

شناسایی ابعاد سلامت زنان ایرانی: مرور مطالعات کیفی

نسرین رضائی^۱، مهوش صلصالی^۲، مژگان جهانتیغ^۳

چکیده

مقدمه: سلامت زنان از اولویت های هر جامعه ای است. سلامت دارای ابعاد گوناگونی است، با این وجود بسیاری از حیطه های مرتبط با سلامت زنان کمتر مورد توجه قرار گرفته است و حتی شاید به توان گفت که تاکنون مورد شناسایی واقع نشده اند. لذا باید از طریق پژوهش های علمی مورد شناسایی قرار گیرند، تا آنگاه بتوان بر اساس آنها راهبردهای مناسب برای حفظ و ارتقاء سلامت زنان به کار گرفته شود. بنابراین به نظر می رسد قبل از هر اقدام راهبردی لازم است مطالعه ای گسترده انجام گیرد تا بتوان ابعاد ناشناخته و یا کم پرداخته شده در حوزه سلامت زنان مورد شناسایی قرار گیرند. این مطالعه با هدف شناسایی ابعاد سلامت زنان از میان متون پژوهش های کیفی، انجام شده است.

روش: مطالعه حاضر به صورت مرور نظام مند انجام شد. کلیه مقالات کیفی منتشر شده و ایندکس شده در رابطه با موضوع سلامت زنان در ایران در پایگاههای های Sid، Magiran و Iranmedex که از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۲ مورد بررسی قرار گرفتند. جستجو در این پایگاهها با کلید واژه های "سلامت" و "زنان" انجام شد. در نهایت تعداد ۲۶ مقاله کیفی انتخاب شد. تجزیه و تحلیل داده ها با روش تحلیل محتوی کیفی انجام شد.

یافته ها: مفاهیم استخراج شده در زمینه ابعاد سلامت زنان در سه طبقه اصلی مشتمل بر عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی، جای گرفتند. در طبقه عوامل فردی سلامت زنان، زیر طبقات حیطه های جسمی، روانی-عاطفی و معنوی قرار گرفت. طبقه عوامل خانوادگی سلامت زنان، شامل زیر طبقات باروری، حمایت همسر و نقش های زیر بنایی زن بود همچنین در طبقه عوامل اجتماعی سلامت زنان، زیر طبقات عوامل فرهنگی، حمایت اجتماعی-اقتصادی و مدیریت مسائل زنان جای گرفت.

نتیجه گیری: در این مطالعه نظامند تلاش شد از نتایج مطالعات قبلی تفسیری نو ارائه شود. این مطالعه کمک کرد تا به شناخت جامع تر و درک عمیق تری نسبت به مفهوم سلامت زنان با توجه به تمرکز مطالعات انجام شده در این خصوص دست یابیم. به این ترتیب ابعاد مختلف سلامت زنان که تاکنون در کشور مورد مطالعه قرار نگرفته بود، آشکار گردید. در واقع مطالعه حاضر می تواند نقشه راهی برای شناسایی دیگر ابعاد حوزه سلامت زنان باشد که با در دست داشتن آن می توان پروسه تحول نظام سلامت را کوتاه تر کرد.

کلید واژه ها: ابعاد سلامت، زنان ایرانی، مرور مطالعات کیفی

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۵/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۲/۱۶

۱- مرکز تحقیقات سلامت بارداری، استادیار گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی زاهدان، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران (نویسنده مسؤول)
پست الکترونیکی: nasrin_rezaee2005@yahoo.com
۲- استاد، دانشکده پرستاری و مامایی تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳- مرکز تحقیقات سلامت بارداری، گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی زاهدان، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

مقدمه

سلامت با همه جوانب آن از حقوق اولیه انسانی است به طوری که سیستم های بهداشتی در دنیا به طور روز افزون اهداف خود را از ارائه مراقبت های بهداشتی به سمت ایجاد جامعه سالم ارتقا می دهند و شاخص های کلی سلامت مانند بهزیستی، جایگزین شاخص های محدود و نارسایی مانند مرگ و میر شده است (۱). با توجه به به اینک، پذیرفته شده ترین تعریف سلامت، تعریف سازمان جهانی بهداشت است، بر اساس آن سلامت حالت رفاه و آسایش کامل روانی، جسمی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری و یا نقص عضو است، امروزه سلامت و رفاه زنان که نیمی از جمعیت جامعه را تشکیل می دهند، نه تنها به عنوان یک حق انسانی شناخته شده است بلکه تاثیر آن در سلامت خانواده و جامعه نیز اهمیت روز افزون یافته است (۱،۲)، به طور مثال، سرطان پستان را یکی از مهمترین بیماری های بدخیم در میان زنان و به خصوص در کشورهای در حال توسعه گزارش داده اند که پیش آگهی بدی در مراحل پیشرفته دارد و تاثیر مهمی بر روی سلامت خانواده می گذارد (۳). به علاوه، زنان به دلایل مختلف آسیب پذیرتر از مردان هستند و افزون بر ویژگیهای بیولوژیکی، تحت تاثیر عوامل فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی نیز قرار دارند. به عنوان مثال زنان نسبت به مردان در ارتباط با HIV از سطح بالاتری از استیگما برخوردارند (۴). همچنین، اگر چه زنان نسبت به مردان طول عمر بیشتری دارند با این حال آنها بیماری های جسمی بیشتری به خصوص بیماری های حاد و وضعیت های مزمن غیر کشنده دارند و همچنین مصرف دارو در آنها بیشتر است (۵،۶). گزارشات سازمان جهانی بهداشت نیز بر این عقیده است که تفاوت های جنسیتی از بدو تولد و در سراسر جهان در حوزه سلامت مطرح بوده است.

اشتغال، تبعیض جنسیتی، وظایف و نقشهای مادری و همسری، فقر، خشونت، تحصیل و مالکیت، برخی از عواملی هستند که در جوامع و فرهنگ های مختلف به گونه های متفاوتی دیده می شود. آنچه که در یک جامعه رویای شیرین زنانه است مثل داشتن حق اشتغال برای زنان کشورهای در حال توسعه و یا مشارکت شوهر در امور منزل برای زنان چینی، در یک جامعه دیگر یک حق مسلم و بدیهی شمرده می شود و به جای آن تناسب اندام و یا رضایت از شغل و درآمد بیشتر، اهمیت بیشتری داشته است (۷). مشاهده تفاوت های موجود در وضعیت سلامت زنان، تجارب، انتظارات و اولویت های گروه های مختلف زنان به معنی آن است که هنوز درباره آنچه پیشرفت سلامت آنان محسوب می شود، جای بحث و گفتگو است

(۸). از سوی دیگر، کمبود اطلاعات در مورد نیازهای سلامتی زنان در ایران، پراکندگی پژوهش ها و ضعف ارتباط بین پژوهش، مدیریت و برنامه ریزی و ارائه خدمات، محدودیت منابع و نیروی انسانی متخصص از مشکلات اصلی توسعه سلامت زنان در ایران است (۱۸). در این میان، پژوهش های کیفی قادرند از دیدگاه عمیق به مسائل و مشکلات بنگرند و با رویکردی باز، تفاوت ها و تشابهات را در این زمینه را مورد کنکاش قرار دهند (۹)، لیکن مطالعات کیفی پراکنده و غیر منسجمی در حوزه سلامت زنان در ایران انجام شده است و به نظر می رسد برای شناسایی راههای دستیابی به ارتقاء سلامت زنان نیاز به پژوهشی است که در مطالعات کیفی انجام شده، انسجام ایجاد نماید. از این رو این پژوهش با هدف مرور نظام مند مطالعات کیفی انجام شده در ایران و به منظور شناسایی ابعاد سلامت زنان انجام شد.

