

ارتباط بین عوامل دموگرافیک، اجتماعی و مامایی با تأخیر در کمک‌جویی بیماران مبتلا به زگیل تناسلی

سیده مریم عطاری^۱، دکتر نرگس علیزاده^{۲*}، دکتر سیده هاجر شارمی^۳، سیده فاطمه دلیل حیرتی^۱، دکتر رویا کبودمهری^۴، الهه رفیعی^۵

۱. کارشناس ارشد مامایی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.
۲. دانشیار گروه پوست، مرکز تحقیقات پوست، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.
۳. استاد گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.
۴. استادیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.
۵. کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، واحد توسعه تحقیقات بالینی رازی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۰۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۰۸

خلاصه

مقدمه: مراجعه به موقع جهت تشخیص و درمان زگیل تناسلی در جلوگیری از انتقال بیماری اهمیت دارد، لذا شناسایی عوامل تأثیرگذار دموگرافیک-اجتماعی و مامایی بر تأخیر در کمک‌جویی بیمار حائز اهمیت است. مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین عوامل دموگرافیک، اجتماعی و مامایی با تأخیر در کمک‌جویی بیماران مبتلا به زگیل تناسلی انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی-تحلیلی در سال ۱۳۹۸ بر روی ۱۳۰ نفر از زنان مبتلا به زگیل تناسلی مراجعه‌کننده به درمانگاه زنان بیمارستان الزهراء (س) شهر رشت انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تأیید تشخیص زگیل تناسلی بر اساس معاینه بالینی و بررسی‌های آزمایشگاهی و گذشتن حداکثر ۶ ماه از تشخیص بیماری بود. ابزار گردآوری داده‌ها شامل: فرم مشخصات دموگرافیک-اجتماعی، مامایی و پرسشنامه محقق‌ساخته برای ارزیابی تأخیر بیمار بود. تأخیر بیشتر از ۷ روز در مراجعه جهت تشخیص قطعی و درمان، به‌عنوان تأخیر در کمک‌جویی بیمار در نظر گرفته شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۱) و آزمون‌های کای دو، فیشر، من‌ویتنی و رگرسیون لجستیک انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: از ۱۳۰ فرد شرکت‌کننده، ۹۴ نفر (۷۲٪) با تأخیر در کمک‌جویی بیشتر از ۷ روز مراجعه کرده بودند. در متغیرهای سابقه سقط، نوع اولین علامت تشخیصی و درمان دریافت شده، اختلاف آماری معناداری بین دو گروه مشاهده شد ($p < 0/05$). بر اساس نتایج آنالیز رگرسیون لجستیک، متغیرهای سابقه عفونت زنان (۹/۴۰-۱/۰۸، $OR=3/187, CI: /95$)، نوع محل سکونت (وضعیت اقتصادی) (۹/۳۱-۱/۰۲، $OR=3/08, CI: /95$) و سابقه سقط بر تأخیر در کمک‌جویی (۱۵/۶۳-۱/۳۰، $OR=4/51, CI: /95$) نقش پیشگویی‌کننده داشت.

نتیجه‌گیری: بین متغیرهای سابقه عفونت زنان، وضعیت اقتصادی و سابقه سقط با تأخیر در کمک‌جویی جهت تشخیص و درمان زگیل تناسلی ارتباط وجود دارد. لذا ارائه‌دهندگان خدمت بایستی در برخورد و آموزش زنان با وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین، دارای سابقه عفونت زنان و زنان بدون تجربه سقط و نولی‌پار دقت بیشتری داشته باشند.

کلمات کلیدی: درمان تأخیری، زگیل تناسلی، رفتار کمک‌جویی، عوامل اجتماعی، عوامل دموگرافیک، میزان سقط

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر نرگس علیزاده؛ مرکز تحقیقات پوست، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران. تلفن: ۰۱۳-۳۳۳۶۹۲۲۴؛ پست الکترونیک: dr.narges.alizadeh1400@gmail.com

مقدمه

بیماری‌های منتقل شونده از راه جنسی (STDs)^۱ تأثیر منفی بر بهداشت باروری و بهداشت جنسی زنان دارد و از شیوع نسبتاً بالایی در اکثر جوامع برخوردار است (۳-۱). هر روز بیشتر از ۱ میلیون نفر از مردم به یک عفونت منتقله از راه جنسی مبتلا می‌شوند. در مطالعات مختلف گزارش شده است که میزان آگاهی و دانش زنان نسبت به بیماری‌های منتقل شونده جنسی پایین است که یکی از عوامل خطر در افزایش بیماری در جهان می‌باشد (۴، ۵). STDs با عوارض جدی همچون بیماری‌های التهابی لگن، پیامدهای بارداری ناگوار، نازایی، سرطان سرویکس و در برخی انواع STDs با افزایش خطر HIV و ... همراه است (۷-۵). همچنین بار اقتصادی بسیاری را ایجاد می‌کند؛ به گونه‌ای که هزینه مراقبت‌های بهداشتی سالانه این بیماری‌ها در آمریکا حدود ۱۶ میلیارد دلار برآورد شده است (۸، ۹). بدین جهت در بسیاری از کشورها کنترل STDs به عنوان اولویت بهداشتی مدنظر قرار گرفته است (۸، ۹). STDs به ۲ دلیل حائز اهمیت هستند: یک مورد اینکه تشخیص بیماری‌های آمیزشی در زنان به خاطر فقدان علائم آشکار بیماری در برخی موارد مشکل است و از سوی دیگر بیماران درمان نشده منشأ انتقال بیماری به سایرین خواهند بود (۱۰). زگیل تناسلی یک عفونت STD است که به علت ویروس HPV ایجاد می‌شود و با درد، سوزش و ... تظاهر می‌یابد. انتقال آن از طریق تماس با پوست دستگاه تناسلی آلوده، غشاهای مخاطی یا مایعات بدن شریک جنسی با عفونت HPV آشکار یا تحت بالینی رخ می‌دهد. در صورت عدم درمان در تایپ‌های ۱۶ و ۱۸، احتمال سرطان دهانه رحم افزایش می‌یابد (۱۱).

