV Medicine* 2006; 2006(25): 7-11.
35. Sinding SW. Does 'CNN'(condoms, needles and negotiation) work better than 'ABC' (abstinence, being faithful and condom use) in attacking the AIDS epidemic? *Int Fam Plan Perspect* 2005; 31(1): 38-40.
36. Rahbari L. Sexual violence and physical health problems of married women in Iran. The World Conference on Integration of Knowledge; Langkawi, Malaysia: WCIK, 2013.

37. Barker G, Ricardo C, Nascimento M. Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: Evidence from programme interventions. Word Health Organization (WHO); 2007.
38. Sternberg P, Hubley J. Evaluating men's involvement as a strategy in sexual and reproductive health promotion. Health Promot Int 2004; 19(3): 389-396.
39. World Health Education (WHO). Health education: theoretical concepts effective strategies core componencies. EMRO: 2012.
40. Word Health Organization (WHO). Health literacy and health promotion, definitions, concepts and examples in the east Mediterranean region. 7th global conference on health promotion working paper [Internet]. Nairobi: WHO Org; 2009.
41. Khan A. Gender-based Violence and HIV: A program guide for integrating Gender-Based Violence prevention and response in PEFAR Programs. AIDS Support and Technical Assistance Resources: Arlington, VA: US;; 2011. p. 1-70.