روش مطالعه

در این مطالعه که بصورت نظامند انجام شد، مطالعاتی که با رویکرد کیفی در رابطه با سلامت زنان در ایران منتشر شده بود مورد بررسی قرار گرفتند. یکی از مشخصات مرور مطالعات کیفی استفاده از مقالاتی است که به یک زبان منتشر شده باشند (۱۰)، بنابراین یکی از معیارها، استفاده از مقالات کیفی چاپ شده به زبان فارسی بود. از دیگر معیارهای انتخاب مطالعه حاضر، مطالعاتی بود که مشارکت کنندگان آن صرفاً زنان باشند. بنابراین مطالعاتی که مشارکت کنندگان آنها مردان بودند، وارد مطالعه نشدند.

در مطالعه حاضر مقالات کیفی منتشر شده در رابطه با موضوع سلامت زنان در ایران در پایگاههای Sid، Magiran و Iranmedex که از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۲ منتشر شده بود مورد بررسی قرار گرفت. جستجو در این پایگاهها با کلیدواژه های سلامت و زنان انجام شد. علاوه بر آن منابع مطالعات فوق نیز مورد بررسی قرار گرفت و از میان آنها مقالاتی که در رابطه با موضوع سلامت زنان بودند و همچنین معیارهای ورود به مطالعه را نیز داشتند مورد استفاده قرار گرفتند. پس از انجام مرور نظامند جستجوی دستی و کتابخانه ای نیز انجام شد که دو مقاله مرتبط کیفی بدست آمد و وارد مطالعه شد. خلاصه مراحل انتخاب مقالات در شکل شماره ۱ نشان داده شده است. در ابتدا در هر یک از پایگاههای گفته شده، عناوین مقالات مورد بررسی قرار گرفتند. در مرحله اول مطالعاتی که در عنوان آنها رویکرد کمی بطور واضح مشخص بود، حذف شدند. در مرحله دوم مطالعاتی که در چکیده خود رویکرد کمی داشتند حذف شدند. در گام سوم مطالعاتی که مشارکت کنندگان آنان فقط زنان

سه طبقه اصلی ایجاد گردید (جدول شماره ۲). طبقات اصلی حاصل شده در مطالعه حاضر شامل موارد زیر هستند: الف- عوامل فردی سلامت زنان، این عوامل در سه حیطه جسمی، روانی- عاطفی و معنوی قرار گرفتند. حیطه جسمی شامل دوره یائسگی به عنوان یک پدیده طبیعی، پایان زنانگی و پیری است. حیطه روانی- عاطفی، نگرش و واکنش زنان به وقایع است که متاثر از تجارب، آگاهی، ترس و خودکارآمدی زنان است. حیطه معنوی که شامل زیر طبقات کنار آمدن و مثبت اندیشی است. ب- عوامل خانوادگی سلامت زنان، این عوامل در سه زیر طبقه باروری، حمایت همسر و نقشهای زیربنایی زن قرار گرفتند. در طبقه باروری زیر طبقات تجارب جنسی درک شده و بارداری قرار گرفتند. در طبقه حمایت همسر، زیر طبقات درک مسائل زنان، نگاه مثبت به زن و عشق و محبت به او و همچنین مشارکت در تنظیم خانواده قرار گرفتند. در طبقه نقشهای زیر بنایی زنان شامل نقشهای همسری، مادری و سرپرستی با زیر طبقات مهارت در حل مسائل زناشویی، تجربه مادری، شیرینی و دشواری نقش مادری و جنس بچه مشخص شدند. ج- عوامل اجتماعی سلامت زنان، این عوامل در سه طبقه عوامل فرهنگی، حمایت اجتماعی- اقتصادی و مدیریت مسائل زنان با زیر طبقات تغییر نگرش، حمایت مالی، تعامل اجتماعی و خدمات پیشگیرانه مشخص شدند.

نبودند از مطالعه حذف شدند. در نهایت سرچ دستی نیز انجام شد دو مطالعه به مجموعه مقالات انتخاب شده اضافه گردید (شکل شماره ۱). پس از مرحله جستجو، مضامین، زیر طبقات و طبقات یافته های مقالات مورد بررسی، جهت آنالیز داده ها استخراج گردید. در این مطالعه برای تحلیل داده ها از تحلیل محتوا استفاده شد. در این روش واحدهای تحلیل شامل مضامین و طبقات استخراج شده از مطالعات بدست آمده هستند که به هر کدام از این واحدهای تحلیل کدی اختصاص داده شد. سپس کدهای مشابه ادغام گردید و روند کاهش داده ها ادامه یافت تا طبقات ظهور یافت. به منظور افزایش اعتبار (Credibility) از شیوه بازنگری خارجی (external check) استفاده شد (۱۱) بدین صورت که کدها و طبقات استخراج شده در اختیار دو نفر از اساتید با تجربه در امر تحقیقات کیفی قرار داده شد که در جاگیری بعضی از کدها در طبقات اختلاف نظر اندکی مشاهده شد که پس از بحث، نظر مشترک و نهایی حاصل شد و تغییرات صورت گرفت.

یافته ها

خلاصه مطالعات کیفی انتخاب شده در جدول شماره ۱ نشان داده شده اند. پس از تحلیل کدها و طبقات اولیه و در طی ریداکشن