مدت زمان ابتلاء به عفونت یکی از عواملی است که بر میزان انتقال تأثیر می‌گذارد (۱۲). یکی از عوامل در انتشار بیماری به دیگران، تأخیر در تشخیص و شروع درمان STDs می‌باشد. تأخیر در جستجوی درمان، به صورت زمان بین اولین آگاهی از نشانه‌های بیماری تا زمان مراجعه برای درمان و مشاوره پزشکی تعریف می‌گردد (۱۳). در مطالعات مختلف بیماران مبتلا به

STD، یک سوم گزارش‌ها تأخیر بیش از ۱ هفته و ۱۲٪ گزارش‌ها تأخیر بیش از ۳۰ روز را به عنوان تأخیر در جستجوی درمان تلقی کرده بودند (۱۴، ۱۵). با این وجود، مطالعات اندکی به بررسی در مورد تأخیر در جستجوی درمان و علت این تأخیر در بیماران مبتلا به STD پرداخته‌اند و در ایران نیز مطالعه مشابهی یافت نشد. گرانفلد و همکاران (۲۰۰۳) در مطالعه خود بر روی بیماران با سرطان پستان گزارش کردند که نگرش منفی در مورد جستجوی کمک پزشکی و باور منفی در مورد توانایی خود برای کمک‌جویی (کمبود خودکارآمدی) از عوامل پیشگویی کننده برای عدم کمک‌جویی است (۱۶). در مطالعات محدودی گزارش شده است که تأخیر در شروع درمان در بیماران، تحت تأثیر عوامل گوناگونی همچون فاکتورهای اجتماعی-دموگرافیک، فاکتورهای رفتاری، بیماری‌های همراه و عوامل عاطفی و حمایتی می‌باشد و این در حالی است که درمان مناسب و به موقع، جزء پیشگیری ثانویه است و در صورت تأخیر در کمک‌جویی بیماران جهت درمان، سبب افزایش انتقال بیماری به سایرین و افزایش عوارض می‌گردد (۱۷، ۱۸). شناخت دقیق فاکتورهای تأثیرگذار بر تأخیر در شروع درمان می‌تواند در استراتژی برنامه‌ریزی و اقدامات پیشگیرانه مفید باشد (۱۹). بدین منظور مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین عوامل دموگرافیک، اجتماعی و مامایی با تأخیر در کمک‌جویی بیماران مبتلا به زگیل تناسلی طراحی و اجرا شد تا با شناخت وضع موجود بتوان برنامه‌های خدماتی و یا مداخله‌ای نظیر آموزش و آگاهی‌رسانی به زنان در مورد علائم و راه‌های درمان و کاهش موانع کمک‌جویی و در نهایت عدم تأخیر در کمک‌جویی زنان طراحی کرد.

روش کار

این مطالعه توصیفی-تحلیلی به صورت مقطعی با نمونه‌گیری در دسترس در سال ۱۳۹۸ بر روی ۱۳۰ نفر از زنان مبتلا به زگیل تناسلی مراجعه‌کننده به درمانگاه زنان بیمارستان الزهراء (س) شهر رشت انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تأیید تشخیص زگیل تناسلی بر اساس معاینه بالینی و جواب آزمایش HPV

¹ Sexually Transmitted Diseases

تأخیر بیمار در کمک‌جویی، بیشتر از ۷ روز در نظر گرفته شد.

داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۱) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای توصیف داده‌ها از فراوانی/ درصد و میانگین/ انحراف معیار، جهت مقایسه متغیرهای دموگرافیک، اجتماعی و مامایی بر اساس تأخیر در کمک‌جویی از آزمون کای دو، آزمون دقیق فیشر و من ویتنی و برای شناسایی عوامل پیشگویی کننده تأخیر کمک‌جویی در بیماران مبتلا به زگیل تناسلی، از رگرسیون لجستیک روش Backward LR استفاده شد. در این مطالعه فاصله اطمینان ۰/۹۵٪ و سطح معناداری ۰/۰۵٪ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۱۳۷ زن مبتلا به زگیل تناسلی دعوت به مطالعه شدند و بر اساس معیار ورود به مطالعه و رضایت‌مندی در نهایت ۱۳۰ نفر مورد بررسی و آنالیز قرار گرفتند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه 30.07 ± 7.62 سال بود. از ۱۳۰ نفر، ۹۴ نفر (۷۲/۳٪) از زنان تأخیر بیشتر از ۷ روز جهت کمک‌جویی جهت درمان داشتند. مشخصات دموگرافیک، اجتماعی و مامایی شرکت‌کنندگان بر اساس تأخیر در کمک‌جویی در جدول ۱ نمایش داده شده است. از بین تمام متغیرهای مورد بررسی، بین دو گروه تأخیر در کمک‌جویی، اختلاف آماری معناداری از نظر سابقه سقط، نوع اولین علامت تشخیصی، نوع بیماری مقاربتی و درمان دریافت شده مشاهده شد (جدول ۱).

مثبت و گذشتن حداکثر ۶ ماه از تشخیص بیماری بر اساس پرونده بیمار بود. مطالعه حاضر پس از کسب تأییدیه اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گیلان با کد IR.GUMS.REC.1398.291 مورخ ۲۰۱۹/۰۸/۱۷ و کسب رضایت‌نامه آگاهانه کتبی بر روی نمونه‌های در دسترس انجام شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول برآورد نسبت در یک جامعه و با در نظر گرفتن سطح خطای ۰/۰۵ و درصد تأخیر در کمک‌جویی در مطالعه جایپالان (۲۰۱۵) برابر با $d=0.087$ و ضریب ریزش ۵٪، حداقل ۱۲۴ نفر در نظر گرفته شد (۱۹).

ابزار گردآوری داده‌ها شامل: فرم مشخصات دموگرافیک، اجتماعی و مامایی که شامل سن، تحصیلات (ابتدایی/ راهنمایی، دبیرستان/ دیپلم، دانشگاهی) شغل زن (خانه‌دار، شاغل)، وضعیت تأهل، وضعیت اجتماعی-اقتصادی (متوسط درآمد، محل زندگی، نوع مسکن)، سن اولین مقاربت، تعداد دفعات مقاربت در هفته، تعداد حاملگی ترم، تعداد سقط، سابقه بارداری ناخواسته، سابقه بیماری‌های مقاربتی، سابقه خانوادگی ابتلاء به بیماری‌های مقاربتی، داشتن رفتار پرخطر جنسی (شریک جنسی متعدد در همسر یا خود، سکس غیرواژینال)، ابتلاء به بیماری دیگر (نظیر دیابت، تیروئید، اختلالات هورمونی و ...)، سابقه عفونت زنان، ابتلاء همزمان به عفونت دیگر، مدت زمان سپری شده از اولین تشخیص، اولین علامت و نوع درمان‌های دریافت شده بود. برای ارزیابی تأخیر بیمار، از پرسشنامه تک‌سؤالی محقق ساخته (از زمانی که نخستین علائم بیماری را مشاهده کردید، چه مدت طول کشید تا به مراکز درمانی مراجعه کنید؟) استفاده شد و مبنای زمانی محاسبه

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک، اجتماعی و مامایی مبتلایان به STD بر حسب تأخیر در کمک‌جویی

متغیر	تأخیر کمتر یا مساوی ۷ روز	تأخیر بیشتر از ۷ روز	سطح معنی‌داری
سن (سال) میان‌کمیانه (بیشینه)	۲۹/۵ (۱۷-۴۷)	۲۹ (۱۶-۵۰)	*۰/۷۸
ابتدایی/ راهنمایی	۶ (۴۰)	۹ (۶۰)	
سطح تحصیلات	۱۲ (۱۹/۷)	۴۹ (۸۰/۳)	**۰/۱۳
دبیرستان/ دیپلم	۱۸ (۳۳/۳)	۳۶ (۶۶/۷)	
دانشگاهی			
بدون همسر (مجرد/ مطلقه/ همسر فوت شده)	۷ (۲۵)	۲۱ (۷۵)	**۰/۷۱
وضعیت تأهل	۲۹ (۲۸/۴)	۷۳ (۷۱/۶)	
متأهل			

**./۲۶	(۶۹) ۵۸ (۷۸/۳) ۳۶	(۳۱) ۲۶ (۲۱/۷) ۱۰	خانه‌دار شاغل	شغل
**./۱۹	(۶۸/۹) ۶۲ (۸۰) ۳۲	(۳۱/۱) ۲۸ (۲۰) ۸	استیجاری شخصی	نوع سکونت
***./۵۳	(۷۳/۳) ۸۵ (۶۴/۳) ۹	(۲۶/۷) ۳۱ (۳۵/۷) ۵	شهر روستا	محل زندگی
***./۹۹	(۷۵) ۹ (۷۲/۳) ۷۳	(۲۵) ۳ (۲۷/۷) ۲۸	کمتر مساوی ۱۶ سال بیشتر از ۱۶ سال	سن در اولین ارتباط جنسی
**./۰۹	(۶۶/۷) ۴۴ (۸۰/۹) ۳۸	(۳۳/۳) ۲۲ (۱۹/۱) ۹	کمتر مساوی ۲ بار بیشتر از ۲ بار	تعداد دفعات ارتباط جنسی در هفته
**./۰۶	(۷۸/۹) ۵۶ (۶۴/۴) ۳۸	(۲۱/۱) ۱۵ (۳۵/۶) ۲۱	نولی‌پار مولتی‌پار	سابقه بارداری
*/۰۰۱	(۳۸/۹) ۷	(۶۱/۱) ۱۱	داشتن سابقه سقط	
***./۴۹	(۶۳/۶) ۷	(۳۶/۴) ۴	داشتن سابقه بارداری ناخواسته	
**./۹۷	(۷۲/۵) ۲۹	(۲۷/۵) ۱۱	داشتن سابقه ابتلاء به بیماری دیگر (دیابت، تیروئید، فشارخون و ...)	
**./۵۷	(۶۶/۷) ۱۲	(۳۳/۳) ۶	داشتن سابقه ابتلاء فرد دیگری در خانواده به بیماری مقاربتی	
***./۰۰۱	(۷۶/۴) ۹۴ (۰) ۰	(۲۳/۶) ۲۹ (۱۰۰) ۷	HPV زگیل تناسلی همزمانی هرپس با تبخال تناسلی	نوع بیماری مقاربتی فعلی
**./۱۱	(۷۶/۷) ۶۶	(۲۳/۳) ۲۰	داشتن سابقه عفونت زنان	
***./۹۹	(۷۱/۴) ۹۰	(۲۸/۶) ۳۶	داشتن سابقه ابتلاء همزمان به بیماری مقاربتی دیگر	
***./۶۴۸	(۷۴/۲) ۴۹	(۲۵/۸) ۱۷	داشتن رفتار پرخطر جنسی (شریک جنسی متعدد در همسر یا خود، سکس غیرواژینال)	
**./۱۱	(۶۷/۶) ۲۵ (۶۷/۲) ۳۹ (۸۵/۷) ۳۰	(۳۲/۴) ۱۲ (۳۲/۸) ۱۹ (۱۴/۳) ۵	کمتر از یک ماه بیشتر مساوی یک ماه و کمتر از ۳ ماه بیشتر مساوی ۳ ماه و کمتر از ۶ ماه	مدت زمان سپری شده از اولین تشخیص بیماری
**./۰۱	(۷۷/۶) ۷۶ (۵۶/۳) ۱۸	(۲۲/۴) ۲۲ (۴۳/۸) ۱۴	دانه‌های ریز سایر (سوزش ادرار، ترشحات چرکی، زخم تناسلی و...)	نوع اولین علامت تشخیصی
**./۰۱	(۵۶/۳) ۱۸ (۷۷/۶) ۷۶	(۴۳/۸) ۱۴ (۲۲/۴) ۲۲	دارویی غیر دارویی (لیزر، فریز، کوتر، جراحی)	درمان‌های انجام شده

* من ویتنی ** کای اسکوئر *** آزمون دقیق فیشر

کمک‌جویی در زنان ساکن در منازل استیجاری نسبت به منزل شخصی، حدود ۳ برابر بود ($p=۰/۰۴۶$)، (فاصله اطمینان ۰/۹۵: ۱/۰۲-۹/۳۱) نسبت شانس: ۳/۰۸) همچنین زنانی که سابقه سقط نداشتند نسبت به بیماران با سابقه سقط مثبت، حدوداً ۴/۵ برابر بیشتر تأخیر در مراجعه داشتند ($p=۰/۰۱$). زنان با سابقه عفونت زنان نسبت به غیرمبتلایان، حدود ۳ برابر بیشتر تأخیر در مراجعه داشتند ($p=۰/۰۳$) (جدول ۲).

در گام اول در مدل چندگانه آنالیز رگرسیون لجستیک به‌روش Backward LR، متغیرهای سن، سطح تحصیلات، وضعیت مسکن، شغل همسر، تعداد دفعات ارتباط جنسی در هفته، سابقه بارداری (تعداد زایمان)، سابقه سقط (Legal)، داشتن سابقه ابتلاء به بیماری مقاربتی در خانواده، سابقه عفونت زنان و اولین علامت مشاهده شده وارد آنالیز شدند. نتایج حاصل از رگرسیون لجستیک نشان داد که سابقه عفونت زنان، نوع محل سکونت و سابقه سقط بر تأخیر در کمک‌جویی نقش پیشگویی‌کننده دارد؛ به‌طوری‌که شانس تأخیر در

جدول ۲- نسبت شانس عوامل دموگرافیک، اجتماعی و مامایی در تأخیر در کمک‌جویی در مبتلایان به زگیل تناسلی

متغیر	گروه	نسبت شانس تعدیل شده (فاصله اطمینان ۹۵٪)	سطح معنی‌داری
نوع محل سکونت	استیجاری شخصی	۳/۰۸ (۱/۰۲-۹/۳۱) ۱/۰۰	۰/۰۴۶
تعداد مقاربت در هفته		۲/۵۵ (۰/۸۹-۷/۳۰)	۰/۰۸۰
سقط		۴/۵۱ (۱/۳۰-۱۵/۶۳)	۰/۰۱۷
سابقه عفونت زنان		۳/۱۸ (۱/۰۸-۹/۴۰)	۰/۰۳۶