جدول ۱- مطالعات کیفی انجام شده در زمینه سلامت زنان

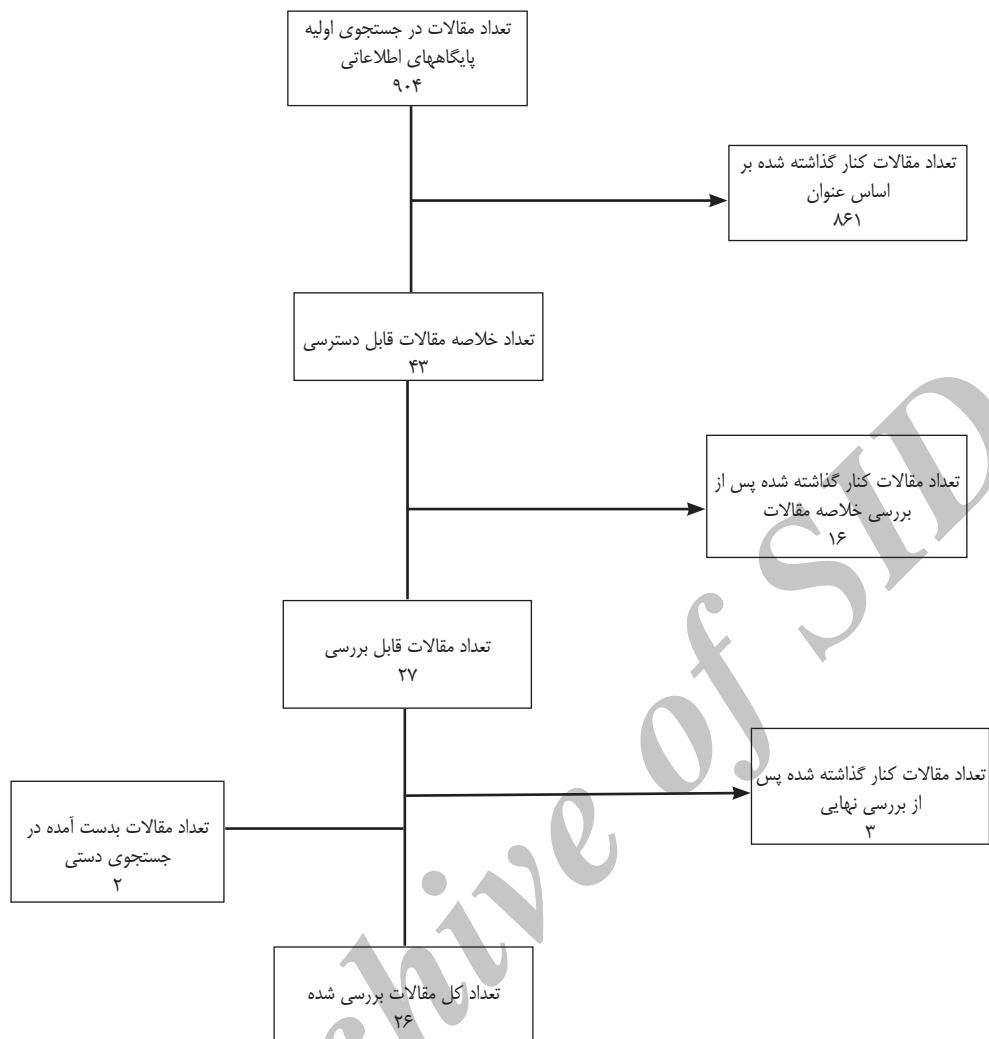
نویسندگان/سال	زمینه مورد بررسی	روش مطالعه	مشارکت کنندگان	نتایج اصلی
لطیف نژاد و همکاران (۱۳۹۱)	ضرورت آموزش سلامت جنسی به دختران نوجوان	تحلیل محتوا	نوجوانان دختر ۱۴-۱۸ سال	فقدان دانش و نگرش صحیح جنسی، بدموزی و وجود منابع نادرست آگاهی جنسی، تحولات فرهنگی - اجتماعی، افزایش معضلات سلامت جنسی در نوجوانان و دیدگاه اثباتی مذهب
معصومی و همکاران (۱۳۹۱)	پاسخهای روانی بدنبال سرطان پستان	پدیدارشناسی	زنان مبتلا به سرطان پستان	واکنش های اولیه و واکنش های باقیمانده
کهن و همکاران (۱۳۹۱)	تبیین نقش خدمات تنظیم خانواده در توانمندی زنان	تحلیل محتوا	زنان متأهل در سن باروری	جلب مشارکت مردان در خدمات تنظیم خانواده، فراهم کردن خدمات جامع سلامت باروری، توسعه خدمات رایگان تنظیم خانواده، بکارگیری تکنولوژی مناسب اطلاع رسانی جامعه
کهن و همکاران (۱۳۹۱)	تجارب زنان سنین باروری از توانمندی در تنظیم خانواده	تحلیل محتوا	زنان در سن باروری	کنترل بر برنامه باروری، تنظیم خانواده مشارکتی، حفظ سلامتی در دوره بارداری و دسترسی به خدمات تنظیم خانواده
افقاری و همکاران (۱۳۹۱)	تبیین چالشهای روانی-عاطفی دوران یائسگی	گراند تئوری	زنان یائسه	بروز مشکلات روانی پس از یائسگی، تغییر تصویر ذهنی از بدن، واکنش منفی نسبت به یائسگی، احساس پیری و عدم آمادگی برای یائسگی
وزیری و همکاران (۱۳۹۱)	تجارب و درک زنان نخست زایا از پدیده زایمان	تحلیل محتوا	زنان نخست زایا با زایمان طبیعی بدون عارضه	تفاوت تجربه و انتظار، راهبردها در مواجهه با درد، نیاز به حمایت و بینشی نو از زایمان طبیعی
ولی زاده و همکاران (۱۳۹۱)	ابعاد سلامت در تجربیات زنان دیابتی ایران	پدیدارشناسی	زنان دیابتی با تجربه حداقل یک سال ابتلا به دیابت نوع دو	بعد جسمی (شامل سلامت تن- فعالیت بدنی)، بعد روانی (شامل، پذیرش خود- داشتن آرامش- داشتن زندگی موفق)، بعد معنوی و بعد اجتماعی (شامل، حفظ تعاملات اجتماعی- ارتباطات خانوادگی- شرکت در فعالیتهای اجتماعی فرهنگی)
ابراهیم پور و همکاران (۱۳۹۱)	تجربه اولین رابطه جنسی در زنان متأهل شهر سبزوار	پدیدار شناسی	زنان با سابقه ازدواج کمتر از یک سال	بار روحی روانی، تغییر در دیدگاه نسبت به مشاور، تفاوت های جنسیتی، نشانه هایی از تغییرات فرهنگی در اولین رابطه

مرتضوی و میرزایی (۱۳۹۰)	مشارکت مردان در مراقبتهای دوران بارداری و زایمان: بیم ها و امیدها	تحلیل محتوا	زنان باردار در سه ماهه دوم و سوم بارداری	دلایل مشارکت مردان، تسهیل کننده مشارکت مردان، موانع مشارکت مردان در مراقبت از زنان باردار از دید زنان باردار، پیامدهای مشارکت مردان
کشاورز و همکاران (۱۳۹۰)	عوامل تاثیرگذار بر غربالگری سرطان پستان و دهانه رحم زنان کارگر در سنین باروری	بحث گروهی	زنان کارگر ۲۰-۴۵ ساله	نگرش به غربالگری سرطان های پستان و دهانه رحم، هنجار ذهنی، کنترل رفتار درک شده، خودکارآمدی و قصد رفتاری
فصیحی و همکاران (۱۳۹۰)	کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان	کیفی (تحلیل درون مایه ای)	زنان مبتلا به سرطان	بعد جسمی شامل: عوارض ناشی از عمل جراحی و شیمی درمانی، بعد عاطفی شامل: رویا رویی با بیماری، سازگاری با بیماری، اختلال در تصویر ذهنی از خود و نگرانی در مورد عواقب بیماری و بعد اجتماعی شامل: چالش های ارتباطی در سطوح جامعه و خانواده و حمایت های اجتماعی اقتصادی
بایرامی و همکاران (۱۳۹۰)	تجارب زایمانی زنان اول زا	پدیدار شناسی	زنان با تجربه زایمان طبیعی	تغییرات روانی، تغییرات جسمانی، حمایت ماما، کنار آمدن و تغییر دیدگاه و رفتار
امین الرعایا و همکاران (۱۳۹۰)	تجربه زنان بستری در بخش روانپزشکی از روابط خانوادگی- زوجی	پدیدار شناسی	زنان ۲۱-۵۲ ساله بستری	عوامل بیماری و عوامل تشدید کننده، واکنش آزمودنی
کشاورز و همکاران (۱۳۸۹)	عوامل تاثیر گذار بر رفتار ورزشی زنان کارگر سنین باروری	بحث گروهی	زنان کارگر ۲۰-۴۵ ساله	نگرش به ورزش، هنجارهای ذهنی به ورزش، کنترل موانع درک شده، خودکار آمدی در ورزش و قصد رفتاری در ورزش
جمشیدی منش و همکاران (۱۳۸۸)	فراز و نشیب زندگی جنسی در دوران یائسگی	پدیدار شناسی	زنان یائسه	کنمان، کاهش میل جنسی، پاشیدگی بنیان خانواده و عقیم شدن و یا پایان زنانگی
جمشیدی منش و همکاران (۱۳۸۸)	تجربه زنان از یائسگی	پدیدار شناسی	زنان یائسه	رویداد فیزیولوژیک، انتظار برای تجربه کردن، آمادگی روبرویی، محرومیت، شفابخشی قاعدگی و زنانگی و جوانی
پرویزی و همکاران (۱۳۸۸)	عوامل اجتماعی سلامت زنان	تحلیل محتوی	زنان ۲۰-۵۰ ساله	تبعیض جنسیتی، تلاش طاقت فرسا، مشکلات اقتصادی، اشتغال مناسب، ورزش و رشد فرهنگی و تحصیلات
پرویزی و همکاران (۱۳۸۸)	پویایی خانواده و سلامت زنان	تحلیل محتوی	زنان ۲۰-۵۰ ساله	همسران و سلامت و زن، خانه داری و خانواده
غضنفری و همکاران (۱۳۸۸)	تبیین فعالیت جسمانی منظم از دیدگاه زنان مبتلا به دیابت	تحلیل محتوی	زنان مبتلا به دیابت	باورهای رفتاری، باورهای هنجاری و باورهای کنترلی
ولی زاده و بایرامی (۱۳۸۸)	تجربه زنان اول زا از درد زایمان طبیعی	پدیدار شناسی	زنان اول زا زایمان طبیعی	روش های فیزیولوژیک اداره درد و روش های سایکولوژیک اداره درد زایمانی
پرویزی و همکاران (۱۳۸۷)	تبیین تئوریک سلامت از دیدگاه زنان	گراند تئوری	زنان ۲۰-۵۰ ساله	شیرینی و دشواری نقش مادری، عوامل فرهنگی- اجتماعی موثر بر سلامت زنان و خانواده سالم زیر بنای سلامت زنان
زنوزی و همکاران (۱۳۸۷)	شناسایی تغییرات روانشناختی تجربه شده در روابط جنسی زنان در دوره پس از زایمان	پدیدار شناسی	زنان، در دوره پس از زایمان	دیسپارونی، خستگی، نگرانی، ترس، تغییر در تصویر ذهن
لمیعان و همکاران (۱۳۸۷)	رفتار کنترل سرطان پستان از نگاه زنان	گراند تئوری	زنان که در معرض خطر ابتلا به سرطان و ۱۰ زن مبتلا به سرطان پستان	نگرش نامطلوب نسبت به رفتار، درک ناکافی از خطر و ناکارآمدی درک شده
ستارزاده و همکاران (۱۳۸۶)	بررسی تجارب جنسی زنان در طی دوره پس از زایمان	پدیدار شناسی	زنان مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی	تغییرات روانی، تغییرات جسمی، روابط خانوادگی، کنار آمدن، تغییر دیدگاه و رفتار و توجه
طالقانی و همکاران (۱۳۸۵)	مقابله با سرطان پستان در زنان تازه تشخیص	مطالعه کیفی	زنان مبتلا به سرطان پستان	روبرو شدن با بیماری با بکار گیری رویکرد مذهبی، نگرش نسبت به بیماری، پذیرش حقیقت بیماری، عوامل اجتماعی و فرهنگی موثر بر مقابله و حمایت خویشان و نزدیکان از بیمار
شهین سوادزاده و نگین مددزاده (۱۳۹۲)	تبیین احساسات روان شناختی بیماران مبتلا به نازایی	پدیدار شناسی	زنان با سابقه نازایی	تجربیات روان شناختی، برخورد پزشکان و تیم درمان، واکنش خانواده زوجین و عکس العمل دوستان و اطرافیان

جدول ۲- طبقات اصلی، زیر طبقات و طبقات اولیه ابعاد سلامت زنان

طبقات اولیه		زیر طبقات	طبقات اصلی
بلوغ یا نسگی بزرگسالی - میانسالی سالمندی	دوره های فیزیولوژیک	حیطه جسمی	عوامل فردی
تطابق با بیماری دیگران و بیماری اجتماع و بیماری	وضعیت های پاتولوژیک		
تجارب	نگرش	حیطه روانی عاطفی	
آگاهی ترس خودکارآمدی	واکنش های اولیه و ثانویه		
	کنار آمدن مثبت اندیشی	حیطه معنوی	
ارگاسم خشونت آرامش پس از رابطه اولین رابطه	تجارب جنسی	باروری	
بارداری خواسته و ناخواسته درد زایمان سزارین	بارداری		
نگرش مثبت به زن عشق و محبت	درک مسائل زنان	حمایت همسر	
	مشارکت در تنظیم خانواده		
مهارت در حل مسائل زناشویی	نقش همسری	نقش های زیر بنایی	
تجربه قبلی مادری شیرینی و دشواری نقش مادری جنس بچه مورد علاقه	نقش مادری		
	نقش سرپرستی		
رفع تبعیض جنسی تحصیل ازدواج، طلاق طرد شدگی سبک زندگی	تغییر نگرش	عوامل فرهنگی	عوامل اجتماعی
اشتغال مناسب	حمایت مالی	حمایت اجتماعی - اقتصادی	
آموزش های دست جمعی ورزش های گروهی	تعامل اجتماعی		
آموزش و اطلاع رسانی دسترسی آسان خدمات تنظیم خانواده برای زنان و مردان آموزش بهداشت جنسی دوران بلوغ غربالگری خدمات حمایتی	خدمات پیشگیرانه	مدیریت مسائل زنان	

نمودار ۱- خلاصه ای از فرایند جستجو و انتخاب مقالات



امکان پذیر است که تعادل بین این حیطه ها برقرار گردد. این طبقه با تعدادی از مطالعات دیگر، همسو بود (۱۴-۱۲). در حیطه جسمی، دوره های فیزیولوژیک و وضعیت های پاتولوژیک قرار گرفت. آنچه در مرور متون بدست آمد نشان داد بیشتر مطالعات در ایران در حوزه سلامت زن به یکی از مسائل فیزیولوژیک زن یعنی یائسگی پرداخته شده است (۱۵،۱۶). همچنان که نتایج مطالعه ای نیز اذعان داشت، مطالعاتی که تاکنون روی زنان انجام شده حول محور یائسگی، باروری و قاعدگی بوده است (۱۲،۱۴). به هر حال مرور نظامند حاضر نشان داد، در ایران بیشتر در زمینه یکی از مسائل فیزیولوژیک زنان یعنی یائسگی به صورت کیفی مطالعاتی انجام شده است (۱۵،۱۷). در هر حال به نظر می رسد هر یک از دوره های فیزیولوژیک زندگی زنان از جمله بلوغ، با مسائل خاصی همراه است که برای شناخت آن انجام مطالعات با رویکردهای مختلف کیفی کمک کننده است تا

بحث

یافته ها نشان داد ابعاد سلامت زنان در سه طبقه عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی جای می گیرند. در حقیقت، یافته های حاضر می تواند جمع بندی از مطالعات کیفی باشند، که به ابعاد سلامت زنان از نگاه خود آنان پرداخته است و این طبقات ما حاصل تحلیل مجدد داده ها با نگاهی دیگر بوده است. اما آنچه پژوهشگر قصد دارد به آن به پردازد این است که بر اساس طبقات بدست آمده در مطالعه حاضر که حاصل مطالعات پیشین بوده است بحث نماید و در واقع طبقاتی را که از قوت و ضعف مطالعات پیشین برخوردار است برای خواننده واضح نماید.