بحث

انتقال زگیل تناسلی وابسته به دوره بیماری‌زایی فرد و دریافت هرچه زودتر درمان مناسب جهت کاهش بار بیماری‌زایی می‌باشد (۱۱). مردم برای غربالگری و درمان بیماری‌های مقاربتی جنسی با مشکلات متعددی روبرو هستند. از جمله موانع کلی تأخیر، موانع شخصی (دست کم گرفتن و بی‌اهمیت دانستن خطر، درک STI به‌عنوان یک بیماری وخیم و جدی، ترس از روش‌های تهاجمی در درمان، عدم خودآگاهی در معاینه ژنیتال، مشغله بیش از حد، سرزنش از سمت شریک جنسی)، موانع ساختاری (هزینه‌های مالی آزمایش، حالت بالینی بیماری) و موانع اجتماعی (استیگما) بود (۴، ۹، ۱۱، ۱۷). رفتار جستجوی سلامت تحت تأثیر گروهی از عوامل همچون مسائل فرهنگی، شرایط اقتصادی و وضعیت اجتماعی می‌باشد، بدین جهت شناسایی عوامل تأثیرگذار بر تأخیر در درمان می‌تواند کمک‌کننده باشد. در مطالعات مختلف مبنای مدت تأخیر در کمک‌جویی جهت درمان متفاوت در نظر گرفته شده است، اما در اکثریت بین ۶-۷ روز بیان شده است و میزان تأخیر در کمک‌جویی جهت درمان در اکثر مطالعات حدود ۵۸٪ گزارش شده است (۱۹، ۲۰). در مطالعه حاضر، معیار تأخیر در کمک‌جویی برای درمان، ۷ روز در نظر گرفته شد و فراوانی آن در مطالعه حاضر ۷۲٪ مشاهده شد که با نتایج اکثر مطالعات همخوانی داشت. در مطالعه ایرلند و همکاران (۲۰۰۵)، ۶۱٪ از شرکت‌کنندگان در طی ۶ هفته به‌دنبال درمان پزشکی برای زگیل تناسلی برآمدند، اما ۱۳٪ تأخیر بیش از یک‌سال را گزارش کردند (۱۴). در مطالعه دنیسون (۲۰۱۷)، تقریباً نیمی از افراد با نشانه‌های بیماری، بیش از ۷ روز تأخیر در مراجعه جهت دریافت مراقبت بهداشتی داشتند (۱۲). همچنین در

مطالعه جایاپالان (۲۰۱۵)، حدود یک سوم شرکت‌کنندگان تأخیر در مراجعه ۷ روزه داشتند و در مطالعه کوپس و همکاران (۲۰۲۱) یک چهارم شرکت‌کنندگان (۲۴٪) تأخیر یک هفته‌ای داشتند (۱۹، ۲۱).

در مطالعات متعدد گزارش شده است که عوامل دموگرافیک، اجتماعی و مامایی می‌تواند در شناسایی تأخیر در کمک‌جویی جهت درمان کمک‌کننده باشد (۱۷، ۱۹، ۲۲). در مطالعه حاضر در رگرسیون لجستیک مشاهده شد که سابقه عفونت زنان، نوع سکونت (وضعیت اجتماعی- اقتصادی پایین) و سابقه سقط در کمک‌جویی بیماران تأثیرگذار بوده است؛ به‌طوری‌که زنان با سابقه عفونت ژنیتال نسبت به غیرمبتلایان، حدود ۳ برابر بیشتر تأخیر در مراجعه داشتند. بدون درد بودن علائم و عدم آگاهی زنان از علائم اختصاصی زگیل تناسلی به‌خصوص در زنان با سابقه عفونت زنان می‌تواند به‌عنوان علت احتمالی تأخیر در مراجعه این گروه از بیماران باشد. همچنین، وجود وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین و تعدد دفعات ابتلاء به عفونت ژنیتال در میان زنان باعث شده است که بیماری را جدی تلقی نکنند. در مطالعه باروا و همکار (۲۰۰۱) نیز مشاهده شد بیماران با تأخیر در کمک‌جویی، اکثراً سابقه قبلی بیماری داشتند، دوستانی داشتند که تأخیر در درمان داشتند یا عدم آگاهی کافی در خصوص بیماری یا جدی تلقی نکردن بیماری و سواد پایین داشتند (۲۳).

در مطالعه حاضر همچنین زنان ساکن در منازل استیجاری نسبت به منزل شخصی، حدود ۳ برابر بیشتر تأخیر در مراجعه داشتند. این امر می‌تواند نشان‌دهنده این باشد که فاکتور شرایط اقتصادی اجتماعی پایین، همواره خود مانعی جهت پیگیری جهت درمان می‌باشد. در مطالعه راوی و همکار (۲۰۱۴) مشاهده شد که سه چهارم زنان روستایی علامت‌دار، درمان برای STD و

STI را دریافت کرده بودند. البته افراد بدون علامت در مراحل دیرتر که دچار عوارض و آسیب ارگان تناسلی بودند، مراجعه داشتند. در این مطالعه گزارش شد که بیشترین علت عدم مراجعه جهت دریافت درمان، وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین و فرهنگ سنتی خانواده بوده است (۲۴). این در حالی است که نقش وضعیت اجتماعی- اقتصادی پایین در جستجو جهت مراقبت بهداشتی مبرهن است (۲۵، ۲۶). به طور متناقض، در مطالعه کوپس و همکاران (۲۰۲۱) در برزیل گزارش شد که فراوانی HPV در تمام طبقات اجتماعی- اقتصادی یکسان است (۲۱).

در مطالعه حاضر زنانی که سابقه سقط نداشتند نسبت به بیماران با سابقه سقط مثبت، حدود ۴/۵ برابر بیشتر تأخیر در مراجعه داشتند. شاید زنان بدون سابقه سقط به دلیل عدم تجربه و آگاهی، کمتر خودشان را در معرض خطر می‌دیدند. همچنین در مطالعه حاضر زنان نولی‌پار تأخیر بیشتری جهت مراجعه به درمان داشتند، اگرچه این اختلاف معنادار نبود، اما از نظر بالینی در سطح معناداری قرار داشت که با یافته فوق نیز همخوانی داشت. در مطالعات گزارش شده است که افراد با تجربه ناخوشایند بیماری همواره زودتر جهت درمان مراجعه می‌کنند و نسبت به علائم و بیماری‌ها آگاهی بالاتری دارند (۲۷، ۲۸). مطالعه چن و همکاران (۲۰۰۲)، عوامل دخیل در تأخیر در جستجوی درمان را عدم آگاهی کافی در خصوص بیماری یا جدی تلقی نکردن بیماری و سواد پایین گزارش کرد (۲۹). از سوی دیگر، در بررسی ارتباط عوامل دموگرافیک و اجتماعی با تأخیر، درک بیماران از بیماری حائز اهمیت است که در سطحی پایین‌تر تأثیر آگاهی خودنمایی می‌کند. در مطالعه عطاری و همکاران (۲۰۱۶)، گزارش شد که درک بیماری با تأخیر در کمک‌جویی ارتباط مستقیم دارد (۲۷).

برخلاف مطالعه حاضر، در مطالعه جایاپالان (۲۰۱۵)، ارتباطی بین عوامل دموگرافیک و اجتماعی همچون سن، درآمد، وضعیت تأهل، تحصیلات و ... با تأخیر در کمک‌جویی برای درمان مشاهده نشد (۱۹). همچنین، در مطالعه مرسر و همکاران (۲۰۰۷) که معیار تأخیر در

کمک‌جویی جهت درمان ۷ روزه در نظر گرفته شده بود، تفاوتی در مشخصات دموگرافیک- اجتماعی و بالینی بین بیماران مشاهده نشد. فقط میزان پیاده‌روی برای رسیدن به مرکز درمانی با میزان تأخیر ارتباط داشت و نیمی از افراد همزمان با شروع درمان به فعالیت جنسی خویش ادامه می‌دادند (۳۰).

در مطالعه حاضر مشاهده شد که زنان مبتلا با سایر علائم همچون درد، سوزش و ترشحات واژینال نسبت به وجود و زیکول زودتر جهت درمان مراجعه کرده بودند و از سوی دیگر بیماران با تأخیر به درمان دارویی جواب نداده و اکثراً درمان‌های تهاجمی (لیزر، فریز و ...) برای آنان به کار برده شده بود. این یافته با تأخیر در کمک‌جویی هم‌خوانی دارد، زیرا پیشرفت بیماری، نیاز به مداخلات درمانی تهاجمی را افزایش می‌دهد و با مراجعه به‌هنگام می‌توان از پیشرفت بیماری و نیاز به مداخلات تهاجمی کاست. در مطالعه جایاپالان (۲۰۱۵) نیز داشتن زخم، مدت ازدواج بیش از ۹ سال، ترشح واژینال، رشد ضایعه و سابقه بیماری قبلی با داشتن تأخیر ارتباط معناداری داشت. زنان با وجود زخم، ۱۵ برابر زودتر جهت درمان مراجعه می‌کردند که شاید به خاطر ایجاد درد و غیرطبیعی بودن در منطقه ژنیتال باشد. زنان با ترشح واژینال، ۹ برابر دیرتر از مردان با ترشح جهت درمان مراجعه می‌کردند که می‌تواند به خاطر عدم تشخیص زنان در افتراق ترشحات فیزیوبولوژی از پاتولوژی باشد. زنان متأهل نسبت به زنان جوان ۹ برابر دیرتر جهت درمان مراجعه می‌کردند. در این مطالعه، تأخیر بیش از ۸ روز به‌عنوان تأخیر بیمار تعریف شد و بسیاری از بیماران علی‌رغم داشتن دانش کافی در مورد STDs، همچنان به تماس جنسی ادامه دادند و اقدامات پیشگیرانه اتخاذ نکرده بودند (۱۹).