عوامل فردی:

مطالعه حاضر نشان داد عوامل فردی سلامت زنان حیطه های جسمی، روانی- عاطفی و معنوی را در بر می گیرد و سلامتی زمانی

به شرایط زمینه، نیازمند انجام مطالعات کیفی در حوزه های مختلف سلامت زنان در شرایط سلامت و یا بیماری است. در حیطه معنوی، کنار آمدن و مثبت اندیشی قرار گرفت. این حیطه در یافته های تعدادی از مطالعات با عناوین باورهای مذهبی و سیستم حمایت معنوی به عنوان یکی از مضامین اصلی در سرطان سینه و به عنوان تنها سیستم حمایتی زن در مواجهه با انواع آزارها مطرح شده بود (۱۴،۲۶). در پژوهش حاضر نیز مطالعه ای که صرفاً به این حیطه سلامت پرداخته باشد یافت نشد و این مضامین از میان سایر مطالعات بدست آمد (۱۸،۲۷). در مطالعه ای نیز بکارگیری رویکرد مذهبی با عنوان تسلیم به بیماری و تقدیر الهی و استمداد مذهبی نام برده شده بود (۲۸). در هر حال این مطالعات نشان داد بکارگیری باورهای مذهبی در جوامع گوناگون سبب آرامش درونی افراد می شود. در هر حال با توجه به اهمیت باورهای مذهبی در تمامی شئون زندگی، در جامعه ما بهتر است چگونگی شکل گیری این باورها در حیطه های مختلف سلامت زنان مورد بررسی قرار گیرد.

عوامل خانوادگی:

در طبقه عوامل خانوادگی سلامت زنان، زیر طبقات باروری، حمایت همسر و نقشهای زیر بنایی قرار گرفت. بعد باروری زن (fertility dimension) شامل تجارب جنسی و بارداری بود. تجارب جنسی مشتمل بر، زیر طبقات ارگاسم، خشونت، اولین رابطه و آرامش پس از رابطه جنسی می باشد. در رابطه با موضوعات لذت جنسی، مسائل جنسی زنان در دوران یائسگی و مسائل جنسی پس از زایمان مطالعات کیفی در ایران انجام شده است (۱۶،۳۱-۲۹). در هر یک از این پژوهش ها، عدم تمایل به برقراری روابط جنسی و یا کاهش آن در زنان شرکت کننده عنوان شده بود. این در حالی است که در جوامع دیگر علاوه بر موضوعاتی از این قبیل، موضوعات دیگری از قبیل خشونت جنسی توسط شریک جنسی و خشونت جنسی از سوی فامیل هم مورد توجه بوده است (۱۳،۲۶). در هر حال نتایج حاصل از این پژوهش نشان می دهد، ضروری است مسائل جنسی زنان که نقش مهمی در ثبات خانواده دارد، همچنین آزارهای مختلف جنسی که ممکن است زنان با آن درگیر باشند و هنوز ناشناخته است از زبان خودشان مورد شناسایی قرار گیرد مطالعه حاضر نشان داد علی رغم تابو بودن پرداختن به مسائل جنسی در کشور، در حوزه پژوهش تلاش شده است به آن پرداخته شود. بارداری زیر طبقه دیگر عوامل خانوادگی است. مطالعاتی در این حوزه با عناوین "تجارب زایمانی زنان اول زا" و "تبیین احساسات روان شناختی بیماران مبتلا به نازایی" در ایران انجام شده است (۲۷،۳۲).

نیازهای ناشناخته زنان در دوره های فیزیولوژیک آنان شناخته شود. در زیر طبقه دیگر حیطه جسمی، مشکلات پاتولوژیک قرار گرفت که این خود شامل تطابق با بیماری، دیگران و بیماری، اجتماع و بیماری بود. بررسی ها نشان داد مطالعات کیفی در زمینه مسائل پاتولوژیک زنان در ایران به موضوعاتی همچون سرطان پستان، مشکلات جسمانی زنان دیابتی و تجربه زنان مبتلا به ویتلگو پرداخته است (۲۱-۱۸). با این وجود به نظر می رسد جای خالی بسیاری از مطالعات از جمله بیماریهای پوکی استخوان، کم خونی، پرمویی و لک های ماندگار از بارداری (Melasma) که به نحوی در عملکرد و ظاهر زن تاثیر گذار است، خالی می باشد. مطالعات انجام شده با رویکرد کمی تنها توانسته اند اطلاعات آماری در اختیار پژوهشگران قرار دهد و در واقع نتوانسته اند مشکلات زنان در اینگونه موارد را بر طرف نمایند. به نظر می رسد برای شناسایی بهتر مشکلات و یافتن راه حل برای آنها انجام مطالعات با رویکرد کیفی ضروری است تا به علت مشکلات و یافتن راه حل برای آنها از زبان خود مشارکت کنندگان پی برد. این در حالی است که بررسی ها نشان داد مطالعاتی همچون مرور نظامند مطالعات کیفی بر روی ارتباط جنس با سوء هاضمه (dyspepsia) انجام شده است (۲۲). این نشان می دهد مطالعاتی از این قبیل از گستردگی لازم برخوردار بوده که این امکان فراهم شود تا مطالعه ای به صورت نظامند انجام شود، در حالیکه مرور ما نشان داد با محدودیت تعداد مطالعات در هر یک از حوزه های مختلف امکان انجام این دست از مطالعات که از بالاترین سطح شواهد برخوردار باشد امکان پذیر نیست.

در حیطه روانی - عاطفی سلامت زنان، نگرش و واکنش های اولیه و ثانویه آنان قرار گرفت. در این زمینه نیز مطالعات به بیماران مبتلا به سرطان سینه و یائسگی اختصاص داشت (۱۷،۲۳). این در حالی است که در مطالعات انجام شده در بافت های (context) دیگر اختصاصاً به آن پرداخته شده بود (۱۳،۱۴،۲۴). همچنین در مطالعه ای کیفی استفاده از تکنیک خود مراقبتی را در حیطه سلامت روانی مهم دانسته بود (۲۵). به نظر می رسد این حیطه سلامت جایگاه ویژه ای در سلامت دارد به نحوی که قادر است بر روی سایر حیطه های سلامتی نیز تاثیر بگذارد با این وجود ضرورت دارد مطالعات کیفی با رویکردهای مختلف با این نگاه بخصوص در موقعیت های مختلف انجام شود. حیطه روانی عاطفی اگر چه نگرش و واکنش های اولیه و ثانویه را در بر می گیرد که گویای این مسئله است که واکنش های عاطفی زن در موقعیت های مختلف، با شدت و ضعف های متفاوتی بروز می نماید که می تواند متاثر از نگرش های او باشد اما با این حال هر اظهار نظری در حیطه روانی عاطفی با توجه

در مطالعه ای گزارش شد که زایمان یکی از مهمترین بحران ها در زندگی زنان است و تجربه زایمانی یکی از مهمترین تجربه ها در طول زندگی زنان می باشد که برای همیشه در ذهن مادر می ماند (۲۴). همچنین محققین در مطالعاتی دیگر مضامین تغییرات روانی، تغییرات جسمانی، حمایت ماما، کنار آمدن و تغییر دیدگاه و رفتار را به عنوان تجارب زایمانی استخراج کردند (۲۷،۳۳). مطالعات نشان می دهند همانطور که تجربه مادری برای همیشه در ذهن مادر ماندگار است اما در مقابل، زنانی که با پدیده نازایی مواجه هستند در طول زندگی خود با مشکلات روانشناختی، مشکلات خانوادگی و مشکلات درمانی مواجه اند؛ که جا دارد به هر یک از این موضوعات با انجام مطالعات کیفی توجه شود. این در حالی است که مرور نظامند نشان داده است در کشور موضوعات مرتبط با بارداری بیشتر حول و حوش تجربه زایمان بوده است لیکن سایر مطالعات به مواردی همچون مرحله گذر به مادری، حمایت های مورد نیاز در این دوران و حضور همسر هنگام مادر شدن نیز توجه داشته اند (۲۴،۳۴).

در مطالعات مورد بررسی با وجودی که بارداری یکی از زیر طبقات باروری بود اما مسائل زایمانی را نیز به طور تلویحی در بر می گرفت. در این راستا مطالعه ای برای تبیین خطر زایمان در منزل انجام شد و نتایج آن نشان داد، زنانی که زایمان در منزل را انتخاب کرده بودند خطر عوارض را پذیرفته بودند و آن را به تقدیر و سرنوشت نسبت می دادند، همچنین آنان اذعان می داشتند که خطرات تکنیکی از پیامدهای بستری در بیمارستان است که اجتناب ناپذیر هستند با این وجود موضوعات اخلاقی حتی از عوارض طبی بدنبال زایمان در بیمارستان برای آنها از اهمیت بیشتری برخوردار بوده است (۳۵).

بررسی مطالعات اخیر نشان می دهد مباحث زایمان علی رغم اینکه به نظر می رسد نسبت به سایر موضوعات بیشتر به آن پرداخته شده است، با این وجود هنوز ابعاد ناشناخته ای دارد که نیازمند مطالعات بیشتر و منسجم تر در این حوزه است.

حمایت همسر یکی دیگر از زیر طبقات عوامل خانوادگی است که درک مسائل زنان و مشارکت در تنظیم خانواده را در برمی گیرد. در مطالعه ای که به تبیین دیدگاه زنان به مشارکت مردان و پیامدهای آن پرداخته بود؛ یافته های آن نشان داد، علی رغم تأکیدی که در پژوهش ها به موضوعاتی مانند تغییر نگرش مردان نسبت به وظایف همسرانشان و نیز مشارکت مردان در تنظیم خانواده شده بود ولی در مراکز درمانی و یا بسیاری از درمانگاههای مربوط به مراقبت حین بارداری و یا تنظیم خانواده حتی اجازه ورود به مردان داده نمی شود (۳۶) این در حالی است که در سایر جوامع مطالعاتی در

خصوص حضور همسر در حین زایمان انجام شده بود (۳۴). نقش های زیر بنایی زن از دیگر زیر طبقات عوامل خانوادگی بود که در دو مطالعه با عناوین، تبیین تئوریک و پویایی خانواده بطور اختصاصی به آن پرداخته شده بود (۳۷،۳۸). نتایج این مطالعات با یافته های مطالعه ای که زن را پایه استحکام خانواده معرفی کرده بود، همسو بود (۵) در حالیکه سایر مطالعات به این نتایج دست یافته بودند که بیماری مادر، بر روی خانواده اثر می کند (۳) و یا اینکه خانواده بر سلامت زن تاثیر دارد (۴). البته به نظر می رسد با توجه به گستردگی نقش زن در خانواده و ابعاد مختلف آن، برای شناخت بهتر آن نیاز است مطالعات در زمینه نقش های دیگر زن در خانواده همچون نقش عاطفی زن در خانواده و یا نقش زن در اقتصاد و مدیریت خانواده و از این دست مطالعات بصورت کیفی انجام شود تا جایگاه زن در جامعه ایرانی شناخته شود و آنگاه با شناسایی این پتانسیل، در جهت ارتقا سلامت خود زنان، خانواده هایشان و جامعه بهره برد. حتی به نظر می رسد با توجه به گوناگونی فرهنگی در جامعه این مطالعات با رویکردهایی همچون قوم شناسی دریافت های مختلف انجام شود.

عوامل اجتماعی:

عوامل اجتماعی طبقه دیگر در رابطه با عوامل موثر بر سلامت زنان است که زیر طبقات عوامل فرهنگی، حمایت اجتماعی - اقتصادی و مدیریت مسائل زنان را در بر گرفت. عوامل فرهنگی شامل، تبعیض جنسی، طرد شدگی، ازدواج و طلاق، تحصیل و سبک زندگی بود. نتایج حاصل از این پژوهش نشان می دهد عوامل فرهنگی از مشکلات پیش روی زنان می باشند بطوری که یافته های حاصل از پژوهش های کیفی در جوامع دیگر نیز نشان داد زنان در موضوعات مشابه با مردان نسبت به آنان از سطح استیگمای بالاتری برخوردارند (۴)، حتی مطالعاتی که در خصوص آزارهای مختلف بر روی زنان انجام شده است به این نکته اشاره داشته که هنوز در این حوزه موضوعات ناشناخته ای وجود دارد که نیازمند پژوهش های کیفی جهت شناسایی و تبیین آنها است (۱۲). به علاوه، کارکنان مراکز درمانی نیز با توجه به تنوع مراجعین به آن مرکز اذعان داشتند خشونت جنسی از طریق شریک جنسی ناشناخته است که نیاز به مطالعه دارد و علل آن را نا امنی اجتماعی عنوان کردند (۱۳،۱۲). با این وجود در پژوهش حاضر، تنها یک مطالعه اختصاصاً به عوامل اجتماعی تاثیر گذار بر سلامت زنان پرداخته بود که موضوعات فوق از یافته های آن بود (۷). مرور متون نشان می دهد که نیاز است در زمینه شناخت عوامل فرهنگی مطالعات با رویکردهای مختلف از

کنندگان اذعان داشته بودند حتی در صورت انجام غربالگری آنها از انجام فالوآپ به دلیل مسائل مختلف از جمله مسائل مالی، نداشتن وقت، همکاری نکردن کارفرمایان، طفره خواهند رفت (۴۴). بررسی ها نشان می دهد با وجود اینکه غربالگری هایی در کشور در حوزه سلامت زنان به صورت مقطعی انجام شده است ولی به علت نداشتن فالوآپ از سوی مشارکت کنندگان نتایج قابل قبولی از غربالگری بدست نیامده است و این امر گواه آن است که مسئولین نظام سلامت باید مشکلات زنان را از نگاه خود آنان مورد شناسایی قرار دهند و سپس برنامه های خود را عملیاتی سازند. به هر حال در صورتی که نظام مدیریت سلامت نیازهای زنان را نشانساند برنامه ریزی هایی که در این زمینه خواهد کرد راه به جایی نخواهد برد.

نتیجه گیری

در پژوهش حاضر تلاش بر این بود که با انجام مرور نظامند مطالعات کیفی مرتبط با سلامت زنان، ابعاد سلامت زنان، در ایران شناسایی گردد. این مطالعه به ما نشان داد در باب سلامت زنان مطالعات کیفی اندک و نسبتاً پراکنده ای انجام شده است. با توجه به ماهیت پژوهش های کیفی که اطلاعات ذیقیمی به ما می دهند؛ مرور جامع آنان، ما را به درک جامع تر و عمیق تری نسبت به پدیده مورد بررسی می رساند. در واقع در این مطالعه علی رغمی که نشان داد مطالعات انجام شده در حوزه سلامت زنان از انسجام برخوردار نبودند اما می تواند با ترسیم حیطه های مشخص شده در حوزه سلامت زنان به عنوان یک نقشه برای انجام مطالعات منسجم در آینده ما را یاری نماید.