پرهیز از رفتارهای پرخطر و محافظت نشده جنسی و ترویج رفتارهای سالم، به‌عنوان مؤثرترین راه کارآمد برای پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی در تمام دنیا شناخته شده است (۳۱). تشخیص صحیح و سریع، درمان مؤثر و کامل، آموزش در زمینه پیشگیری و کاهش خطر، تشویق به استفاده از کاندوم و درمان به

بیماری، راه‌های پیشگیری و انتقال و واکسیناسیون HPV داده شد.

نتیجه‌گیری

عوامل دموگرافیک، اجتماعی و مامایی می‌تواند با تأخیر در کمک‌جویی جهت درمان زگیل تناسلی ارتباط داشته باشد. بدین‌جهت ارائه‌دهندگان خدمت بایستی در برخورد و آموزش زنان با وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین، دارای سابقه عفونت زنان و زنان بدون تجربه سقط دقت بیشتری داشته باشند. از سوی دیگر، در بررسی این ارتباط، نقش آگاهی و ادراک بیماران از بیماری حائز اهمیت است. بدین‌خاطر، توصیه به انجام مداخلات بیشتر جهت بررسی ادراک بیماران در تأثیر ارتباط عوامل دموگرافیک می‌توانند کمک‌کننده باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از بخشی از طرح تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی گیلان می‌باشد که با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گیلان صورت گرفت. بدین‌وسیله از دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ریاست و پرسنل بیمارستان آموزشی درمانی الزهراء (س) رشت و تمام زنان شرکت‌کننده در مطالعه به واسطه همکاری و مساعدت در انجام این پژوهش، تشکر و قدردانی می‌شود.

موقع، از اصولی است که می‌تواند باعث کنترل و درمان بیماری‌های آمیزشی شود. تلاش‌های کنونی برای جلوگیری از گسترش امراض بیماری‌های مقاربتی جنسی کافی نیست. با وجود تلاش‌های قابل توجهی که برای شناسایی مداخلات ساده که می‌تواند رفتارهای پرخطر جنسی را کاهش دهد، انجام شده است، تغییر رفتار، یک چالش پیچیده باقی‌مانده است. نتایج مطالعات نشان داده است که زنان جوان به‌طور کامل در زمینه خطرات بیماری‌های مقاربتی و اقدامات پیشگیرانه آگاه نمی‌باشند و باید در زمینه بیماری‌های مقاربتی، آموزش لازم صورت بگیرد و افراد علامت‌دار برای دریافت مراقبت پزشکی به‌طور سریع تشویق شوند تا با درمان به‌موقع و مناسب، قابلیت بیماری‌زایی را کاهش و از انتقال STD پیشگیری نمود. استراتژی پیشگیری از STD باید توسط آموزش به جامعه درخصوص نحوه انتقال‌زایی، علائم بیماری، اهمیت درمان مناسب و به‌موقع مورد توجه قرار گیرد.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به گذشته‌نگر بودن و اتکا به حافظه بیماران جهت پاسخگویی به سؤالات اشاره کرد. از نقاط قوت مطالعه حاضر می‌توان به نبود مطالعه مشابه در ایران اشاره کرد. دیگر اینکه، به تناسب فرهنگ و آگاهی پایین زنان، صحبت و بازگویی مشکلات مربوط بیماری‌های مقاربتی گاهاً ناپسند می‌باشد. در این مطالعه، با جلب اعتماد بیمار، بعد از هر جلسه تکمیل پرسشنامه، مشاوره درباره

منابع

1. Maheswari SU, Kalaivani S. Pattern of sexual behavior in adolescents and young adults attending STD clinic in a tertiary care center in South India. *Indian journal of sexually transmitted diseases and AIDS* 2017; 38(2):171.
2. Farahmand M, Shoja Z, Arashkia A, Salavatiha Z, Jalilvand S. Systematic review and meta-analysis of human papillomavirus prevalence and types among women with normal cervical cytology in the Eastern Mediterranean Region. *Future Virology* 2019; 14(11):761-77.
3. Torrone EA, Morrison CS, Chen PL, Kwok C, Francis SC, Hayes RJ, et al. Prevalence of sexually transmitted infections and bacterial vaginosis among women in sub-Saharan Africa: an individual participant data meta-analysis of 18 HIV prevention studies. *PLoS medicine* 2018; 15(2):e1002511.
4. Mansor N, Ahmad N, Rahman HA. Determinants of knowledge on sexually transmitted infections among students in public higher education institutions in Melaka state, Malaysia. *Plos one* 2020; 15(10):e0240842.
5. Zizza A, Guido M, Recchia V, Grima P, Banchelli F, Tinelli A. Knowledge, Information Needs and Risk Perception about HIV and Sexually Transmitted Diseases after an Education Intervention on Italian High School and University Students. *International journal of environmental research and public health* 2021; 18(4):2069.
6. Hosseinpouri P, Hejazi SH, Hadi F. Relationship between human papillomavirus and breast cancer in women with this cancer in Khuzestan province. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2020; 23(8):66-74.
7. World Health Organization. Assessment of country implementation of the WHO global health sector strategy for sexually transmitted infections (2016-2021): results of a national survey; 2021.

8. Mark H, Dhir A, Roth C. Sexually Transmitted Infections in the United States. *The American journal of nursing* 2015; 115(9):34-44.
9. Khani Jeihooni A, Ghaedi R, Kashfi SM, Khiyali Z. Effect of education based on the health belief model in the prevention of sexually transmitted diseases in couples participating in premarriage training classes. *J Educ Community Health* 2018; 4(4):4-12.
10. World Health Organization. Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016-2021: toward ending STIs. World Health Organization; 2016.
11. Berek JS. *Berek & Novak's gynecology*. 16nd ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2021.
12. Denison H. Healthcare-seeking behaviour for sexually transmitted infection testing in New Zealand: A mixed methods study; 2017.
13. Bish A, Ramirez A, Burgess C, Hunter M. Understanding why women delay in seeking help for breast cancer symptoms. *Journal of psychosomatic research* 2005; 58(4):321-6.
14. Ireland JA, Reid M, Powell R, Petrie KJ. The role of illness perceptions: psychological distress and treatment-seeking delay in patients with genital warts. *International journal of STD & AIDS* 2005; 16(10):667-70.
15. Hook III EW, Richey CM, Leone P, Bolan G, Spalding C, Henry K, et al. Delayed presentation to clinics for sexually transmitted diseases by symptomatic patients: a potential contributor to continuing STD morbidity. *Sexually transmitted diseases* 1997; 24(8):443-8.
16. Grunfeld EA, Hunter MS, Ramirez AJ, Richards MA. Perceptions of breast cancer across the lifespan. *Journal of psychosomatic research* 2003; 54(2):141-6.
17. Talley JO. The Impact of Social Stigmas on Sexual Health Seeking Behavior: A Review of Literature. *McNair Scholars Research Journal* 2020; 13(1):11.
18. Scheinfeld E. Shame and STIs: An Exploration of Emerging Adult Students' Felt Shame and Stigma towards Getting Tested for and Disclosing Sexually Transmitted Infections. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021; 18(13):7179.
19. Jayapalan S. Determinants of delay in the health care seeking behaviour of STD patients. *Clin Epidemiol Glob Heal* 2015; 3:S69-74.
20. Cunningham SD, Kerrigan DL, Jennings JM, Ellen JM. Relationships between perceived STD-related stigma, STD-related shame and STD screening among a household sample of adolescents. *Perspectives on sexual and reproductive health* 2009; 41(4):225-30.
21. Kops NL, Horvath JD, Bessel M, Souza FM, Benzaken AS, Pereira GF, et al. The impact of socioeconomic status on HPV infection among young Brazilians in a nationwide multicenter study. *Preventive Medicine Reports* 2021; 21:101301.
22. Xu JJ, Yu YQ, Hu QH, Yan HJ, Wang Z, Lu L, et al. Treatment-seeking behaviour and barriers to service access for sexually transmitted diseases among men who have sex with men in China: a multicentre cross-sectional survey. *Infectious diseases of poverty* 2017; 6(1):1-10.
23. Barua A, Kurz K. Reproductive health-seeking by married adolescent girls in Maharashtra, India. *Reproductive health matters* 2001; 9(17):53-62.
24. Puthuchira Ravi R, Athimulam Kulasekaran R. Care seeking behaviour and barriers to accessing services for sexual health problems among women in rural areas of Tamilnadu state in India. *Journal of sexually transmitted diseases* 2014; 2014.
25. Lin W, Chen B, Hu H, Yuan S, Wu B, Zhong C, et al. Joint effects of HPV-related knowledge and socio-demographic factors on HPV testing behaviour among females in Shenzhen. *European Journal of Public Health* 2021.
26. Gordon T, Booyesen F, Mbonigaba J. Socio-economic inequalities in the multiple dimensions of access to healthcare: the case of South Africa. *BMC Public Health* 2020; 20(1):1-13.
27. Attari SM, OZgoli G, Solhi M, Majd HA. Study of relationship between illness perception and delay in seeking help for breast cancer patients based on Leventhal's self-regulation model. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2016; 17:167-74.
28. Majadi Hezaveh M, Khademi M. Breast Cancer: A phenomenological study. *Journal of Arak University of Medical Sciences* 2009; 12(1):29-39.
29. Chen SM, Van den Hoek A, Shao CG, Wang L, Liu DC, Zhou SJ, et al. Prevalence of and risk indicators for STIs among women seeking induced abortions in two urban family planning clinics in Shandong province, People's Republic of China. *Sexually Transmitted Infections* 2002; 78(3):e3-.
30. Mercer CH, Sutcliffe L, Johnson AM, White PJ, Brook G, Ross JD, et al. How much do delayed healthcare seeking, delayed care provision, and diversion from primary care contribute to the transmission of STIs?. *Sexually Transmitted Infections* 2007; 83(5):400-5.
31. Malakouti J, Mirghafourvand M, Gorbani M, Poormeher HS, Shahrak SP, Shabiri MJ. Incidence of Human Papilloma Virus (HPV) infection and its relevant factors among women referring to Alzahra Therapeutic-Educational Center of Tabriz, September 2013 to March 2014. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016; 18(185):16-22.