تشکر و قدردانی

از تمامی نویسندگان مقالات کیفی چاپ شده در داخل کشور که مقاله های خود را در اختیار گروه پژوهش قرار دادند، تشکر می نمایم.

جمله پدیدار شناسی وگراند تئوری، برای درک پدیده و یا فرایندهای شکل گیری آن انجام شود.

حمایت مالی و تعامل اجتماعی از زیر طبقات عوامل اجتماعی-اقتصادی است. مرور نظامند پژوهش حاضر نشان داد در پژوهشهای مورد بررسی مطالعه ای که اختصاصاً به این مقوله ها پرداخته باشد بدست نیامد و این طبقات، از نتایج حاصل از تعدادی مطالعه بدست آمد (۷،۲۸). از این جهت به نظر می رسد جای بسیاری از مطالعات کیفی، که با نگاه زنان به شناسایی و تبیین عوامل اجتماعی-اقتصادی موثر بر سلامت آنان به موضوع می پردازند، خالی است. همچنین بررسی متون نشان داد آزارهای مالی نیز از مواردی هستند که زنان، بخصوص در سنین بالاتر با آن روبرو می شوند و قابل ذکر است این آزارها به علت غفلت ممکن است همچنان ناشناخته بماند (۲۶). بنابراین با توجه به اینکه زنان از اقشار آسیب پذیر جامعه هستند و ممکن است بسیاری از مشکلات آنها در جامعه از روی غفلت ناشناخته بماند؛ پس لازم است از طریق ارتباط نزدیک با آنها یعنی با انجام پژوهش های کیفی این ابعاد ناشناخته شناسایی گردند.

خدمات پیشگیرانه زیر طبقه مدیریت مسائل زنان می باشد که شامل زیر طبقات آموزش و اطلاع رسانی، دسترسی آسان و ارائه خدمات حمایتی است. این زیر طبقات نه تنها از نتایج مطالعات مرتبط در خصوص مدیریت مسائل زنان بدست آمد بلکه حاصل نتایج تعدادی از پژوهش های دیگر نیز بوده است (۳۶،۳۹،۴۰). لازم به ذکر است که مرور نظامند حاضر نشان داد مطالعه ای که به مسائل مدیریت خدمات رسانی زنان پرداخته بود بیشتر منعکس کننده دیدگاه مسئولان نظام سلامت بود نه دیدگاه زنان (۴۱). در یکی از مطالعات مرور نظامند مشارکت کنندگان بیان داشتند که خدمات مشاوره ای در زمینه پیشگیری از بارداری به زن و شوهرش هم زمان داده نمی شود (۳۶). این نشان می دهد، مسئولان نظام سلامت نیز به آموزشهای جنسی با دیده استیگما نگاه می کنند. مرور نظامند حاضر نشان داد تنها یک مطالعه کیفی در زمینه آموزشهای جنسی در دوران بلوغ انجام شده است و یافته های آن نشان داد علی رغم اینکه آموزش جنسی تابو است با این وجود دختران آموزشهای جنسی را از گفته های دوستان و اینترنت، آن هم بطور غیر صحیح بدست می آورند (۴۲). این در حالی است که سایر مطالعات نشان داده آموزش های جنسی در بیماران HIV توانسته این افراد را به سطح قابل قبولی از رفتارهای مراقبتی برساند (۴۳). همچنین در مورد خدمات حمایتی، مطالعه ای کیفی که بر روی زنان کارگر در زمینه غربالگری سرطان دهانه رحم انجام شده بود که مشارکت

منابع

- 1- Ahmadi B, Farzadi F, Alimohammadian M .(2012). Women's health in Iran: issues and challenges. Payesh, 1(1): 127-137.(Persian)
- 2- Alyaemni A, Theobald S, Faragher B, Jehan K, Tolhurst R.(2013) .Gender inequities in health: an exploratory qualitative study of Saudi women's perceptions. Women Health; 53(7):741-59.
- 3- Mangolian P, Farokhzadian J, Hasanabadi Z, Hojjatoleslami S .(2012). The evaluation of the educational plan of breast self examination of woman referring to health centers. Procedia Social and Behavioral Sciences, 31: 913-917.
- 4- Colbert Alison, M. Kim Kevin, H. Sereika Susan, M. ErlenJudit, A.(2010). An Examination of the relationship among Gender, Health Status, Social Support, and HIV Related Stigma. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care. 21, (4); 302-313.
- 5- Kastle S, Reed K .(2002). Optimal Health and Well being for women: Definitions and Strategies Derived from Focus Group of Women. Women's health Issues, 12 (4): 178- 190.
- 6- Nichols P, Ussery-Hall A, GriffinBlake S, Easton A.(2012). The evolution of the steps program, 2003-2010: transforming the federal public health practice of chronic disease prevention. Prev Chronic Dis. 9:E50. Epub 2012 Feb 2.
- 7- Parvizy S, Naseri F, SeyedFatemiN, GhasemZadehkakroudi F .(2010). Social factors contributing in women health in Tehran city: A qualitative study. Iranian Journal of Nursing Research, 4(15): 6-15.(Persian)
- 8- Vedadhir AA, Sadati H, Ahmadi B (2008). A content analysis of Iranians scientific and academic health journals. Women in Development and Politics, 6 (2):133-155.(Persian)
- 9- Streubert H, Carpenter D .(2011). Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. 5th ed. Philadelphia: LWW.
- 10- Bondas T, Hall E .(2007).Challenges in approaching meta-synthesis research. Qual Health Res: 17(1):113-121.
- 11-Lincoln YS, Guba EG (1985) Naturalistic Inquiry. Sage Publications Inc, London.
- 12- Binfa L, Pntoja L, Gonzalez H, Ransjo- Arvidson A, Robertson E .(2011).Chilean midwives and midwifery students views of women's midlife health- care needs. Midwifery, 27(4): 417-423.
- 13- Djikanovic B, Celik H, Simic S, Matejic B, Cucic V .(2010). Health professionals' perception of intimate partner violence against woman in Serbia: Opportunities and barriers for response improvement. Patient Education and Counseling, 80(1): 88-93.
- 14- Gurm BK, Stephan J, Mackenzie G, Doll R, Barroetavena MC, Cadells .(2008). Understanding Canadian Punjabi-speaking South Asian woman's experience of breast cancer: A qualitative study. Int J Nurs Stud, 45(2):266-276.
- 15- JamshidiManesh M, Peyrovi H, Jouybary L, Sanagoo A .(2010). Women's experience of menopause.Journal of Sabzevar. University of Medical Sciences, 16(4): 196-205.(Persian)
- 16- JamshidiManesh M, Jouybary L, Peyrovi H, Sana-goo A (2009). The ups and downs of sex life in menopausal stage: a qualitative study. Qom University of Medical Sciences Journal, 3(2):1-6. (Persian)
- 17- Afghari A, GanjiZ,AhmadShirvani M .(2012). Psycho- emotional changes in menopause: A qualitative study.

- J MazandUniv Med Sci, 22(93):27-38. (Persian)
- 18- FasihiHarandy T, Anoosheh M, Ghofranipour F, Montazeri A, Ahmadi F, Mohammadi E, NiknamiSh .(2012). Health-related quality of life in Iranian breast cancer survivors: a qualitative study. Payesh, 11(1): 73-81. (Persian)
- 19- LamyianM, Heidarnia AR, Ahmadi F, Faghihzadeh S, AguilarVafaie M (2008). Women's prospect of breast cancer early detection behavior: a qualitative research. Journal of Birjand University of Medical Sciences, 15(3): 88-102. (Persian)
- 20- Ghazanfari Z, Niknami S, Ghofranipour F, Larijani B .(2009). Regular physical activity from perspective of females with diabetes: A qualitative study. The Horizon of Medical Sciences, 15 (1):5-14. (Persian)
- 21- Borimnejad L, ParsaYekta Z, Nikbakht Nasrabadi A .(2006). Lived experience of women suffering from Vitiligo: A phenomenological study. The Qualitative Report, 11(2): 335-349. (Persian)
- 22- Ahlawat SK, Cuddihy MT, Locke K. (2006). Gender- Related differences in dyspepsia: A qualitative systematic review. Gender Medicine, 3(1): 31-42.
- 23- Masoomi T, Shafaroudi N, Kamali M, HasaniMehraban A, Omranipour R .(2013). Psychological responses to breast cancer: A qualitative study. Quarterly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences, 20(1): 84-92. (Persian)
- 24- Teeffelen A, Nieuwenhuijze M, Korstjens I .(2011). Women want proactive psychosocial support from midwives during transition to motherhood: a qualitative study. Midwifery, 27: 122-127.
- 25- Webel AR, Dolansky MA, Henry AG, Salata RA .(2012). A qualitative description of women's HIV self-management techniques: Context, Strategies, and Considerations. J Assoc Nurses AIDS Care, 23(4):281-93.
- 26- Paranjape A, Tucker A, Makenzie-Mack L, Thompson N, Kaslow, N .(2007). Family violence and associated helpseeking behavior among older African American woman. Patient Education and Counseling, 68:167-172.
- 27- Bayrami R, Valizadeh L, Zaheri F (2011). Nulliparous women's childbirth experiences: A phenomenological Study. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences, 33(3): 14-19. (Persian)
- 28- Taleghani F, Parsayekta Z, Nikbakht Nasrabadi A .(2006). Coping with breast cancer in newly diagnosed women: A qualitative study. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 12(3): 282-288. (Persian)
- 29- Aminoroaia M, Attari A, Noori F, Ghasemi F .(2011). The experience of couple- family relationship in female psychiatric inpatients: A qualitative study. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 17(3): 248-255.
- 30- Jalambadani Z, VafaeeNajja A .(2012). The first experience of sexual relations in married women in Sabzevar - A phenomenological study. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility, 15(4):1-11.(Persian)
- 31- Satarzadeh N, Zamanzadeh V, Zonuzi A .(2007). Assessment of women's sexual experiences after child birth: A phenomenological study. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences, 29 (3):59-66. (Persian)
- 32- SavadzadehSh, madadzadeh N (2013). Explanation of emotional feelings of Women with infertility: A qualitative study. Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences, 21(1): 16-24. (Persian)
- 33- Zonuzi A. Satarzadeh N. Zamanzadeh V.(2008). Recognition of experienced psychologic varieties in womens sexual relationship after childbirth. JQUMS.12(3): 38-44. (Persian)
- 34- Liamputtong P, Naksook C .(2003). Perceptions and experiences of motherhood, health and the husband's role among Thai woman in Australia. Midwifery, 19: 27-36.
- 35- AbedSaeedi, Z. Ghazi Tabatabaie, M. Moudi, Z. Vedadhir, A. Navidian, A. (2013) Child birth at home: A

- qualitative study exploring perception of risk and risk management among Baloch women in Iran. *Midwifery*, 29(1); 44-52.
- 36- Mortazavi F, MirzaiiKh (2012). Concerns and expectations towards husbands' involvement in prenatal and intrapartum cares: a qualitative study. *Payesh*, 11(1): 51-63. (Persian)
- 37- Parvizy S, SeyyedFtemi N, Kiani K (2008). Women's perspectives on health: A Grounded Theory study. *Journal of Family Research*, 4(3): 293-302. (Persian)
- 38- Parvizy S, Seyyed-FatemiN, Kiyani K (2010). A Qualitative Study on Women's Health and Family Dynamism. *Women s studies (Sociological & Psychological)*, 7 (2):45-57. (Persian)
- 39- Kohan SH, Simbar M, Talaghani F (2013). Reproductive age women's experiences about empowerment in family planning: a qualitative study. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*, 10(6): 847-857. (Persian)
- 40- Kohan Sh, Simbar M, Taleghani F (2012). Role of family planning services in empowering women: a qualitative study. *Hakim Research Journal*, 15(1): 68- 77. (Persian)
- 41- SoleimanEkhtiari Y, Majlessi F, Shams M, Rahimiforoushani A (2010). Women health worker's views about the screening and management program for domestic violence: a qualitative research. *J Hospital*, 9(1-2):1-9. (Persian)
- 42- LatifNejad R, JvadNouri M, Hasanpour M, Hazaveyi SM, Taghipour A (2012). The necessity of sexual health education for Iranian female adolescents: A qualitative study. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 15 (12):7-17. (Persian)
- 43- Tufts K, Wessell J, Kearney T (2010). Self-care behaviors of African American woman living with HIV: A qualitative perspective. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 21(1):36-52.
- 44- Keshavarz Z, Simbar M, Ramezankhani A, AlaviMajd H. (2012). Factors influencing the behavior of female workers in the reproductive age regarding breast and cervical cancer screening based on the Integrated Model of Planned Behavior and Self-Efficacy: A qualitative approach. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 9 (3).23-36.

Identification of women's health dimensions: a review on qualitative studies

Rezaee¹ N (Ph.D)- Salsali² M (Ph.D)- Jahantigh³ M

Abstract

Introduction: Women's health is a priority of every society. Health is a multi-dimensional issue but various areas of women's health have been less examined and even not identified. Therefore, scientific researches to identify such factors are needed. Thereafter, appropriate strategies for maintaining and improving women's health, on the bases of such researches, could be employed. Before any strategic measurement, it is necessary to carry out a comprehensive research in the field of women's health. This study aimed to identify dimensions of women's health which have been investigated in previous qualitative studies so far.

Method: The study was undertaken by systematic review. All articles which have been published and indexed in relation to the quality of women's health issues on Sid, Magi ran and Iranmedex databases from 2001 to 2013 were studied. The two words "Health" and "women" as keywords were selected. Finally, 26 qualitative articles were selected. Data analysis was conducted by qualitative method of content analysis.

Results: extracted concepts in the field of women's health come into three main categories including individual, family and social. The category of individual factors on women's health is subcategorized into areas of physical, mental, emotional and spiritual. Family factors on women's health are subcategorized into reproductive stages, husband's support and the vital role of wife. Also, the category of social factors of women's health fell into subcategories of cultural factors, social-financial support and managing women's issue.

Conclusions: This systematic study attempted to provide a new interpretation of the results of previous qualitative studies on women's health. The present study provides deeper and more comprehensive recognition of the concept of women's health. Accordingly, the unsaid dimensions of women's health which has not been studied yet, in Iran, were discovered. The present study could be a route map to investigate various dimensions in the field of women's health which could make the process of health transformation shorter.

Keywords: health, women, review of qualitative studies

Received: 6 May 2015

Accepted: 9 August 2015

1- Corresponding author: Pregnancy Health Research Center. Assistant Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

email: nasrin_rezaee2005@yahoo.com

2- Professor, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Pregnancy Health Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran